



**SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ**  
**Sosyal Bilimler Enstitüsü**  
**Felsefe ve Din Bilimleri Ana Bilim Dalı**

**HEMODİYALİZ HASTALARINDA**  
**SABIR VE YAŞAM MEMNUNİYETİ İLİŞKİSİ**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Tuğba YAVUZ**

**Sivas**  
**Şubat 2020**



**SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ**  
**Sosyal Bilimler Enstitüsü**  
**Felsefe ve Din Bilimleri Ana Bilim Dalı**

**HEMODİYALİZ HASTALARINDA  
SABIR VE YAŞAM MEMNUNİYETİ İLİŞKİSİ**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Tuğba YAVUZ**

**Tez Danışmanı**  
**Prof. Dr. Nevzat Yaşar AŞIKOĞLU**

**Sivas**  
**Şubat 2020**



## KABUL VE ONAY

**Üniversite:** : Sivas Cumhuriyet Üniversitesi  
**Enstitü** : Sosyal Bilimler Enstitüsü  
**Ana Bilim Dalı** : Felsefe ve Din Bilimleri  
**Tezin Başlığı** : Hemodiyaliz Hastalarında Sabır ve Yaşam Memnuniyeti İlişkisi  
**Savunma Tarihi** : 31.01.2020  
**Danışmanı** : Prof. Dr. Nevzat Yaşar AŞIKOĞLU

Unvanı - Adı Soyadı

İmza

**Jüri Başkanı** : Prof. Dr. Nevzat Yaşar AŞIKOĞLU

**Üye** : Dr. Öğr. Üyesi Mustafa MÜCAHİT

**Üye** : Dr. Öğr. Üyesi Mehmet AYAS

**Oy Birliği**



**Oy Çokluğu**



Tuğba YAVUZ tarafından hazırlanan "Hemodiyaliz Hastalarında Sabır ve Yaşam Memnuniyeti İlişkisi" başlıklı tez, kabul edilmiştir. ..../..../.....

Prof. Dr. Ahmet ŞENGÖNÜL  
Enstitü Müdürü



## ETİK İLKELERE UYGUNLUK BEYANI

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü bünyesinde hazırladığım bu Yüksek Lisans/Doktora/Sanatta Yeterlik tezinin bizzat tarafımdan ve kendi sözcüklerimle yazılmış orijinal bir çalışma olduğunu ve bu tezde;

- 1- Çeşitli yazarların çalışmalarından faydalandığımda bu çalışmaların ilgili bölümlerini doğru ve net biçimde göstererek yazarlara açık biçimde atıfta bulunduğumu;
- 2- Yazdığım metinlerin tamamı ya da sadece bir kısmı, daha önce herhangi bir yerde yayımlanmışsa bunu da açıkça ifade ederek gösterdiğimi;
- 3- Başkalarına ait alıntılanan tüm verileri (tablo, grafik, şekil vb. de dahil olmak üzere) atıflarla belirttiğimi;
- 4- Başka yazarların kendi kelimeleriyle alıntıladığım metinlerini, tırnak içerisinde veya farklı dizerek verdiğim yine başka yazarlara ait olup fakat kendi sözcüklerimle ifade ettiğim hususları da istisnasız olarak kaynak göstererek belirttiğimi,

beyan ve bu etik ilkeleri ihlal etmiş olmam halinde bütün sonuçlarına katlanacağımı kabul ederim.

20/07/2020

Tuğba YAVUZ





# ÖNSÖZ

Araştırmamız önemli ve yaygın bir sağlık sorunu olarak görülen kronik böbrek yetmezliği (KBY) nedeniyle hemodiyaliz (HD) ünitesinde tedavisi devam eden hastalar üzerinde gerçekleştirilmiştir.

HD kronik böbrek yetmezliğini (KBY) tamamen tedavi etmeyip hastaların yaşam kalitelerini büyük ölçüde etkileyen, ancak yaşam sürelerini uzatan bir tedavi şeklidir. HD hastası tedaviye uyumda ve tedavinin getirdiği olumsuzluklarla baş etmede zor bir sürece girmiştir. Girilen süreç yalnızca hastada değil ailesinde ve yakınlarında da birçok yaşamsal değişikliklere sebep olmaktadır. Bu değişiklikler yaşantılarının büyük bir kısmını hastanede geçiren HD hastalarını ruhsal, fiziksel, sosyal ve ekonomik olarak olumsuz yönde etkilemektedir.

Araştırmada amacımız; HD tedavisinde olumsuzluklarla baş etmeye çalışan hastaların sabır ve yaşam memnuniyeti düzeyleri arasındaki ilişkiyi tespit ederek bu alandaki çalışmalara ve tedavi sürecinde alınabilecek psikososyal önlemlere azda olsa katkı sağlayabilmektir.

Araştırma iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde araştırmanın temel kavramları olan hemodiyaliz, sabır ve yaşam memnuniyeti ile ilgili bilgiler verilmiş; ikinci bölümde ise araştırmanın bulguları yer almıştır.

Tez yolculuğuna beraber başladığım Dr. Öğr. Üyesi Sema YILMAZ'a, tezin hazırlanması ve mevcut halini almasında önerilerde bulunarak katkı sağlayan danışmanım Sayın Prof. Dr. Nevzat Yaşar AŞIKOĞLU'na, araştırmanın yürütülmesine destek olup her anlamda kolaylık gösteren HD ünitesi sağlık çalışanlarına ve en önemli katkıyı sunan HD hastaları ile yakınlarına teşekkür ediyorum.

Bunun yanında tezime çeşitli şekillerde destek veren aileme ve dostlarıma, özellikle dualarını her daim üzerimde hissettiğim canım annem Fatma YAVUZ ve babam Talip YAVUZ'a sonsuz muhabbetlerimi sunuyorum.

Tuğba YAVUZ

2020 Sivas



# İÇİNDEKİLER

<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>i</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>iv</b>
<b>TABLO LİSTESİ</b> .....	<b>v</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>vii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>viii</b>
<b>GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
Araştırmanın Konusu.....	1
Araştırmanın Amacı .....	2
Araştırmanın Önemi .....	3
Araştırmanın Problem Cümlesi .....	3
Araştırmanın Alt Problemleri .....	3
Araştırmanın Hipotezleri .....	4
<b>ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ</b> .....	<b>5</b>
Araştırmanın Modeli .....	5
Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	5
Araştırmanın Yeri .....	6
Araştırmanın Etik Boyutu ve İzinleri .....	6
Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçlarının Uygulanması .....	7
Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları .....	8
Araştırmanın Değişkenleri.....	9
Araştırmanın Varsayımları .....	9
Araştırmanın Sınırlılıkları .....	9
Araştırmada Verilerin İstatistiksel Analizi .....	10
<b>BİRİNCİ BÖLÜM</b> .....	<b>11</b>
<b>1. ARAŞTIRMANIN TEMEL KAVRAMLARI</b> .....	<b>11</b>
1.1. Hemodiyaliz .....	11
1.1.1. Kronik Hastalık Kavramı .....	11
1.1.2. Kronik Böbrek Yetmezliği Tanımı.....	12
1.1.3. Kronik Böbrek Yetmezliği Tedavi Seçenekleri .....	12
1.1.3.1. Böbrek Nakli .....	13

1.1.3.2. Diyaliz.....	13
1.1.3.2.1. Periton Diyaliz .....	13
1.1.3.2.2. Hemodiyaliz .....	14
1.1.4. Hemodiyaliz Hastalarında Fiziksel ve Psikososyal Sorunlar .....	14
1.2. Sabır.....	27
1.2.1. Sabrın Tanımı .....	27
1.2.2. Sabırla İlişkili Kavramlar .....	31
1.2.3. Dinde Sabır.....	34
1.2.4. Tasavvufta Sabır.....	38
1.2.5. Psikolojide Sabır.....	40
1.2.6. Hastalıklara Sabır .....	41
1.2.7. Hemodiyaliz Hastalarında Sabır.....	42
1.2.8. Sabırla İlgili Yapılan Araştırmalar .....	44
1.3. Yaşam Memnuniyeti .....	46
1.3.1. Yaşam Memnuniyetinin Tanımı.....	46
1.3.2. Yaşam Memnuniyetini Etkileyen Faktörler .....	52
1.3.3. Yaşam Memnuniyeti Kuramları .....	59
1.3.4. Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Memnuniyeti .....	62
1.3.5. Yaşam Memnuniyeti Üzerine Yapılan Araştırmalar.....	64
1.4. Sabır ve Yaşam Memnuniyeti .....	66
<b>İKİNCİ BÖLÜM .....</b>	<b>69</b>
<b>2. ARAŞTIRMANIN BULGULARI.....</b>	<b>69</b>
2.1. Sosyo demografik Özelliklere Ait Bulgular .....	69
2.2. Sabır Ölçeğine Ait Bulgular .....	71
2.3. Yaşam Memnuniyeti Ölçeğine Ait Bulgular .....	76
<b>DEĞERLENDİRME ve SONUÇ.....</b>	<b>82</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>96</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>116</b>
Ek 1: Kişisel Bilgi Formu.....	116
Ek 2: Sabır Ölçeği .....	117
Ek 3: Yaşam Memnuniyeti Ölçeği .....	118
Ek 4: Etik Kurul Kararı .....	119
Ek 5: Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi İzin.....	120

Ek 6: Sivas Numune Hastanesi İzin .....	121
Ek 7: Ölçek İzinleri .....	122
Ek 8: Yazılı Bilgilendirme ve Onam Formu .....	123
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>124</b>





## KISALTMALAR

<b>akt.</b>	: Aktaran
<b>ark.</b>	: Arkadaşları
<b>as.</b>	: Aleyhisselam
<b>bs.</b>	: Baskı
<b>C.</b>	: Cilt
<b>Çev.</b>	: Çeviren
<b>DEM</b>	: Değerler Eğitim Merkezi
<b>DİB</b>	: Diyanet İşleri Başkanlığı
<b>EBE</b>	: Eğitim Bilimleri Enstitüsü
<b>Ed.</b>	: Editör
<b>HD</b>	: Hemodiyaliz
<b>KBY</b>	: Kronik böbrek yetmezliği
<b>örn.</b>	: Örneğin
<b>S.a.s.</b>	: Sallallahu aleyhi vesellem
<b>SBE</b>	: Sosyal Bilimler Enstitüsü
<b>SDBY</b>	: Son Dönem Böbrek Yetmezliği
<b>SGK</b>	: Sosyal Güvenlik Kurumu
<b>SPSS</b>	: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi
<b>TBV</b>	: Türkiye Böbrek Vakfı
<b>TDK</b>	: Türk Dil Kurumu
<b>TDV</b>	: Türkiye Diyanet Vakfı
<b>TDVİA</b>	: Türkiye Diyanet Vakfı İslam Ansiklopedisi
<b>tl</b>	: Türk Lirası
<b>TND</b>	: Türk Nefroloji Derneği
<b>TÜİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu
<b>vb.</b>	: Ve benzer(ler)i
<b>vs.</b>	: Vesaire
<b>Yay.</b>	: Yayınevi, Yayınları
<b>YMA</b>	: Yaşam Memnuniyeti Araştırması
<b>yy.</b>	: Yüzyıl





## TABLO LİSTESİ

<b>Tablo 1:</b> Katılımcıların Sosyo Demografik Özelliklerine Ait Dağılımlar.....	69
<b>Tablo 2:</b> Bireylerin Sabır Düzeylerine Ait Betimsel Bulgular .....	71
<b>Tablo 3:</b> Bireylerin Sabır Düzeylerine Ait Normal Dağılım Analizi Sonuçları.....	71
<b>Tablo 4:</b> Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Sabır Düzeyleri T-testi Sonucu .....	71
<b>Tablo 5:</b> Bireylerin Yaşadığı Yer Değişkenine Göre Sabır Düzeyi T-testi Sonucu..	72
<b>Tablo 6:</b> Bireylerin Yaş Gruplarına Göre Sabır Düzeyleri Anova Sonucu.....	72
<b>Tablo 7:</b> Bireylerin Medeni Durum Gruplarına Göre Sabır Düzeyleri Anova Sonucu .....	73
<b>Tablo 8:</b> Bireylerin Tedavi Süresi Gruplarına Göre Sabır Düzeyleri Anova Sonucu	74
<b>Tablo 9:</b> Bireylerin Manevi Destek Gereksinimi Gruplarına Göre Sabır Düzeyleri Anova Sonucu.....	75
<b>Tablo 10:</b> Bireylerin Yaşam Memnuniyeti Düzeyine Ait Betimsel Bulgular .....	76
<b>Tablo 11:</b> Bireylerin Yaşam Memnuniyeti Düzeyine Ait Normal Dağılım Analizi Sonuçları.....	76
<b>Tablo 12:</b> Bireylerin Sosyal Güvence Değişkenine Göre Yaşam Memnuniyeti Düzeyi T-testi Sonucu .....	76
<b>Tablo 13:</b> Bireylerin Yaşadığı Yer Değişkenine Göre Yaşam Memnuniyeti Düzeyi T-testi Sonucu.....	77
<b>Tablo 14:</b> Bireylerin Sosyo Ekonomik Düzey Gruplarına Göre Yaşam Memnuniyeti Düzeyi Anova Sonucu .....	77
<b>Tablo 15:</b> Bireylerin Medeni Durum Gruplarına Göre Yaşam Memnuniyeti Düzeyi Anova Sonucu.....	78
<b>Tablo 16:</b> Bireylerin Eğitim Durumu Gruplarına Göre Yaşam Memnuniyeti Düzeyi Anova Sonucu.....	78
<b>Tablo 17:</b> Bireylerin İş Durumu Gruplarına Göre Yaşam Memnuniyeti Düzeyi Anova Sonucu.....	78
<b>Tablo 18:</b> Bireylerin Tedavi Süresi Gruplarına Göre Yaşam Memnuniyeti Düzeyi Anova Sonucu.....	79
<b>Tablo 19:</b> Bireylerin Manevi Destek Gereksinimi Gruplarına Göre Yaşam Memnuniyeti Düzeyi Anova Sonucu .....	79

<b>Tablo 20:</b> Manevi Destek Gereksinimi ile Danışmanlık Hizmeti Alma Durumu Arasındaki Farklığın Belirlenmesi.....	80
<b>Tablo 21:</b> Bireylerin Sabır İle Yaşam Memnuniyet Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Ait Analiz Sonuçları .....	80
<b>Tablo 22:</b> Ölçeklere Ait Güvenirlik Analizi Sonuçları .....	81



## ÖZET

Araştırmanın amacı; Sivas ilinde hemodiyaliz (HD) ünitesinde tedavisi devam eden hastaların sabır ve yaşam memnuniyeti düzeylerini belirlemek ve bu ikisi arasındaki ilişkiyi tespit etmektir. Hastaların sabır ve yaşam memnuniyeti düzeyinin değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek de araştırmanın amaçları arasındadır.

Araştırma iki ana bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde literatürden yararlanılarak çalışmamızın temel kavramları olan hemodiyaliz, sabır ve yaşam memnuniyeti ile ilgili bilgiler verilmiş; ikinci bölümde ise araştırmanın bulguları sunulmuş ve bulguların değerlendirilmesi yapılmıştır.

Araştırmanın evreni, Sivas merkezde tedavisi devam eden hemodiyaliz (HD) hastalarından oluşmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise; Sivas merkezde bulunan bir üniversite hastanesi, bir devlet hastanesi ve iki özel diyaliz merkezinde HD tedavisi alan 280 hasta oluşturmuştur.

Üniversitenin etik kurulundan onay, araştırmanın yapıldığı kurumlardan yazılı ve sözlü izin, hastalardan yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Araştırma verilerinin toplanması için “Kişisel Bilgi Formu”, “Sabır Ölçeği” ve “Yaşam Memnuniyeti Ölçeği” kullanılmıştır. Veriler bilgisayar ortamına aktarılarak SPSS 22 paket programında değerlendirilmiştir.

Araştırma bulgularına göre; HD hastalarının yaş ortalaması 61.7, % 52,1'i bayan, % 69,3'ü evli, % 45,7'si 40-64 yaş aralığında, % 43,9'u ilköğretim mezunu, % 2,9'u çalışmakta, % 57,1'i 0-5 yıldır HD'ye girmekte, % 65,4'ü manevi destek almak istemekte, % 37,6'sı hastalıkla başa çıkmada dini kaynaklardan olan sabır ve şükürden yararlanmaktadır.

Sonuç olarak çalışmada HD hastalarının sabır ve yaşam memnuniyeti düzeyleri arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiş ve bu yönde daha ayrıntılı veriler sunulmuştur. Yapılan çalışmanın farklı örneklemlerle genişletilmesinin ve nitel yöntemlerle derinleştirilmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Hemodiyaliz, Sabır, Yaşam Memnuniyeti



## ABSTRACT

The aim of the study is to determine patience and life satisfaction levels of patients who are treated in hemodialysis (HD) unit in Sivas province and to determine the relation between these two variables. By examining patience and life satisfaction levels in terms of various variables, the study also aims to find out if they show difference in terms of these variables.

The study is composed of two main sections. In the first section, the main concepts of the study i.e. hemodialysis, patience and life satisfaction are presented based on literature and in the second section the findings of the study are presented and discussed.

The population of the study consists of hemodialysis (HD) patients who are being treated in Sivas. The study group consisted of 280 patients who received HD treatment in a university hospital, in a public hospital and in two private dialysis centers in Sivas.

Approval was obtained from the ethics committee of the university, written and oral permission was taken from the institutions where the research was conducted, and written informed consent was obtained from the patients.

“Personal Information Form”, “Patience Scale” and “Life Satisfaction Scale” were used to collect the research data. The data were transferred to computer and evaluated in SPSS 22 package program.

According to the research findings the mean age of HD patients was 61.7, 52.1% were female, 69.3% were married, 45.7% were between 40-64 years, 43.9% were primary school graduates, 2.9% were employed , 57.1% of them have been HD patient for 0-5 years, 65.4% of them want to get moral support, 37.6% of them are benefiting from patience and gratitude as religious remedies in coping with disease.

As a result, it was determined that there was a positive relationship between patience and life satisfaction levels of HD patients and more detailed data were presented in this direction. It is thought that it would be beneficial to expand the study with different samples and to deepen it with qualitative methods.

**Keywords:** Hemodialysis, Patience, Life Satisfaction



# GİRİŞ

Araştırmamız iki ana bölümden oluşmaktadır. Araştırma metninde birinci bölümde literatürden yararlanılarak araştırmamızın temel kavramları olan hemodiyaliz, sabır ve yaşam memnuniyeti ile ilgili bilgiler verilecek; ikinci bölümde araştırmanın anketlerle elde edilen bulgularına yer verilecek ve son olarak bulguların değerlendirilmesi yapılacak ve bu bağlamda öneriler sunulacaktır.

## Araştırmanın Konusu

Hastalıklar hayatın birçok evresinde insan yaşamına eşlik ederek bireylerin fizik ve ruh sağlığını etkilemekte; sosyal rol ve fonksiyonlarını sağlıklı bir şekilde yerine getirmelerini engelleyerek psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır.

Birçok kişi yaşamında hastalık geçirmesine karşın, hastalık deneyimi her kişide farklı yaşanır. Hastalık durumunun bilişsel görünümü hastalık algısı olarak ifade edilmektedir. Hastanın hastalığı nasıl algıladığı, hastalıkla gelen sorunların artmasında ya da azalmasında önemli bir etkidir. Kronik hastalıklar; hastanın hastalığına, hastalığı nasıl algıladığına, hastalığın yol açtığı güçlüklerle ilgili olarak kişinin denge ve uyumunu etkilemektedir. Hastalar kişisel deneyimleri, değer ve inançları, bilgileri ve gereksinimleri ışığında hastalıklarını açıklamaya çalışırlar. Hastalık deneyimi kişiden kişiye farklılık gösterir ve bu farkı yaratan birçok faktör kişinin hastalık tepkisinde belirleyici rol oynar. Hastanın birey olarak hastalığına ilişkin yorumu, algısı ve değerlendirmeleri, sergilediği duygusal ve davranışsal tepkileri; psikososyal zorlanma ve psikiyatrik bozukluk gelişimini, baş etme biçimini ve yaşam kalitesini belirleyici bir unsurdur (Kocaman ve ark. 2007: 73; Küçük 2005: 167).

Hastaların gereksinimlerinin birçok boyutu vardır. Bunlar fiziksel ve günlük yaşamsal faaliyetler, ekonomik, çevresel, kültürel, iletişimsel, duygusal, psikososyal, psikoseksüel, manevi-varoluşsal boyutları içerir. Holistik bir bakışla bu gereksinimlerin birbiriyle etkileşimini anlamak da önemlidir. Bu gereksinimleri belirlemek ve hastaya destek sağlamak hastanın düşük yaşam kalitesini artıracak,

bakım memnuniyetsizliğini azaltacak, sağlık hizmeti kullanımının ve maliyetinin artmasını önleyebilecektir (Yıldırım ve ark. 2013: 231).

Kronik hastalıklar bireyin yaşam seyrini değiştiren hastalıkların başında yer almaktadır. Birey ve ailesinde yaşamsal değişikliklere, maddi ve manevi kayıplara neden olan, hayat standartlarını düşüren, bireyi başkalarına bağımlı hale getiren bu hastalık grubu içinde KBY en ön sıralardadır.

Kronik böbrek yetmezliğini (KBY) organ naklinin dışında tamamen iyileştirerek tedavi etmek mümkün olmadığı için hastanın yaşam süresini uzatmayı amaç edinen hemodiyaliz (HD) tedavisinde; böbreklerin dönüşsüz kaybı, bir makineye bağlı yaşamını sürdürmek, iş gücü kaybı, rol değişikliği, öz bakımından yoksunluk, diyet ve beraberinde ağır ilaç tedavileri hastanın normal yaşam düzenini önemli ölçüde bozmuştur. Günlük yaşamlarının bu sınırlılıklar içinde geçmesi, hastaları stres yaratan pek çok psikososyal problemlerle karşı karşıya bırakır. Bu psikososyal sorunlar zamanla artarak hastanın yaşam kalitesini, hayata bakışını ve tedaviyi olumsuz yönde etkilemektedir.

Hastaların bir kısmı zamanla bu yükü baş etmeyi öğrenirken, büyük çoğunluğu tedavi öncesi kullandığı baş etme yöntemleri yetersiz geldiği için destek arayışına girmektedir. HD tedavisine eşlik eden bu sorunların ele alınmasının hastalığın getirileriyle baş etmeyi kolaylaştırdığını, tedaviye olan uyumu arttırdığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Öztaş ve ark. 2012: 63; Sayın, Kanan 2004: 128).

Hastaların yaşamlarının büyük bir kısmını hastanede geçirmesine sebep olan HD tedavisinde; hastanın gerektiğinde sıkıntılarını paylaşabileceği, belirli aralıklarla ziyaretine gelen yada istediğinde ulaşabileceği, moral ve motivasyon yönünde destek sağlayacak kişilerin varlığı da hastalığa ve tedaviye uyumla baş etmede hastaya kolaylık sağlayabilecektir.

## **Araştırmanın Amacı**

Yapılan bu araştırmanın amacı; HD ünitesinde tedavi alan hastaların sabır ve yaşam memnuniyeti düzeylerini belirlemek ve bu ikisi arasındaki ilişkiyi tespit etmektir. Hastaların sabır ve yaşam memnuniyeti düzeyini çeşitli değişkenler (cinsiyet, yaş, medeni durum, gelir düzeyi, eğitim düzeyi, tedavi yılı vs.) açısından inceleyerek bu değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek de



araştırmanın amaçlarındandır. Ayrıca hastaların manevi destek gereksinimlerini belirlemek de bu araştırmanın amaçları arasındadır.

## **Araştırmanın Önemi**

Literatürde HD hastalarında yaşam kalitesini ele alan birçok araştırma olmasına rağmen, sabır ve yaşam memnuniyeti düzeylerini ve bunlar arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir araştırma ile karşılaşılmamıştır. Böbreklerin dönüşsüz kaybıyla başlayan HD tedavisi hastanın yaşamını kurtarmakla birlikte birçok zorluğu da beraberinde getirmektedir. Bu bağlamda HD hastalarının yaşamında; her türlü zorluğa dirençle dayanma ve bekleme anlamına gelen sabır ve bireyin kendi kriterlerine göre yaşamını değerlendirmesi diyebileceğimiz yaşam memnuniyeti daha bir önem kazanmaktadır. Bu sebeple araştırmacı hazırlamış olduğu çalışmasıyla; HD gibi bir ömür süren ve hastayı zorlu bir sürece sokan bu tedavide, tıbbi tedavinin yanında hastanın hayata bakışının ve zorluklarla başa çıkma yöntemlerinin yaşamı üzerindeki önemine dikkat çekmek istemiştir.

## **Araştırmanın Problem Cümlesi**

Araştırmanın temel problemi; HD ünitesinde tedavi alan hastaların sabır düzeyi ile yaşam memnuniyeti düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

## **Araştırmanın Alt Problemleri**

Araştırmanın ana problemine bağlı kalarak oluşturulan alt problemler aşağıda sıralanmıştır:

1. HD hastalarının sabır düzeyleri, cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılık göstermekte midir?
2. HD hastalarının sabır düzeyleri, yaş değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılık göstermekte midir?
3. HD hastalarının sabır düzeyleri, medeni durum değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılık göstermekte midir?
4. HD hastalarının sabır düzeyleri, tedavi senesi değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılık göstermekte midir?

5. HD hastalarının sabır düzeyleri ile manevi destek gereksinimi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
6. HD hastalarının yaşam memnuniyeti ile sosyo ekonomik durum değişkeni arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
7. HD hastalarının yaşam memnuniyeti ile eğitim değişkeni arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
8. HD hastalarının yaşam memnuniyeti ile çalışma durumu değişkeni arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
9. HD hastalarının yaşam memnuniyeti ile yaşanılan yer değişkeni arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
10. HD hastalarının yaşam memnuniyeti ile sosyal güvence değişkeni arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

## **Araştırmanın Hipotezleri**

Araştırmanın temel hipotezi: HD hastalarının sabır ve yaşam memnuniyeti düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. Bununla birlikte araştırmada aşağıdaki hipotezler test edilmiştir. Hipotezlerde değişkenlerin tamamı değil yalnızca sabır ve yaşam memnuniyetine etki edeceği düşünülen değişkenler karşılaştırılmıştır.

1. Bayan katılımcıların sabır düzeyi erkek katılımcılara göre daha yüksektir.
2. Katılımcıların sabır düzeyi ile yaş değişkeni arasında anlamlı bir fark yoktur.
3. Medeni durum gruplarından evli olanların sabır düzeyi bekâr olanlara göre daha yüksektir.
4. Katılımcılardan tedavi senesi yüksek olanların sabır düzeyi, tedavi senesi düşük olanlara oranla daha yüksektir.
5. Katılımcıların sabır düzeyi ile manevi destek gereksinimi değişkeni arasında anlamlı bir ilişki vardır.
6. Katılımcılardan sosyo ekonomik durumu üst seviyede olanların yaşam memnuniyeti, sosyo ekonomik durumları düşük olanlara oranla daha yüksektir.
7. Katılımcıların yaşam memnuniyeti ile eğitim durumu değişkeni arasında anlamlı bir fark vardır.

8. Herhangi bir işte aktif çalışan katılımcıların yaşam memnuniyeti, emekli ve çalışmayan katılımcılara göre daha yüksektir.
9. Katılımcılardan kentte yaşayanların yaşam memnuniyeti, kırsalda yaşayanlara oranla daha yüksektir.
10. Katılımcılardan SGK'lı olanların yaşam memnuniyeti, yeşil kartlı olanlara oranla daha yüksektir.

## ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu bölümde araştırmanın evren ve örnekleme, etik boyutu ve izinleri, veri toplama araçları, araştırmanın uygulanması ve verilerin değerlendirilmesine ilişkin bilgiler yer almaktadır.

### Araştırmanın Modeli

Araştırma HD ünitesinde tedavisi devam eden hastaların sabır ve yaşam memnuniyeti düzeyleri arasındaki ilişkiyi tarama modeliyle belirlemek amacıyla iki yöntem kullanılarak gerçekleştirilmiştir. İlk olarak literatür inceleme yöntemi ile araştırmanın temel kavramları araştırılmış, ikinci olarak ise alan araştırması yöntemi ile anketlerden elde edilen veriler incelenmiş ve değerlendirilmiştir.

### Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evreni, Sivas merkezde Mart 2018- Ekim 2019 tarihleri arasında tedavisi devam eden HD hastalarından oluşmaktadır. Sivas İl Halk Sağlığı Müdürlüğünden ve diyaliz merkezlerinden alınan bilgiye göre; üniversite hastanesi, devlet hastanesi, bir özel hastane ve iki özel diyaliz merkezinde HD ünitesinde tedavi gören hasta sayısı 500 olarak belirlenmiştir. Özel hastaneden çalışmanın yürütülmesi için izin alınamamıştır. Buna göre araştırmanın örnekleme; iki kamu hastanesi ve iki özel diyaliz merkezi HD ünitesinde tedavi alan hastalardan tarama yöntemi ile seçilerek oluşturulmuştur.

Araştırmacı toplamda 400 HD hastasına ulaşmıştır. Bu hastalar arasında riskli ve iletişim problemi olan hastalara formlar uygulanamamıştır. Farklı tedavi

merkezlerinde formların uygulanması esnasında hastalarda HD komplikasyonları (tansiyonun düşmesi, kas krampları, mide bulantısı, kusma, göğüs ve sırt ağrısı, baş ağrısı, vücutta kaşıntı, titreme, ateş vb.) gelişmiş, formları tamamlanamayan 60 hasta araştırmadan çıkarılmıştır.

Tamamlanamayan, eksik ve yanlış olan formlar çıkarıldığında araştırmacı yaşları 18-91 yıl arasında olan mevcut 280 örneklem sayısına ulaşmıştır ve bu sayı üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

## **Araştırmanın Yeri**

Araştırma Sivas merkezde ikisi kamu hastanesi, ikisi Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı özel tedavi merkezi olmak üzere toplam dört HD ünitesinde yürütülmüştür. Kamu ve özel tüm kurumların HD ünitelerinde haftada 6 gün, günde 2-3 seans HD tedavisi uygulanmaktadır.

HD hastaları, kamu hastanelerinde, tıp fakültesi hastanelerinde ve özel diyaliz merkezlerinde tedavi alabilmektedir. Özel diyaliz merkezleri Sağlık Bakanlığı ile anlaşmalı olarak devlet hastanelerindeki gibi eşit şartlarda hastalara hizmet sunmaktadır. Ayrıca kamuya bağlı yahut özel olan bütün diyaliz merkezlerinin hasta servis araçları bulunmaktadır. Dolayısıyla hastaların ikameti diyaliz merkezlerine uzakta olsa istedikleri merkezde tedavilerine devam edebilmektedirler.

## **Araştırmanın Etik Boyutu ve İzinleri**

Araştırmacı tarafından Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Etik Kurulu'ndan onay (Ek 4) ve tez çalışması için gerekli izinler alınmış, araştırmanın yürütüleceği merkezlere resmi yazışmalar ile bilgi verilmiş ve merkezlerde araştırmanın yürütülmesi için gerekli yerel izinler (Ek 5, Ek 6) alınmıştır. Araştırmanın yürütüldüğü özel kurumlardan sözlü izinler alınmış ancak kurumların ismi açıklanmamıştır.

Veri toplama aracı olan ölçeklerin kullanılabilmesi için ölçeği geliştiren-uyarlayan yazarlar ile elektronik posta aracılığıyla görüşülerek, gerekli izinler (Ek 7) alınmıştır.

Ayrıca hastalara anket öncesi araştırmanın amacı, araştırmadan sağlanacak yararlılıklar, anket için harcayacağı zaman konusunda açıklamalar yapılmış, çalışmaya katılmaya istekli olan hastaların yazılı ve sözlü onamları (Ek 8) alınmıştır.

Araştırmaya katılan hastalara, verilerin sadece bilimsel çalışmalar için kullanılacağı belirtilmiştir. Katılımcı anketlerine verilerin gizliliği için araştırmacı tarafından kod verilmiştir.

## **Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçlarının Uygulanması**

Veriler tesadüfi örnekleme yöntemi ile toplanmıştır. Araştırmacı HD ünitesinden sorumlu doktor ve sağlık çalışanlarını araştırma hakkında bilgilendirip, bir seanslık tedavi sürecinde hastalarda gelişebilecek komplikasyonlar hakkında bilgiler almıştır. Formlar hastalar HD makinesine bağlandıktan sonra, hastanın tedavisine engel olunmayacak şekilde uygulanmıştır.

Araştırmacı sağlık ekibinden aldığı bilgiler ışığında HD hastaları ile bireysel olarak görüşerek araştırma ile ilgili bilgiler vermiştir. Araştırmada yer almak isteyip istemedikleri sorulmuş, kişisel bilgi ve görüşmelerin gizliliği konusunda güven oluşturulmuştur. Araştırmaya katılmak için gönüllü olduğuna dair olur veren HD hastalarına veri toplama formları verilmiş ve bireysel olarak doldurmaları sağlanmıştır. Tedavi için HD cihazına bağlanan hastalarda gelişen komplikasyonlardan dolayı formları doldurmak için yardım talep eden katılımcılara formlar okunarak cevap alınması sağlanmış, hastalar formları araştırmacıyla birlikte doldurmuşlardır. HD hastalarından kimlik bilgilerini yazmaksızın formlardaki soruları eksiksiz ve düşüncelerine uygun olduğu şekilde cevaplamaları istenmiştir. Eksik cevaplar içeren formlar çalışmaya dâhil edilmemiştir. Formların uygulanması 20-30 dakika sürmüştür. Katılımcılara toplamda 30 soru yöneltilmiştir.

Anketler uygulanırken hastaların bir kısmı araştırmaya katılmakta isteksiz davranmışlardır. Gerekçe olarak; bu gibi anketlerden sıkıldıklarını, HD esnasında kendilerini çok iyi hissetmediklerini, soruları anlamakta zorlandıklarını, birileriyle iletişim kurmak istemediklerini dile getirmişler ve araştırmanın kendilerine faydasını sorgulamışlardır.

## Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak “Kişisel Bilgi Formu” (Ek 1), “Sabır Ölçeği” (Ek2) ve “Yaşam Memnuniyeti Ölçeği” (Ek 3) kullanılmıştır.

- 1) *Kişisel Bilgi Formu*: Bu form; araştırmacı tarafından oluşturulmuş olup, HD hastalarının sosyo demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, medeni durum, gelir düzeyi vb.) ve tedavileriyle ilgili bilgiler edinmeye yönelik 14 soru içermektedir.
- 2) *Sabır Ölçeği*: Sabır ölçeği (3-Faktor Patience Scale) Sarah A. Schnitker (2010) tarafından geliştirilmiş, Mebrure Doğan ve Çiğdem Gülmez (2014) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. 11 maddeden oluşan orijinal ölçek üç faktörlü bir yapıya sahiptir. Birinci faktör, “kişilerarası sabır” beş maddeden oluşmaktadır. Ölçekte 1, 4, 7, 9, 11. maddeler kişilerarası sabrı ölçmektedir. İkinci faktör “uzun süreli sabır/hayatın güçlükleri” alt boyuttur ve ölçeğin 2, 5, 8. maddeleri hayatın uzun süreli güçlükleri karşısında sabır düzeyini ölçmektedir. Üçüncü faktör ise “kısa süreli sabır/gündelik sıkıntılar” olup; ölçekte 3, 6, 10. maddeler gündelik hayatın güçlükleri karşısında sabrı ölçmektedir. Ölçek maddelerinin 9’u pozitif cümle yapısında 2’si negatif cümle yapısındadır. Bu nedenle 7. ve 10. maddeler ters çevrilerek puanlanmıştır. Ölçekten alınabilecek puan 11 ile 55 arasında değişmektedir. Derecelendirme 5’li likert (1 = Kesinlikle (yanlış) katılmıyorum – 5 = Kesinlikle (doğru) katılıyorum) şeklindedir. Ölçekten yüksek puan alan kişilerin sabır düzeylerinin yüksek olduğu, düşük puan alanların ise sabır düzeylerinin düşük olduğu anlaşılmaktadır (Doğan, Gülmez 2014: 263-279).
- 3) *Yaşam Memnuniyeti Ölçeği*: Lavalley ve arkadaşlarının (Lavalley, Hatch, Michalos, & McKinley, 2007) geliştirdiği “Yaşam Memnuniyeti Ölçeği” (Contentment with Life Scale), Ahmet Akın ve Abdullah Yalnız (2015) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçeğin orijinali, yaşları 17-25 arasında 183 kadın ve 67 erkekten oluşan toplam 250 birey üzerinde yürütülerek elde edilmiştir. Türkçe’ye uyarlanan ölçeğin geçerlik ve güvenirlik analizleri için Marmara ve Sakarya Üniversitelerinde öğrenci

olan 295 kişi üzerinde çalışılmıştır. Öğrencilerin yaş ortalaması 21.03 olarak bulunmuştur. Toplam da 5 maddeden oluşan ölçeğin 3. ve 4. maddeleri terstir. Ölçekten alınabilecek puan 5 ile 35 arasında değişmektedir. Tek boyutlu olan ölçek, 7’li likert tipi bir derecelendirmeye (1= Kesinlikle katılmıyorum- 7= Kesinlikle katılıyorum) sahiptir. Yüksek puan yüksek yaşam memnuniyetini, Düşük puan ise düşük yaşam memnuniyetini ifade etmektedir (Akın, Yalnız 2015: 95-102).

## **Araştırmanın Değişkenleri**

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri: HD hastalarının “Sabır Ölçeği” puanları ve “Yaşam Memnuniyeti Ölçeği” puanları.

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri: Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, iş durumu gibi sosyo demografik özellikler ile tedaviye yönelik bilgilerden oluşmaktadır.

## **Araştırmanın Varsayımları**

1. Ölçeklerde yer alan sorulara katılımcıların verdiği cevaplar doğruyu ve gerçeği yansıtmaktadır.
2. Örneklem evreni temsil etmektedir.
3. Kullanılan ölçekler amacına uygundur.

## **Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmada elde edilen bulgular;

1. Sivas merkezde bulunan kamu hastaneleri ve Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı özel HD ünitelerinde, en az üç ay süre ile tedavi gören, araştırmaya onam veren HD hastaları ile sınırlıdır.
2. Katılımcılar 18 yaş ve üzeri olan, terminal dönem düzeyinde rahatsızlığı olmayan, Türkçe konuşan, araştırmaya katılmaya istekli olan HD hastaları ile sınırlıdır.

3. Araştırma katılımcıların tıbbi tedavisini aksatmayacak şekilde uygulanacaktır.
4. Katılımcılar soruları cevaplayabilecek bilişsel yeterlilikte olmalıdır.
5. Araştırma verileri, kullanılan anket ve ölçeklerden elde edilen verilerle sınırlıdır.

### **Araştırmada Verilerin İstatistiksel Analizi**

Araştırmada veriler bilgisayar ortamına aktarılarak SPSS 22 paket programında değerlendirilmiştir. Katılımcılardan elde edilen verilere bazı kodlar verilerek SPSS'e giriş yapılmıştır. HD hastalarının kişisel bilgileri sayı olarak ifade edilmiştir.

Araştırmanın verileri; tek yönlü varyans analizi (ANOVA), pearson korelasyon analizi, güvenilirlik analizi, bağımsız gruplar t-testi, ki-kare testi kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmada kullanılan istatistiksel çözümlelerde anlamlılık düzeyi  $p<0.05$  olarak kabul edilmiştir.



# BİRİNCİ BÖLÜM

## 1. ARAŞTIRMANIN TEMEL KAVRAMLARI

Bu bölümde araştırmanın temel kavramları olan hemodiyaliz, sabır ve yaşam memnuniyetinin literatür incelemeleri yapılacak ve kavramların tanımları üzerinde durulacaktır.

### 1.1. Hemodiyaliz

#### 1.1.1. Kronik Hastalık Kavramı

Kişinin yaşamında bir ya da daha fazla yıl devam edip sürekli tıbbi yardım almasını gerektiren yahut günlük yaşamını kısıtlayan durumlar “kronik hastalık” olarak tarif edilebilir (Akalin ve ark. 2012: 29).

Kronik hastalıklar insan yaşamını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen/bozan hastalıklardır. Birey yaşamı boyunca hastalığın çeşidi ne olursa olsun, bu hastalıkla birlikte yaşamak zorundadır. Burada bireyin hastalığı ve tedaviyi kabullenmesi öncelikli ve önemli görülen bir husustur (Akyol 1993: 77). Tanı konduktan sonra yaşam seyri bozulan bu hastalarda kronik hastalığa yönelik tepkiler gelişir. Bu tepkiler genellikle; depresyon, hastalığı inkar, anksiyete, yas, kızgınlık, patolojik bağımlılık, yansıtma, agresif direnç, suçluluk duygusu ya da regresyon (gelişimde geriye gitme) şeklinde olmaktadır (Mete 2008: 14). Bu tepkiler içinde duygusal değişikliklerin hastanın davranışlarına yansımaları; çevresine yönelik ilgisizlik, aşırı korku, bakım verenlere karşı ileri düzeyde bağımlılık yahut bağımsızlık, hastalığa isyan, yasaklanan şeyleri yapma isteği, yalnızlık ve utangaçlık, sağlıklı bireylere karşı öfke şeklindedir (Zengin 2015: 4). Bu durum her bireyde; hastalığın hangi organda olduğuna, süresine, sonuçlarına, hastanın yaşına, sosyal desteğine ve inanç değerlerine göre değişiklik göstermektedir (Sayın, Kanan 2004:128).

### **1.1.2. Kronik Böbrek Yetmezliği Tanımı**

İnsanın en önemli organlarından olan böbrekler her vücutta iki adet bulunmaktadır. Böbreğin başlıca görevleri arasında; damarlar vasıtasıyla kendilerine gelen kanı devamlı süzmek ve temizlemek, vücudu zararlı atıklardan arındırmak gelmektedir (Sever 2008: 3). Farklı nedenlere bağlı olarak, böbreklerin her ikisinin birden kalıcı işlev kaybı yaşaması “kronik böbrek yetmezliği” (KBY) şeklinde tanımlanmaktadır (Arık, Dilek 2010: 22).

Yaşam süresi en uzun kronik hasta grubu olan KBY hasta grubu, aynı zamanda dünyada ölüme sebep olan kronik hastalıklar arasında da en ön sıralardadır (Organkds.). KBY, kronik bir hastalık olmasının yanında zor bir tedavi sürecini de beraberinde getirmektedir (Akkanat, Döner 2016: 139). Hastalığın belirtileri, uyulması gereken kurallar, düzenli yapılması gereken testler, günlük yaşamda değişiklikler, sıkı bir diyet programı ve beraberinde makineye bağlı tedaviler sebebiyle hastalar yoğun bir stres altındadır.

Hastalığın aniden ya da yavaş başlamış olması, belirti süreci, bireyin hastalık hakkındaki bilgisi, hastalığın oluş biçimi, bireyin hastalığına tepkisini etkileyen önemli faktörlerdendir (Kocaman ve ark. 2007: 272). Yavaş ilerleyen veya birden son evrede kendini gösteren KBY’de sürecin ilk basamağını; tedavi seçimi, tedaviyi kabullenme, hastalığı anlama ve anlamlandırma oluşturmaktadır.

### **1.1.3. Kronik Böbrek Yetmezliği Tedavi Seçenekleri**

KBY diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi yalnızca hastayı değil, hastanın aile üyelerini ve bakımlarından sorumlu kişileri de kapsayan geniş etki alanına sahip bir hastalıktır. Organ nakli dışındaki tedavisi ömür boyu sürdüğü için geniş bir sektöre sahiptir. Organ naklinin ve organ bağışının ülkemizde hala sınırlı olduğunu düşünürsek; diğer iki tedavi yöntemi olan periton diyaliz ile HD tam anlamıyla hastalığı tedavi eden değil, hastalıkla baş etmeye yönelik tedavilerdir. Diyaliz tedavisi hastalığı tamamen yok etmeden hastaların düşük yaşam işlevleri ile hayata devam etmelerini sağlamaktadır. Bu durum ise hastaların yaşamlarının geri kalanını KBY ile geçirmelerine neden olmaktadır. Yaşamlarının geri kalanını kronik bir hastalıkla geçirme mecburiyeti sadece hastaların değil yakınlarının da yaşam

tarzlarını, toplumsal rollerini, aile içi ilişkilerini, sosyal hayatlarını ve toplumsal konumlarını değiştirmektedir (Özçürümez ve ark. 2003: 73; Sarı 2015: 72).

### **1.1.3.1. Böbrek Nakli**

Böbrek nakli canlı yahut kadavra vericilerden yapılmaktadır. Çoğunlukla aralarında kan bağı olan vericilerden alınan böbrekler hastanın vücudu ile daha iyi uyum gösterir. Nakilden sonra vücut böbreği kabul etme ya da reddetme ikilemine girer. Böbrek vücuda uyum sağlamazsa hasta için büyük bir psikolojik yıkım olur. Eğer başarılı bir nakil gerçekleşmiş ve sağlıklı bir böbreğin tüm işlevleri yerine gelmişse, hasta bağımsız hale gelir ve diyalizin bütün olumsuzluklarından kurtulur (Sever 2008: 8, 9).

Hastaların birçoğunun yaşamında; yakınlarından ya da kadavradan böbrek nakli bekleme sürecinde yaşadığı belirsizlik, hayal kırıklıkları, yakınlarından gerekli desteği görememe ve umutsuzluk gibi durumlar nakil kayıtlarını iptal edip nakil olma ihtimalini hayatlarından tamamen çıkarmalarına sebep olmaktadır. Bu stresli bekleyişe dayanamayan hastalar kendilerini HD tedavisine ısındırmaktadır. Nakil daha çok genç hastalara önerilmektedir.

### **1.1.3.2. Diyaliz**

Diyaliz; yarı geçirgen bir zar aracılığı ile kanda yüksek yoğunlukta bulunan zararlı maddelerin vücuttan dışa atımını sağlayan bir tedavi şeklidir (Akpolat, Utaş 2008: 22).

Diyaliz tedavisinin başlıca amacı; hastaların hayat sürelerinin uzatılması olmakla birlikte, sağlıklı bireylere yakın yaşama olasılığını artırmak ve yaşam kalitesini yüksek tutmaktır (Güner 2019: 175).

#### **1.1.3.2.1. Periton Diyaliz**

Kanı zararlı maddelerden temizlemek için, hastanın kendi karın zarının (periton) filtre olarak kullanıldığı tedavi yöntemine periton diyaliz denir (Sever 2008: 8). Periton diyaliz, hastanın günde dört kez değişimle kendi uyguladığı ya da evde aletli periton diyaliz şeklinde uygulanan bir tedavidir. Bu tedavi yöntemi, hastanın yaşadığı yerde HD imkanı olmaması durumunda, yaşamını sürdürmede bir hastaneye

ya da makineye bağlı olmak istemeyen genç ve hareketli hastalarda daha çok tercih edilen bir yöntemdir (Ersoy 2005: 89).

#### **1.1.3.2.2. Hemodiyaliz**

HD hastadan alınan kanın, bir membran (zar) aracılığı ve bir makine yardımı ile zararlı maddelerinin temizlendiği bir tedavi şeklidir (Akpolat, Utaş 2008: 25). Vücuttan pompa yardımıyla çekilen kan filtre ile süzölür ve diğer uçtan vücuda tekrar verilir (Sever 2008: 7). Bu işlemin gerçekleştirilmesi için yeterli kan akımına ihtiyaç vardır. Bu kan akımının yeterliliğinin sağlanması için kalıcı veya geçici damar giriş yolu kullanılmaktadır. Genellikle haftada 3 gün ve günde 4 saat olmak üzere birer ya da ikişer gün arayla tedavi alan HD hastaları yaşamlarının büyük bir kısmını hastanede geçirirler (Saltürk 2006: 14).

HD tedavisi uygulanan hastalar en zor kronik hasta grubu olarak görölmektedir. HD tedavisinde iki ana faktör ön plandadır. Bunlardan ilki hastaların yaşam sürelerini uzatmak, ikincisi ise hastalara daha iyi bir yaşam kalitesi sağlamaktır. Diğer birçok kronik hastalık tedavisinde ara ve tatil dönemleri olmasına rağmen HD ara verilmenin neredeyse imkânsız olduğu bir tedavi şeklidir.

HD komplikasyonları, sık rastlanan ve daha az rastlanan fakat ciddi olan komplikasyonlar olarak ikiye ayrılmaktadır. Sık görölen komplikasyonları; hipotansiyon, kas krampları, huzursuz bacak sendromu, bulantı, kusma, baş ağrısı, göğüs ve sırt ağrısı, kaşıntı, enfeksiyon durumlarında titreme ve ateştir (Saltürk 2006: 15).

HD özel merkezler ve hastanelerde günlük tedavi şeklinde, doktor kontrolünde, HD eğitimi almış hemşireler tarafından uygulanmaktadır (TND 2019). HD ülkemizde KBY hastaları için en sık kullanılan tedavi yöntemidir (Süleymanlar ve ark. 2019: 3).

#### **1.1.4. Hemodiyaliz Hastalarında Fiziksel ve Psikososyal Sorunlar**

HD tedavisi hastalarda; fiziksel yetersizlik, tedavi ekibine ve makineye bağımlılık, rol değişikliği, sınırlanmış iş yaşamı ve sosyal ilişkiler, yaşanan iç çatışmalar, seksüel sorunlar, beden imgesinde değişme, bitkinlik, sıvı kısıtlaması ve sınırlı diyet, devamlı gelecek korkusu ve kısa yaşam süresi gibi yaşam kalitesini

etkileyen fiziksel, ekonomik ve psiko-sosyal sorunlara yol açabilmektedir (Kumbasar 1998: 83; Mollaoğlu 2011: 182).

HD hastalarında en sık görülen ruhsal problemler; depresyon, anksiyete, yalnızlık, bağımsızlığını kaybetme kaygısı, öfke, stres ve umutsuzluk olarak sıralanmıştır (Özcan ve ark. 2000; Bahar ve ark. 2007; Üstüner ve ark. 2009).

Bu bölümde HD hastalarında yaşanan öncelikli sorunlara yer verilecektir.

#### *Diyet:*

HD hastalarında belirli bir diyeti uygulama zorunluluğu vardır. Hastalara uygulanan bu diyet sodyum, protein, potasyum ve sıvının azaltıldığı bir diyet programıdır. Birçok meyve ve sebzenin daha az tüketilmesi veya hiç tüketilmemesi önerilmektedir. Hastalarda et tüketimi azaltılırken, sıvı alımında da kısıtlama yapılır (Özkan 1993: 188).

HD tedavisi böbreklerin işlevini yerine getirmekle beraber bunu sağlıklı bir insan böbreği kadar iyi yapamaz, vücuttaki atık maddeleri tam olarak temizleyemez. Diyete dikkat edilmediği takdirde kanda biriken zararlı maddeler artacak, bu da hastada birçok sağlık sorununu beraberinde getirecektir. Özellikle vücutta su birikmesi riski hastayı sıvı gıda alımında oldukça sınırlamaktadır. Hastanın kilosu iki HD seansı arasında 1.5-2 kg'dan fazla artmamalıdır. HD esnasında zararlı maddelerle birlikte vücuda yararlı bazı maddeler de cihaz tarafından dışarı atılır ve hasta yeteri kadar beslenemez. Bu da hastanın uzun ve sağlıklı bir yaşam sürmesine engel olur (Sever, Koç 2008: 26,31).

Diyetle ilgili hastalarda tespit edilen en önemli zorluk, diyetin süresiz olması ve hastaların diyetten sıkılmış olmasıdır. Sıvı kısıtlamasıyla ilgili karşılaşılan en yaygın zorluk ise hastanın yemek yerken sıvı tüketme hakkının kalmamasıdır (Boothby, Salmon 2013: 90). Örneğin çorbayı içerken sudan fedakârlık ettiğini bilerek yiyip içmek hasta için katlanması zor bir durumdur.

#### *Uyum - Uyumsuzluk:*

HD tedavisinde başarı büyük ölçüde hastaların tedaviye uyumuna bağlanmaktadır. Tedavinin aralıksız olması, kullanılan ilaçlar, sıvı ve tuz gibi yiyeceklerin kısıtlanması hastaların tedaviye uyumunu zorlaştırmaktadır. Yaşam biçiminde değişiklik yapan HD hastasının ailesinin de bu değişikliklere uyum

göstermesi gerekmektedir. HD hastalarının tedaviye uyum sağlamaları yaşam süresini ve kalitesini artırmaktadır (Kurt ve ark. 2012: 42).

Hastalığa psikososyal uyum sağlamak gerçekte hastalık ve tedavi ile ilgili faktörlerin tümünden etkilenebilir, ancak psikososyal uyumun iyi ya da kötü oluşu da hastalığın seyrini etkileyebilir (Adaylar 1995: 14).

Bireye birdenbire böbreklerinin yetmezliğe girmesi anlamsız gelebilir. Aniden ortaya çıkan hastalık bireyin yaşam değişimleriyle baş etmesini zorlaştırmaktadır. Bazen de birey kendisini hastalığa hazırlayana kadar, ortaya çıkan belirtileri görmezden gelmektedir. Hastanın hastalık hakkında bilgi sahibi olması da tepkisini etkileyen önemli bir etkidir ve bu bilgi hastalıkla baş etmesini kolaylaştıracaktır (Armay 2006: 8).

Abram (1979), hastaların HD tedavisine adaptasyon sürecini dört aşamada değerlendirmiştir:

1. HD Öncesi Dönem (üremik dönem): Hastalar kronik bir hastalığa sahip olmanın getirdiği fizyolojik ve ruhsal komplikasyonların etkisindedir. Yaşamının tehdit altında olduğu endişesi baskındır. Yorgunluk, halsizlik, zihinsel çökkünlük yaşamaktadırlar.
2. HD Başladıktan Sonraki Dönem: Çevreye karşı ilginin azaldığı, hissizlik, duygusuzluk oluştuğu, ölümden geri dönme duygu ve düşüncesinin geliştiği, sıklıkla yoğun duygu değişimlerinin yaşandığı bir dönemdir.
3. Yaşama Dönüş Dönemi: HD başladıktan üç hafta ya da sekiz-dokuz seans sonra ortaya çıkar. Başlangıçtaki yoğun mutluluk gibi duygular azalmış ve hasta HD'ye alışmıştır. Ancak tedavinin sürekliliği ile ilgili psikososyal sorunların geliştiği bu dönem; kısıtlamalar, engellemeler, uyum güçlükleri ve bağımlılık çatışmalarıyla birlikte 3-12 ay sürebilmektedir.
4. Normale Dönüş Dönemi: Ölümden kurtulduğunu düşünen hasta yaşam kalitesini sorgulamaya başlamıştır. Birey tedaviye alışmış, hastalığın ve tedavinin elverdiği ölçüde hayatına ve ilgi alanlarına yeniden dönmüştür. Gerçeği kabullenmiş ve ileriye dönük beklentiler (organ nakli) gündeme gelmiştir (akt. Özkan 1993: 188).

Levy (1978) ise uzun süreli HD tedavisi alan hastaların psikolojik uyumlarını incelediğinde üç farklı dönemin oluştuğunu belirtmektedir. Bunlar:

1. Balayı Dönemi: Bu dönemde hastalar kendilerini makine sayesinde ölümden kurtulmuş hissetmekte ve makineye minnet duygusuyla bağlanmaktadır. Makineyle dost olurlar ve onu hayatlarında çok önemli bir yere koyarlar. Zamanla böbreklerinin çalışabileceğine dair ümitleri vardır. Ancak bu dostluk dönemi uzun sürmeyecek, dost olarak gördükleri bu makine onların hayatlarında bazı kısıtlamalara yol açacaktır. HD tedavisi esnasında gelişen sorunlarla karşı karşıya gelen hasta fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönlerden zorlanmaya başlamıştır. Böbreklerinin tekrar çalışmasını ümitle beklemiş ancak bu da beklediği gibi olmamıştır.
2. Büyüden Kurtulma ve Cesaretin Kırılması Dönemi: Bu dönemde hastalar artık bazı gerçeklerin farkına varmaya başlamıştır. Hastalıktan ölecek midir yoksa HD makinesiyle yaşamayı mı öğrenecektir? Bu ikilem hastalarda karşıt duygulara sebep olarak psikolojik durumlarını bozabilmektedir. Bu dönem hastaların psikolojik desteğe en çok ihtiyaç duyduğu dönemdir.
3. Uzun Süreli Uyum Dönemi: Hastalar hastalıklarını, HD tedavisini ve beraberinde gelen yeni yaşam tarzlarını kabul ettikleri anda; inkar eden hastalara kıyasla daha uyumlu, başarılı, aktif ve rahat bir yaşam sürmektedirler. Bu dönem HD'ye iyi uyum sağlamış hastalarda dahi sıklıkla psikolojik yardıma ihtiyaç duyulan uzun bir dönem olarak görülmüştür. Sonucunda hastaya ya böbrek nakli olacağı, ya da ölüme kadar HD'nin devam edeceği bilinci yerleşmiştir (akt. Gökçakan 1988: 2).

Uyum güçlüğü çeken hastalarda sık rastlanılan reaksiyonlar; tedaviyi reddetme, diyet uyumsuzlukları ve hastalık inkârı olabilmektedir. Sosyal yaşamında olumsuz değişiklikler ortaya çıkmış, bireyselliğin yerini bağımlılık almış ve hastalarda öfke, kaygı ve mutsuzluk gözlemlenmiştir. Hastanın uyum güçlüklerinin üstesinden gelebilmesi için baş etme biçimleri gözden geçirilmeli ve ailenin tam desteği alınmalıdır (Özçürümez ve ark. 2003: 73).

HD hastalarında inkâr duygusu, HD tedavisinin geçici bir tedavi şekli olduğu inancı ile kendini göstermektedir. Bazı çalışma sonuçları inkâr duygusunun hastalıkla baş etme gücünü artırabileceği yönünde iken, bazı çalışmalar da inkâr duygusuna sahip kişilerin ortalama yaşam süresinde azalma görülebileceği yönündedir. HD tedavisi sonucu yaşam süresinde uzama ile birlikte hastada uzamış sağlık sorunları baş göstermektedir. Hatta zaman zaman bu sorunlar hastada ölüm korkusundan daha baskın şekilde öne çıkmaktadır. Hastaların çoğunda; HD makinelerini vücutlarının bir uzantısı olarak görme, hatta makineye öfkelenme ve onunla konuşma gibi insani özellikler atfetme görülmüştür. HD hastalarında öfke ve inkâr duygusu en sık rastlanan duygulardandır. Hastalar eğer duygularını ifade edebilir ve kendi yaşam alanlarını oluşturabilirlerse, yaşadığı zorluklara da daha kolay uyum sağlayabilirler (Yavuz ve ark. 2012: 34).

#### *Bağımlılık:*

HD hastasının yaşamını sürdürebilmesi için tedavi ekibine, HD makinesine ve tedavi aldığı merkeze bağlı kalması hastada bağımlılık - bağımsızlık çatışmasını oluşturur. Bağımsızlığını kaybetme düşüncesine neden olan bu mecburiyet, iş gücünde kayıp, kendine güvende azalma, akıbetinin belirsizliğine bağlı olarak gelecek kaygısı ve uzun vadeli planlar yapamama gibi durumları beraberinde getirmektedir. Bu durumlara depresyon, anksiyete, değersizlik duyguları da eşlik etmektedir (Kumbasar 1998; Yücel ve ark. 1995: 339).

Bağımlılık - bağımsızlık ikilemi hastaların algısıyla da ilgilidir. Kimi HD hastaları bağımlılığın hastalık yüzünden olduğunu ve sonucunda bakım verenlerden destek almaktan çok memnun olduğunu söylerken, kimisi ise bağımlılığın hastalıktan değil bakım verenlerden kaynaklandığını belirtmektedir. Çoğu hasta bağımlılık duygusunu yaşasa da bazıları bağımlılığın hastalığın getirisi olduğunu bazıları ise bakım verenler tarafından kendilerine yansıtıldığını belirtmişlerdir (Krepsi ve ark. 2008: 369).

#### *Sınırlılık:*

HD tedavisi gören hastalar, yaşam sınırlılığı nedeni ile yaşam alanı bulmakta zorluk çekmektedir. Bu hastalar tedavi süresince kendilerini olumsuz etkileyen incinebilirlik duygusu, duygusal mesafelilik duygusu ve tedavi durumuna bağlı



duygularla baş etmektedir. Sınırlandırılmış hayatı sürdürebilme çabası da hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Annak 2005: 74).

Yine kendini yaşamsal kararlar vermekte aciz ve kısıtlanmış hisseden HD hastaları tedavinin sosyal ve günlük hayatlarını mecburi şekillendirdiğini de dile getirmektedirler. Kısıtlılıklarının farkına varmak hasta deneyiminin çok önemli bir parçasıdır ve HD hastalarının çoğunluğu bu kısıtlılıklarının farkında olduklarını bildirmişlerdir. Bu kısıtlılıklar genelde KBY ve tedavisinin yarattığı, nefes kesilmesi, halsizlik, yorgunluk, baş dönmesi gibi fiziksel zorluklara da dayandırılmaktadır. Çoğu hasta eski hayatlarını yaşayamıyor olmaktan, daha önce yapabildikleri etkinlikleri yapamadıklarından, eskiden aktif bir insan olduklarından söz etmektedir. Kısıtlılıklardan kaçış olmadığını düşünen hastalar, daha önce yapabildikleri etkinlikleri hatırlatacak ya da şu andaki kısıtlılıklarını onlara gösterecek durumlardan kaçındıklarını belirtmektedir. Hastalarda daha önce yapabildiklerini hatırlatacak etkinliklerden kaçınma ve kısıtlamalardan dolayı dış etkenleri suçlama eğilimleri de gözlemlenmiştir. Hastaların kısıtlılıkları ile başa çıkma çabaları uyum sürecinde önemli bir etkidir (Krepsi ve ark. 2008: 368).

#### *Özbakımdan Yoksunluk:*

HD hastalarının büyük çoğunluğunun alışveriş, hijyen, banyo, tuvalet, giyinme, hareket etme ve beslenme aktiviteleri gibi günlük ihtiyaçlarını karşılayamayıp evde yardıma ihtiyaç duydukları belirlenmiştir. HD hastaları tedavi sürecine bağlı yorgunluk, halsizlik, uyku problemleri, kas krampları, ağrı, üremik kaşıntı gibi birçok sorun yaşamaktadır. Bu yaşanan sorunlara bağlı olarak, hastalar günlük ev işlerini yapma, ulaşım aracına binebilme, ilaçlarını kullanabilme, para idaresi gibi aktivitelerde ve öz bakımlarını sürdürmede birçok engelle karşılaşmaktadır (Kılıç, Doğan 2011: 16; Mollaoğlu 2011: 182).

#### *Rol Değişimi:*

Rol dediğimizde annelik - babalık, evlatlık rolü, arkadaşlık ve dostluk, cinsel açıdan karı ve koca rolleri, iş ve mesleki roller, günlük kişisel bakım rolleri, öğrencilik rolleri, dini roller gibi pek çok toplumsal rol aklımıza gelmektedir. HD hastaları eski yaşamlarına göre bu tür rollerini sergilemede değişim yaşamaktadır.

HD uygulaması, hastaların tıbbi ve psikolojik durumu ve bunlara uyumu dışında da tüm yaşamını etkilemektedir. Hastalığa ve tedaviye bağlı olarak ağrı ve

yorgunlukla sosyal yaşantıdan uzaklaşan hasta; eski işine geri dönememekte, aile içi ilişkileri ve rolleri değişiklik göstermektedir. Aile dinamikleri ve ev içindeki sosyal ortamın kültürel yapısı, hastanın ilişkilerine ve beklentilerine etki etmektedir. Hastanın değişen rollerine uyum sağlaması ve eşe bağımlılığın artması yeni sorunları beraberinde getirmiştir. Birçok erkek hasta için evde eskisinden daha fazla zaman geçirmek ve ev içi işlerle daha fazla meşgul olmak kaygıya sebep olmaktadır (Küçük 2005: 169; Özkan 1993: 189).

#### *İş Kaybı:*

HD medikal yönünün yanı sıra gerek hasta gerekse hasta yakınlarını ekonomik olarak olumsuz yönde etkilemektedir. HD tedavisi alan birçok hasta işini kaybetmekte veya geri hizmette çalışmak zorunda kalmaktadır. Hastaların yaklaşık 2/3'ü KBY tanısı almadan önceki işine dönememektedir. HD hastasının eşi, çocuğu, annesi veya babasının tüm işini bırakarak tedavi süresince hastayı beklemesi ve yaşam düzenini hastaya göre ayarlaması sık karşılaşılan sorunlardandır (Akpolat, Utaş 2008: 18).

HD tedavisi hastaların çalışarak gelir sağlamasını büyük oranda engellerken, bu hastaların işlerine tekrar dönebilmeleri sosyo ekonomik koşullara ve çalıştıkları iş koluna da bağlıdır. HD hastası bir üniversite profesörünün veya bir iş adamının işine dönmesi, kalifiye işçiye göre daha kolay gözükmektedir. Erkeklik kavramını doğrudan doğruya yaptıkları işle bağlantılı olarak düşünen erkek hastaların yaşadığı iş kaybı, psikolojilerine olumsuz yönde etki etmektedir. Genellikle kadınların, özellikle de ev işine dönecek evli kadınların erkeklere göre şansları daha fazladır. Bireyin önceki işinden olan memnuniyeti de işe dönmesinde önemli görülmüştür. İşlerinden zaten hiç hoşlanmamış olan bireyler HD'nin başlamasından sonra kısa zaman içinde iş aktivitelerini bırakma eğilimi göstermişlerdir (Akpolat, Utaş 2010: 38).

#### *Sosyal İzolasyon (ve yalnızlık):*

HD hastalarında yalnızlık; yaş, medeni durum, cinsiyet, sosyo ekonomik düzey, eğitim düzeyi, meslek ve çalışma hayatı ile hastaneye yatma ve sosyal destek alıp almama durumuna göre değişmektedir. HD hastalarıyla birlikte genel olarak kronik hastalığa sahip olan kişiler kendilerini diğer insanlara oranla duygusal olarak

farklı hissetmekte ve buna bağlı olarak da kendilerini geri çekerek diğer insanlardan uzaklaşmaktadırlar (Ocak 2002: 4).

HD hastalarının tedavi saatinin uzun olması ve tedavi sonrası yorgunluk, halsizlik gibi olumsuz gelişmelerden dolayı toplumsal ilişkileri azalmakta, hastalar sosyal hayata katılamamaktadır. Tedavi sırasında sağlık personelinin hasta ile yeterince iletişime girmemesi, tedaviye karşı öfke, sosyal rol kayıpları, hobilerindeki kısıtlanmalar sebebiyle de hasta yalnızlık hissine kapılmaktadır (Akkuş, Akar 2006: 44).

HD hastalarının karşılaştığı problemlerden bir diğeri tedavileri esnasında kol ve boyunlarında oluşan yara izlerinin, diğer insanlar tarafından yanlış anlaşılmasıdır. Bu yaraları gören kişiler, bulaşıcı bir hastalığa sahip olduğu düşüncesiyle HD hastalarından uzaklaşmakta, bu durum da onları yalnızlığa sürüklemektedir (Günler 2011: 84).

HD hastalarında yalnızlığın gelişme nedenleri arasında; ailedeki bireylerin tedavi sürecinde her zaman hastanın yanında olamaması, beden imajının kateter ve fistül nedeni ile değişmesi, enfeksiyon ve bulaşıcı hastalıklar nedeni ile hastanın çevresindekilerin izole edici davranması, diyeti nedeni ile çevresindekilerden farklı ve kısıtlı beslenmesi, HD günleri ve saatleri gibi faktörleri de sıralayabiliriz (Topbaş, Bingöl 2017: 38).

Eski rollerine tamamen dönmeleri imkânsız gözükken HD hastalarına, toplumsal yaşamlarından kopmadan yeni yaşam tarzlarına ve sahip oldukları hastalığın getirdiği zorluklara uygun yeni roller verilmelidir. KBY olan bireylerin toplumsal rollerden tamamen el çektilirmeleri, sosyal yönden yalnızlığa ve işe yaramazlığa itilmelerine sebep olacaktır. KBY hastalarının arkadaş, akran, akraba ve komşu gibi sosyal çevre grupları içerisinde sosyal hayatlarını sürdürmeleri, bu sosyal çevrenin desteğini almaları, hastalıklarıyla daha kolay baş edebilmelerini sağlamaktadır. Hastalığın yol açacağı sosyal dışlanmışlık duygusunu da bu şekilde yenmeleri mümkün olabilmektedir (Sarı 2015: 76,77). Bu bağlamda yakınları tarafından anlaşıldığını ve kendisine yapıcı yönde destek bulunduğunu hisseden, yalnız olmadığını ve gerektiğinde yardım alabilecek birilerinin olduğunu bilen hastanın “hastalığı yaşama tutumu” farklılık gösterecektir (Hallaç 2010: 17).

### *Uyku Bozukluğu:*

HD hastalarında uyku bozukluklarına sık rastlandığı ve uzun süreli tedaviye bağlı bedensel yakınmalarla daha da arttığı gözlemlenmiştir. Uykuya dalma ve uykuyu devam ettirmede güçlük, erken uyanma, huzursuz bacak sendromu en çok rastlanılan uyku sorunları arasındadır (Akyol ve ark. 2017: 55).

Uyku bozuklukları HD hastalarında zihinsel aktivitelerde azalmaya yol açabilir. En sık rastlanan uyku bozukluğu psikososyal strese bağlı hafif, geçici uyku bozukluklarıdır. Ayrıca hastalarda tedavide kullanılan ilaçlara, anksiyete ve depresyona bağlı uykusuzluk da izlenebilmektedir (Akpolat, Utaş 2010: 39).

### *Umut Umutsuzluk:*

HD hastalarında her geçen gün biraz daha fazla hissedilen yorgunluk, halsizlik ve zihinsel çökkünlük olumsuz duygu durumları arasındadır. Buna paralel olarak neşeli olma ve ileriye yönelik plan yapma isteği, bir süre sonra asla iyileşemeyeceğinin bilinci ile azalma göstermektedir. Hastalığın gidişatı ve iyileşmenin asla söz konusu olmaması; hastaların kendilerini iyi ve neşeli hissetmesine, ileriye dönük plan yapmasına, hayata dair umut ve beklentilerinin olmasına engeldir (Özdemir 2016: 107).

HD hastalarında özyeterlilik duygusunun ve sosyal destek sisteminin azalması, hastalıkları ile ilgili olumsuz olayları tekrar tekrar yaşamaları ve gelecekle ilgili olumsuz düşünceleri de umutsuzluğun nedenlerindedir (Oktay 2011: 36). Diğer bir yönüyle umutsuzluk; hastaların tedaviye uyumlarını, çaba göstermelerini, motivasyonlarını, baş etmelerini etkilemesi açısından depresyon belirtisi sayılmıştır (Topbaş, Bingöl 2017: 38).

Umutsuzluk kayıplara karşı gösterilen normal bir tepki olarak görülmektedir. Üzerinde durulması gereken konu ise, tepkilerin patolojik boyutlara ulaşmasını önlemek için hastalara destek sağlamaktır. Sorunun farkında olarak hissedilen gerçekçi bir umut, hastanın var olan sorunlarıyla etkin baş etmesinde önemli bir faktör olarak görülmüştür (Erdem ve ark. 2004: 4; Bayramova, Karadakovan 2004: 40).

### *İntihar:*

Yaklaşık her 500 HD hastasından birinin intihar ettiği bildirilmiştir. Başarısız intihar girişimleri daha sık olup bu risk daima akılda olmalıdır. Çok sayıda HD

hastasının ölümü, intihar eğilimi ile ilgili olarak tedaviye uyumsuzlukla bağlantılı bulunmuştur (Akpolat, Utaş 2010: 37). Yapılan bir çalışmada HD hastalarında intihar riskinin genel popülasyona kıyasla 15 kat daha fazla olduğu gözlemlenmiştir (Küçük 2005: 169).

HD hastalarında intihar davranışının, sadece genel nüfustan değil, diğer kronik hastalığı olan hastalardan da anlamlı ölçüde fazla olduğu tespit edilmiştir (TBV). Bunun önemli bir nedeni, bu hastaların ölümlerinin kendi ellerinde olabilmesidir. Fistüllerini kapatarak kansız bırakmak, potasyum almayı sürdürüp diğer HD seansını geçiştirmek ya da tedaviyi reddetmekte bir tür intihar olarak görülmüştür (Özkan 1993: 188).

Literatürde kayıtlara geçen örnekte, HD tedavisini bırakma kararı veren 82 yaşında kadın hasta 10 yıldır HD tedavisi görmektedir. Yaşam kalitesini düşük bulduğu ve HD yorgunu olduğu (312 fistül girişi/yıl, 163 kan testi/yıl) gerekçesiyle tedavisini bırakmaya karar vermiştir. Yakın zamanda geçirdiği operasyonla hareket yeteneği azalan hasta yeniden yürüyebileceği umudunu neredeyse kaybetmiştir. Psikiyatristin depresyon teşhisi ile başlamak istediği antidepresan tedaviyi reddeden hastanın, kendisini 10 yıldır takip eden nefrolog tarafından “HD’yi bırakma” kararı onaylanmıştır. Ailesi hastanın bırakma kararını anlayışla karşılamış ve hasta 13 gün sonra vefat etmiştir (Akçiçek ve ark. 2017: 75).

Kanada’da HD tedavisinin sonlandırılmasına bağlı ölümler 2. sıklıktaki ölüm nedenidir. Avrupa Diyaliz Transplantasyon Birliği 1992 verilerine göre Avrupa ülkelerinde HD tedavisinin sonlandırılmasına bağlı ölüm oranı % 3,6’dır. Catalano ve arkadaşlarının İngiltere’de yaptıkları 30 yıllık prospektif bir çalışmada, HD hastalarında ölümlerin yaklaşık % 17’sinin HD tedavisinin sonlandırılmasına bağlı olduğu görülmüştür. Ülkemizde HD tedavisinin sonlandırılmasına bağlı ölüm sıklığı konusunda ne yazık ki herhangi bir çalışmaya rastlanamamıştır (akt. Akpolat, Utaş 2008: 19,20).

#### *Öfke:*

Kronik hastalığa sahip diğer hastalarda olduğu gibi HD hastalarında da öfke sıklıkla görülmektedir. Öfke, hastanın ailesine veya HD personeline yönelik olabilmektedir. HD tedavisi gören hastalar yaşadıkları diğer streslerin dışında, bağımlılıkla da karşı karşıyadır. Hastanın öfkeli olduğu durumda hastayı

kışkırtmamak, onu anlamaya çalışmak doğru bir yaklaşımdır. Öfkenin nedeni çoğu zaman hasta tarafından da bilinmez, ancak ev veya iş hayatı ile bağlantısının araştırılmasına ihtiyaç duyulur. Çünkü hastalar iş ve aile içindeki rol kayıplarına bağlı tepki olarak öfke gösterebilmektedirler. Hastanın diğer hastalara veya HD personeline zarar verebilecek ölçüde davranışları varsa uzman desteği istenerek hasta değerlendirilmelidir (Akpolat, Utaş 2010: 37).

#### *Stres:*

HD hastalarında hayatın normal seyri önemli ölçüde bozulmakta, hastalar tedavi sırasında birçok fiziksel ve psikolojik strese maruz kalmaktadır. En büyük stres nedenlerinden birisi HD işleminin kendisidir (Akpolat, Utaş 2010: 36).

HD hastaları pek çok stresörle karşı karşıyadır. Wright ve arkadaşları hastalarda HD tedavisinin oluşturduğu stresi üç grupta incelemiştir.

1. Hastalar yaşamlarında gerçek ve tehdit edici kayıplar yaşamaktadırlar. Birçok organ komplikasyonları ve yetersizlikleri nedeniyle vücut fonksiyonlarındaki kayıpların yanı sıra, işin ya da verimliliğin kaybedilmesi de gündemdedir.
2. İkinci grup stres, yara ve yara tehditlerine bağlıdır.
3. Üçüncü grup stresler, içgüdüsel dürtülerin engellenmesiyle alakalıdır. Diyet sınırlaması, yemek yememe gibi durumlar zevklerin kaybına sebep olur (akt. Ocak 2002: 12).

Diğer yandan HD hastaları, bakım verenlerin desteğini dile getirmişler ancak onlarında çoğu zaman kendileri için zorluk ve stres kaynağı olduğunu belirtmişlerdir (Krepsi ve ark. 2008: 369).

HD hastalarının tedavi süresi uzadıkça hem hastanın kendisi hem de evde yaşayan yakınları bu kronik hastalık ve beraberindeki stres faktörüyle başa çıkmakta zorlanmakta uyum güçlüğü yaşamaktadır (Çiğdem ve ark. 2002: 30).

Psikolojik bütünlüğü tehdit edici olarak algılanan stres ve gerginlik ile ilgili bilinçli ya da bilinçsiz olarak kullanılan çeşitli baş etme yöntemleri vardır. Kronik hastalığı olan hastaların çoğu kendi sosyal destek ağlarını kullanmakta ve stres yaratan olaylarla karşı karşıya geldiklerinde tipik başa çıkma yöntemlerini kullanmaktadırlar (Karabulutlu ve ark. 2004: 57). HD hastalarının, hastalık ve tedavinin getirdiği stresle baş etmelerine destek verilip tedaviye uyumları sağlanmalıdır.

### *Depresyon:*

Literatürde depresyon çok eskiden beri HD hastaları üzerinde en çok konu olan araştırmalar arasındadır. HD hastalarında normal sağlıklı bireylere göre depresyon ve anksiyetenin daha sık görüldüğüne ilişkin birçok çalışma bulunmaktadır (Acar 2018; Altuntaş 2015; Barutçu ve ark. 2017; Çelik, Acar 2007; Özgür ve ark.1999; Kızılcık 2006; Kimmel 2001; Küntüz 2016; Özcan ve ark 1995; Yetişkin 2008).

HD hastalarında en sık hastaneye yatmayı gerektiren ve bir psikiyatrik hastalık olarak algılanan depresyonun belirtileri arasında; baskılanmış ruh hali, sürekli depresif mizaç, ilgi kaybı, benlik değeri düşüklüğü, ev iş ve okul hayatında isteksizlik, hayattan beklentinin azalması, intihar düşüncesi, suçluluk ve işe yaramazlık düşüncesi, ümitsizlik, diyete uymama ve HD'yi reddetme gibi durumlar vardır. Depresyona bağlı karşılaşılan fiziki problemler ise kabızlık, kilo kaybı, cinsel performansta düşüş, uyku bozukluğu, ağız kuruluğu, iştahta kapanma, enerji kaybı ve kronik yorgunluktur (Arık, Dilek 2010: 34; Bayam 1995: 253; Özçürümez ve ark. 2003: 73; Özkan 1993; Sezer 2010: 36).

Depresyonun kayba bir tepki olduğu düşünülürse, HD hastalarında depresyon gelişmesindeki en önemli faktörler; sağlıklarını, fiziksel güçlerini, cinsel potansiyellerini, otonomilerini, çalışabilme yeteneklerini kaybedecekleri endişesidir. Hastaların fiziksel durumlarındaki kötüleşme ile depresyon arasında da ilişki vardır. Psikososyal açıdan destek göremeyen, güvenceleri olmayan ya da yetersiz olan hastalar daha büyük risk altındadır. Bu hastalıklarda depresyonun psikofizyolojik ve somatik belirtileri, tıbbi değerlendirmeyi güçleştirir. Depresyon bağışıklık sistemi işlevlerini de olumsuz yönde etkiler. Hastaların geri çekilmelerine, kendilerini izole etmelerine ve mücadele etme isteğinin azalmasına yol açarak hastalığın ve tedavinin seyrini olumsuz etkilemektedir (Yazıcı ve ark. 2012: 24).

ABD ve Avrupa ülkelerindeki 253 merkezde son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) nedeniyle HD tedavisi gören 5256 hasta üzerinde yapılan bir araştırmada, % 20 oranında depresyon saptanmıştır. Yurtdışında ve Türkiye'de yapılan çalışmaların niteliğine bağlı olarak değişmekle birlikte, SDBY hastalarında tahmin edilen depresyon prevalansının % 15-% 60 arasında değiştiği ifade edilmektedir. SDBY

hastaları üzerinde yapılan bir başka çalışmada HD tedavisi gören 70 yaş üstü 51 hastanın %60'ının depresif olarak değerlendirildiği bildirilmiştir (Küntüz 2016: 17).

Sonuç olarak, KBY hastalarının tedavi sırasında yaşadıkları zorluklar ve günlük aktivite kısıtlanmaları ile hastalığın sebep olduğu fiziksel ve psikolojik etkiler göz önüne alındığında; hastalardaki depresyon oranlarının yüksekliği şaşırtan bir durum değildir. Depresyon nedeniyle ıstırap içinde olan hasta, fiziksel hastalığının yol açtığı bedensel belirtileri daha ağır yaşar (Oğuzhanoğlu 2001: 117).

HD hastalarında kısır bir döngü halini alan depresyon HD'nin sonlandırılmasına ya da intihara yol açabileceği için, erken farkına varılıp dikkatle yaklaşılmalı ve tedavi edilmelidir (Yetişkin 2008: 70).

#### *Anksiyete:*

Anksiyete sıkıntı, bunaltı, endişe, kaygının karşılığı olarak kullanılan bir kelimedir. Nedensiz korkular, kötü bir şey olacakmış hissi sebebiyle bireyde huzursuzluğa neden olan bir duygu durumudur (Topbaş, Bingöl 2017: 37).

Anksiyete HD hastalarında görülen psikiyatrik bozuklukların en önemlilerinden biridir. HD tedavisinin getirdiği bağımlılık, geleceğin belirsizliği gibi duygularla başa çıkamayan anksiyeteli hastalarda; diyet ve ilaçlara uyumsuzluk, çocuksu davranışlar, sağlık personeline öfke, pazarlık etme ve negativizm gibi davranışlarla sıkça karşılaşmaktadır. Anksiyete düzeyi arttıkça hastaların huzursuzluk ve endişe düzeyi de artar, fakat bu durum belirgin bir tehlike ya da tehdit kaynağı oluşturmamaktadır (Cimilli 1994: 89; Çelik, Acar 2007: 23).

HD hastalarına tedavi sürecinde iki zıt mesaj verilmektedir; bir yandan hastaya bir makineye bağımlı olduğu, diyetine dikkat etme zorunluluğu, hastalığın ve tedavinin yan etkilerini kabul etmesi gerektiği söylenirken bir yandan da günün diğer saatlerinde tümüyle sağlıklı bir insan gibi davranması beklenmektedir. Hasta tedavi sırasında bağımlı, tedavi dışında bağımsızlığı kabullenerek çatışma yaşamaktadır. Hasta, ya aşırı bağımlılığı tercih edip hasta rolünü benimsemekte ve yaşam sorumluluklarından uzaklaşmakta, ya da bağımlılıktan korkup hastalığa ve tedaviye isyan etmektedir. Tedavinin gerektirdiği bağımlılığı tolere edemeyen hastaların genellikle anksiyetesi fazla olan hastalar olduğu görülmektedir (Özdemir 2016: 19).

Tedavi ekibi ile hastanın ilişkileri, tedavi ortamı, hastanın tedaviyle ilgili yeterli bilgiye sahip olmaması da hastanın HD'ye uyumunda ve kaygı düzeyinde



önemli rol oynar. Hastada kaygı ve panik ile baş edebilme sürecinde kızgınlık ve inkâr davranışları da görülebilmektedir (Armay 2006: 8; Özkan, 1993: 188).

## 1.2. Sabır

### 1.2.1. Sabrın Tanımı

Sabır kavramı, Arapça “s-b-r” kökünden gelmekte olup hapsetmek, engellemek, kişinin istediği şeyden kendisini alıkoyması, kendine hâkim olmak, dayanmak gibi anlamlara gelir (Cevherî 1999: II/392; Uludağ 2005; Ünal 2011: 413).

Sözlükte sabır “ölüm, hastalık, afet, acı, yoksulluk, haksızlık gibi üzücü durumlar karşısında ses çıkarmadan onların geçmesini bekleme erdemi, dayanç, olacak veya gelecek bir şeyi telaş göstermeden bekleme” gibi manalara gelmekte; sabırlı kelimesi ise “sabır gösteren, katlanan, sabreden” olarak tanımlanmaktadır (TDK 2018: 1236).

Ahlâki bir terim olarak sabrın; başa gelen sıkıntı ve belâlar karşısında direnç gösterme, Allah’a ibadette devam ve isyandan sürekli kaçma, olumsuzlukları olumlu kılmak için gösterilen metanet gibi manalara geldiği, karşıtının ceza (telâş, kaygı, yakınma) olduğu belirtilmektedir. Sabır için verilen diğer tarifler de şöyledir: Sabır; nefsi telâştan, dili şikâyetten, organları çirkin davranışlardan koruma (Uludağ 1996: 300), elde edilemeyen şeyler için kendini zapt etme, sebat gösterme, tahammül etme (Doğan 2001: 1121), nimet haliyle mihnet hali arasında fark gözetmeyip her iki durumda sükûnetini muhafaza etme (Mutçalı 1995: 468), maruz kalınan musibet karşısında yakınmayı bırakarak mücadele etmektir (Cebecioğlu 2009: 529; Çağrııcı 2008: 337; Önal 2008a: 441).

Bir başka tanımda sabır; insan tabiatına genelde aykırı olup zorunlu hallerde uymak gibi yerine getirilmesi hayli güç olan, ancak bunların üstesinden gelmenin sonucunda insana manen rahatlık veren, hayatta muvaffak olmayı, kemale ermenin sırrını ve faziletini öğreten pozitif bir tutum ve sosyal davranışların bütünüdür (Seyyar 2010: 322). Bu zorunlu haller karşısında gamsızlık, vurdumduymazlık ile sabrı karıştırmamak gerekir. Vurdumduymazlık; duygusuzluk, tükenmişlik, bir çeşit yenilgiyi kabul ediş ve tembelliktir (Tarhan 1998: 46). Oysa sabır içsel bir mücadeledir. Tembelce değil, umut ve inançla, aktif dayanma kudret ve kuvvetidir.

Sabır, her türlü zorluk, acı, üzüntü, güçlüğü karşı doğru zamanın gelmesini beklemedeki mücadeledir. Acele etmeden, telaşlanmadan, teenni ile kararlı davranma ve sebat etmedir (Otrar ve ark. 2013: 12). Sabır, beklemeyi bilmektir. Pasiflik, miskinlik, el açıp beklemek, sebeplere başvurmamak, çaresizlik, boş vermişlik değil tam aksine insanı güçlü ve gayretli kılan bir bağlanmadır. Anlık bir hal değil, devamlı olan bir inanç sürecidir (Sarıkaya, Şeren 2017: 76 ).

Sabrın karşıtı olarak bildiğimiz sabırsızlık; gündelik yaşamda, kişilerarası ilişkilerde, hayatta karşılaşılan güçlüklerde, insanların bilişsel muhakeme yeteneklerini kullanmadan ve işlerin sonuçlarını düşünmeden kararlar vermeleri, fevri hareket etmeleridir. Ayrıca sabırsız kelimesi sözlükte “sabır göstermeyen, sabrı olmayan, aceleci” gibi manalara gelir. Aceleci ise “çabuk davranan, tez iş gören, sabırsız, tez canlı, telaşlı” olarak tanımlanmaktadır (TDK 2018). Telaş ve acelecilik kişinin doğru ve sıhhatli düşünmesini, incelikleri görmesini, isabetli kararlar almasını engelleyen önemli bir psikolojik zaafıdır. Bu psikolojik zaaf kişinin dikkatine tesir ederek olayların önemini kavramasına engel olur. Dolayısıyla önemsiz olayları ön plana geçirip önemli etkenleri ihmal etmeye sebep olmaktadır (Aydın 1999: 98). Ayrıca sabırsız ve aceleci kişiler, zararına bile olsa aklına gelen her şeyin o anda gerçekleşmesini isterler (Önal 2008b: 70). Bu durum önemli ayrıntıları kaçıırıp yanlış kararlar almalarına sebep olabilir. Etrafındaki insanların içinde buldukları durumun farkına varamadıkları için, onların ihtiyaçlarını tespit edemez ve bu nedenle fevri davranışlar sergilerler (Gözütok 2017: 1053).

İnsanların sabırsızlıkları neticesinde ortaya çıkan, akılcı davranmalarına engel olan en önemli nedenlerden bir diğeri de öfke ve kırgınlıktır. Öfke kişiye hâkim olduğunda, sıhhatli düşünce yetisini yok ederek kişiyi düşünmeden hareket etmeye sevk eder. Gereken sabrı gösteremeyen kişiler akılcılıktan uzaklaştıkları için hayatlarının büyük bölümünde bu tür duygulara yenik düşerler. Öfkeleri dindiğinde pişman olacakları bazı söz ve eylemlerde bulunabilirler. Sabırlı kişiler ise karşılaştıkları olaylarda ani heyecan, korku ve duygusallıkla değil; sakin, itidalli, olayları derinlemesine ve çok yönlü düşünerek en akılcı sonuçlara ulaşır, en faydalı kararları alabilirler. Buradan da anlıyoruz ki kişi yaşamında duygularını, kırgınlığını, öfkesini kontrol etmek ve hayatının her alanında dengeli olmak

istiyorsa bunların gerçekleşmesi ancak sabır ile olabilir (Gözütok 2017: 1053; Necati 2017: 69, 280).

Modern dünyanın yaşam şartları da insanlarda sabırsızlığa sebep olmaktadır. Yaşamdaki hız, insanların isteklerine de yansımış ve insanlar adeta acelecilik hastalığına tutulmuşlardır. İnsanlar istekleri geciktiğinde ve güçlüklerle karşılaştıklarında yılgınlığa düşmekte, yaşamdan çekilmekte ve hatta depresyona bile girebilmektedirler. Sabırsızca hareket eden günümüz insanı suç işleyip “bir anda oldu, cinnetti” şeklinde ifade verebilmektedir. Bu tür olayların günümüzde sıkça yaşanması, günümüz insanının sabır hasletini hayatına aksettirememesinden kaynaklıdır (Ateş 2019: 62). Bu hususta bilinmesi gereken bir diğer önemli nokta; her isteğimizin hemen o anda olmayacağını ve sabırsızlık sonucunda elimizdekileri de kaybetme riskinin olduğunu kabul etmektir (Akyol 2015: 31).

Hökelekli'ye göre sabır; genel anlamda bir musibet, zorluk, dert ve belaya uğrayan kişinin, öfke ve isyan duygularına kapılmadan, şikâyetle ve serzenişle bulunmadan içinde bulunduğu durumu soğukkanlı ve sakin bir şekilde karşılamasıdır. Sabır bir tutum şeklinde kabul edildiğinde; dindar insanın öfke, şikâyet, isyan, serzeniş gibi halleri hoş görülmez, ancak sabır bir süreç olarak irdelendiğinde bahsi geçen bu hallerle karşılaşmak ihtimal dâhilindedir. Hökelekli, sabır gerektiren durumları üç başlık altında değerlendirmiştir. Birincisi; kaza, hastalık, yaşlılık, ölüm ve doğal felaketler gibi olaylar sonucu zarar ve ziyana uğramaktır. İrade dışı gelişen bu tür durumlarda tedbir ve çarenin herhangi bir etkisi olmaz, tek çare sabır olarak görünmektedir. İkincisi; eğitim, planlama, çalışma, tedavi, bakım, korunma, disiplin ve ibadet gibi kişinin iradesine bağlı olup, çare ve tedbirin daha etkili olduğu olaylardır. Sonucun elde edilmesine kadar beklemeyi gerektiren bu durumlarda da sabır önemli bir etkidir. Üçüncüsü ise; insanın iradesi ve isteği dışında olmakla birlikte bunlara tepki gösterme gücüne sahip olduğu olaylardır. Böylesi durumlarda da karşılık vermemek, mümkün olduğunca sabırlı olmak ve tahammül göstermek gerekir (Hökelekli 2013: 117, 120).

İnsanlar için evrensel değerlerden biri olan sabır (Okçu, Pilatin 2018: 103), hem dinî başa çıkmanın hem de seküler başa çıkmanın önemli araçlarından. Duygusal, bilişsel, davranışsal boyutlarda yaşanan çözümleyici psikolojik bir süreç olan sabırın etki ve işlevlerinden biri de, onun başa çıkma sürecine yardımcı bir araç

olarak sürecin işleyişi ve sonuçlanmasına sağladığı katkıdır. Yani sabır ahlakî açıdan bir olgunluk göstergesi, dinî açıdan gelişmiş bir dindarlığın belirtisi olduğu gibi psikolojik iyilik halinin kazanılması ve sürdürülmesine de yardımcı olan bir problem çözme ve başa çıkma aracıdır (Doğan 2016a: 151,158).

Dinî yönelimi zayıf olan bireylerde din, trajik ve olumsuz olaylar karşısında başa çıkma mekanizması olarak işlevsel değildir (Küçükcan, Köse 2006: 76). Bu nedenle sabır gerektiren durumlarla karşılaşan birey dinî referanslardan bağımsız bir şekilde sadece sabır tutumuyla hareket ediyorsa, sabrı seküler bir başa çıkma yöntemi olarak kullanmaktadır. Ancak dinî referansları içselleştirerek sabrı kullanıyor ise bu bir dinî başa çıkma yöntemidir (Doğan 2016a: 164).

Hastalar üzerinde dinî başa çıkmanın etkisinin incelendiği çalışmalarda; dinî başa çıkma etkinliklerinin, hem hastalığın getirisi olan acı ve sıkıntıyı sabredilebilir hale getirmede hem de bu acı ve sıkıntıya bir anlam atfederek sürecin olumsuzluğunu olumluya çevirmede etkili olduğu gözlemlenmiştir. Özellikle olumlu dinî başa çıkma etkinliklerinin fiziksel ve ruhsal iyileşme sürecini hızlandırdığı, hastalıklara karşı direnci arttırdığı tespit edilmiştir (Aytan 2012: 79).

Sabır, zaman bakımından da ikiye ayrılmıştır. Bunlardan birincisi; günlük hayatın yoğunluğu ile doğru orantılı ortaya çıkan, kısa süreli hayal kırıklıkları ve günlük sorunlar yaşanırken gerekli olan, etkisi uzun sürmeyen, bireyi sadece anlık etkileyen kısa süreli sabırdır (Schnitker 2012: 18). Kısa süreli sabır; hemen her gün karşılaşılan fakat bazen gün içinde sonuçlanabilecek, uzun mücadeleler gerektirmeyen problemlerin çözümünde bireye yardımcı olabilecek sabır tutumudur (Doğan, Gülmez 2014: 269). İkincisi ise uzun süreli sabırdır ki; uzun vadeli hedefler ve güçlükler sırasında ortaya çıkan, hayatın uzun süren zorluklarını kapsayan, günlük değil bir ömür sürebilecek olan bir tutumdur. Yaşlılık, kronik hastalıklar, maddi ve manevi kayıplar, engellilik, sevilen birinin kaybı, ailevi sosyal ve ekonomik güçlükler vb. olaylara gösterilecek olan sabır uzun süreli sabra örnektir (Hood ve ark. 2009: 472). Sabır tutumu olmadan bireyin zorluk, acı ve sıkıntılarla etkin bir biçimde mücadele edip başa çıkması oldukça zor görünmektedir. Yaşanan bu ciddi zorluklar karşısında birey, daha uzun süreli ve daha güçlü bir sabra ihtiyaç duyar. Böyle durumlarda bireylerin başa çıkmak için aktif bir sabrı tercih etmeleri, hem karşılaşılan problemi kabullenip metin olmaları açısından hem de elden gelen her

şeyi yapıp probleme proaktif bir yaklaşımla çözüm bulmaları açısından önemlidir (Doğan 2016a: 104). Uzun süreli sabır umut, iyimserlik ve öz denetim ile güçlü bir ilişki içinde görülmüştür. Bu özellikler uzun süreli sabırda en çok ihtiyaç duyulan, sabrın süresini uzatan, bireyin dayanma gücünü artıran duygulanım ve tutumlar olarak kabul edilmiştir (Doğanay 2019a: 68).

Fonksiyonel çeşitleri açısından sabır aktif ve pasif olarak ikiye ayrılır. Pasif sabır tahammülü çağrıştırırken bu tür sabır davranışında bilişsel süreç durağandır. Tahammül zorluklar karşısında gönüllü veya gönülsüz dayanmak, güçlülere zoraki katlanmak, psikolojik boyutu ile sıkıntıyı içeri atmak demektir. Bu bakımdan tahammül etmek pasif sabırken; zorlukları kabullendikten sonra onlara direnip mücadeleye girme, sorunları çözmeye girişme ise aktif sabır davranışdır. (Özdoğan 2005: 15; Özdoğan 2006: 49). Bireyler yaşadıkları zorluklar karşısında yapacakları bir şeyin kalmadığını düşünüp, olayı kabullenerek bekliyorlarsa pasif sabır içerisindedirler. Ancak karşılaştıkları zorluğun üstesinden gelmek adına girişimde bulunur veya hayatındaki sıkıntıyı bir başka açıdan telafiye girişirlerse o zaman aktif sabır içerisindedirler (Seyhan 2015: 129).

### **1.2.2. Sabırla İlişkili Kavramlar**

Sabır diğer erdemlerin üzerinde geliştiği temel bir değer olarak (Tarhan 2011: 130), belli bir duygu kümesinin duygusal çekirdeği kabul edilirse; sebat, azim, metanet, özdenetim ve tahammülün bu çekirdek duygunun akrabaları olduğu söylenebilir. Dolayısıyla sabır, bireyin zengin çeşitliliğe sahip duygu dünyasının bir parçasıdır (Doğan 2017: 136). Bu yönüyle metanet, azim, sebat gibi erdemler bizzat sabır manasını içinde barındırırken; umut, hoşgörü, tevekkül, şükür, alçakgönüllülük gibi erdemler de sabırla güçlü bir ilişki içerisindedir (Doğan 2016b: 3222). Sabır Kuran'ı Kerim'de de takva, şükür, tevekkül, namaz vs. kelimelerle birlikte kullanılmış ve bu kullanımlar konuya ilgi duyanlara, sabrın nasıl anlaşılması gerektiği hususunda ışık tutmuştur (Demirci 2002: 281).

Genel anlamda; musibete karşı sabretme metanet, kişisel arzu ve dürtülerine sabretme iffet, savaş ve çatışma durumlarında sabretme şecaat, öfke ve kinini yenme yolunda sabır hilm, zevk ve geçim vasıtalarının her birinde azıyla yetinmeye sabır kanaat, geçim sıkıntısına karşı sabır ise zühd olarak isimlendirilir (Erginli 2006:

855). Ayrıca sabrın sebat, hoşgörü, affedicilik, iyimserlik, rıza ile de ilişkisi vardır. Sebat, sözünden ve kararlılığından dönmeme, bir işi sonuna kadar sürdürme, direnme anlamlarına gelir ki buda sabır olmadan mümkün değildir. Sabrın olgun şekli olan rıza kavramı; iyi ya da kötü, acı ya da tatlı başa gelen her şeyi gönül hoşluğu ile karşılamak anlamındadır (Hökelekli 2013: 120,121). Azim ise iradenin eyleme yönelmesi, iradede kararlılık göstermek, bir işteki engelleri yenmek, işi yapmaya ve tamamlamaya odaklanmak, kesin karar vermek, sabır ve sebat ile çalışmak, ciddiyeti ortaya koymaktır (Aydın 2008: 63). Ümitle de ilişkili görülen sabır, ümit duygusu ve yaşama sevincinden beslenir. Umut düzeyi yüksek olan bireyler, kendilerini harekete geçirebilen ve zorluklara sabredebilme açısından daha dirençli olan bireylerdir (Tarhan 2011: 133). Sabırla öz denetim arasında da bir ilişki vardır. Öz denetim, kendini kontrol ya da irade hâkimiyeti, gerektiğinde arzuların, gereksinimlerin ve içgüdülerin denetim altında tutulması (Seligman 2007: 169), doğru bilineni eyleme dökme dirayeti, olumsuz olaylar karşısında duyguları kontrol edip düzenleyebilme yeteneğidir. Bu yönüyle öz denetim sabır özelliğinin bir bileşenidir (Doğan, Gülmez 2014: 267). Sabır ve hoşgörü arasında da karşılıklı bir ilişki söz konusudur. Sabır hoşgörünün ön şartı ya da hoşgörü sabrın sonucu sayılabilir. Sabırlı bireyler hoşgörülü olmakta zorlanmamaktadırlar. Diğer taraftan hoşgörülü olmak, koşulsuz sevmeyi, menfaat gözetmemeyi ve sabırlı olmayı öğretmektedir (Hökelekli 2013: 316).

Tahammül kavramı birçok kaynakta sabır yerine kullanılmakla beraber sabrın yerini tutmayan, “h-m-l” kökünden türemiş bir kelime olup “bir yükü üstüne alma, yüklenme, kötü ve güç durumlara karşı koyabilme, katlanma, kaldırma“ gibi anlamlara gelmektedir (Özdoğan 2006: 49). Tahammül, istenmeyen durumlarla karşılaşan bireyin isteksizce kendisini katlanmaya zorlaması, kendine hâkim olmaya çalışması ve dayanmaya çabalamasıdır (Doğan, 2016a: 76) Tahammül sabrın ilk aşamasıdır ve onun gelişimi ile sabır oluşmaktadır (Ateş, Kayıklık 2019: 233). Eğer birey tahammül aşamasından sabır aşamasına geçemiyor ve her sorunda çözüm olarak tahammülü kullanıyorsa sabır tutumu gelişmemiş demektir. Tahammülde sabır duygusu yoğun olarak hissedilirken, davranışın bilişsel süreci daha pasiftir. Sabırda ise bunun tam aksi, sorun çözmeye yönelik bilişsel süreç daha aktiftir. Tahammül, tutum haline gelmemiş durumsal sabra benzerken; gerçek sabır tutumu

çözümleyici, seçilmiş, iradeli bir davranış biçimi sergilemektedir. Sabır tutumunda güçlükler karşısında bilinçli bir tercihle gönüllü bir dayanma varken, tahammülde güçlüklerle zorunlu bir katlanma söz konusudur. Sabır aktif bir direnişken, tahammül zoraki kabullenıştır. Sabırla tahammülü iyi anlamak gerekmektedir. İnsanlar yaşadıkları sorunlar karşısında sabır mı gösteriyorlar yoksa tahammül mü ediyorlar birbirinden ayırmak faydalı olacaktır. Sabır önce yaşadığımız sorunu kabullenip, sonra çözüm için çaba göstermek, sonra da çözüme yönelik faaliyetlerin sonucunu beklemektir. Aktif bir süreç olan sabır; duyguların bastırılması, uysallığı ve edilgenliği ile öne çıkan tahammülden bu yönüyle ayrılmaktadır (Doğan 2016a: 76).

Sabır ile yakın ilişki içinde olan metanet kavramı sözlükte metin olma, dayanma, dayanıklılık, sağlamlık gibi anlamlara gelmektedir (TDK 2019). Felaket, hastalık, ölüm gibi acı olaylar başta olmak üzere başa gelen her tür olumsuzluk karşısında metinlik, sağlamlık, dayanıklılık, güçlü ve kuvvetli olma gibi manalara gelen metanet, ayrıca sabır durumu olarak tarif edilmektedir (Topbaş 2007: 473). Psikolojide stresi yönetmek ve kendini daha iyi hissetmek için ruhsal bir güç olarak kabul edilen metanet; yaşam stresiyle başa çıkmada kişiye imkân sağlayan, kişinin olumlu dünyası ve kendini değerlendirmesinden elde edilen bir güçtür. Ayrıca kişinin güçlükler karşısında dik durabilme, uzun süreli planları üstlenebilme, azmedebilme potansiyeli ile de ilgilidir. Uzun dönem sabır olarak adlandırılan metanet; hayatın güçlükleri, acı ve ızdırap yüklü olayları, ciddi psikolojik travmaları ve ulaşılması güç hedefleri karşısında sabırlı kişinin gösterdiği dirençtir. Yapılan araştırmalar metanet duygusunun, yaşanan acılar karşısında travmaya maruz kalan kişilerde yeniden toparlanmaya katkısı olduğunu ortaya koymaktadır. Nitekim bu kimseler sarsılan psikolojik durumlarını daha kısa sürede dengeleyebilmektedirler (Hökelekli 2013: 122,123)

Sabırla birlikte Kuran'da zikredilen bir diğer kavram şükürdür (Lokman, 31/31; Sebe', 34/19; Şûrâ, 42/32-33; İbrahim, 14/5). Sabır ve şükürün birlikte kullanılışlarına bakıldığında zaman, bunların birbiriyle iç içe tek bir meziyet şeklinde zikredildiği görülür. Çünkü insan her halükarda ya bir nimet ya da bir sıkıntı içerisindedir. Eğer nimet içerisinde ise hem şükür hem de sabır gerekir. Şükür o nimete sahip olması ve elindeki o nimetin sabit kalmasının ve artmasının bir gereğidir. Sabır ise o nimeti elde ederken yerine getirilmesi gereken zahiri sebeplere

katlanıp, onun şartlarına uymanın bir gereği olarak görülmüştür. Nimetin elde edilebilmesi açısından kişinin sabra olan ihtiyacı, bela anında sabra olan ihtiyacından daha fazladır (Yazır 1935: 4/3015). Sıkıntılı zamanları sabırla, sevinçli ve huzurlu zamanları ise şükürle karşılamak inanan bir insan için; her ikisinin de kaynağının Allah'ın emri olmasından dolayı iyiliği fark etmektir. Bu da Allah ile insan arasındaki ilişkiyi yakından etkileyen bir durumdur (Göcen 2014: 84). Kuran'da geçen sabır şükür birlikteliğinden, bir davranışın tam anlamıyla sabır olarak nitelendirilebilmesi için içerisinde şükürün de bulunması gerektiği anlaşılmaktadır (Demirci 2002: 273). Nitekim sabır ve şükürün imanla ilişkisi açıktır. Hatta imanın iki kısımdan oluştuğu, bir kısmının sabır diğer kısmının da şükür olduğu ifade edilmektedir (El-Cezviyye 2010: 123).

Sabır ve şükür kavramları insanın sahip olması gereken mutluluk psikolojisinin iki temel ögesi olarak inanan insanın hayatında önemli yer tutmaktadırlar. Sabır ve şükür olumlu ve olumsuz durumlara karşı insandan beklenen, onu başarıya ulaştıran ve mutlu eden davranışların başında gelir (Yüksel 2006: 118). Şükürün özünde, içinde bulunulan zamanda her ne yaşıyorsa yaşansın, yaşantının olumlu tarafını yani hayrını keşfedip teşekkür etmek vardır (Özdoğan 2006: 51). Sabretmesi gereken durumlar özellikle çeşitli sınanma konularında ise sabırla birlikte şükür daha kısa sürede devreye girerek; bireye daha kötü seçeneklerin olabilirliğini ve kendisinden daha zor durumda olanların varlığını hatırlatmaktadır. Birey bir yandan zorlukları yaşayıp onu zorlayan güç durumların baskısını alabildiğine hissederken, bir yandan da şükredilebilecek durumların çokluğunu fark etmektedir. Dolayısıyla bu süreç dâhilinde kendiliğinden uzun bir şükür listesinin oluşması ve buna bağlı olarak sabrın kolaylaşması muhtemeldir. Bu noktada iman, önemli bir güç kaynağı olarak sabır ve şükürün dengeli bir şekilde zihinsel süreçlerde işlenmesini sağlayarak bireyin psikolojik sağlığını koruyucu bir işlev üstlenmektedir (Doğan 2016a: 90).

### **1.2.3. Dinde Sabır**

Din, bireysel ve toplumsal açıdan çok geniş bir çerçevede işlev gören, insanların iç dünyalarındaki ahenk ve davranışlarının şeklini ve yönünü



belirlemedeki denge sağlayıcı rolü itibariyle, bir varoluşsal çözümleme ve hayatı anlamlandırma misyonuna sahip güçlü bir olgudur (Karacoşkun 2004: 23).

Dinler sabır, şükür, fedakârlık gibi duyguları kuvvetli tutmak suretiyle bireye hayatın zorluklarıyla mücadele gücü kazandırmakta, acı ve ıstırapları hafifleterek yaşama arzusunu beslemekte ve motive edici bir güç olarak bireyi psikolojik anlamda koruyabilmektedir. Ayrıca hayatın anlam ve amacını öğreten dinler, bireye mesuliyet duygusu kazandırarak kişiliğini yapılandırmaktadır. Dindar bireye dininin tavsiye ettiği ve kişiliğini güçlendiren sabır, onun için hayatın güçlükleri karşısında sığınabileceği önemli bir limandır. Birey dinî inancı sayesinde; hayatın getirdiği çeşitli engeller, güçlükler, sorunlar karşısında sabırla mücadele etme gücü bularak, bu yolla umutsuzluktan, stres ve depresyondan kendisini koruyup, psikolojik iyilik haline ulaşabilir (Cengil 2003: 140,143).

Sabır nefse haz veren şeylerden uzaklaşmak anlamına da gelmektedir. Manevi gelişimin bu düzeyine ulaşan kişiler; en şiddetli olumsuzluklarla karşılaştıkları zaman bile bu durumu, kendilerini olaylar arkasındaki gerçek faktöre teslim ederek aşmaya çalışmaktadır. Kader inancını aktif hale getiren bu sabır evresi, aynı zamanda nefsin kışkırtmalarına karşı mücadelenin de en önemli şartlarındandır. Zira olumsuzluklara katlanmanın yanında dini yasaklardan kaçınma ve pozitif davranışlarda ıstıkrarı da beraberinde getiren sabır hâli, bu özelliği ile manevi gelişimin olmazsa olmazlarındandır (Karaca 2011: 216).

Bir diğer yönüyle sabır; duygu ve arzuları kontrol altında tutmak; acelecilik, şaşkınlık, ümitsizlik ve açgözlülüğten sakınmak; tehlike ve zorluk anlarında sebat ve dayanıklılık göstermek, soğukkanlı olup düşünceli kararlara varmak; çok büyük belâlarla karşılaştığında veya çok kötü bir durumda olduğunda dahi kontrolü kaybetmemek, en aşırı kışkırtma anlarında bile yanlış adım atmamak, dünyevî fayda ve kazançlar elde etmek için nefsin eğilimlerine kendini kaptırmamaktır (Mevdûdî 1997: 168).

Sabır Kuran'ı Kerim başta olmak üzere, hadis külliyyatında ve tasavvufi eserlerde; bazen peygamber hayatlarında, bazen de diğer insanlar üzerinden örneklerle kader, sınanma ve olgunlaşma bağlamında ön plana çıkmaktadır (Doğanay 2019b: 287).

Kuran'ı Kerim'de ahlaki kavramlardan biri olarak geçen sabır; elem, sıkıntı ve belalar karşısında sızlanmadan nefse haz veren şeylerden uzaklaşmak (Uyguner 1967: 10), Allah'ın inayetine güvenerek bela ve musibetlere metanetle karşı koymak, ümitsizliğe kapılmadan yoluna devam etmede kararlı olmak, Allah'a teslim olmak ve takdire rıza göstermek, Allah'tan gelen her şeyi O'ndan gelmiş olması münasebetiyle hoşnutlukla karşılamak şeklinde anlaşılmaktadır. Bir diğer deyişle sabır batıl ve haksızlık karşısında kişinin hakkı savunarak Allah yolunda mücadele etmesini sağlayan dinamik ve aktivist bir tutum olarak karşımıza çıkmaktadır (Önal 2008b: 55,56). Sabır; hayır bilinen bir işte şer, şer bilinen bir işte ise hayır olabileceği, bu hayır ve şerrin ancak olayların arkasındaki hikmeti yaratan tarafından bilinebileceği inancıyla, umutla ve pozitif bir yaklaşımla aktif çaba sergilemektir (Doğan 2014a: 107).

Sabır kelimesi Kuran'da fiil ve isim olarak çeşitli türevleriyle birlikte kırk beş sure içerisinde (Önal 2008a: 445) toplam yüz üç ayette (Abdülbaki 1990: 399) zikredilmektedir. Kuran'ın ifadesine göre Allah insanları açlık, korku, yoksulluk, yakınlarının ölümü, ürünlerden eksiltmek gibi musibetlerle imtihan eder. Bu musibetleri sabırla karşılayıp Allah'a teslimiyet gösterenler Rablerinin lütfuna ve rahmetine kavuşur, ayrıca ebedi kurtuluşa ererler (Altuntaş 2016: 28). Müminlerin bu imtihanlar karşısında gösterdiği sabrın ahirette hesapsız mükâfatlarla karşılık bulacağı, sabırlı bireylerin sabırları neticesinde iki defa ödüllendirilecekleri Kuran'da müjdelenirken, Allah'ın sabredenlerle beraber olduğu da önemle vurgulanmaktadır (Bakara, 2/153; Enfal, 8/46; Kasas, 28/54; Yılmaz 2009: 192). Cenneti hak edecek müminlerin özellikleri ayetlerde sıralanırken sabırlı olmalarından söz edilmektedir. Kuran'da Allah yolunda üstün çaba gösterip, zorluklara sabrettiği anlaşılmadan kimsenin cennete giremeyeceği belirtilmektedir (Ali İmran, 2/17,142; Asr, 103/3). Buna karşılık Kuran'da, Allah'ı inkâr edenlerin ahirette cezayla karşılaştıkları zaman gösterdikleri sabrın onları ateşten kurtarmaya yetmeyeceği ve yararsız olduğu; sadece dünyada gösterilen sabrın karşılığında hem dünyevî hem de uhrevî kazanımlar olacağı hatırlatılmaktadır (Fussilet, 41/24). Ayrıca Kuran'da, dünyada da karşılığı verilecek sabrın bir örneği sunularak (A'raf, 7/137) mükâfatın yalnızca ahirete bırakılmadığına dikkat çekilmiştir. Dolayısıyla bu ayetlerden; sabrın müminlerden ayrılmaz bir özellik ve dünya hayatındaki mücadelede takınmaları

gereken bir tavır olduğu, maddî-manevî anlamda olumlu sonuçları beraberinde getirdiği anlaşılmaktadır (Doğan 2014a: 109).

Kuran'ı Kerim'de Eyyüp, İsmail, İdris ve Zülkifl peygamberlerin örnek sabırlarından da söz edilmektedir (Enbiya, 21/83-85). Kuran'da zikredilen Yakup (as)'ın evlat acısı (Yusuf, 12/83), Eyyüp (as)'ın hastalığa sabrı (Sad, 38/41-44), İbrahim (as)'ın imanının sınanması ve evladından ayrılmada gösterdiği sabır (Saffat, 37/102,103), Yusuf (as)'ın kardeşlerinin yaptıklarına (Yusuf, 12/4-18,58-101) ve Züleyha'nın teklifine sabretmesi (Yusuf, 12/23-29), Musa (as)'ın yol arkadaşı ile yaptığı sabır yolculuğu (Kehf, 18/60-82), Hz. Peygamberin (s.a.s.) müşriklere karşı sabrı (Taha, 20/126-135; Mümin, 40/55; Müzzemmil, 73/8-10; Kâf, 50/39; Hûd, 11/49-115) sabrın teşvik edildiği örnekler arasındadır.

Kuran'da sabır kavramıyla öne çıkan, özellikle hastalıklara sabırda ilk akla gelen örnek şahsiyet Hz. Eyyüp'tür. O salih bir kul olarak sağlığı, malı ve çocukları ile imtihan olmuş, uzun süre kendisine ıstırap veren bir hastalığa yakalandığı halde Allah'a olan güvenini kaybetmemiş, Allah'a yönelip yalvarmaktan ve derdini O'na arz etmekten geri durmamış, Rabbine karşı hiçbir serzeniş ve şikâyetle bulunmamış, bir kez olsun isyan etmemiştir. Aksine başına gelen bütün bela ve musibetlere sabretmiş, şükretmiş, teslimiyet göstermiş, dert ve sıkıntıların da en az Allah'tan gelen huzur ve mutluluklar kadar değerli olduğunun farkına varmış ve bu tutumuyla model bir insan olmuştur. Bütün bunların neticesinde Allah O'na ailesini, çocuklarını, malını ve sağlığını misliyle geri vermiştir (Ateş 1989: VII/475; Önal 2008a: 451).

Sabır konusu hadislerde de geniş olarak yer almaktadır. Sabrın değerli bir hazine ve Allah'tan bir lütuf olduğu; insanı olumsuzluklardan muhafaza eden bir kalkan ve manevî bir enerji kaynağı, sosyal hayatta yararlı insanî ilişkiler kurmada yardımcı ve olgunlaşmış müminde gıpta edilecek bir tavır olduğu hadislerde vurgulanır. Ayrıca karşılaşılan felaketlerde mümini ve imanını psikolojik travmalardan koruyup dengede kalmasını sağlayan bir güç olduğu belirtilir. Tüm olumlu davranışların karşılığında gerçek hayatı kazandıran ödüller olduğu gibi, sabrın zorluğu ölçüsünce elde edilecek mükâfatın da bol olduğu hatırlatılarak hadislerde sabra özendirilmektedir (Doğan 2014a: 115).

Hız. Peygamber (s.a.s.) hadislerinde imanının sabrının ta kendisi olduğunu ve olayın ilk ortaya çıktığı anda gösterilmesi gerektiğini belirtmiştir (Altuntaş 2016: 28). Yine insanın iyilik ve ibadetleri yapabilmesinin, kötülük ve günahlardan kaçınmasının ve son nefesine kadar imanının korunmasının sabırla gerçekleşebileceğini bildirmiştir. Hız. Peygamber (s.a.s.) hiç kimseye sabırdan daha hayırlı ve geniş bir nimet verilmediğini, sabrın kişiyi telâştan ve yanlış işler yapmaktan koruduğunu (Çağrııcı 2008: 338), sabrın bir ışık olduğunu, imanının sabırlı ve hoşgörülü olmayı gerektirdiğini (Hadislerle İslam 2013: 3/207) haber vermiştir. Hatta sabrı teşvik etme noktasında, sabredenlerin sabrına karşılık büyük mükâfatlar elde edeceğini vaat etmiş, hastalık ve felaketler karşısında sürekli sabrı tavsiye etmiş ve insan için bütün bunların birer imtihan vesilesi olduğunu söylemiştir. Konuyla ilgili bir hadiste: “Allah bir kulunun iyiliğini istediğinde onun cezasını dünyada verir, aksi halde ise günahının cezasını kıyamete kadar erteler” (Şeybani 3/344) buyururken, aynı çerçevedeki bir başka hadiste sabrı şöyle müjdelemiştir: “Müminin başına bir ağrı/sızı, bir hastalık, onu üzen bir durum, bir keder gelirse, bu yüzden Allah onun bazı günahlarını bağışlar” (Şeybani 3/343). İşte bu hadisler ışığında baktığımızda, hayatın çeşitli risk ve problemlerini birer imtihan vesilesi olarak görmek suretiyle sabrı kuşanmak, hayatın her alanında insana sağlam bir duruş kazandırıp dinî duygularını da güçlendirmektedir. Böylece insan sergilediği sabırla ruhen daha sağlıklı kalmayı başarabilecektir (Karacoşkun 2007: 66,67).

#### **1.2.4. Tasavvufta Sabır**

Gerek İslam dininin temel kaynaklarında gerekse İslam kültürü içinde önemli bir yere sahip olan tasavvufta sabra çok derin anlamlar yüklenmiştir. Dünya hayatını anlamlandırmak için sunulan anlam çerçevesi de dâhil inanç, ibadet ve ahlak alanlarının tümünde sabrın gereğinden bahsedilmektedir (Doğan 2014a: 124). Sabır semantik açıdan, başa gelene sabretmeyen ve kolaylıkla öfkeye kapılıp şiddete yönelenler için kullanılan ceza sözcüğünün bir karşılığıdır. Bu ise sabrın; acılı ve sıkıntılı durumlarda itidali korumak ve dava yolunda karşılaşılan her türlü zorluğun üstesinden gelmek için gerekli ruh direncine sahip olmak anlamına geldiğini göstermektedir (Izutsu 2013: 177).

Tasavvufî dinî gelişim yedi evreden oluşur. Bunlar tövbe, vera, zühd, fakr, sabır, tevekkül, rızadır. Bunlar arasında beşinci sırada olan sabır evresine ulaşan bireyler, şiddetli olumsuzlukları kendilerini olayların arkasındaki gerçek faktöre teslim ederek sabırla aşmaktadırlar. Ardından gelen tevekkül ve rıza evreleri ise sabrın içselleştirildiği evrelerdir (Karaca 2011: 211). Zira Hz. Ali bir sözünde sabrı “Vücuda göre baş ne ise, imana göre sabır da odur” diyerek tarif etmiştir (Kuşeyri 1999: 266). Bireyin dinî ve manevî gelişimini hedefleyen İslam Tasavvufunda; insanın iradesini özgürleştirilmesi, ahlakî olgunluğa ulaşması, Allah’a yakınlaşmak için bedenî ve dünyevî tutkuların esaretinden kurtulabilmesi ve ardından manevî mertebelere kavuşması için nefsi mücadelesine sabırla devam etmesi gerekmektedir. Olumsuzluklara dayanmanın yanında dinî emir ve yasaklara uymayı, pozitif davranışlarda istikrarı gerektiren sabır hali, manevî gelişimde çok önemli bir fonksiyondur. Çünkü sabrı öğrenemeyen bireyler kolayca umutsuzluğa düşmekte, isyan eğilimleri gösterebilmekte, bu durum ise onların inançlarını zayıflatarak manevî gelişimine ket vurabilmektedir (Karaca 2007: 260).

Allah’ın Esmâ’ı Hüsnâ’sından olan sabra mutasavvıflardan bazıları sözlük anlamının dışında kendi anlayışlarına uygun daha özel anlamlar vermişlerdir. İbni Ata sabra “Musibetler içindeyken en güzel bir biçimde edebe riayet etmek” derken, Ebu Ali Dakkak “Takdire itiraz etmemek” şeklinde yorumlamıştır. Kuşeyri (2003: 308) sabrı ikiye ayırmıştır; birincisi kulun kendi iradesi dâhilinde olmayan şeylere gösterdiği sabır, ikincisi ise kulun kendisi ile ilgili olup Allah’ın meşakkatli (hastalık, fakirlik vs) hükümlerine ve bunlardan doğacak sıkıntılara göğüs gererek gösterdiği sabırdır. Bu da Allah’a karşı teslimiyet ve rızayı beraberinde getirir. Hasan Basri (ö. 641-728) bir bedeviye; “Sabır ikidir, biri bela ve sıkıntılara sabır iken diğeri yasaklanan şeylerden kaçınmaktır” demiştir. Cüneyd-i Bağdâdî’ye (ö. 298/911) sabır sorulduğunda “Sabır yüzünü ekşitmeden acıyı yudumlamaktır. Allah müminlere iman, imana akıl, akla da sabır ikram etmiştir; o halde imân müminin, akıl imanın, sabır da aklın süsüdür” şeklinde cevap vermiştir (Sühreverdî 1995: 620). Sabır acı bir ilaçtır, lakin mübarek sevilmeyen bir şerbettir. Kişi onu içtiği zaman ona her menfaati sağlar ve kişiden her türlü zararı giderir. İlaç böyle olunca akli başında insan “Bir saatlik acı bir yıllık mutluluktur” diyerek, acılığına ve keskinliğine bakmadan nefisini bu ilacı içmeye zorlayabilmektedir (Erginli 2006: 855). Sehl b.

Abdullah Tusterî (ö. 283/896) ise sabır hakkında “Afiyete karşı sabır, belâya karşı sabırdan daha zordur” demiştir (Yıldız 2016: 129).

### 1.2.5. Psikolojide Sabır

Sabrın insan psikolojisi üzerinde yoğun bir etkisinin olduğu düşünülür. Bireyin karşılaştığı sıkıntıların niçin başına geldiğini fark etmesiyle bilişsel yönünü, arkasından Allah’a sığınarak O’na tevekkül etmesiyle duygusal yönünü ve aynı zamanda bu sıkıntıyla baş etme yöntemlerini araştırıp çözüm üretmesiyle de davranışsal yönünü ortaya çıkaran psikolojik bir tutum ve süreçtir (Karakaş 2016: 2743). Sabır hayatın anlamlandırılmasından başlayıp ömrün sonuna kadar sürecek yaşamsal mücadelede, bireye güç vererek denge ve uyum arayışında ona destek sağlar. Bu bağlamda sabır kişiyi başarıya götüren ve ardından mutluluk hedefine ulaşmasına aracılık eden, psikolojik zemine sahip varoluşsal bir olgudur (Doğan 2014a: 94).

İnsanların hayattan beklentileri, sadece fizyolojik ihtiyaçlardan ibaret değildir. Bu sebeple bireyler fizyolojik ihtiyaçların yanında psikolojik ihtiyaçlarının da karşılanmasını ve hayatlarının bir anlam kazanmasını isterler. Ruhun ahlâkını ve karakteristik özelliklerini teorik ve pratik açıdan ıslah etmek; üstün ahlâkı kazanmak, kötü ahlâktan korunmak, devamlı salih ameller işleyip uygun davranışlar içinde olmak ve bunlardan taviz vermemekle mümkün olur. Bir kimse bir işe çaba sarf eder ve o iş üzerinde gayretle devam ederek adet haline getirirse, o şey onun için bir meleke, huy ve tabiat olur (Saribaş 2006: 26). Birey sabır tutumunu kazanmamış olsa da şartlar gerektirdiğinde zorunluluktan gösterilen sabır “durumluk sabır”dır. Ancak Aristoteles’e göre birey; adil şeyleri yapa yapa adil, ölçülü davrana davrana ölçülü, yiğitçe davrana davrana yiğit olmaktadır. Dolayısıyla sabır davranışı tekrarlanan tekrarlanan “sürekli sabır” tutumu geliştirilebilir (akt. Doğan, Gülmez 2014: 266). Başlangıçta durumluk olan sabır, tekrarlanarak öğrenilip tutum haline dönüşerek eğilim ve karakter gücü haline geldiğinde artık sürekli sabır haline gelmiş olur. Sabır düzeyleri yüksek kişiler yaşamlarını anlamlandırabilen, yakın ve uzak hedefleri olan, karşılaşılan olumsuzluklarda kendilerini daha hızlı toparlayabilen, olumlu zihinsel fonksiyonlara sahip kişilerdir (Doğan 2017: 136). Yani sabır, edilgenlik ve katlanma

değil, bir yandan başa çıkma aracı ve bir yandan da dönüşüme fırsat veren bir tutumdur (Doğan, Gülmez 2014: 264).

Yaşanan olumsuz deneyimler bireyi duygusal ve zihinsel açıdan etkileyerek onun hem iç dünyasındaki ahengini hem de dış dünya ile olan uyumunu bozabilmektedir. Bu süreçte varoluşsal boşluğa düşmemek amacıyla yaşadığı tecrübeleri ve gözlemlendiği hadiseleri kendi dünyasında anlama ve açıklama ihtiyacı hisseden bireyler, benliklerini kuvvetlendirmek için farklı savunma mekanizmalarına müracaat edebilirler (Doğanay 2019b: 287).

Witek-Janusek ve arkadaşları (2008) sabrı, bilgeliğin bir gerekliliği olarak görmüş, olaylar ile durumların kendi zaman dilimleri içerisinde olması gerektiğini kavrayabilme ve kabul edebilme yetisi olarak tanımlamışlardır. Gergin ve karmaşık bir zihne sahip bireylere sabrı bir eğitim olarak uygulamak, onu bir meleke haline getirmek için önemli görülmüştür. Zihnin gereksiz yere yorulmasını önlemekte de sabır uygulamaları önemli bir yer tutmaktadır. Kabat-Zinn'e (2009) göre sabır, yaşamın her anına açık şekilde, bir bütünlük içerisinde, her anı kabul ederek, her bir olayın ve eylemin olması gerektiği zamanda ortaya çıkacağını anlamak ve buna göre düşünceleri organize etmektir (akt. Özok 2018: 27).

Hem ruhsal sağlığın bir ön şartı hem de ibadetin özü ve anlamı diyebileceğimiz sabır, bireysel ve toplu yapılan diğer ibadetlerde olduğu gibi depresyon, korku, kaygı, aşağılık duygusu, yalnızlık, öfke, dışlanmışlık, yabancılaşma, umutsuzluk vb. olumsuz ruh hallerinin azaltılması ve yatıştırılmasında önemli bir etkiye sahiptir (Hökelekli 2010: 75).

### **1.2.6. Hastalıklara Sabır**

İnsan hayatı boyunca bir takım zorluk ve sıkıntılarla karşılaşır. Hayatın kaçınılmazı diyebileceğimiz bu zorluklardan biri de hastalıktır. Hastalık insan vücudu üzerinde kendisini değişik şekillerde gösterir. Hastalık, elem, musibet gibi durumlar hemen her insanın kendisi ya da yakınlarının başından geçmektedir. Bu durum insanın beden sağlığı kadar ruh sağlığı ve inanç dünyasını da derinden etkileyebilmekte, hatta bazen kişinin baş edemediği bir probleme dönüşebilmektedir (İlhan 2015: 52). İnancın gücü olarak niteleyebileceğimiz sabır da; hastalığı ve acıyı kabullenip onunla mücadele etmede bireye güç kazandıran bir niteliktir. Hastalık

sebebiyle tedavi görmek de, sabırlı olmayı gerektiren ve bireyin yaşantısını derinden sarsan hayatın diğer zorluklarından. Hayatta en acı olaylar ve ağır durumlarla karşılaşan birey yaşadığı trajedinin üstesinden gelebilmek için, hayatı mevcut şartlarına göre yeniden düzenlemektedir (Bahadır 2000: 191).

Yapılan bir araştırma sonucu; hastaların hastalıklarına bağlı olarak yaşadıkları en önemli duygusal reaksiyon %50 oranla “kaderine razı olmak ve sabretmek” olarak tespit edilmiştir. Bu veriye göre dini inancın sağlık ve hastalık algılamalarına etki ettiği söylenebilir. Çünkü hastalar tıbbi bir kuruma başvurmuşlar ve arkasından yine dine sığınmışlardır. Hastaların dine sığınması maneviyatlarını arttırarak geleceğe daha umutla bakmalarına neden olmaktadır (Günler 2011: 242).

Yaratıcıya sığınma ve ondan destek alarak zorluklar karşısında sabır ve metanet gösterme eğilimi, bireyin kendini güçlü hissetmesine ve zorluklarla baş etmesine (Ayten 2012: 65; Ekşi 2001: 7), hayatta acıların da olduğu gerçeğiyle yüzleşerek olgunlaşmasına katkı sağlamaktadır (Kula 2006: 92). Bu tür bir dini başa çıkma süreci, özellikle fiziksel ve ruhsal açıdan sıkıntılı olan insanların zorluklarla mücadele azmini arttırmakta, hastalığını kabullenip onunla mücadele etmede bireye güç kazandırmakta, bireyin iç huzuru kazanmasını sağlamaktadır (Yapıcı 2007: 46). Bu iç huzurunu sağlayan hastalar maneviyatlarını yükselterek hastalıkları karşısında pozitif bir güç kazanmaktadır. Hastalar dinleri vasıtasıyla buldukları duruma sabretmeleri gerektiğini bilmekte ve bu yönde davranış sergileyerek hastalıkları karşısında daha dirençli hale gelmektedir.

### **1.2.7. Hemodiyaliz Hastalarında Sabır**

Hayatın en zor deneyimlerinden birini yaşayan HD hastaları; haftanın belirli günlerinde makineye ve tedavi ekibine bağımlılık, ilaç tedavisi ve diyet, aile içi rollerinin değişimi, iş yaşamındaki değişiklikler, ekonomik güçlükler, cinsel işlevlerdeki bozukluklar, toplumsal yaşamda kısıtlanma ve yaşamı sürdürme endişesi gibi sorunlarla karşı karşıyadır (Başaran ve ark. 2016: 10). Tedavinin getirisi olarak hastaneye ve çevresindeki insanlara bağımlılık, damar yolu bulmada sürekli tekrar eden acılar, destek veren bir yakınının bulunmaması veya yakınlarından bakıma muhtaç kişilerin olması gibi durumlar hastalarda kaygı, öfke, isyan ve umutsuzluk duygusuna neden olmaktadır (Okanlı ve ark. 2008: 156). Bu duyguların artışıyla



hastalarda; yadsıma, negatifizm, tedaviyi reddetme ya da uyum güçlüğü, ölüm korkusu, anksiyete ve depresyon gibi ruhsal sorunlar ortaya çıkmaktadır (Başaran ve ark. 2016: 11).

Küçük bir ayrıntı gibi gözükse de hastaların ve HD çalışanlarının ifadeleriyle sabredilmesi en güç durumlardan biride damar yolu, fistül ve kateter sorunudur. Genellikle birer gün ara ile HD'ye alınan hasta her seansında damar yolunda problem yaşama riski ile karşı karşıyadır. Bu durum hastaya acı ve yılgınlık vermektedir. HD işlemi için fistül açılmayan ve acil HD'ye alınması gerektiği halde fistül açılması için yeterli zaman olmayan hastalarda kateter uygulaması yapılmaktadır. HD'nin devamı için gerekli olan bu uygulama birçok kısıtlılığı da beraberinde getirmektedir. Bunlardan biri; HD'nin etkin devam edebilmesi için sağlık çalışanları tarafından hastanın hareketlerine tedavi süresince (3-4 saat) sınırlama getirilmesidir. Kateterin sebep olduğu bir diğer önemli sorun ise hastanın enfeksiyon riskinden dolayı kateterle birlikte beden temizliğini yapmakta zorlanmasıdır. Bunun için medikal tedbirler varsa da bu her banyoda maddi bir külfeti beraberinde getirmektedir. Bu sorunlar HD hastaları için sabretmesi güç durumlar arasındadır.

Yine hastalığa ve tedaviye bağlı olarak HD hastalarında; kabızlık, kusma, mide bulantısı, bacaklarda ödem, iştahsızlık, kas krampları, baş dönmesi, sersemlik, ağız kuruluğu, huzursuz bacak sendromu, kaşıntı, ciltte kuruluk, uyku sorunları, konsantrasyon güçlüğü, sırt ve göğüs ağrıları, sinirlilik, huzursuzluk gibi psikolojik veya fiziksel birçok istenmeyen durum ortaya çıkabilmektedir (Akgöz, Arslan 2017: 21). Böbreklerin dönüşsüz kaybıyla başlayan HD tedavisindeki bu istenmeyen durumlar uzun süreli sabırla ilintili görülmektedir.

HD tedavisi boyunca devam eden bu problem ve kısıtlılıkların nasıl aşılacağı, kişinin var olan fonksiyonlarını nasıl güçlendireceği düşünüldüğünde, bu durum önemli yaşam değişimlerini de beraberinde getirmektedir. Günlük yaşamda basit ve sıradan görülen işler dahi bu gibi kronik hastalarda aşılması güç engeller oluşturmakta, bu da depresif ruh hali ile hastanın kendini her alanda yetersiz görerek hayattan kopmasına, giderek yaşam kalitesinin düşmesine ve başkalarına bağımlı hale gelmesine neden olmaktadır (Ak 2008: 38).

Bu bağlamda sabır zorluklar karşısında insana verdiği güçle; korku, kaygı ve depresyonun fiziksel ve ruhsal etkilerini azaltabilir. Yine kişiye sağladığı güç ve

manevi enerjiyle metabolizmayı dengeleyip, davranışları düzenlemeye katkı sağlayabilir (Sayın 2012: 420). Dolayısıyla korku, kaygı, uyum güçlüğü, ölüm korkusu, anksiyete ve depresyon gibi HD hastalarında da sıklıkla görülebilen birçok olumsuz duygu ve davranışın sabırla en aza indirilebileceği, fiziksel yakınmaların azalabileceği düşünülmektedir. Nitekim aynı yaşanmışlık karşısında her birey aynı sabrı gösteremeyebilir. Kimisi için bir an dahi sabredemeyeceği bir durum, diğer bir kişi için günlük yaşantının ta kendisi olabilmektedir. Özetle tedavi süresi uzun olduğu için tedaviye uyum ve sabır göstermekte zorlanan HD hastalarında, yaşananları yeniden anlamlandırmak sabrı destekleyen bir faktör olacaktır.

Bütün bunlardan anlaşılıyor ki sabır özellikle zorluklar, travmatik yaşam olayları, hayatın güçlükleri, bireysel kontrole imkân vermeyen durumlarda daha aktif olmakta ve bireyin yeni duruma uyumunu kolaylaştırmaktadır. Aynı zamanda sabır; başa çıkmaya destek olan umut, güven ve inançtan gelen gücün de göstergesidir. Günlük stres yapıcılar karşısında problemlerini fazla zorlanmadan çözebilen bireyler, hayatın zorlukları ile karşılaşma anında daha güçlü bir sabra ihtiyaç duymaktadırlar. Dinin desteği tam burada ortaya çıkmaktadır. Zira dinî bakış açısıyla yaşamı yeniden yorumlama ve bu doğrultuda yaşananları değerlendirme kabiliyeti, özellikle bireyler travmatik yaşantılarla karşılaştıklarında daha sık kullanılmaktadır. Dolayısıyla dindar birey böyle durumlarda dinin sabır tavsiyesini hatırlayarak sabrını güçlendirebilmektedir (Doğan 2016a: 267).

### **1.2.8. Sabırla İlgili Yapılan Araştırmalar**

Literatürde sabırla ilgili sınırlı sayıda araştırma bulunabilirken, hastalık ve sabırla ilintili hususi bir araştırma yok denecek kadar azdır. Dolayısıyla bu başlık altında, bizim konumuza kısmen yakın bulduğumuz çalışmalara yer verilecektir. Bunlardan bazıları aşağıda şu şekilde sıralanmıştır;

Doğanay'ın (2019) "Psikolojik Açıdan Hayatın Zorlukları Karşısında Dini İnanç ve Sabır" konulu doktora çalışması nitel araştırma yöntemlerinden yararlanılarak yürütülmüştür. Araştırma, Müslüman kültürde yaşayan bireylerin yaşam zorluklarıyla nasıl başa çıktıklarını ve bu süreçte psikolojik açıdan neler yaşadıklarını belirlemek amacıyla hazırlanmıştır.

Araştırmada yapılan gözlem ve mülakatlarda, zorlayıcı olaylardan sonra beş farklı insan tipi ile karşılaşılmış ve insanların beş farklı hale bürünebildiği gözlemlenmiştir. Çalışma grubundaki bireylerin başa çıkma ve sabır sürecinde “şaşkın”, “kaygılı”, “öfkeli”, “suskun” ve “teslimiyetçi” bir kimliğe bürünebileceği görülmüştür. Araştırmacı zorlanan bu insan tipleri karşısında bir model önerisi olarak; sabra yolculuğun “şok”, “şikâyet”, “şüphe”, “şükran” ve “şükür”den oluşan beş halini ortaya koymuştur. Sonuç olarak inanan bireylerin yaşamın zorlukları karşısında bu beş halden geçeceği ve belirtilen beş tipten birine bürüneceği iddiası ileri sürülmüştür.

Ayık (2019) “Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Hastalığı Kabullenmesi ve Dini Baş etme Tarzlarının İncelenmesi” başlıklı yüksek lisans tezini, üç ayrı diyaliz merkezinde 297 hasta üzerinde gerçekleştirmiştir. Araştırma neticesinde, HD hastalarının hastalığı kabullenme düzeylerinin yüksek olduğu ve daha çok olumlu dini baş etme tarzını kullandıkları görülmüştür. Ayrıca hastaların olumlu dini baş etme puanlarının arttıkça hastalığı kabullenme puanlarının da arttığı, olumsuz dini baş etme puanlarının arttıkça hastalığı kabullenme puanlarının azaldığı bulgular arasındadır. Hastaların sosyo demografik değişkenlerinden tedavi senesi ve cinsiyet değişkeni ile olumlu dini baş etme tarzları arasında da anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Doğan (2014b) “Dindarlık, Sabır ve Psikolojik İyi Olma Arasındaki İlişkiler” başlıklı doktora çalışmasını; anket tekniği kullanarak, dört ayrı ilde, yaşları 15-65+ aralığında değişen 1007 birey üzerinde gerçekleştirmiştir. Araştırmada elde edilen bulgulara göre; dindarlık- sabır, sabır- psikolojik iyi olma ve dindarlık- psikolojik iyi olma arasında olumlu yönde anlamlı ilişkiler olduğu belirlenmiştir. Sosyo demografik özelliklerden yaş değişkeni ile sabır arasında anlamlı bir ilişki saptanmış, bireylerin yaşları arttıkça sabır düzeylerinin de arttığı görülmüştür. Medeni durum ve sabır ilişkisine bakıldığında; dul olanların sabır düzeyi evlilere göre, evli ve dul olanların sabır düzeyi ise bekârlara göre daha yüksek bulunmuştur. Cinsiyet ve sosyo ekonomik durum değişkeni ile sabır arasındaki ilişki incelenmiş, cinsiyet ve sosyo ekonomik durumun bireylerin sabır düzeyini etkileyen bir faktör olmadığı görülmüştür.

Eliüşük (2014) tarafından yapılan “Sabır Eğiliminin Öz-belirleme Öz-anlayış ve Kişilik Özellikleri Açısından İncelenmesi” adlı doktora çalışmasında örneklem grubu; farklı fakültelerin çeşitli bölümlerinde 1, 2, 3 ve 4. sınıflarda öğrenim gören, yaşları 17-30 aralığında 1166 üniversite öğrencisinden oluşmaktadır. Araştırma bulgularına göre, sabrın tüm alt boyutlarıyla öz-anlayış arasında olumlu yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Sabrın alt boyutlarıyla, öz-belirlemenin bireysel farkındalık alt boyutu arasında da anlamlı ilişki gözlemlenmiştir. Öz-anlayış, öz-belirleme ve beş faktörlü kişilik özellikleri ile ayrı ayrı ve birlikte değerlendirildiğinde sabrın tüm alt boyutlarını yordadığı görülmüştür. Yaşam zorluklarına sabır ve kişiler arası sabrın en iyi yordayıcısının ise öz-anlayış olduğu araştırmanın sonuçları arasındadır.

Schnitker (2012) tarafından gerçekleştirilen bir diğer çalışmada, sabır ve öznel iyi oluş arasındaki ilişki incelenmiştir. Örneklem grubu 389 üniversite öğrencisinden oluşmaktadır. Araştırmada öğrenciler, sürekli sabır düzeyini artırmak için planlanan bir eğitim programına dâhil edilmişlerdir. Eğitim sonrası yapılan değerlendirmede katılımcıların sabır düzeyinde artış ve depresyon düzeyinde azalma görülmüştür. Bu sonuçtan sabır tutumunun geliştirilebileceği anlaşılmaktadır. Ayrıca sabırla yaşam doyumu ve mutluluk arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkinin olduğu, sabır düzeyi yüksek bireylerin daha nesnel hedefler belirleyebildikleri, uzun süreli sabrın öznel iyi oluşla ilişkili olduğu da araştırmanın bulguları arasındadır. Yapılan çalışma doğrultusunda sabırlı insanlarda, daha az olumsuz duygulanım, daha az sağlık problemleri ve artan yaşam doyumu görülmüştür.

### **1.3. Yaşam Memnuniyeti**

#### **1.3.1. Yaşam Memnuniyetinin Tanımı**

Yaşam memnuniyeti (Life Satisfaction) kavramı ilk kez 1960’lı yılların başında Neugarten tarafından kullanılmıştır (Pavot, Diener 1993: 164). Araştırmacıların yaşam memnuniyeti kavramını kimi zaman yaşam doyumu ve psikolojik iyi oluşla, kimi zaman da mutluluk ve yaşam kalitesi gibi kavramlarla aynı anlamda kullandıkları görülmektedir (Eryılmaz, Ercan 2011: 139). Literatürde benzer

kavramlara nazaran daha sık kullanılan yaşam kalitesi kavramının yaşam memnuniyeti, iyilik hali, sağlık, mutluluk, doyum, uyum, öz-saygı, itibar, yaşam değeri, yaşamın anlamı, fonksiyonel durum gibi kavramlarla eş anlamlı olarak kullanıldığı görölmektedir (Bektaş 2005: 23). Yine yaşam memnuniyeti, moral, mutluluk, toplumsal iyilik hali, öznel iyilik hali ve psikolojik refah gibi kavramlarla eş anlamlı ve esnek bir şekilde birbirinin yerine kullanılmıştır. Bununla birlikte yaşam memnuniyeti diğerlerine göre daha gelişmiş ve yaşam kalitesinin en yaygın kullanılan öznel (sübjektif) ölçüsü olmuştur (Şener 2009: 5). Yaşam memnuniyeti ile yaşam doyumunu aynı anlamda kullanılabildiği gibi, yaşam doyumunu yaygın olarak yaşam memnuniyeti biçiminde de tanımlanabilmektedir (Akın, Yalnız 2015: 96).

Bu tez çalışmasında ağırlıklı olarak yaşam memnuniyeti ve yaşam doyumunu ifadeleri kullanılacaktır.

Yaşam memnuniyetini tanımlamak için öncelikle “yaşam” kelimesinin açıklanması uygun olacaktır. “Yaşam” içinde bulunduğun ortam ile sürekli uyum içinde olmayı gerektiren bir kısım değişimlerin yaşandığı ve her dönemde önceki uyum becerilerine yenilerinin eklenerek devam ettiği bir süreçtir. Bu süreç anne karnında başlayıp ölünceye kadar devam eder. Yaşam, bu süreçte yaşanan olumlu ya da olumsuz tüm deneyimlerin biyolojik yapı ile bütünleşmesi ve anlamlı hale getirilmesidir (Aktüel Psikoloji). Tamamlayıcı olan “memnuniyet” kelimesi de beklentilerin, gereksinimlerin, istek ve dileklerin karşılanması olarak ifade edilir (Neugarten ve ark. 1961: 137). Yaşam memnuniyeti kavramı ise, bireyin içinde bulunduğu hayat şartlarından memnun olmasını ve yaşama sevincine sahip olmasını ifade eder (Akın, Yalnız 2015: 96). Diğer bir deyişle yaşam memnuniyeti insanların kendi belirlediği değerlere uygun bir biçimde bireyin tüm yaşamını pozitif değerlendirmesi olarak literatüre giren bir kavramdır (Aktüel Psikoloji).

Veenhoven’a (1996) göre yaşam memnuniyeti bireyin kendi yaşam kalitesini tümüyle değerlendirmesi sonucunda ulaştığı olumluluk seviyesi anlamına gelmektedir. Aynı zamanda hoşnutluk ve haz anlamlarını içeren yaşam memnuniyeti, bireyin sürdürmekte olduğu yaşamından ne kadar hoşlandığını ifade etmektedir. Kişinin yaşamından zevk alması, anlamlı bir yaşama sahip olma, yaşamdaki faaliyetlerin fazla olması gibi durumların da yaşam memnuniyetiyle alakalı olduğu görölmüştür (akt. Kümbül Güler, Emeç 2006: 131).

Yaşam doyumu bireyin kendisinin belirlediği kriterler ve yaşam şartlarını algılayışı arasındaki karşılaştırılmaları, dolayısıyla da bireyin kendi yaşamı hakkında değer biçmesini ifade etmektedir (Çeçen 2007: 73). Kişinin kendi belirlediği bu kriterler doğrultusunda yaşamının olumlu değerlendirmesi öznel bir değerlendirmeye dayanmaktadır. Eğer birey seçtiği kriterlere göre yaşam kalitesini olumlu buluyor ve yaşamdan haz alıyorsa yaşam doyumu gelişmektedir (Chow 2005: 140).

Bireyin yaşam memnuniyetini değerlendirmek için Neugarten ve arkadaşları beş kıstas belirlemiştir. Buna göre yüksek yaşam memnuniyetine sahip kişiler;

1. Yaşamdaki günlük etkinliklerden zevk alabilen,
2. Yaşamı bir anlam ifade eden, yaşamıyla ilgili hedefleri olan ve geçmiş yaşantısının sorumluluğunu kabullenebilen,
3. Yaşamı süresince belirlediği hedeflerine ulaştığına inanan,
4. Olumlu bir benlik algısına sahip olan ve zayıf tarafları ne olursa olsun kendini değerli kabul eden,
5. Yaşama karşı çoğunlukla pozitif yaklaşan bireylerdir (Neugarten ve ark. 1961: 137).

Pavot ve Diener yaşam doyumunu, bireyin kendi yaşamıyla alakalı genel yargıları ve değerlendirmeleri olarak tanımlamıştır. Birey kendi durumuna ilişkin uygun gördüğü bir standart olduğunu düşünür ve öznel bir niteliğe sahip yaşam doyumu yargılarını bu standart ile kıyaslayarak ortaya koyar. Bunlar, sosyal normlardan kaynaklı olabildiği gibi bireyin kendine göre belirlediği iyi yaşam standartları da olabilir. Bu açıdan bireyin kendi başarısına dair oluşturduğu doyumların ötesinde, bireyin hayatına ilişkin genel yargılarına dair değerlendirmeler yaşam doyumu üzerinde daha önemlidir (Pavot, Diener 1993: 165).

Öznel ve nesnel iyi oluş tanımları yaşam memnuniyeti ile yakından ilişkili bulunmuştur. Öznel iyi oluş kişinin hayata dair yaptığı değerlendirmedir. Bu noktada kişinin hayata bakışı, hayattan tatmin oluşu, yaşantıları anlamlandırması ve değerleri önemli görülmüştür. Biyolojik ve ruhsal açıdan kişinin iyi hissetmesi yaşam doyumu açısından oldukça önemlidir. Kişinin bireysel açıdan donanımlı olması da yaşam doyumu ile ilişkilidir (Yetim 2001: 62). Eddington ve Shuman (2007) kişinin yaşamı için yaptığı öznel değerlendirmeleri üç farklı boyut içinde ele almaktadır. Bu boyutların birbirleriyle ilişkili olan genel bir boyut halinde sınıflanacağı

düşünülmüştür. Olumlu duygu, olumsuz duygu ve yaşam doyumu sözü geçen boyutlardır. Olumlu (sevinç, coşku, gurur, sevgi, mutluluk, haz, sevinç vb.) ve hoşagiden duyguların fazlalığının; olumsuz (öfke, kıskançlık, suçluluk, utanç, üzüntü, kaygı) ve hoşagitmeyen duyguların ise az olmasının iyi olma bakımından önem taşıdığı belirlenmiştir (akt. Yetim 2001: 65). Diener ve arkadaşlarına göre (2002) yaşam doyumu kişinin yaşamında ki bilişsel yargılama ve değerlendirmelerin bütününe içine almaktadır. Bu bağlamda öznel iyi oluşun genel olarak kişinin hayatı ile ilgili yaptığı bilişsel ve duyuşsal değerlendirmeleri kapsadığı, yaşam doyumunun ise daha çok öznel iyi oluşun bilişsel boyutunu oluşturduğu söylenebilir (akt. Batan 2016: 14).

Kişinin yaşamından memnun olmasını ifade eden öznel iyi oluş kavramı, psikoloji araştırmalarında genel olarak mutlulukla alakalı görülür ve mutlu insanları tarif etmek için kullanılır (Çapan 2010: 1667; Eryılmaz, Ercan 2011: 139). Bu bağlamda yaşam doyumu kişilerin gereksinimlerinin, hedeflerinin ve arzularının gerçekleşip gerçekleşmediğine yönelik bilişsel yargılar anlamında kullanılan mutluluktur. Kişinin yaşam doyumunu olumlu değerlendirmesi mutluluk, olumsuz değerlendirmesi ise mutsuzluk olarak tanımlanmaktadır (Şimşek 2011: 14).

Yaşam doyumu, bireyin kendini sevmesi ve değerli görmesi olarak tanımlanır. Mutluluk ve memnuniyet duygusu şeklinde ifade edilen yaşam doyumu bireysel ve örgütsel açıdan değerlendirildiğinde, yaşamın anlık bir bölümünün değil tüm etkenleriyle bütününe ele alındığı bir olgudur. İnsanın iletişimi, bireysel becerileri, sosyal yaşamından edinilen tecrübesi, sosyal çevresi ve arkadaşlıkları, mutluluğu ve yalnızlığı gibi hallerinin kendisini nasıl etkilediği de yaşam doyumunu dolaylı olarak etkilemektedir (Doğan 2015: 49).

İnsanları mutlu kılan ve mutluluğunu sağlayan şartların neler olduğu çok eski devirlerden beri dikkat çeken bir husustur. Yaşam doyumu hâlihazırda yaşamdan doyum, yaşamı değiştirme isteği, geçmişten doyum, gelecekte doyum ve kişinin yakınlarının o kişinin yaşamı hakkındaki görüşlerini kapsamaktadır. Genel olarak kişinin tüm yaşamını ve bu yaşamın çeşitli boyutlarını içeren yaşam memnuniyeti yani mutluluk alanları, önem sırası ve etki düzeyi kişiden kişiye değişecek şekilde farklılık göstermektedir (Dost 2007: 133,134; Saygılı ve ark. 2017: 63).

Mutluluk yaşam doyumunun bir ön koşulu olarak değerlendirilmiştir. Bireylerin daha mutlu olabilmesi için, amaçlarının düzenli bir şekilde bütünlendirilmesi ve bu amaçlara ulaştığındaki doyum üzerinde durulur. Yani birey mutlu olduğu için yaşamından doyumludur. Bunun tersi ise geçerli değildir. Çünkü birey kişiliğin bütün özelliklerine göre olaylara yaklaşır. Örneğin; olaylara iyimser bir bakış açısıyla yaklaşan bireyin dayanma gücü daha yüksektir (Acar 2009: 22).

İslam filozofları mutluluğa ilişkin görüşlerinde mutluluğu, yardımlaşma, iyilik yapma, cesaret ve adalet gibi erdemler aracılığıyla ulaşılabilen bir gaye şeklinde açıklamışlardır. İlkçağ Yunan filozoflarının aksine dünyevi değil uhrevi mutluluğa önem verdiklerine vurguda bulunmuşlardır (Ayten 2014: 77). Örneğin Farabi mutluluğu “Mutluluk mutlak biçimde iyiliktir” diyerek tanımlamıştır. Mutluluğun teorik yönüne de büyük önem veren Farabi’ye göre mutluluk; yararlı, iradi, iyi eylemlerden oluşur ve bu eylemlerin yani mutluluğun öznesi insanın kendisidir (Özgen 1997: 59). İbn Miskeveyh mutluluğu “Her birey tarafından amaçlanan son gaye iyiliktir ve bu gaye için yararlı davranışlara da iyilik denilmektedir. Mutluluk ise, ona ulaşana göre bir iyilik ve onun için bir olgunluk halidir. O halde mutluluk bir nevi iyiliktir.” şeklinde tarif etmiştir (İbn Miskeveyh 1983: 73). Gazali ise mutluluğa ilişkin eserinde; insanın kendisini tanıması ile mutluluk arasında ilişki kurarak, kendini tanıyan insanın ahlaki olgunlaşma yoluyla istenen hedef mutluluğa erişeceğini belirtmektedir. Gazali “Mutluluk insanın kendisi için tabii olanı gerçekleştirmesidir, tabii olan ise Allah’ı bilmektir.” diyerek mutluluğun insanın kendisiyle başlaması gerektiğini vurgulamıştır (akt. Ayten 2017: 137, 138). İbn Sina da eserlerinde insanı gaye olan mutluluğa ulaştıracak erdemli yaşam tarzının; akıl, şehvet, öfke güçlerini tamamen etkisiz hale getirmeden kontrol altında tutmakla ve bu güçlerin sağladığı faydalardan yararlanmakla mümkün olduğunu belirtmiştir (İbn Sina 2009: 1415).

Yaşam doyumunu bireyin bütün hayatını ve bu hayatın çok çeşitli boyutlarını içermektedir. Gündelik hayattan mutluluk duymak, belirlenen hedeflere erişme hususunda uyumluluk gösterebilmek, pozitif bireysel kimlik, fiziksel açıdan kişinin kendini iyi hissetmesi, iktisadi güvenlik ve sosyal ilişkiler yaşam doyumunu kapsamı içerisinde yer almaktadır (Kuzulu ve ark. 2013: 93).



Bireyin yaşama yüklediği anlam onun hayata karşı duruşunu da şekillendirmektedir. Yaşadıkları hayatı anlamlı ve değerli gören bireylerin zorlu olaylarla karşılaştıklarında daha dayanıklı olduğu, depresif ve zorlayıcı duygularla daha kolay mücadele edebildiği görülmektedir. Hayatına anlam yüklemiş olan birey yaşamdan daha fazla doyum sağlayabildiği gibi kendisiyle ilgili algısında da olumlu bir yapı sergilemektedir (Taş 2011: 50). Buradan anlıyoruz ki yaşam memnuniyeti gerçek durumdan ziyade algıdan kaynaklanır ve bireyin beklentilerini karşılama düzeyiyle yakın bir ilişki içindedir (Saygılı ve ark. 2017: 63).

Bir kişinin hayattaki ruh hali ve görünüşü, kendi yaşam doyumunu algılarını da etkileyebilir. İnsanların hayatlarını nasıl algıladıklarını etkileyebilecek iki tür duygu vardır. Ümit ve iyimserlik, genellikle hedeflere ulaşma ve bu hedeflerin algılanmasına yönelik bilişsel süreçlerden oluşur. Ek olarak, iyimserlik daha yüksek yaşam memnuniyeti ile bağlantılıken, karamsarlık depresyondaki semptomlarla ilişkilidir (Özok 2018: 39). Bireylerin hayata karşı olumlu bir bakış açısına ve iyimser yüklemelere sahip olmaları, bireylerin mutluluklarına ve yaşamdan aldıkları doyum düzeyine katkı sağlayabilmektedir (Hırlak ve ark. 2017: 96). Bundan dolayı yaşam memnuniyeti için pozitif yargı ve değerlendirmelerin, negatif olanlara hâkim olma hali denilebilir (Aksaray ve ark. 1998: 301).

Diener'a göre yaşamı değerlendirme sürecinde, kişinin belirli olay ya da durumlara bağlı olarak yaşadığı anlık duygular yaşam doyumunu düzeyi üzerinde etkilidir, ancak yaşam doyumunun geçici duygusal yaşantılardan daha farklı bir yapıya sahip olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda, yaşam doyumunu üzerinde çalışan araştırmacılar daha çok uzun dönemli duygu durumları üzerinde çalışmışlardır. Duygular; bireylerin yaşadıkları olaylara karşı verdikleri anlık tepkiler olarak tanımlanabilir. Ancak yaşam doyumunu, kişinin tüm yaşamını kapsayan uzun süreli bir değerlendirme süreci olarak tanımlanmaktadır (Diener 1984: 543).

Boyce ve arkadaşlarına göre yaşam doyumunu; toplumsal ilişkiler, çalışma yaşamı, günlük yaşantılar, psikolojik ve fiziksel sağlık, gelir gibi bağlamlarda bireyin kendi yaşam sürecini değerlendirmesidir. Yaşam doyumunun belirleyicileri; sosyal, fiziksel, duyuşsal, duygusal, psikolojik sağlık, psikolojik iyi oluş, etkin iletişim kurma becerisini gerçekleştirme, sosyal bağlantılar oluşturabilme ve devam ettirebilme, olumlu sosyal bağlantılara sahip olma olarak ifade edilmiştir (Boyce ve

ark. 2018: 22). Kısaca yaşam doyumu; bireyin manevi (Karadağ ve ark. 2018: 5), zihinsel, fiziksel, ruhsal ve sosyal iyiliğini kapsayan yaşam kalitesinin güvenilir bir ölçütü sayılmıştır (Kara ve ark. 2018: 345).

TÜİK'in (Türkiye İstatistik Kurumu) tanımına göre yaşam memnuniyeti "beyan edilmiş mutluluk" ya da "öznel refah" kavramlarının karşılığı ve bireyin yaşadığı hayatı bütünlük içerisinde olumlu olarak değerlendirmesi anlamında kullanılmaktadır. Mutluluk; acı, keder, ıstırapın yokluğu ve bunların yerine tatmin, neşe, sevinç duygularının geçmesiyle karakterize edilen bir durum, hayattan genel olarak memnun olma hali anlamlarına gelirken; yaşam memnuniyeti ise en genel şekliyle ihtiyaçların ve isteklerin karşılanmasından doğan tatmin duygusu olarak tanımlanmaktadır (TÜİK 2018).

Türkiye'de ilki 2003 yılında olmak üzere her yıl düzenli olarak gerçekleştirilen Yaşam Memnuniyeti Araştırması (YMA), TÜİK'in toplumsal içerikli ve aynı zamanda öznel öğeler içeren ilk araştırmasıdır. Bu araştırmada mutluluk ve memnuniyet kavramları üzerinde durulmuştur. YMA bireylerin genel mutluluk seviyesini, sağlık, eğitim gibi temel yaşam alanlarındaki genel memnuniyetini, toplumsal değer yargılarını ve kamu hizmetlerinden memnuniyetini ölçmek, aynı zamanda memnuniyet düzeylerinin zaman içindeki değişimini belirleyebilmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Anket kapsamında, hanelerdeki 18 ve daha yukarı yaşta kişiler ile görüşmeler yapılmıştır. TÜİK 2013 yılında YMA'yı genişletilmiş içeriğiyle ilk defa 81 ilde aynı anda; güvenlik, sağlık, ulaştırma, çevre vb. alanların tümünü kapsayacak şekilde gerçekleştirmiştir. Bu yönüyle bireylerin genel memnuniyetlerini, beklenti ve umutlarını, değerlerini belirleyerek; yaşam memnuniyeti araştırmalarına büyük katkı sağlamıştır (TÜİK 2018).

### **1.3.2. Yaşam Memnuniyetini Etkileyen Faktörler**

İnsanların yaşamlarına dair memnuniyetleri, doyum düzeyleri hayatta çok sayıda faktörün etkisi altındadır. Bireyde oluşan yaşam doyumu öznellik içermesi sebebiyle bu faktörler farklılaşabilmektedir. Bireyin biyolojik, fizyolojik, psikolojik olmak üzere ruhsal ve bedensel sağlık durumu, yaşam tarzı, içinde bulunduğu sosyal çevreyle olan ilişkileri ve bu çevrenin niceliksel ve niteliksel manada bir bütün olarak ifadesi yaşam kalitesi kavramında kendine vücut bulmaktadır. Bütünsel olarak

bakıldığında, bireyin yaşamının tüm alan ve boyutlarıyla üstün nitelikli birlikteliği yaşam doyumu algısını oluşturmaktadır. Yani yaşam doyumu tek bir boyutun göstergesi olmayıp, birçok özel yaşam alanlarının hesaba katılmasını gerektiren bir olgudur (Korkmaz ve ark. 2015: 107).

Bireyin yaşam memnuniyeti değerlendirmesi üzerinde etkili olan faktörler; yaşı, cinsiyeti, dili, dini, ırkı, aile hayatı, iş hayatı, geliri, eğitimi, sağlık durumu, kişilik özellikleri, sosyo kültürel yaşamı, biyolojik etkenleri, hobileri şeklinde sıralanmıştır (Dockery 2003: 4; Köker 1991: 20-36). Öte yandan kendine olan güven, çocuk sahibi olmak, samimi eş ilişkileri, kendini anlamak, başkalarına faydalı olmak, aktif bir işte olmak, eğlenceli faaliyetlerde bulunmak ve sosyalleşmek de yaşam memnuniyetini etkileyen faktörler arasındadır (Erdinç 2018: 43). Bunlarla birlikte bireyin fiziksel aktiviteleri, doğayla ilgili faaliyetleri, cinsel yaşamı, başarı, beslenme, müzik dinleme ve kitap okuma gibi faaliyetleri de yaşam memnuniyetini etkileyen faktörlerdendir (Kümbül Güler, Emeç 2006: 132).

Yaşam kalitesinin yükseltilebilmesi için; ekonomik ve sosyal güvence içinde olması, rahatlık ve gereken konfora sahip olması, güven içinde yaşaması, anlamlı ve aktif bir yaşantı içinde olması, yakın çevresi ile pozitif ilişkiler kurması, kendi kendine bağımsız karar verebilme yetisine sahip olması gerekli görülmüştür. Bunların yanında; bireyin eğlendiği ve zevk aldığı uğraşlarının olması, itibar görme, yönetebilme, mahremiyete değer verilmesi, kendini ifade edebilme, fonksiyonel olarak yeterli olma (kendi işini görüp görememe), yaşadığı toplumda özgün bir birey olarak algılanma, huzur içinde olma, paylaşma ve yardımlaşma gibi manevi duyguların olması, inanç ve değerlerine saygı gösterilmesi gibi durumlara dikkat çekilmiştir (Perim 2007: 17).

Yaşam memnuniyeti algısı üzerinde kişilik özelliklerinin de önemli bir etkisi vardır. Kişilik, farklı insanların farklı durumlarda nasıl tepki vereceğini bildiren bir ipucudur. Bireyin yetişmiş olduğu çevre, kazandığı ya da kazanmak istediği kültür gibi çeşitli özelliklerde görülen farklılıklar, yaşam memnuniyeti algısında değişikliklere neden olmaktadır (Özdevecioğlu 2003: 94). Bireyin yaşam memnuniyeti ile psikolojik dayanıklılık, girişkenlik, empati yeteneği, kontrol, içe kapanıklık, dışa dönüklük ve açıklık gibi karakteristik ve kişisel özelliklerin arasında önemli bir ilişki olduğu ileri sürülmektedir (Korkmaz ve ark. 2015: 80). Örneğin

iletişim kurma eğiliminde olan ve başkalarına daha açık olduğu düşünülen dışa dönük kişilerin daha yüksek düzeyde yaşam doyumuna sahip olduğu belirtilmiştir (Özok 2018: 38).

Yaşamın bütünü kapsayan yaşam memnuniyeti, kişinin nasıl bir ruh sağlığı içerisinde olduğunun önemli bir göstergesidir. Yaşamda meydana gelecek çeşitli engellenmeler, zorlanmalar, çatışmalar ve ani olumsuz değişimler yaşam doyum düzeyinin düşmesine neden olabilmektedir (Demirel, Canat 2004: 6).

Yaşam kalitesini etkileyen ya da belirleyen faktörler arasında bir öncelik veya önem sırasından söz edilebilir. Bu konuda Abraham Maslow, insanların neden farklı zamanlarda farklı gereksinimlerini ön plana çıkardıklarını araştırmış ve bir ihtiyaç hiyerarşisi teorisi geliştirmiştir. Bu teoride, bireyin gereksinimleri 1'den 5'e doğru önem ve öncelik sırasına göre sıralanmıştır:

1. Fiziksel gereksinimler (yiyecek, su, barınma...)
2. Güvenlik gereksinimi (emniyet, korunma, sağlık...)
3. Sosyal gereksinimler (bir topluluğa ait olma hissi, sevgi...)
4. Saygı görme gereksinimi (toplumda sayılma, sosyal statü...)
5. Kişisel ilgileri/fikirleri/idealleri ortaya koyma gereksinimi (kendini geliştirme, kişisel yaşamı zenginleştirme, kişisel amaçları gerçekleştirme...) dir (akt. Fırat 2005).

Appleton ve Song (2008) yaptıkları bir çalışmada yaşam doyumuna ait altı farklı boyut olduğunu ifade etmişlerdir. Bu alt boyutları; kişinin gelir düzeyi, mesleği ve sosyal statüsü, sahip olduğu imkânlar ve sosyal hareketliliği, refah koşulları, mevcut devlet politikası ve çevre, aile ve sosyal ilişkiler olarak sıralamışlardır ( akt. Özok 2018: 37).

Diener'a göre yaşam doyumunu, bireyin sahip olduğu hayat koşulları ve şahsi standartlarına bağlı olarak değişen bir dinamizmdir. Bu değişkenler; günlük yaşamdan alınan mutluluk, yaşama yüklenen anlam, amaçlara ulaşma konusunda uyum, pozitif bireysel kimlik, fiziksel olarak bireyin kendisini iyi hissetmesi, ekonomik durum, güvenlik ve sosyal ilişkiler olarak sıralanmıştır (Diener 1984: 542).

Diener başka bir değerlendirmede yaşam doyumuna etki eden faktörleri üç kategoride incelemiştir. Bu kategoriler:

1. Dışsal / Normatif Kriterler: Bireyin içerisinde bulunduğu çevresel ve sosyo kültürel yapı yaşamdan doyum algısını etkilemektedir. Normatif tanımlar, istenen ideal duruma göre çerçeveselendirilir. Fakat bu tanımlar pratikle çelişki arz edebilirler.
2. İçsel / Sübjektif Kriterler: Bireyin belirlediği kriterlere göre oluşan yaşam kalitesine ilişkin değerlendirmeler ve bu kriterlere ulaşma düzeyi yaşam doyumunun belirleyici etkenlerindedir. Bireyin kendi yaşamında olmasını istediği kriterlere ulaşması yaşam doyumunu için olumlu bir etmendir.
3. İçsel / Duygu Durum: Bireyin yaşadığı anlık mutluluk veren duygu deneyimi yaşam doyumunun göstergesi olabilir. O anda, olay esnasında kişi kendini mutlu, eğlenmiş, yaratıcı, coşkulu ve ruhsal olarak motive olmuş hissedebilir. Bunlar yaşam doyumunu olumlu olarak etkileyen duygulardır (Diener 1984: 543).

Bu tanımlara bakıldığında yaşam memnuniyetinin hayatın her alanıyla ilgili ve çok boyutlu bir özellik taşıdığı görülmektedir. Yaşam memnuniyetini etkilediği belirtilen bu faktörler, çeşitli alan araştırmaları incelendiğinde öncelik sırasına göre farklılık gösterebilmektedir. Bu bağlamda yaşam memnuniyetinde araştırmamızda öne çıkan birkaç ana faktör üzerinde ayrıntılı olarak durulacaktır.

Yaşam memnuniyetine etki eden ana faktörlerden biri sağlıktır. Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi değerlendirmesini sağlık başta olmak üzere altı başlık altında toplamıştır. Bu başlıklar; fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevresel özellikler ve maneviyatla ilgili özellikleri içermektedir (WHO 2019). Dünya Sağlık Örgütü'nün 20. yy. ortalarından itibaren sağlıkla ilgili "tam bir iyilik hali" tanımlaması, "sağlığa odaklı yaşam kalitesi" kavramını gündeme getirmiştir (Köseler 2015: 78). Yaşam kalitesinin en önemli bileşenlerinden biri sayılan sağlığa bağlı yaşam kalitesi, bir hastalık veya tedaviyle bağlantılı olup fiziksel, duygusal ve sosyal öğeleri içeren çok boyutlu bir kavram olarak literatürde yer almıştır (Öksüz, Malhan 2005: 22).

Şubat 2019'da yayınlanan TÜİK 2018 YMA raporuna göre; kendilerini en çok sağlıklı olmanın mutlu ettiğini ifade edenlerin oranı % 69'ken bunu sırasıyla; % 15,5 ile sevgi, % 8,8 ile başarı, % 4,2 ile para ve % 2,2 ile iş takip etmiştir. Yani

mutluluk kaynağı olan değerlerde sağlığın ilk sırayı aldığı görülmektedir (TÜİK 2019).

Sağlığın sadece fiziksel bir unsur olarak düşünülmesini doğru bulmayan Diener ve arkadaşlarına göre, insanların sağlık algısı birçok faktöre göre değişiklik gösterebilir. Objektif sağlık koşullarından ziyade kişilerin sağlık algısı yaşam memnuniyeti üzerinde daha belirleyici bulunmuştur. Fiziksel olarak sağlık sıkıntısı olan kişiler bunu problem olarak görmüyor ve kendilerini iyi hissediyorlarsa yaşam memnuniyeti düzeylerinin daha yüksek olması beklenmektedir. Nitekim insanlar sağlıklarını pozitif olarak değerlendirmenin bir yolunu bulabilirlerse, hastalığın yaşam memnuniyeti üzerindeki olumsuz etkilerini de hafifletebileceklerdir (Diener ve ark. 1999: 287).

Yaşam memnuniyetini etkileyen bir diğer ana faktör ise bireylerin din ve inançlarına duydukları bağlılıktır. Din, bireyin beklenti ve isteklerini şekillendirmek suretiyle yaşam memnuniyetini önemli ölçüde etkileyebilir. Dindar bireyin istekleri daha az ve daha rasyonel, beklentileri ise daha sınırlıdır. Beklentilerinin isteklerini aştığı durumlarda bile yaşamlarından duydukları memnuniyet, dindar olmayan bireylere göre daha yüksek olabilir. Öte yandan dindar olmayan bireylerin yaşam memnuniyeti, dindar olanlara göre daha fazla olumsuz olguların etkisinde kalır ve daha fazla sarsılır. Zira dindar ve dindar olmayan bireylerin olgulara ve bu olguların neden ve sonuçlarına bakış açıları birbirinden farklıdır. Dindar bireyler olumlu ve olumsuz olguları “kader” veya “olanda hayır vardır” anlayışıyla değerlendirmeye daha eğilimli oldukları için, karşılaştıkları olaylara daha ılımlı tepkiler gösterebilirler. Bireylerin inancı; hayata bakış açılarını şekillendirerek olumsuz görünen hadiselerde sabırlı olmalarını ve her şeyi hayra yormalarını teşvik etmektedir. Bu duygular çeşitli yaşam alanlarına olumlu şekilde yansiyarak genel yaşam memnuniyetini yükseltebilmektedir (Mustafayeva 2013: 135).

Ayten; insan yaşamındaki temel amacın, anlam yükledikleri değerleri koruyarak mutlu ve huzurlu bir hayat sürmek olduğunu ifade etmiştir. Ona göre, yaşanan olumsuz deneyimler insanları psikolojik açıdan etkilemekle birlikte, yaşam doyumlarını ve mutluluklarını da olumsuz yönde etkileyebilir. Ancak bu etki aynı zamanda kişinin öznel değerlendirmelerine ve değerlerine bağlı olarak geçici olma özelliğini de taşımaktadır (Ayten 2014: 85, 86).

Pozitif psikoloji akımının öncülerinden Seligman (2002) dinin, insana yaşamı için anlam sağlama ve geleceğe umutla bakma gücü verme açısından önemli bir kaynak olduğunu vurgular. Seligman yaptığı araştırma sonuçlarına dayanarak dindar insanların dindar olmayanlara göre daha mutlu ve yaşantılarından daha memnun olduğunu ortaya koymaktadır. Bununla birlikte dinin; mutlulukla, depresyonun yokluğuyla ve felaketler karşısında dayanıklı durmakla karmaşık bir nedensel ilişki içinde olduğunu belirtir (akt. Batan 2016: 31).

Yapıcı'ya göre din; zorlayıcı yaşam olaylarıyla baş etmede ve genel hayat felsefesi oluşturmada sağladığı yararları ek olarak, bireyin mutlu ve doyumlu yaşam sürdürmesinde de etkilidir. Ruh sağlığını tanımlamada temel etken olarak kullanılan ölçütlerin başında kişinin hayattan zevk alması ve mutlu olması gelmektedir. Yaşadığı hayattan memnun ve mutlu olan kişilerin ruh sağlıklarının iyi olduğu genel kabul gören bir husustur. Kuşkusuz bireyin yaşamından memnun olması ve kendisini mutlu hissetmesi hayatına bir anlam bulmasıyla yakından ilişkilidir. Birçok insan din ve inançla hayatına bir anlam yükleyebilmektedir (Yapıcı 2007: 89-97).

Horozcu ise dinin; bireyleri kötü alışkanlıklardan koruduğunu, koyduğu kurallar sayesinde bireysel ve toplumsal güvenliği sağladığını, yardımlaşmayı teşvik ederek insanları birbirlerine yaklaştırdığını, insanlara onları koruyan bir gücün varlığını hissettirerek hayatlarına bir anlam ve amaç verdiğini belirtmiştir. Ayrıca dini inanç ve uygulamalar; kadere boyun eğme ve kaygı yerine iyimserlik duygusunu beslemek suretiyle, ölümden sonra yeni bir hayatın başlayacağını ve böylece haksızlığa uğramışsa dahi adaletin yerine geleceğini bildirmiştir. Bu şekliyle ruh ve beden sağlığını olumlu yönde etkileyebilmektedir. Bu nedenle genelde dinin özelde ise dini pratiklerin, insanların ruh ve beden sağlığı üzerinde olumlu etkileri olacağını ve dolayısıyla insanların yaşam doyumlarını olumlu yönde etkileyeceğini düşünmek kaçınılmaz hale gelmektedir (Horozcu 2010: 236).

Poloma ve Pendleton (1990) Kuzey Amerika ve Avrupa'da gerçekleştirdikleri bir çalışmada, dindar bireylerin dindar olmayanlara oranla daha yüksek bir mutluluk ve yaşam memnuniyeti seviyesine sahip olduklarını tespit etmişlerdir. Donovan ve Halpern (2002), Helliwell ve Putnam (2005) da, dini inanca sahip kişilerin kendisini ateist olarak ifade eden kişilere oranla daha yüksek bir yaşam memnuniyetine sahip olduklarını saptamışlardır. Koenig'in (1997)

çalışmasına göre yine dindar bireyler dindar olmayanlara göre daha fazla yaşam memnuniyetine sahiptir. G. Christopher Ellison 1991’de yaptığı araştırmada; dini inançlara sahip kimselerde daha yüksek yaşam memnuniyeti ve mutluluk tespit edilmiş, bu kimselerin hayatı etkileyecek travmatik hadiselerin olumsuz sonuçlarından daha az etkilendikleri gözlemlenmiştir. Mc. Koenig ve Larson’un, Larson ve Larson’un, Smith ve arkadaşlarının (2003) yaptıkları çalışmalar ise; dindarlık ve maneviyatın depresyon, uyuşturucu kullanımı ve intiharın içinde bulunduğu ruh sağlığını ilgilendiren olumsuz durumların meydana gelme oranını azaltıcı, hayat memnuniyetini ise artırıcı etkisinin olduğunu göstermiştir (akt. Horozcu 2010: 217-222).

Din ve yaşam memnuniyeti arasındaki ilişkiyi inceleyen uluslararası araştırmaların çoğunda dini hayatın yaşam memnuniyetine önemli katkıların olduğu bulgusundan bahsedilmektedir. Din ile yaşam memnuniyeti arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan 100 araştırmadan 80’inde bu iki kavram arasında pozitif yönlü ilişki olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmaların % 13’ünde din ile yaşam memnuniyeti arasında bir bağ bulunmadığı, % 7’sinde bu ikisi arasında karışık veya karmaşık bir ilişkinin olduğu, yalnızca bir araştırmada da iki kavram arasında negatif yönlü ilişki olduğu gözlemlenmiştir (Koçak 2016: 1965).

İslamiyet açısından baktığımızda dinin, insanların hayatlarını anlamlandırmalarını sağlayan çok güçlü bir olgu olarak onların iç dünyalarını etkilediği ve onları varoluşsal bir çözümlemeye sevk ettiği vurgulanır (Karacoşkun 2004: 23; Kaynak 2012: 676). Din Allah’a iman, kadere iman ve karşılaşılan her olumsuzluğun bir anlamı olabileceğini öğretmek suretiyle; bireylerin umutlarını korumalarını ve her türlü olumsuzluktan olumlu anlamlar çıkarmalarını sağlayarak, korku ve kaygıyı görmezden gelmek yerine onlarla başa çıkmalarına yardımcı olmaktadır (Batan 2016: 65). İslam bilginleri dini; insanlara mutluluk yollarını gösteren, onların mutluluğa erişmelerine delalet eden ilahi bir kanun olarak tarif etmişlerdir. Çünkü İslam dini; ferdin ve toplumun mutluluğunu esas almış, insanın en üstün mutluluğa ulaşmasının yolunu yaratılışına uygun hareket etmesinde görmüştür (Altıntaş 1999: 44,45). Yani din insanın sosyal, psikolojik, kültürel, fiziksel ve biyolojik varlığına; öğretileri ve çağrıştırdığı huzur, güven ve esenlik duygusu aracılığıyla ilave boyutlar katmaktadır. Bu yönüyle dinin insan yaşamına kattığı



anlam, duygu ve inanç yoğunluğu; yaşamın negatif görüntü, algı ve yansımalarını pozitive çevirmede oldukça fonksiyonel bir yapıdadır (Akgül 2004: 19). Dolayısıyla insanın iki farklı boyutunu oluşturan ruh ve beden ikilisinin ihtiyaçlarının, ölçülü bir şekilde karşılanıp her ikisi arasında uyumun ve ahengin sağlanmasıyla, mutlu bir insan ve mutlu bir toplumun oluşmasında dinin bir temel olduğu vurgulanmıştır (Yıldız 1997: 27).

Sonuçta din; insanların istek ve arzularını da dikkate alarak dünyada huzur ve barış içerisinde yaşamasını sağlayan, yapısı gereği asıl huzur ve mutluluğun ahirette olacağını vurgulayarak yaşama bir sonsuzluk duygusu ve inancı çerçevesinde bakan, insanî varoluşu anlamlı kılan bir mutluluk etkeni olarak görülmüştür (Acaboğa 2007: 57; Akgül 2004: 20; Apaydın 1996: 1, 2; Karacoşkun 2004: 23).

### **1.3.3. Yaşam Memnuniyeti Kuramları**

Yaşam memnuniyetine dair literatürde son yıllarda farklı yönde kuramsal gelişmeler olmasıyla birlikte ilerlemeler henüz istenen düzeye ulaşmamıştır. Tarihsel süreçte yapılan araştırmalarda ortaya çıkan ana kuramsal yaklaşımlardan bazıları şunlardır: Ereksel (amaçsal) kuramlar, aktivite (etkinlik) kuramları, bağ (ilişkilendirici) kuramları, tavandan-tabana ve tabandan-tavana kuramları, yargı kuramları ve uyum kuramıdır (Yetim 1991: 92).

#### *Ereksel (amaçsal) Kuramlar:*

Wilson (1967) tarafından öne sürülmüştür. Kuramın temelinde, amaçlara ulaşılması ve ihtiyaçların giderilmesiyle mutluluk ve yaşam doyumunun artacağı; tersi durumda ise mutsuzluğun ortaya çıkacağı düşünülmektedir (Wilson 1967: 302). Kişi belli bir amaca ya da hedefe ulaştığı ölçüde hayattan doyum yaşamaktadır (Yetim 1991: 93).

Kişinin ihtiyaçları aynı zamanda amaçlarının da belirleyicisidir (Yetim 1991: 93). Birey gereksinim hissettiği şeyi ister ve bu gereksinimi karşılamak için o şeyle ilgili bir hedef belirler. Hedefine ulaşan ve gereksinimi gideren kişi tatmine ulaşır ve kendini mutlu hisseder (Diener, Lucas 2000: 47). Kuramda amaçlardan kasıt, insanların bilinçli bir şekilde ulaşmak istediği kişisel arzular ve öğrenilmiş ihtiyaçlardır. Bireylerin doğuştan getirdikleri evrensel ihtiyaçlar ile farkında olduğu bilinçli istekleri ayırmak önemlidir. Kişi bilinçli şekilde belli amaçlarına ulaşmaya

çalışmaktadır (Diener 1984: 532). Ancak bunun için öncelikle amaçlar ve ihtiyaçlar arasında bir uyum olmalıdır. Eğer bireylerin hedefleri, ihtiyaçları ile uyumlu değilse öznel refahlarında da bir yükselme beklenmemelidir (Öztürk 2015: 125).

Kısaca ereksel kuram giderilmiş ihtiyaçların mutluluğa, giderilmemiş ihtiyaçların ise mutsuzluğa neden olduğunu ön görmektedir (Wilson 1967: 302).

#### *Aktivite (etkinlik) Kuramları:*

Ereksel kuramlarda öncelikli olan ulaşılan hedeftir ve doyuma sebep olan yapılan iş neticesinde meydana gelen sonuçtur. Aktivite kuramlarında ise mutluluk ve doyum, yapılan bir işin sonucunda değil bu sonuca ulaşırken yaşanan süreç ya da gerçekleştirilen eylemlerle edinilir. Aktivite kuramcıları doyum sürecinde önemli olan şeyin sonuç değil süreç olduğunu söylemektedir. Doyum sağlayacak olan şey dağın zirvesine tırmanmak değil tırmanma sürecinde yaşanan deneyimlerdir (Yetim 1991: 97).

Yapılan aktiviteler bireyin bilgi ve beceri düzeyi ile uyumlu ise yaşam doyumunun daha fazla olacağı öne sürülmektedir. Bireyin beceri düzeyine göre çok kolay olan aktivitelerin can sıkıntısına, zor olanların ise anksiyete ve strese neden olduğu düşünülmektedir. Etkinliğin zorluk seviyesi ile bireyin yetenekleri eşit ilerliyorsa kişinin mutluluğu yakalamış olduğu vurgulanır (Diener 1984: 564).

Aktivite kuramının ilk temsilcilerinden olan Aristoteles mutluluğun erdemli faaliyetler sonucunda kendiliğinden geldiğini belirtmektedir. Burada belirtilen faaliyetler; hobiler, seyahatler ve spor şeklinde sosyal alanda gerçekleştirilen aktivitelerdir (Yetim 1991: 98).

Aktivite kuramının dayandığı başka bir husus, süreklilik haline gelmiş mutlu olma gayretinin yıkıcı olabileceği gibi bireye mutsuzluk getirebileceği görüşüdür. Bu yaklaşım, sürekli mutluluğu düşünüp mutlu olmayı hedefleyen bireyin hayatından doyum alamayacağını savunmaktadır. Özetle aktivite kuramcılarına göre, bir hedefe ulaşma anından ziyade hedefe giden yol daha fazla mutluluk ve doyum hissettirmektedir (Diener 1984: 564).

#### *Bağ (ilişkilendirici) Kuramları:*

İnsanların mutlu olma eğilimine neden olduklarını açıklayan kuramların çoğu, bağ modelleri altında belleğe, şartlanmaya veya bilişsel ilkelere

dayanmaktadır. Kişinin belleğindeki duygusal yaşantılar ve günlük olaylar arasında koşullanmalar yolu ile bağ kurabileceği düşünülür (Yetim 1991: 101).

Bağ kuramının ana temasını, insanların olaylara yükledikleri anlamlara dayanarak mutluluğun bilişsel öğelerle temellendirilmesi oluşturmaktadır. Bireyin kendi açısından olumlu olarak düşündüğü bir durumu içsel etmenlerle ilişkilendirmesi, bireye daha fazla mutluluk getirecektir. Bazen de yüklenme olsun ya da olmasın iyi olarak görülen olayların bireye mutluluk getirdiği fark edilmiştir. Mutluluğun bellekte geçmiş yaşantılara ait duygu ve düşüncelere ilişkin bir ağının bulunduğu, genel olarak bilişsel psikologlar tarafından da benimsenen bir durumdur (Diener 1984: 566).

Bellek ağları üzerinde yapılan çalışmalar, mutlu insanların birbiriyle olumlu ilişkilerle bağlı zengin ve kuvvetli bir zihinsel ağının olduğunu göstermektedir. Olumlu ağa sahip kişiler olaylara pozitif açıdan bakmayı alışkanlık haline getirmişlerdir. Mutsuz bireylerin ise bunun tersine; birbiriyle olumsuz ilişkilerle bağlı, sınırlı ve izole ağlara sahip oldukları gözlemlenmiştir (Yetim 1991: 101).

#### *Tabandan-Tavana ve Tavandan-Tabana Kuramları:*

Tabandan-tavana görüşü çerçevesinde bireyler anlık haz ve acılarının bir muhasebesini yaparak yaşamlarından mutlu olup olmadıklarını değerlendirmektedir. Eğer mutlu oldukları anlar daha fazlaysa o zaman kendilerini mutlu kabul etmektedir. Yani mutlu yaşam mutlu anların toplamıyla meydana gelen bir bütün olarak görülmüştür (Yetim 1991: 98).

Tavandan- tabana kuramına göre ise; mutluluk kişiye ait genel bir özelliktir ve kişinin olaylar karşısında gösterdiği tepkiye etki etmektedir. Bireyin olayları kişisel biçimde algılaması sebebiyle tavandan- tabana bir süreç gerekmektedir. Bu kuramda mutluluk ve doyumda asıl önemli olan bireyin sahip oldukları değil, sahip olduklarına gösterdiği tutum ve bakış açısidir (Diener 1984: 565). Felsefeciler bu kuramı çoklukla önermektedir. Demokritos ise mutlu bir yaşamın şansa ya da dış etkenlere bağlı olmadığını, daha çok bireyin zihinsel niteliklerine bağlı olduğunu söylemektedir (Yetim 1991: 99).

#### *Yargı Kuramları:*

Yargı kuramlarında birey standartlar ile gerçek durumun karşılaştırmasını yapar. Bu karşılaştırmada gerçek durum standartlara yakınsa bireyin yaşam doyumu

yüksek beklenir. Bu noktada bireyin kullanacağı standartlar büyük öneme sahiptir. Birey yaptığı karşılaştırmalarda standart olarak kendisinden alt düzeyde birini seçmişse, kendisini karşılaştırdığı kişiden daha iyi olarak algılar ve yaşamdan doyumunu yüksektir. Ancak birey kendisinden daha iyi durumda olan birini standart olarak seçmişse, bu durumda yaşamdan doyum alması beklenmez (Diener 1984: 566).

#### *Uyum Kuramı:*

Uyum (adaptasyon) kuramı insanın değişen durumlara uyum sağladığını öne sürerek, daima mutlu ya da daima mutsuz olunamayacağını öngörmektedir. Kurama göre yakın zamanda oluşan değişiklikler insanı mutlu ya da mutsuz edebilmektedir. Bu değişiklikler girdi olarak kabul edilmekte, kişinin yaşam standardı bunlara bağlı olarak yükselmekte ya da düşmektedir (Yetim 1991: 104). Ancak zamanla, bu değişikliklerin etkileri güçlerini kaybetmektedir. İnsan vücudunun soğuğa ya da sıcağa bir müddet sonra uyum sağladığı gibi insanlar da iyi veya kötü olaylara zaman içerisinde uyum sağlamaktadır. Brickman, Coates ve Janoff-Bulman piyango milyarderlerinin her daim mutlu olmamasını; Silver ise omurilik felçlilerinin daima mutsuz olmamasını bireylerin uyum kabiliyetiyle bağlantılı görmektedir (akt. Diener ve ark. 1999: 285).

Diener ve arkadaşları, içinde bulunulan şartlara uyum sağlamanın modern kuramların odağı olduğunu düşünmektedirler. Bu görüşe göre birey değişmeyen durumlar karşısında uzun bir müddet çok mutlu ya da çok mutsuz kalamaz, iyi veya kötü tüm olaylara uyum sağlar. Birey duygusal olarak yeni durumlara karşı oldukça güçlü bir tepki verir, ancak bu durum zamanla olağanlaşır (Diener ve ark. 1999: 285).

#### **1.3.4. Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Memnuniyeti**

Bireyin beklentileri ve elde ettikleriyle ilgili algısı üzerine kurulu olan yaşam memnuniyeti, hastalık süreci ile birlikte değişim göstermektedir. Özellikle kronik hastalığı olan bireylerin yaşam tarzlarındaki mecburi değişiklikler bireyleri yormakta ve çevrelerini etkilemektedir. Kronik hastalıkla birlikte yaşanan süreç uzadıkça yaşam kalitesindeki değişim de kendini belli etmektedir (Acar 2011: 29).

Kronik hastalık sahibi bireyler, hastalıkla gelen yeni yaşam düzenine alışmada zorluk çekebilir ve bunlarla birlikte yaşamayı öğrenmede fiziksel ve psikolojik birçok faktörün etkisinde kalabilirler. Kronik hastalığın hangi türü olursa olsun, hastalığın neden olduğu fiziksel ve zihinsel kısıtlılıklar bireyin özgürlüğünü sınırlandırmakta, sağlığına ilişkin algısını ve yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Gerek hastalığın doğrudan etkileri, gerekse hastalık nedeniyle yaşanan tüm bu sorunlar süregelen bir tedaviyi beraberinde getirmektedir (Aşıl 2015: 152; Kaya ve ark. 2012: 145).

KBY hastalarının hayatlarında hastalığa bağlı en önemli mecburi değişiklik, yaşamlarını kurtarmakla birlikte birçok dezavantajı da beraberinde getiren HD tedavisidir. KBY'nin en yaygın tedavi şekli olan HD, hastaların normal yaşam düzenini ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. HD hastalarının yaşam memnuniyetini etkileyen faktörlerin başında şunlar gelmektedir (Levy ve ark. 2002; Okanlı, Karabulutlu 2011: 25):

- Hastaların genellikle haftanın üç günü (günde ortalama 4 saat), diyalizi yürüten kuruma, diyaliz makinesine ve tedaviyi yürüten personele bağımlı olması,
- Sosyal hayatın sınırlanmasıyla birlikte sosyal bağımsızlıklarını kaybettiklerini düşünme,
- Ailesine ve çevresindekilere yük olduğu duygusunun getirdiği mutsuzluk,
- Aile, iş, sosyal yaşantısındaki yetersizliklerle meydana gelen rol değişiklikleri,
- Hastalıkla ilişkili olarak ortaya çıkan beden görünümünde değişiklikler,
- HD servislerinde sık görülen ölümlerin vermiş olduğu ölüm korkusu,
- Üreminin artmasıyla ilişkili bulantı, yorgunluk, dikkat azalması, uyku hali,
- HD tedavisi sonrasında sıvı elektrolit dengesindeki ani değişimlere bağlı olarak bulantı, baş ağrısı, sinirlilik, kas krampları,
- Uzun süreli HD uygulamalarında bilişsel işlevlerin giderek bozulması,
- Hastanın yakınlarından ya da kadavradan böbrek nakli bekleme sürecinde yaşadığı belirsizlikler, hayal kırıklıkları ve umutsuzluk,

- Nakil olan hastalarda böbreğin reddi sonucu yaşanan ruhsal sorunlar,
- Sıvı ve gıda alımına büyük kısıtlamalar getiren diyetle uyum güçlüğü,
- Uyku bozukluğu, cinsel işlev bozukluğu.

Nitekim bu sıralanan sorunlar hastalarda kaygı, öfke ve depresyona da neden olabilmektedir (Alemdar, Pakyüz 2015: 20; Küçük 2005: 167).

KBY hastalığı ve düzenli HD tedavisi sebebiyle ortaya çıkan bu faktörlerin; hastanın yaşam kalitesini fizyolojik, psikolojik ve sosyal alanlarda olumsuz etkilemesi ve yaşam memnuniyetini azaltması kaçınılmazdır (Yıldırım, Fadiloğlu 2005: 36). HD tedavisinde hastalığın ilerleyici, tedavi yöntemlerinin zor ve kısıtlayıcı olması; hastalık ve tedaviyle ilgili olumsuz olayların tekrar tekrar tecrübe edilmesi gibi durumlar hastaların umutsuzluk duygularını ve olumsuz beklentilerini artırmaktadır (Arat 2006: 11).

Hastalar yaşamlarındaki değişikliklere alışıp bunlarla birlikte yaşamayı öğrenirken; hastalık davranışının, psikolojik tepkilerin ve uyum güçlüklerinin anlaşılması ve uygun baş etme yöntemlerinin geliştirilmesine destek olacak bakım girişimlerinin planlanması, yaşam kalitesi değerlendirmeleriyle mümkün olabilmektedir (Acaray, Pınar 2004: 5).

HD tedavisinde tek amacın hastaların yaşam süresini uzatmak değil, aynı zamanda hastaları ve ailelerini bir bütün şeklinde değerlendirerek yaşam kalitelerini iyileştirmeyi hedefleyen bir tedavi şekli olması beklenmektedir (Başaran ve ark. 2016: 10). Çünkü tedavinin yararlılığı, hastanın kaliteli bir yaşam sürmesine yardımcı olabildiği ölçülerle değerlendirilir (Öksüz, Malhan 2005: 2).

### **1.3.5. Yaşam Memnuniyeti Üzerine Yapılan Araştırmalar**

Literatürde yaşam memnuniyetini ve özdeş kavramları (yaşam kalitesi, yaşam doyumu, öznel iyi oluş) ele alan pek çok çalışma mevcuttur. Bu başlık altında araştırmamıza yakın gördüğümüz HD ve sabır ile bağlantılı olan son dönem çalışmalarına yer verilecek, çalışmaların bulguları kısaca aktarılacaktır.

Bu alanda araştırmamıza benzer mevcut çalışmalar aşağıda sıralanmıştır;

Gencer'in (2019) "Hemodiyaliz Hastalarında Dindarlık ve Öznel İyi Oluş" başlıklı doktora çalışmasında; betimsel bir yaklaşımla, sosyo psikolojik metotlardan faydalanılarak, HD hastalarının dindarlık ve öznel iyi oluş düzeylerinin belirlenmesi

amaçlanmıştır. Araştırma il ve ilçelerde tedavi alan 205 HD hastasıyla yürütülmüştür. Araştırmanın bulgularına göre; hastaların dindarlık ve öznel iyi oluş düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu, olumlu dini başa çıkma yöntemlerinin HD hastaları tarafından sıklıkla kullanıldığı, hastaların öznel iyi oluşlarının orta düzeyde olduğu, olumlu dini başa çıkmanın öznel iyi oluş üzerinde pozitif yönlü katkısının olduğu görülmüştür. Sosyo demografik değişkenlere göre; öznel iyi oluş ile cinsiyet, yaş, eğitim, ekonomik durum, medeni durum, meslek ve tedavi süresi değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Ayrıca il merkezinde yaşayanların öznel iyi oluşlarının en yüksek puana, ilçede yaşayanların ise en düşük puana sahip olduğu da araştırmanın bulguları arasındadır.

Fırat (2019) “Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Yaşam Kalitesi Düzeyi ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi” isimli yüksek lisans çalışmasını, örneklem grubu (50 HD hastası) ve kontrol grubu (52 sağlıklı birey) olarak iki grup üzerinde gerçekleştirmiştir. Araştırmada elde edilen sonuçlarda, sağlıklı bireylerin yaşam kalitesi ve yaşam doyumu HD hastalarına göre anlamlı ölçüde yüksek çıkmıştır. Katılımcıların depresyon ve anksiyete puanları da incelenmiş, HD hastalarının aldığı puanların sağlıklı bireylerin puanlarından anlamlı ölçüde yüksek olduğu görülmüştür. HD hastalarının yaşam doyumu puanlarına yaş, medeni durum, eğitim ve tedavi süresi değişkenlerinin etki etmediği gözlemlenmiştir.

Batan (2016) doktora tez çalışması olarak “Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık ve Dini Başa Çıkmanın Yaşam Doyumuna Etkileri”ni incelemiştir. Araştırma, yaşları 18-59 arasında değişen 512 kişilik bir grup üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, genel olarak katılımcıların dini başa çıkma yöntemlerine başvurma sıklığı oldukça yüksek çıkmıştır. Değerlendirilen bulgular, katılımcıların dini başa çıkma yöntemlerini kullanma eğilimlerinin onları psikolojik olarak daha dayanıklı hale getirdiğini ve bununda yaşam doyumunu artırdığını göstermektedir. Araştırma bulgularına göre, medeni durum ve yaş değişkeni ile yaşam doyumu arasında anlamlı bir farklılık görülmezken, yaşam doyumu ve cinsiyet karşılaştırmasında erkeklerin yaşam memnuniyeti düzeyi kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır.

Kıran’ın (2016) “Hemodiyaliz Hastaların Hayat Kalitesine Etkilerinin Ölçülmesi” konulu yüksek lisans tezi 100 HD hastasıyla gerçekleştirilmiştir.

Hastaların % 55'i ilkokul mezunu, % 78'i evli ve % 11'i iş yaşamında aktif durumdadır. Hastalara “hayattan ne kadar zevk alıyorsunuz” sorusu yöneltilmiş; % 44'ü kısmen, % 25'i çok fazla, % 5'i ise aşırı derecede zevk aldığı yanıtını vermiştir. Toplamda % 74'lük bir kesimin orta ve üzeri derecede hayattan zevk aldığı görülmüştür. “Hayat kalitenizi nasıl değerlendirirsiniz” sorusuna hastalar, % 6 çok iyi, % 44 iyi, % 35 ne iyi ne kötü cevabını vermiştir. Sonuçta % 85 hastanın yaşam kalitesi orta ve üzerinde değerlendirilmiştir.

Ayten ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında; hasta, hasta yakını ve hastane çalışanlarının “Dini Başa Çıkma, Şükür ve Hayat Memnuniyeti İlişkisi” incelenmiştir. Örneklem grubu, yaşları 16-64 arasında değişen 47 hasta, 27 hasta yakını, 40 hastane çalışanı olmak üzere toplamda 114 kişiden oluşmaktadır. Genel bulgulara göre, olumlu dini başa çıkma ile hayat memnuniyeti arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Buna göre; bireylerin yaşadıkları herhangi bir sıkıntıyı hayra yorarak “Mevla neylerse güzel eyler” diyebilme, yaşanan sıkıntıları sabır ve teenni ile karşılama, içinde buldukları zor anlarda Allah'a yönelip muhasebe yaparak Allah'tan yardım dileme eğilimleri arttıkça hayat memnuniyetlerinin de arttığı görülmüştür. Katılımcıların şükür ve hayat memnuniyetlerine bakıldığında; şükürde hasta yakınlarının, hayat memnuniyetinde ise hastane çalışanlarının en yüksek ortalamaya sahip olduğu bulgulanmıştır. Ayrıca hastaların, hasta yakını ve hastane çalışanlarına göre olumlu dini başa çıkma etkinliklerini daha sıklıkla kullandıkları gözlemlenmiştir. Katılımcılardan kadınların, erkeklere göre daha yüksek yaşam memnuniyeti ortalamasına sahip olduğu da araştırmanın bulguları arasındadır.

#### **1.4. Sabır ve Yaşam Memnuniyeti**

Araştırmamızda olumlu dini başa çıkma etkinliklerinden biri olan sabır ile yaşam memnuniyeti arasındaki ilişki incelenmektedir.

Bireyin yaşam olayları karşısında ortaya koyduğu dinî ya da seküler içerikli başa çıkma etkinlikleri, onun kendi hayatı hakkında yaptığı öznel olumlu değerlendirmelerini oluşturan yaşam doyumunu olumlu ya da olumsuz şekilde etkileyebilir (Batan, Ayten 2015: 68,69). Yani bireyin karşılaştığı zorluklara atfettiği anlam ve bu zorluklarla başa çıkmada kullandığı yöntemler; kişinin iyi oluşunu,



yaşam memnuniyetinin yönünü ve yoğunluğunu belirleyebilmektedir (Ayten ve ark. 2012: 46).

Schnitker'a göre olumsuz duygularla baş etmede ve insan yaşamının temelinde sabır önemli bir yere sahiptir. Çünkü sabır bireylerin bu olumsuz duygulardan kurtaran ve yaşam doyumlarını artıran bir yapı içerir. Yapılan çalışmalarda sabrın, fiziksel sağlık, iyi oluş, öznel iyi oluş, pozitif başa çıkma, değerler ve değerlerin gelişimiyle; kişilik ve kişiliğin altındaki sosyal süreçler gibi değişkenlerle ilişkili ve bu değişkenlerin önemli bir yordayıcısı olduğu görülmüştür. Olumlu sosyal özellikler ve erdemlerle ilişkili olduğunu düşünülen sabrın; iyimserlik ve umutla, adil dünya inancı ve yaşam doyumuyla arasında pozitif ilişkiler bulunmuştur. Sabır ve yaşam memnuniyeti arasında umudun da arabulucu etki yaptığı, umudun yüksek düzeyinin sabır ve yaşam memnuniyetinin bilişsel değerlendirmesini açıkladığı belirtilmektedir. Buna göre daha yüksek düzeyde umuda sahip olan sabırlı insanların yaşam memnuniyetlerinin daha yüksek olacağı söylenebilmektedir (Schnitker 2010: 148). Ayrıca Schnitker'ın yaptığı çalışmalarda sabırlı insanlarda daha az olumsuz duygulanım, düşük depresyon, daha az sağlık problemleri ve artan yaşam doyumunu görülmüştür (Schnitker 2012: 278).

Wagnild ve Young'ın yaptığı çalışmada (1993) sabır, umut ve iyimserlik gibi erdemlerin, mutluluk ve yaşam doyumunu gibi uyumsal çıktıları pozitif yönde etkilediği bulgular arasındadır (Wagnild, Young 1993: 165, 170).

Şu hâlde sabır, insanların acı ve üzüntüsünü kolaylaştıran, dünya hayatını anlamlı ve yaşanılır hale getiren bir olgu olarak algılanmakta (Ateş 2019: 65); her şeyde bir iyilik olduğuna, sabretmenin iyilik getireceğine inancı olan bireyler, sosyal temaslarını ve öznel sağlık durumlarını daha olumlu algılamaktadırlar (Oğuzhanoglu 2005: 127).

İnsanların başına gelen herhangi bir olumsuz olayda; başına gelenleri manevî olgunlaşmanın bir parçası ve Allah'ın bir imtihanı olarak değerlendirmesi, sabırla karşılaşması, "Vâki olanda hayır vardır", "Mevla neylerse güzel eyler", "Sabrın sonu selamettir" diyebilmeleri onların hayat memnuniyetini ve iyimserlik düzeylerini artırmaktadır (Seligman 2007).

Benzer şekilde Karslı da sabrın, dindar bireylerin önemli niteliklerinden biri olduğunu belirterek, özellikle dindarlığın insanların öfke ve benzeri negatif

duygularla başa çıkmasında etkin rol oynadığını vurgulamıştır. Dinlerin insanlara hayatın zorluklarıyla başa çıkabilmeleri, manevi doyuma ve olgunluğa erişebilmeleri ve kalıcı memnuniyete sahip olabilmeleri için çeşitli tutum ve davranışları öğütledikleri; sabırlı olmanın da bunlardan biri olduğu belirtilmiştir (Karlı 2012: 67).

Yapılan çalışmalardan da anlıyoruz ki sabır yaşam memnuniyetine etki eden faktörler üzerinde olumlu değişikliklere imkân sağlayabilir.



# İKİNCİ BÖLÜM

## 2. ARAŞTIRMANIN BULGULARI

Bu bölümde araştırmanın amacı doğrultusunda oluşturulan hipotez ve alt hipotezlerin analiz edilmesiyle elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

### 2.1. Sosyo demografik Özelliklere Ait Bulgular

Araştırmanın bu kısmında katılımcıların sosyo demografik özelliklerine ait bulgular yer almaktadır.

**Tablo 1:** Katılımcıların Sosyo Demografik Özelliklerine Ait Dağılımlar

<b>Cinsiyet</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Bayan	146	52,1
Erkek	134	47,9
<b>Yaş</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
18-39	18	6,4
40-64	128	45,7
65 ve üzeri	134	47,9
<b>Medeni Durumunuz</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evli	194	69,3
Bekar	18	6,4
Dul	68	24,3
<b>Eğitiminiz</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Okur-Yazar Değil	96	34,3
İlköğretim	123	43,9
Ortaöğretim	51	18,2
Yükseköğretim	10	3,6
<b>Sosyo Ekonomik Durum</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Düşük	67	23,9
Orta	198	70,7
Üst	15	5,4
<b>İş Durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Çalışıyor	8	2,9
Çalışmıyor	147	52,5
Emekli	125	44,6
<b>Yaşadığınız Yer</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Kent	205	73,2
Kırsal	75	26,8
<b>Kaç yıldır HD'e giriyorsunuz?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
0-5	160	57,1
6-10	63	22,5
11-15	31	11,1

16-20	18	6,4
21 ve üzeri	8	2,9
<b>Sosyal Güvenceniz</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
SGK	237	84,6
Yeşil Kart	43	15,4
<b>Danışmanlık hizmeti aldınız mı?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evet	53	18,9
Hayır	227	81,1
<b>Manevi destek hakkında bilginiz var mı?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evet	17	6,1
Hayır	263	93,9
<b>Manevi destek almak ister misiniz?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evet	183	65,4
Hayır	53	18,9
Kararsızım	44	15,7
<b>Hangi alanda manevi destek almak istersiniz?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Hastalık sürecini anlamlandırma	53	28,8
Moral desteği olarak	106	57,6
Dini problemlere çözüm sağlamak	25	13,6
<b>Hastalıkla başa çıkmada hangi dini ve manevi kaynaklardan yararlanıyorsunuz?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Dua	60	33,1
Sabır, şükür	68	37,6
İbadetlere yönelme	6	3,3
Yakınlarının desteği	41	22,7
Hayra yorma	6	3,3

Araştırmaya katılan bireylerin sosyo demografik dağılımları incelendiğinde; % 45,7'si 40-64 yaş, % 47,9'u 65 yaş ve üzeri, % 52,1'i erkek, % 69,3'ü evli, % 43,9'u ilköğretim mezunudur. % 70,7'si orta düzeyde gelire sahip, % 52,5'i çalışmıyor, % 44,6'sı emekli, % 73,2'si il de yaşamaktadır. Katılımcıların % 57,1'i 0-5 yıldır HD' e giriyor, % 84,6'sı SGK güvencesinde, % 81,21'i herhangi bir danışmanlık hizmeti almamış, % 93,9'u manevi destek hakkında bilgi sahibi değildir. % 65,4'ü manevi destek almak istediklerini belirtirken, % 57,6'sı moral desteği olarak manevi destek almak istemektedir. Hastalıkla başa çıkmada yararlanan dini ve manevi kaynaklar incelendiğinde % 33,1'i dua, % 37,6'sı sabır, şükür olarak belirlenmiştir.

## 2.2. Sabır Ölçeğine Ait Bulgular

Araştırmanın bu kısmında bireylerin sabır düzeylerine ait bulgular sunulmuştur.

**Tablo 2:** Bireylerin Sabır Düzeylerine Ait Betimsel Bulgular

	n	$\bar{X}$	s.s
Kişilerarası Sabır	280	17,89	3,44
Uzun Süreli Sabır	280	10,77	2,23
Kısa Süreli Sabır	280	10,15	2,29
Genel Sabır	280	38,82	7,13

Bireylerin sabır düzeyleri incelendiğinde; kişilerarası sabır ( $\bar{X}= 17,89$ ), uzun süreli sabır ( $\bar{X}= 10,17$ ), kısa süreli sabır ( $\bar{X}= 10,15$ ) genel sabır ( $\bar{X}= 38,82$ ) düzeylerinin orta düzeyde olduğu bulgulanmıştır.

**Tablo 3:** Bireylerin Sabır Düzeylerine Ait Normal Dağılım Analizi Sonuçları

	İstatistik	sd	p	Basıklık	Çarpıklık	$\bar{X}$	Med.
Kişilerarası Sabır	,162	280	,000	-,684	1,255	17,89	18,00
Uzun Süreli Sabır	,186	280	,000	-,831	1,248	10,77	11,00
Kısa Süreli Sabır	,117	280	,000	-,260	,218	10,15	10,00
Genel Sabır	,106	280	,000	-,555	1,090	38,82	40,00

Sabır düzeylerine ait verilerin hangi dağılımdan geldiğini tespit etmek için; aritmetik ortalama, mod, medyan, çarpıklık ve basıklık katsayıları incelenmiştir. Aritmetik ortalama ve medyanın eşit ya da yakın olması, çarpıklık ve basıklık katsayılarının  $\pm 1.5$  sınırları içinde bulunmasından verilerin normal dağılıma sahip olduğu gözlemlenmiştir (Tabachnick, Fidell 2013).

*Bireylerin Bazı Sosyo Demografik Değişkenlere Göre Sabır Düzeylerinin İncelenmesi.*

**Tablo 4:** Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Sabır Düzeyleri T-testi Sonucu

	Cinsiyet	n	$\bar{X}$	s.s	t	p
Kişilerarası Sabır	Bayan	146	18,10	3,54	1,101	,272
	Erkek	134	17,65	3,32		
Uzun Süreli Sabır	Bayan	146	10,79	2,18	,125	,901
	Erkek	134	10,76	2,28		
Kısa Süreli Sabır	Bayan	146	10,17	2,29	,161	,872
	Erkek	134	10,12	2,30		
Genel Sabır	Bayan	146	39,07	7,28	,621	,535
	Erkek	134	38,54	6,99		

\*p<0.05

Bireylerin sabır düzeylerinin cinsiyet grupları arasında fark durumlarının belirlenmesi için yapılan t-testi sonuçlarına göre, bireylerin sabır düzeyleri ile cinsiyet grupları arasındaki farklılığı istatistiksel olarak % 95 güven düzeyinde anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 5:** Bireylerin Yaşadığı Yer Değişkenine Göre Sabır Düzeyi T-testi Sonucu

	Yaşanılan Yer	n	$\bar{X}$	s.s	t	p
Kişilerarası Sabır	Kent	205	17,90	3,11	,101	,920
	Kırsal	75	17,85	4,21		
Uzun Süreli Sabır	Kent	205	10,78	2,00	,020	,984
	Kırsal	75	10,77	2,76		
Kısa Süreli Sabır	Kent	205	10,05	2,21	-1,161	,247
	Kırsal	75	10,41	2,51		
Genel Sabır	Kent	205	38,74	6,42	-,267	,790
	Kırsal	75	39,04	8,85		

\* $p<0.05$

Bireylerin sabır düzeylerinin yaşanılan yer grupları arasında fark durumlarının belirlenmesi için yapılan t-testi sonuçlarına göre, bireylerin sabır düzeyleri ile yaşanılan yer grupları arasındaki farklılığı istatistiksel olarak % 95 güven düzeyinde anlamlı olmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ).

**Tablo 6:** Bireylerin Yaş Gruplarına Göre Sabır Düzeyleri Anova Sonucu

	Yaş Grubu	n	$\bar{X}$	s.s	Sd	F	p
Kişilerarası Sabır	18-39	18	17,83	3,69	2	1,243	,290
	40-64	128	17,55	3,40			
	65 ve üzeri	134	18,22	3,43			
Uzun Süreli Sabır	18-39	18	10,94	2,81	2	1,363	,258
	40-64	128	10,53	2,24			
	65 ve üzeri	134	10,98	2,13			
Kısa Süreli Sabır	18-39	18	10,22	2,41	2	1,032	,358
	40-64	128	9,93	2,23			
	65 ve üzeri	134	10,3	2,33			
Genel Sabır	18-39	18	39,00	7,70	2	1,497	,226
	40-64	128	38,03	6,87			
	65 ve üzeri	134	39,55	7,28			

Bireylerin sabır düzeylerinin yaş grupları ile arasında fark durumlarının belirlenmesi için yapılan tek yönlü anova analizi sonuçlarına göre, bireylerin sabır

düzeyleri ile yaş grupları arasındaki farklılığı istatistiksel olarak % 95 güven düzeyinde anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 7:** Bireylerin Medeni Durum Gruplarına Göre Sabır Düzeyleri Anova Sonucu

	Medeni Durum	N	$\bar{X}$	s.s	Sd	F	p	Fark
Kişilerarası Sabır	Evli	194	17,78	3,44	2	2,430	,090	
	Bekar	18	16,66	4,74				
	Dul	68	18,52	2,93				
Uzun Süreli Sabır	Evli	194	10,68	2,3	2	2,328	,099	
	Bekar	18	10,11	3,23				
	Dul	68	11,22	1,47				
Kısa Süreli Sabır	Evli	194	10,08	2,40	2	<b>6,275</b>	<b>,002*</b>	2-1
	Bekar	18	8,66	2,56				2-3
	Dul	68	10,73	1,61				
Genel Sabır	Evli	194	38,55	7,35	2	<b>4,089</b>	<b>,018*</b>	2-3
	Bekar	18	35,44	9,97				
	Dul	68	40,48	5,02				

\* $p<0.05$

1= Evli; 2= Bekâr; 3= Dul

Bireylerin sabır düzeylerinin medeni durum grupları ile arasındaki fark durumlarının belirlenmesi için yapılan tek yönlü anova analizi sonuçlarına göre, bireylerin kısa süreli sabır düzeyleri ile medeni durum grupları arasındaki farklılığı istatistiksel olarak % 95 güven düzeyinde anlamlı bulunmuştur ( $F=6,275$ ;  $sd=2$ ;  $p=0,002$ ;  $p<0.05$ ). Anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi için post hoc analizlerinden Tamhane's T2 analizi yapılmış olup test sonucuna göre; bekar ( $\bar{X}= 8,66$ ) bireylerin kısa süreli sabır düzeylerinin evli ( $\bar{X}= 10,08$ ) ve dul ( $\bar{X}= 10,73$ ) olanlara göre daha düşük seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Genel sabır düzeyleri medeni durum grupları arasındaki farklılığı istatistiksel olarak % 95 güven düzeyinde anlamlı bulunmuştur ( $F=4,089$ ;  $sd=2$ ;  $p=0,018$ ;  $p<0.05$ ). Anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlenmesi için post hoc analizlerinden Tamhane's T2 analizi yapılmış ve test sonucuna göre; bekar ( $\bar{X}= 35,44$ ) bireylerin genel sabır düzeylerinin dul ( $\bar{X}= 40,48$ ) olanlara göre daha düşük seviyede olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 8:** Bireylerin Tedavi Süresi Gruplarına Göre Sabır Düzeyleri Anova Sonucu

	<b>Tedavi Süresi</b>	<b>n</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>s.s</b>	<b>Sd</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Kişilerarası Sabır	0-5	160	18,05	3,56	4	,789	,533
	6-10	63	17,26	3,43			
	11-15	31	18,29	2,90			
	16-20	18	17,66	3,62			
	21 ve üzeri	8	18,50	2,39			
Uzun Süreli Sabır	0-5	160	10,86	2,33	4	,332	,857
	6-10	63	10,68	2,17			
	11-15	31	10,87	2,09			
	16-20	18	10,27	2,05			
	21 ve üzeri	8	10,62	1,76			
Kısa Süreli Sabır	0-5	160	10,28	2,39	4	,406	,804
	6-10	63	9,88	2,21			
	11-15	31	10,00	2,04			
	16-20	18	10,27	2,29			
	21 ve üzeri	8	9,87	2,10			
Genel Sabır	0-5	160	39,20	7,51	4	,456	,768
	6-10	63	37,84	6,78			
	11-15	31	39,16	6,34			
	16-20	18	38,22	7,15			
	21 ve üzeri	8	39,00	5,37			

Bireylerin sabır düzeylerinin tedavi süresi grupları arasındaki fark durumlarının belirlenmesi için yapılan tek yönlü anova analizi sonuçlarına göre, bireylerin sabır düzeyleri ile tedavi süresi grupları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak % 95 güven düzeyinde anlamlı olmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ).



**Tablo 9:** Bireylerin Manevi Destek Gereksinimi Gruplarına Göre Sabır Düzeyleri Anova Sonucu

	<b>Manevi Destek Gereksinimi</b>	<b>n</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>s.s</b>	<b>Sd</b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>Fark</b>
Kişilerarası Sabır	Evet	183	17,54	3,49	2	3,038	,050	
	Hayır	53	18,77	4,08				
	Kararsızım	44	18,29	1,78				
Uzun Süreli Sabır	Evet	183	10,49	2,22	2	<b>5,835</b>	<b>,003*</b>	1-2
	Hayır	53	11,66	2,58				
	Kararsızım	44	10,88	1,38				
Kısa Süreli Sabır	Evet	183	10,01	2,22	2	1,105	,333	
	Hayır	53	10,26	2,92				
	Kararsızım	44	10,56	1,64				
Genel Sabır	Evet	183	38,05	7,06	2	<b>3,314</b>	<b>,038*</b>	1-2
	Hayır	53	40,69	8,83				
	Kararsızım	44	39,75	4,13				

\*p<0.05

1= Evet; 2=Hayır; 3=Kararsızım

Bireylerin sabır düzeylerinin manevi destek gereksinimi grupları ile arasında fark durumlarının belirlenmesi için tek yönlü anova analizi yapılmıştır. Çıkan sonuca göre, bireylerin uzun süreli sabır düzeyleri ile manevi destek gereksinimi grupları arasındaki farklılığı istatistiksel olarak % 95 güven düzeyinde anlamlı bulunmuştur (F=5,835; sd=2; p=0,003; p<0.05). Anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlenmesi için post hoc analizlerinden Tamhane's T2 analizi yapılmış olup test sonucuna göre; manevi destek almak isteyen ( $\bar{X}$ = 10,49) bireylerin uzun süreli sabır düzeylerinin, manevi destek almak istemeyenlere ( $\bar{X}$ = 11,66) göre daha düşük seviyede olduğu görülmüştür.

Genel sabır düzeyleri manevi destek gereksinimi grupları arasındaki farklılığı istatistiksel olarak % 95 güven düzeyinde anlamlı bulunmuştur (F=3,314; sd=2; p=0,003; p<0.05). Anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi için post hoc analizlerinden Tamhane's T2 analizi yapılmış olup test sonucuna göre manevi destek almak isteyen ( $\bar{X}$ = 38,05) bireylerin genel sabır düzeylerinin manevi destek almak istemeyenlere ( $\bar{X}$ = 40,69) göre daha düşük seviyede olduğu belirlenmiştir.

### 2.3. Yaşam Memnuniyeti Ölçeğine Ait Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde bireylerin yaşam memnuniyetine ait bulgulara yer verilmiştir.

**Tablo 10:** Bireylerin Yaşam Memnuniyeti Düzeyine Ait Betimsel Bulgular

	<b>n</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>s.s</b>
Yaşam Memnuniyeti	280	22,00	5,56

Bireylerin yaşam memnuniyeti düzeyi incelendiğinde ( $\bar{X}= 22,00$ ), orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 11:** Bireylerin Yaşam Memnuniyeti Düzeyine Ait Normal Dağılım Analizi Sonuçları

	<b>İstatistik</b>	<b>sd</b>	<b>p</b>	<b>Basıklık</b>	<b>Çarpıklık</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>Med.</b>
Yaşam Memnuniyeti	,070	280	,002	-,423	-,158	22,93	23,00

Yaşam memnuniyeti düzeyine ait verilerin hangi dağılımdan geldiğini belirlemek için; aritmetik ortalama, mod, medyan, çarpıklık ve basıklık katsayıları incelenmiş olup, aritmetik ortalama ve medyanın eşit ya da yakın olması, çarpıklık ve basıklık katsayılarının  $\pm 1.5$  sınırları içinde bulunmasından verilerin dağılımının normallikten geldiği belirlenmiştir. (Tabachnick ve Fidell, 2013).

*Bireylerin Bazı Sosyo Demografik Değişkenlere Göre Yaşam Memnuniyeti Düzeyinin İncelenmesi.*

**Tablo 12:** Bireylerin Sosyal Güvence Değişkenine Göre Yaşam Memnuniyeti Düzeyi T-testi Sonucu

	<b>Sosyal Güvence</b>	<b>n</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>s.s</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Yaşam Memnuniyeti	SGK	237	23,33	5,39	<b>2,845</b>	<b>,005*</b>
	Yeşil	43	20,74	6,00		
	Kart					

\*p<0.05

Bireylerin yaşam memnuniyeti düzeyinin sosyal güvence grupları arasındaki farkın belirlenmesi için yapılan t-testi sonuçlarına göre, bireylerin yaşam memnuniyeti düzeyinin sosyal güvence grupları arasındaki farklılığı istatistiksel olarak % 95 güven düzeyinde anlamlı bulunmuştur (t=2,845; p=0,005; p<0.05).

SGK sosyal güvencesine sahip olan bireylerin ( $\bar{X}= 23,33$ ) yaşam memnuniyet düzeyi yeşil karta sahip olan bireylere ( $\bar{X}= 20,74$ ) göre daha yüksektir.

**Tablo 13:** Bireylerin Yaşadığı Yer Değişkenine Göre Yaşam Memnuniyeti Düzeyi T-testi Sonucu

	Yaşanılan Yer	n	$\bar{X}$	s.s	t	p
Yaşam Memnuniyeti	Kent	141	21,04	4,14	,272	,786
	Kırsal	55	20,85	4,80		

\*p<0.05

Bireylerin yaşam memnuniyet düzeylerinin yaşanılan yer grupları arasında fark durumlarının belirlenmesi için yapılan t-testi sonuçlarına göre, bireylerin yaşam memnuniyet düzeyleri ile yaşanılan yer grupları arasındaki farklılığı istatistiksel olarak % 95 güven düzeyinde anlamlı olmadığı görülmüştür (p>0.05).

**Tablo 14:** Bireylerin Sosyo Ekonomik Düzey Gruplarına Göre Yaşam Memnuniyeti Düzeyi Anova Sonucu

	Sosyo Ekonomik Düzey	n	$\bar{X}$	s.s	Sd	F	p	Fark
Yaşam Memnuniyeti	Düşük	67	21,49	6,221	2	3,133	,045*	1-3
	Orta	198	23,33	5,24				
	Üst	15	24,06	5,799				

\*p<0.05

1= Düşük; 2=Orta; 3=Üst

Bireylerin yaşam memnuniyeti düzeyinin sosyo ekonomik düzey grupları arasında fark durumlarının belirlenmesi için tek yönlü anova analizi yapılmıştır. Çıkan sonuçlara göre, bireylerin yaşam memnuniyeti düzeyinin sosyo ekonomik düzey grupları arasındaki farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı bulunmuştur (F=3,133; sd=2; p=0,045; p<0.05). Anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlenmesi için post hoc analizlerinden Scheffe analizi yapılmış olup test sonucuna göre sosyo ekonomik düzeyi düşük olan ( $\bar{X}= 21,49$ ) bireylerin yaşam memnuniyeti, sosyo ekonomik düzeyi üst olan bireylere ( $\bar{X}= 24,06$ ) göre daha düşük seviyede olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 15:** Bireylerin Medeni Durum Gruplarına Göre Yaşam Memnuniyeti Düzeyi Anova Sonucu

	<b>Medeni Durum</b>	<b>n</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>s.s</b>	<b>Sd</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Yaşam Memnuniyeti	Evli	194	23,18	5,58	2	,650	,523
	Bekar	18	22,05	5,67			
	Dul	68	22,47	5,49			

Bireylerin yaşam memnuniyeti düzeyinin medeni durum grupları arasında fark durumlarının belirlenmesi için yapılan tek yönlü anova analizinden çıkan sonuçlara göre, bireylerin yaşam memnuniyeti düzeyinin medeni durum grupları arasındaki farklılığı istatistiksel olarak % 95 güven düzeyinde anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 16:** Bireylerin Eğitim Durumu Gruplarına Göre Yaşam Memnuniyeti Düzeyi Anova Sonucu

	<b>Eğitim Durumu</b>	<b>n</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>s.s</b>	<b>Sd</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Yaşam Memnuniyeti	Okur-Yazar	96	21,80	6,37	3	2,250	,083
	Değil						
	İlköğretim	123	23,50	4,89			
	Ortaöğretim	51	23,33	5,42			
	Yükseköğretim	10	24,80	4,39			

Bireylerin yaşam memnuniyeti düzeyinin eğitim durumu grupları arasında fark durumlarının tespit edilmesi için tek yönlü anova analizi yapılmış ve sonuçlara göre, bireylerin yaşam memnuniyeti düzeyinin eğitim durumu grupları arasındaki farklılığı istatistiksel olarak % 95 güven düzeyinde anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 17:** Bireylerin İş Durumu Gruplarına Göre Yaşam Memnuniyeti Düzeyi Anova Sonucu

	<b>İş Durumu</b>	<b>n</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>s.s</b>	<b>Sd</b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>Fark</b>
Yaşam Memnuniyeti	Çalışıyor	8	25,12	5,89	2	<b>6,257</b>	<b>,002*</b>	1-2
	Çalışmıyor	147	21,85	5,97				2-3
	Emekli	125	24,07	4,75				

\* $p<0.05$

1= Çalışıyor; 2=Çalışmıyor; 3=Emekli

Bireylerin yaşam memnuniyeti düzeyinin iş durumu grupları arasında fark durumlarının belirlenmesi için yapılan tek yönlü anova analizi sonuçlarına göre, bireylerin yaşam memnuniyeti düzeyinin iş durumu grupları arasındaki farklılığı istatistiksel olarak % 95 güven düzeyinde anlamlı bulunmuştur ( $F=6,257$ ;  $sd=2$ ;  $p=0,002$ ;  $p<0.05$ ). Anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlenmesi

için post hoc analizlerinden Scheffe analizi yapılmış olup test sonucuna göre; çalışmayan ( $\bar{X}= 21,85$ ) bireylerin yaşam memnuniyetinin emekli bireylere ( $\bar{X}= 24,07$ ) ve çalışan ( $\bar{X}= 25,12$ ) bireylere göre daha düşük seviyede olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 18:** Bireylerin Tedavi Süresi Gruplarına Göre Yaşam Memnuniyeti Düzeyi Anova Sonucu

	<b>Tedavi Süresi</b>	<b>n</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>s.s</b>	<b>Sd</b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>Fark</b>
Yaşam Memnuniyeti	0-5	160	23,85	5,36	4	<b>3,153</b>	<b>,015*</b>	1-2
	6-10	63	21,71	5,85				1-3
	11-15	31	21,41	6,08				1-4
	16-20	18	21,05	4,39				5-2
	21 ve üzeri	8	24,25	3,80				5-3
								5-4

\*p<0.05

1= 0-5; 2=6-10; 3=11-15; 4=16-20; 5=21 ve üzeri

Bireylerin yaşam memnuniyeti düzeyinin tedavi süresi grupları arasındaki farkının belirlenmesi için tek yönlü anova analizi yapılmıştır. Sonuca göre; bireylerin yaşam memnuniyeti düzeyinin tedavi süresi grupları arasındaki farklılığı, istatistiksel olarak % 95 güven düzeyinde anlamlı görülmüştür (F=3,153; sd=4; p=0,015; p<0.05). Anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlenmesi için post hoc analizlerinden Scheffe analizi yapılmış olup test sonucuna göre; tedavi süresi 0-5 ( $\bar{X}= 23,85$ ), 21 ve üzeri olan ( $\bar{X}= 24,25$ ) bireylerin yaşam memnuniyetinin 6-10 ( $\bar{X}= 21,71$ ), 11-15 ( $\bar{X}= 21,41$ ), 16-20 ( $\bar{X}= 21,05$ ) olan bireylere göre daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 19:** Bireylerin Manevi Destek Gereksinimi Gruplarına Göre Yaşam Memnuniyeti Düzeyi Anova Sonucu

	<b>Manevi Destek Gereksinimi</b>	<b>n</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>s.s</b>	<b>Sd</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Yaşam Memnuniyeti	Evet	183	23,00	5,71	2	<b>,716</b>	<b>,490</b>
	Hayır	53	23,41	6,57			
	Kararsızım	44	22,09	2,97			

Bireylerin yaşam memnuniyeti düzeyinin manevi destek gereksinimi ile arasında fark durumlarının tespiti için yapılan tek yönlü anova analizi sonuçlarına göre, bireylerin yaşam memnuniyeti düzeyinin manevi destek gereksinimi grupları

arasındaki farklılığı istatistiksel olarak % 95 güven düzeyinde anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

**Tablo 20:** Manevi Destek Gereksinimi ile Danışmanlık Hizmeti Alma Durumu Arasındaki Farklılığın Belirlenmesi

		Danışmanlık Hizmeti Alma Durumu				Toplam	X <sup>2</sup>	p
		Evet		Hayır				
		n	%	n	%			
Manevi Destek Gereksinimi	Evet	31	16,9	152	83,1	183	<b>14,565</b>	<b>0,001</b>
	Hayır	19	35,8	34	64,2	53		
	Kararsızım	3	6,8	41	93,2	44		
<b>Toplam</b>		53	18,9	227	81,1	280		

**X<sup>2</sup>:14,565, sd:2, p:0,001<0,05**

Araştırmaya bireylerin danışmanlık hizmet alma durumuyla manevi destek gereksinimi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p=0,001, p<0,05). Şimdiye kadar herhangi bir danışmanlık hizmeti almayanların manevi destek almak istemeleri daha yüksektir.

**Tablo 21:** Bireylerin Sabır ile Yaşam Memnuniyet Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Ait Analiz Sonuçları

	Kişilerarası Sabır	Uzun Süreli Sabır	Kısa Süreli Sabır	Genel Sabır
	Yaşam Memnuniyeti Ölçeği	,496**	,478**	,380**
	,000	,000	,000	,000

Bireylerin sabır ile yaşam memnuniyeti düzeyleri arasındaki ilişki düzeyinin belirlenmesi için pearson korelasyon kat sayısına bakılmıştır. Yapılan korelasyon analizi sonucuna göre, bireylerin genel sabır düzeyleri ile yaşam memnuniyet düzeyleri arasında pozitif yönlü orta bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (r=0.511, p=0,000 p<0.01). Bu sonuca göre bireylerin sabır düzeyleri artırıldığında, yaşam memnuniyetinde de artış olacağı; bireylerin yaşam memnuniyet düzeyleri düşürüldüğünde, sabır düzeylerinde de düşüş olacağı beklenmektedir.

**Tablo 22:** Ölçeklere Ait Güvenirlik Analizi Sonuçları

Ölçekler	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
Kişilerarası Sabır	,813	5
Uzun Süreli Sabır	,815	3
Kısa Süreli Sabır	,706	3
Genel Sabır	,901	11
Yaşam Memnuniyeti	,778	5

Araştırma kapsamında kullanılan ölçeklerin iç tutarlılık düzeylerinin belirlenmesi için cronbach's alpha güvenirlilik kat sayısından yararlanılmıştır. Güvenirlilik düzeylerine bakıldığında, araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenirlilik düzeylerinin yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir (Cronbach's Alpha  $\geq 0,70$ ).





## DEĞERLENDİRME VE SONUÇ

“HD Hastalarında Sabır ve Yaşam Memnuniyeti İlişkisi” başlıklı araştırmamızın amacı; Sivas ilinde HD ünitesinde tedavisi devam eden hastaların sabır ve yaşam memnuniyeti düzeyleri arasındaki ilişkiyi tespit etmektir.

Araştırmanın evreni, Sivas merkezde tedavisi devam eden hemodiyaliz (HD) hastalarından (500) oluşmaktadır. Araştırmanın örneklemi ise; Sivas merkezde bulunan bir üniversite hastanesi, bir devlet hastanesi ve iki özel diyaliz merkezinde HD tedavisi devam eden 280 hastadan oluşturulmuştur.

Ampirik bir alan araştırması olarak planlanan araştırmada anket tekniği kullanılmıştır. Araştırma verilerinin toplanması için “Kişisel Bilgi Formu”, “Sabır Ölçeği” ve “Yaşam Memnuniyeti Ölçeği” kullanılmıştır. Veriler bilgisayar ortamına aktarılarak SPSS 22 paket programında değerlendirilmiş ve aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Bu bölümde araştırmanın konusuyla ilgili literatür de dikkate alınarak, elde edilen bulgular üzerine değerlendirme yapılacaktır. Değerlendirmeye hipotezlere ait tablolardan yola çıkılarak yer verilecektir.

Tablo 1’de araştırmanın sosyo demografik özelliklerine ait bulgular incelenmiş ve şu sonuçlara ulaşılmıştır:

Tablo 1’de verilen bulgulara göre katılımcıların yaş ortalaması 61,70’tir. Yaş dağılımında (18-39 % 6,4; 40-64 % 45,7; 65+ % 47,9) yüzde artışıyla paralel olarak yaşında artması, yaş ilerledikçe hastalığın görülme oranının arttığını göstermektedir. Bulgularımız TND 2017 raporu sonuçlarıyla (20-44 % 10,8; 45-64 % 39,8; 65+ % 48) benzerlik taşımaktadır.

Katılımcıların cinsiyet dağılımının % 47,9 erkek ve % 52,1 bayan oranıyla evreni temsil ettiği düşünülmektedir. Bu dağılım 2017 TND raporu sonuçlarıyla (% 57,7 erkek; % 42,2 bayan) yakınlık göstermektedir.

Katılımcıların medeni durum dağılımında bekâr oranının (% 6,4) az olmasının, bekârların yaş ortalamasının 36 yıl olmasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Çünkü yaş dağılımına ait bulgulara, yaşın azalmasıyla birlikte hastalığın görülme oranının azaldığı bilgisi yer almıştır.

Katılımcıların eğitim oranında (% 34,3 okur-yazar değil, % 43,9 ilköğretim) büyük çoğunluğun ilköğretim ve altı (%78,2) olduğu gözlemlenmiştir. Çalışmamızda hastaların büyük kısmının düşük eğitim seviyesinde olduğu görülmüştür. Bu eğitim dağılımının yaşam memnuniyeti ve eğitim düzeyi karşılaştırmasını etkileyeceği düşünülmektedir.

Hastaların sosyo ekonomik durum dağılımında (düşük % 23,9 , orta % 70,7 , üst % 5,4) çoğunluğun orta seviyede olması, değerlendirme hastalara ait olduğu için hastaların maddi imkânlarının kendilerine yetebildiğini düşündürmektedir.

İş durumunun dağılımında katılımcılardan yalnızca % 2,9'unun çalışıyor olmasında, HD hastalarının tedavileri ve hastalıkları nedeniyle iş kaybı yaşamasının etkili olduğu düşünülmektedir. HD tedavisinin başlamasıyla birlikte birçok hasta daha önceki işini kaybetmekte, emekli olmakta ya da geri hizmete çekilmektedir. HD hastaları için işsizlik, ekonomik açıdan büyük bir külfettir. Elde ettiğimiz bu sonuçta katılımcılar arasında ev hanımlarının da olduğunu göz ardı etmemek gerekir. Buna rağmen bayan katılımcıların tamamını ev hanımı olarak kabul etsek dahi, yalnızca erkeklerde çalışmayanların oranı yine azımsanmayacak düzeydedir.

Katılımcıların yaşadığı yerde bulgular arasındadır. Araştırmamızda il merkezinde tedavisi devam eden hastalara yer verilmiştir. HD ünitelerinin her ilçede bulunmaması ve merkeze bağlı köylerdeki hastalarında tedavi için servislerle merkeze taşınması sebebiyle HD ünitelerinde kırsaldan gelen hastalarda mevcuttur. Bu sebeple kırsaldan gelen hastaların (% 26,8) kentte yaşayanlara (% 73,2) göre oranı düşüktür.

Katılımcıların yarısından fazlasının tedavi senesinin (% 57,1) 0-5 yıl aralığında olduğu görülmektedir. Ayrıca bulgular ilerleyen tedavi yıllarında (6-10 % 22,5; 11-15 % 11,1; 16-20 % 6,4; 21+ % 2,9) dereceli olarak hasta sayısının giderek azaldığını, yani yaşla birlikte düşünüldüğünde hayatta kalma oranının giderek düştüğünü ve kayıpların yaşandığını bize göstermektedir. Bu dağılım 2017 TND raporundaki bulgularla benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların sosyal güvencesi % 84,6 SGK, % 15,4 yeşil kart olarak belirlenmiştir. Sosyal güvence olarak SGK'lı olmak beraberinde aylık sabit bir gelirin varlığını göstermektedir. Bu durumun ise ekonomik refahın göstergesi olduğu düşünülmektedir. Ülkemizde “yeşil kart” düşük gelir düzeyinde bulunan vatandaşlara

sağlanan bir sosyal güvence sistemidir ve katılımcının aylık düzenli sabit bir gelirinin olmadığını göstermektedir.

Araştırmaya katılan HD hastalarının tedavi sürecinde herhangi bir danışmanlık hizmeti alıp almadıklarına ilişkin soruya % 81,1'i hayır, % 18,9'u evet cevabını vermiştir. Bu oranın nedeni; HD ünitelerinde yeterli personelin olmadığına bağlanabilir.

Kıran'ın (2016) HD hastaları (100) üzerine yaptığı çalışmasında "HD tedavisinde psikolojik destek almak ister misiniz?" sorusuna; hastaların % 28'i genellikle, % 8'i çok sık, % 13'ü her zaman almak isterim cevabını verirken, % 24 hasta nadiren demiş, % 27 hasta ise hiç psikolojik destek almak istemediğini dile getirmiştir. Bu sonuç bize yeterli imkânlar sağlandığında danışmanlık hizmeti alanların oranının artacağını düşündürmektedir.

Katılımcılara manevi destek hizmeti hakkında bilgilerinin olup olmadığı sorulmuş ve bilgisi olmayanlara (% 93,9) manevi destek hizmeti hakkında kısaca bilgi verilmiştir. Katılımcıların çoğunun manevi destek hizmeti hakkında bilgisinin olmamasının; bu hizmetin ülke genelinde yeni bir hizmet alanı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Katılımcılarından manevi destek almak (% 65,4 evet; % 18,9 hayır; % 15,7 kararsız) isteyenlerin oranının yüksek olması dikkat çekicidir. Demirel ve arkadaşlarının HD hastaları (77) üzerinde yaptığı bir çalışmada hastaların manevi destek talebi, araştırmamız bulgularına yakın bir oranla % 81,6 olarak belirlenmiştir (Demirel ve ark. 2015: 147). HD hastaları yaşam mücadelesinde birçok olumsuzlukla baş etmek durumundadır. Bu süreçte ailelerinden ve çevrelerinden sabır ve hoşgörü beklemektedir. Yeterli desteği göremeyen hastalar birçok psikososyal sorunla karşı karşıya kalmaktadır. Manevi destek gereksiniminin yüksek olması bu destek arayışına bağlı görülmektedir. Hastalara bu süreçte yalnız olmadıkları hissettirilerek manen destek sağlanmasının, hastalığın yol açtığı olumsuzlukları kabullenmeyi kolaylaştıracağı ve tıbbi tedaviye katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Katılımcılara hangi alanda manevi destek almak istedikleri sorulmuş; çoğunluğun "moral desteği" için (% 57,6) almak istediği, bunu sırayla "hastalık sürecini anlamlandırma" (% 28,8) ve "dini problemlere çözüm sağlama"nın (% 13,6) takip ettiği görülmüştür.

Hastalara stresli ve zor zamanlarında sağlanacak manevi desteğin, hastanın beden ve ruh sağlığı açısından önem taşıdığı düşünülmektedir. Manevi destek dini/manevi yüklemelerle (sabır, şükür, umut, mükafat, imtihan, affetme gibi..) bireylerin hastalık algısını değiştirerek, kendi hastalıklarına karşı daha olumlu bir yaklaşım sergilemesine katkı sağlayabilir.

Katılımcılara hastalıkla başa çıkmada hangi dini başa çıkma yöntemlerini kullandıkları sorulmuş ve yüzde sıralamasına göre; sabır ve şükür ( 37,6), dua (% 33,1), yakınların desteği (% 22,7), ibadetlere yönelme (% 3,3), hayra yorma (% 3,3) bulgularına ulaşılmıştır. HD hastaları tedavinin getirisi olan çözümleyemeyecekleri problemlerin duygusal yükünden kurtulup kendini daha iyi hissetmek için yararlandıkları başa çıkma kaynaklarını belirtmişlerdir. Hastalık ve tedavinin getirdiği olumsuzluklarla başa çıkmada olumlu dinî başa çıkma yöntemlerinden sabrın ve şükrün katılımcılar tarafından kullanılma düzeyinin diğer başa çıkma yöntemlerine nazaran yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bulgular içerisinde ikinci sırada gelen dua, zorluklar karşısında sabır ve dayanma gücü vererek bir teselli ve umut kaynağı olabilmektedir. Dua oranının yüksekliği, hastalıkla başa çıkma konusundaki işlevinin önemini göstermektedir.

Gencer'in (2019) HD hastalarında dini başa çıkma yöntemlerini konu alan çalışmasında; HD hastalarının başa çıkma unsurlarından en çok dua ve ibadeti kullandıkları çıkan sonuçlar arasındadır.

Cufta'nın (2014) kanser hastalığı ile başa çıkmada dini inanç ve tutumları konu aldığı çalışmasında, “hastalığınızda ibadetler ya da dua sığınak işlevi gördü mü” sorusuna hastaların (40) % 90'ı evet cevabı vermiştir.

Tablo 2'de katılımcıların sabır düzeyleri alt boyutlarıyla birlikte incelenmiş, tüm boyutlarda sabrın orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Çıkan sonuç HD süresi uzadıkça hastaların zorluklarla baş etme becerilerinin geliştiğini, ancak bu gelişimin zamanla da olağanlaştığını düşündürmektedir.

Tablo 4'de “Bayan katılımcıların sabır düzeyi erkek katılımcılara göre daha yüksektir” hipotezine ait bulgular değerlendirilmiştir. Sabırla cinsiyet değişkeni arasındaki farklılık anlamlı bulunmamış, kadınlar ve erkeklerin birbirine benzer sabır düzeylerine sahip oldukları görülmüştür. Çıkan sonuç hipotezimizi desteklememektedir.

Bulgularımızı destekler şekilde Doğan'ın (2016a) dindarlık, sabır ve psikolojik iyi olma arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada; yaşları 15-65+ aralığında 1007 kişi üzerinde uygulanan sabır ölçeği sonuçlarına göre cinsiyet ve sabır düzeyi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir.

Eliüşük'ün (2014) 1166 üniversite öğrencisi ile gerçekleştirdiği çalışmada; öğrencilerin cinsiyet değişkeni ile gündelik yaşamda sabır ve kişiler arası sabır puanları arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmazken, yaşam zorluklarına sabır puanı kız öğrencilerde erkeklere göre daha yüksek çıkmıştır.

Batan'ın (2016) psikolojik dayanıklılık ve dini başa çıkmanın yaşam doyumuna etkilerini inceleyen çalışmada ise katılımcıların (512) dini başa çıkma etkinliklerine başvurma düzeyi ile cinsiyet durumu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 5'de sabır ve yaşanan yer değişkeni arasındaki ilişki incelenmiş ve ikisi arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır. Bu karşılaştırma ile kırsalda yaşayanların sabır düzeyinin kentte yaşayanlara oranla daha yüksek olacağı öngörülmüş, ancak sonuç beklediğimiz gibi çıkmamıştır.

Tablo 6'da "Katılımcıların sabır düzeyi ile yaş değişkeni arasında anlamlı bir fark yoktur" hipotezine ait bulgular değerlendirilmiştir. Bulgular katılımcıların yaş gruplarına göre birbirine benzer sabır düzeylerine sahip olduklarını göstermektedir. Çıkan sonuç hipotezimizi desteklemektedir. Batan'ın (2016) yetişkinler üzerinde yaptığı çalışmada ise dini başa çıkma ve yaş grupları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre; dini başa çıkma etkinliklerine başvurma sıklığı yaşla birlikte artış göstermektedir.

Tablo 7'de "Medeni durum gruplarından evli olanların sabır düzeyi bekâr olanlara göre daha yüksektir" hipotezine ait bulgular değerlendirilmiştir. Çıkan sonuçlar hipotezimizi desteklemekte ve bize daha ayrıntılı bilgiler sunmaktadır.

Araştırma bulgularına göre genel sabır düzeyi en düşük grup bekârlardır. Bunu sırayla evliler ve dullar izlemektedir. Bekârların sabrın alt boyutlarından kısa süreli sabır düzeyi de evli ve dul olanlara oranla daha düşük çıkmıştır. Bekârların hem yaşları ve yaşamışlıkları itibariyle hem de evliliğin zorluklarıyla henüz karşılaşmadıkları ve sorumluluklarının evliler ile dullar kadar ağır olmadığı varsayılarak, sabır tutumunu evliler ve dullar kadar geliştiremedikleri

düşünülmektedir. Dul olanların, bekârlara ve evlilere göre hayatın zorluklarıyla daha fazla karşı karşıya geldikleri için sabır düzeyleri en yüksek grup olduğu düşünülmektedir.

Araştırmadan elde edilen bulguların literatürde ki bazı araştırma sonuçlarıyla tutarlılık gösterdiği görülmektedir. Doğan'ın (2016a) araştırma bulgularına göre; kısa süreli sabır alt boyutunda evli ve dul olanların sabır düzeylerinin, bekâr olanlara göre; dul olanların sabır düzeylerinin, evlilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu tespitler bizim bulgularımızla birebir örtüşmektedir.

Tablo 8'de "Katılımcılardan tedavi senesi yüksek olanların sabır düzeyi, tedavi senesi düşük olanlara oranla daha yüksektir" hipotezine ait bulgular değerlendirilmiş ve çıkan sonuç hipotezimizi desteklememiştir. Çıkan sonuçta; HD hastalarının tedavi süresinin, sabır tutumunda herhangi bir farklılaşmaya sebep olmadığı görülmüştür.

Abram (1979) HD hastalarının uyum sürecinde dört dönemden bahsetmektedir. Bunlar HD öncesi, HD başlangıcı, HD'de 8-9. seanslardan ortaya çıkan ve 3-12 ay arası süren yaşama dönüş dönemi ve son olarak normale dönüş dönemidir. Bu dönemlerin geçirilip hastaların HD tedavisine uyum göstermesi yaklaşık bir yılını almaktadır. Bu uyum sürecinin sonunda hastalar hastalıklarını, HD tedavisini ve beraberinde gelen yeni yaşam tarzlarını kabul etmiş ve HD'ye alışmıştır. Bizim çalışmamızda tedavi yılına ait ilk grup 0-5 yıl aralığından oluşmaktadır. Hipotezimizin doğrulanması için hastaların tedavide ilk yılının değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Nitekim Ayık'ın (2019) HD hastalarında (297) hastalığı kabullenme ve dini baş etme tarzlarını incelediği çalışmasında; tedavi süresi değişkeni (0-12 ay, 13-24 ay, 25-36 ay, 37+ ay) ile olumlu dini baş etme tarzları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir.

Tablo 9'da "Katılımcıların sabır düzeyi ile manevi destek gereksinimi değişkeni arasında anlamlı bir ilişki vardır" hipotezine ait bulgular yer almaktadır. Sabır ve manevi destek gereksinimi bulguları test edildiğinde; katılımcılardan manevi destek almak isteyen bireylerin (% 65,4) uzun süreli sabır ve genel sabır düzeylerinin, manevi destek almak istemeyenlere (% 18,9) göre daha düşük seviyede olduğu belirlenmiştir. Çıkan sonuç hipotezimizi desteklemektedir. Bu sonuçtan; genel ve uzun süreli sabır düzeyi düşük katılımcıların manevi desteğe daha fazla

ihtiyaç duyduğu anlaşılmaktadır. Sabır tutumunun geliştirilmesinde manevi desteğin katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Tablo 10’da yaşam memnuniyetine ait bulgular incelenmiş ve katılımcıların yaşam memnuniyetinin orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Gencer’in (2019) HD hastaları üzerinde yaptığı çalışmada da hastaların öznel iyi oluş düzeyi orta düzeyde çıkmıştır.

HD hastanın yaşamında önemli ölçüde olumsuz değişikliğe sebep olan bir tedavi şeklidir. Hasta bu değişikliklerle ilk karşılaştığında madden ve manen çok sarsıntı yaşasa da zamanla bu değişikliklerin etkisi gücünü kaybetmektedir. İnsan vücudunun soğuğa ya da sığağa bir müddet sonra uyum sağladığı gibi insanlar da iyi veya kötü olaylara zaman içerisinde uyum sağlamaktadır. Piyango milyarderlerinin her daim mutlu olmaması ve omurilik felçlilerinin daima mutsuz olmaması bireylerin uyum kabiliyetiyle bağlantılı görülmektedir. Buna göre birey değişmeyen durumlar karşısında uzun bir müddet çok mutlu ya da çok mutsuz kalamaz, iyi veya kötü tüm olaylara uyum sağlar. Birey duygusal olarak yeni durumlara karşı oldukça güçlü bir tepki verir, ancak bu durum zamanla olağanlaşır (Diener ve ark. 1999: 285).

Tablo 12’de sosyal güvence değişkenine göre yaşam memnuniyeti düzeyi test edilmiş ve elde edilen bulgular doğrultusunda; sosyal güvencenin yaşam memnuniyeti puanlarını anlamlı düzeyde etkilediği tespit edilmiştir. Dolayısıyla çıkan sonuçla “Katılımcılardan SGK’lı olanların yaşam memnuniyeti, yeşil kartlı olanlara oranla daha yüksektir” şeklindeki hipotezimizin desteklendiği görülmüştür.

HD oldukça pahalı bir tedavi yöntemidir. Ülkemizde, herhangi bir sosyal güvence olmadan bu tedavinin maliyetini cebinden karşılayabilecek hasta yok denecek kadar azdır (Akpolat, Utaş 2008: 19). Tedavi masrafları sosyal güvence ile karşılanırsa dahi hastalar iş, aile ve sosyal alandaki yetersizlikler sebebiyle maddi olarak çıkmaza girebilmektedir. Maslow’un ihtiyaç hiyerarşisinde güven, korunma ve sağlık fiziksel gereksinimlerden sonra ikinci sıradadır. Aylık düzenli bir gelirin olması, ekonomik ve sosyal güvence içinde olma hastanın yaşam yükünü hafifletmektedir. Bu durumun ise yaşam memnuniyetine olumlu yansıtacağı düşünülmektedir.

Ekin'in (2019) 152 HD hastası üzerinde yaptığı çalışmada, sosyal güvencesi olanların yaşam memnuniyeti olmayanlara oranla daha yüksek çıkmıştır. Bu sonuç bizim tespitimizle örtüşmektedir.

Tablo 13'de "Katılımcılardan kentte yaşayanların yaşam memnuniyeti, kırsalda yaşayanlara oranla daha yüksektir" hipotezine ait bulgular değerlendirilmiş ve katılımcıların yaşadığı yer ve yaşam memnuniyeti arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Çıkan sonuç hipotezimizi desteklememektedir. HD'de tedavinin yürütülmesi zor olsa da kent ve kırsalın hastalarının aynı imkânlardan (HD için her seans da evlerden servisle alınmak, sağlıkla ilgili imkânlara kolaylıkla ulaşmak, sosyal yardımlara ulaşım vb.) yararlanıyor olmasının bu dengeyi kurduğu söylenebilir.

Ekin (2019) ve Gencer'in (2019) çalışmasında il merkezinde oturanların yaşam memnuniyeti düzeyi ilçede oturanlara oranla daha yüksek çıkmıştır. Bu sonuç bizim hipotezimizi desteklemekte ancak bulgularımızla örtüşmemektedir.

Tablo 14'de "Katılımcılardan sosyo ekonomik durumu üst seviyede olanların yaşam memnuniyeti, sosyo ekonomik seviyeleri düşük olanlara oranla daha yüksektir" hipotezine ait bulgular karşılaştırılmıştır. Değerlendirmenin sonucunda; sosyo ekonomik düzeyleri yüksek olanların yaşam memnuniyetinin, sosyo ekonomik düzeyi düşük olanlara oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çıkan sonuç hipotezimizi destekler şekildedir. Herhangi bir parasal miktar sunulmadan sosyo ekonomik düzeyin belirlenmesi, katılımcıların kendi kendilerini değerlendirmesidir. Sosyo ekonomik durumunu düşük olarak ifade eden katılımcıların kendilerine ait bu değerlendirmesi, yaşamdan beklentisinin yüksek olmasına da bağlanabilir, bu da yaşam memnuniyetini etkileyebilir. Örneğin aylık geliri 2000 tl olan bir katılımcı sosyo ekonomik düzeyini orta olarak değerlendirirken, aylık geliri 4000 tl olan diğer bir katılımcı sosyo ekonomik düzeyini düşük olarak değerlendirebilmektedir. Bu durum yaşamından memnun olan katılımcının mevcut imkânlarını olumlu değerlendirmesine bağlı görülmektedir.

Gencer'in (2019) yakın zamanda yaptığı çalışma bizim bulgularımızla benzeşmemektedir. HD hastalarında ekonomik durum ile öznel iyi oluş arasındaki değerlendirmede anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır.



Tablo 15’de katılımcıların yaşam memnuniyeti düzeyi ile medeni durum grupları arasında yapılan değerlendirmede anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak evlilerin yaşam memnuniyeti puanlarının bekârlardan yüksek olduğu görülmüştür.

Batan (2016), Ekin (2019), Fırat (2019) ve Gencer’in (2019) çalışmalarında da bizim bulgularımızı destekler şekilde yaşam memnuniyeti ve yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Tablo 16’da “Katılımcıların yaşam memnuniyeti ile eğitim durumu değişkeni arasında anlamlı bir fark vardır” hipotezine ait bulgular karşılaştırılmış ve değerlendirilmiştir; eğitim durumunun yaşam memnuniyeti üzerinde önemli ve belirleyici bir etkisinin olmadığı görülmüştür. Çıkan sonuç hipotezimizi desteklememektedir. Fakat katılımcıların yaşam memnuniyeti puanlarına bakıldığında eğitim seviyesiyle birlikte yaşam memnuniyeti puanlarının da yükseldiği görülmektedir.

HD hastaları üzerine yapılan benzer çalışmalarda da (Ekin 2019, Gencer 2019, Saltürk 2006, Yetişkin 2008) yaşam memnuniyeti ve eğitim arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulgular arasındadır.

Tablo 17’de “Herhangi bir işte çalışan katılımcıların yaşam memnuniyeti, emekli ve çalışmayan katılımcılara göre daha yüksektir” hipotezine ait bulgular değerlendirilmiş ve katılımcıların yaşam memnuniyeti ile iş durumu değerlendirmelerinin sonucunda aralarında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmüştür. Emekli ve çalışanların yaşam memnuniyeti düzeyinin, çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu gözlemlenmiş, yaşam memnuniyeti puanı en yüksek grubun ise çalışanlar olduğu belirlenmiştir. Çıkan sonuç hipotezimizi kısmen desteklemektedir. Bu sonucun yaşam memnuniyeti kuramlarından ereksel kuram ve aktivite kuramıyla bağlantılı olabileceği düşünülmektedir. Ereksel kuram da yaşamdan memnuniyet ihtiyaçların giderilmesine bağlı görülürken (emekliler), aktivite kuramında çalışmanın sonucunda elde edilen kazanç değil de çalışıyor olabilmek memnuniyete sebep olarak görülmektedir.

Tablo 18’de HD hastalarının yaşam memnuniyeti ile tedavi süresi arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Hastaların tedavi süresi uzadıkça uyumlarının artması sonucu yaşam memnuniyeti düzeylerinin de artacağı düşünülmüş, ancak sonuç beklediğimiz gibi çıkmamıştır.

Bulgularda çıkan sonuçta; 0-5 ve 21+ yıllık hastaların yaşam memnuniyetinin 6-10, 11-15 ve 16-20 yıllık hastalara göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. 0-5 yıllık hastalarda bazı bedensel yetilerin henüz kaybedilmemesi, aile ve çevresel desteğin ilk yıllarda daha yoğun olması, maddi kaynakların henüz tüketilmemiş olması, beden imajının çok fazla değişmemesi, sosyal izolasyonun tam gerçekleşmemesi, nakil umudunun taze olması gibi sebeplerin yaşam memnuniyeti düzeyini yükseltmiş olabileceği düşünülmektedir. 10-20 yıllık hastalarda bedensel, sosyal ve ekonomik kayıp yaşamamak için bir direniş söz konusu olduğundan, bu mücadele süreci yaşam memnuniyeti puanının düşüşüne bir açıklama olabilir. 21+ yıllık hastaların yaşam memnuniyetlerinin tekrar yükselmesi ise; uzun yaşanmışlığa bağlı olarak değişikliklere direnmeyi bırakıp kendini mevcut şartlara teslim etmesine, düşük yaşam standartlarını kabullenmesine ve yaşları itibariyle de birçok çabadan vazgeçmesine bağlanabilir.

Literatürde incelediğimiz birçok çalışmada (Acar 2011, Gencer 2019, Saltürk 2006) HD hastalarının tedavi senesi ile yaşam memnuniyeti ve eşdeğer kavramlar (yaşam kalitesi, öznel iyi oluş, mutluluk vb.) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 19’da yaşam memnuniyeti ile manevi destek gereksinimi arasındaki ilişki incelenmiş ve ikisi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Tablo 20’de katılımcıların başka danışmanlık hizmeti alma durumları ile manevi destek gereksinimleri değerlendirilmiş ve şimdiye kadar herhangi bir danışmanlık hizmeti almayanların manevi destek almak istemeleri daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç manevi destek hizmeti ile diğer danışmanlık hizmetlerinin farklı kategorilerde hizmet vermesine bağlı görülmüş, manevi destek hizmetinde dini kaynaklardan yararlanılmasının bunda etkili olduğu düşünülmüştür.

Tablo 21’de araştırmamızın temel hipotezi olan “HD hastalarının sabır ve yaşam memnuniyeti düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır” durumuna ait bulgular karşılaştırılmış ve sabır ile yaşam memnuniyeti arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Çıkan sonuç temel hipotezimizi destekler şekildedir.

Sabrın HD hastaları üzerinde yaşam memnuniyetini artırıcı etkisi araştırmamızın bulgularındandır. Sabır gibi dini başa çıkma yöntemlerinin yaşam

memnuniyetiyle pozitif yönde anlamlı ilişki içinde olduğunu gösteren başka çalışmalar da mevcuttur.

Gencer (2019) “HD hastalarında dindarlık ve öznel iyi oluş” başlıklı çalışmasında; dinî motifli olumlu başa çıkma yaklaşımlarının hastanın öznel iyi oluşu üzerinde pozitif yönlü katkısının olduğu bulgusuna ulaşmıştır.

Doğan’ın (2016a) “Dindarlık, sabır ve psikolojik iyi olma arasındaki ilişkiler” isimli araştırmasında; sabır değişkeninin psikolojik iyi oluş üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu bulgular arasındadır.

Batan’ın (2016) “Yetişkinlerde psikolojik dayanıklılık ve dini başa çıkmanın yaşam doyumuna etkileri” konulu çalışma bulgularına göre; katılımcıların olumlu dini başa çıkma yöntemlerine başvurma sıklıkları arttıkça yaşam doyumu düzeylerinin de arttığı görülmüştür.

Ayten ve arkadaşları (2012) tarafından; yaşları 16-64 arasında değişen hasta, hasta yakını, hastane personeli (114) ile yapılan çalışmada, dinî başa çıkma ile hayat memnuniyeti arasında olumlu ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Dinî başa çıkma aracı olarak sabır tutumunun da kullanıldığı başa çıkma yöntemlerinin; bireyin başına gelen güç koşulları manevî olgunlaşmanın bir parçası ve Allah’tan gelen bir imtihan olarak değerlendirmesi, sabırla karşılaşması sonucu bireyin yaşam memnuniyetini ve iyimserlik düzeyini artırdığı görülmüştür.

Schnitker ve Emmons (2007) yaptıkları çalışmada sabır ve iyi oluş arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki belirlemişlerdir. Peterson ve Seligman (2001) ise sabrın olumlu sosyal özellikler ve erdemlerle ilişkili olduğunu ve sabırlı bireylerin daha empatik ve daha minnettar bir tutum sergilediğini ifade etmişlerdir. Sabır bünyesinde denge ve adalet gibi güçlü erdemleri de içermektedir. Schnitker’in (2012) yaptığı çalışmada; sabırlı insanlarda daha az olumsuz duygulanım, düşük depresyon, daha az sağlık problemleri ve artan yaşam doyumu gözlemlenmiştir. Sabrın, iyimserlik ve umutla da arasında pozitif anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Schnitker’a göre olumsuz duygularla baş etmede ve insan yaşamının temelinde sabır önemli bir yere sahiptir. Çünkü sabır bireyleri olumsuz duygulardan kurtaran ve yaşam doyumlarını artıran bir yapı içermektedir (akt. Eliüşük 2014: 28).

## Öneriler

HD hastalarında sabır ve yaşam memnuniyetini konu edindiğimiz araştırmamızın ilk bölümünde HD, sabır ve yaşam memnuniyeti kavramları hakkında bilgiler verilmiş; ikinci bölümde ise araştırmanın bulguları sunulmuş ve değerlendirme yapılmıştır.

Böbreklerin dönüşsüz kaybıyla başlayan HD tedavisi; hastanın yaşam süresini uzatmakla birlikte birçok fiziksel, psikososyal ve ekonomik zorluğu da beraberinde getirmektedir. HD hastalarının sıklıkla karşılaştığı sorunlar arasında; süresiz diyet ve ilaç tedavileri, yeni yaşam şekline ve tedaviye uyumsuzluk, haftanın belirli günlerinde makineye ve tedavi ekibine bağımlılık, kateter ve fistül işlemi, tedavinin akut ve kronik komplikasyonları, özbakımdan yoksunluk, rol değişimi ve iş kaybı, ekonomik güçlükler, cinsel işlev bozuklukları, toplumsal yaşamda kısıtlanma ve yaşamı sürdürme endişesi, sosyal izolasyon, umutsuzluk, hastalığı ve tedaviyi inkar, intihar, öfke, stres ve bütün bunlara bağlı olarak gelişen anksiyete ile depresyon yer almaktadır.

Özetle sıralanan ve sabretmeyi gerektiren bütün bu dezavantajlar, hastaların yaşam memnuniyetini azaltabilmekte, tedaviyi aksatmakta ve hastanın ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Hastalar yaşanan bütün bu olumsuzluklarla başa çıkmak için yeni yöntemlerin arayışına girmektedir.

Bu bağlamda HD hastalarının yaşamında; her türlü zorluğa dirençle dayanma ve bekleme anlamına gelen sabır ve bireyin kendi kriterlerine göre yaşamını değerlendirmesi diyebileceğimiz yaşam memnuniyeti daha bir önem kazanmaktadır.

HD hastalarının yaşamlarındaki bu mecburi değişikliklere alışıp bunlarla yaşamayı öğrenmesi, dinin insanlara öğütlediği sabır unsuruyla mümkün görünmektedir. Hastalarda sabır unsurunun ve diğer dini başa çıkma yöntemlerinin geliştirilmesine yardımcı olacak manevi desteğin sağlanmasının da, hastaların yaşam memnuniyetinde etkili olacağı düşünülmüştür.

Araştırmamızın bulgularını sosyo demografik değişkenlere göre kısaca özetleyecek olursak; katılımcıların yaş ortalaması 61, % 52,1'i bayan, % 47,9'u 65 yaş üzerinde, % 69,3'ü evli, % 43,9'u ilköğretim mezunu, % 70,7'sinin ekonomik durumu orta düzeyde, % 2,9'u çalışıyor, % 73,2'si il merkezinde yaşıyor, % 57,1'i 0-5 yıldır HD'ye giriyor, % 84,6'sının sosyal güvencesi SGK, % 81,1'i herhangi bir

danışmanlık hizmeti almamış, % 65,4'ü manevi destek talep etmekte, % 93,9'unun manevi destek hizmeti hakkında herhangi bir bilgisi yok, % 57,6'sı moral desteği olarak % 28,8'i ise hastalık sürecini anlamlandırmak için manevi destek almak istemekte, % 37,6'sı dini başa çıkma kaynaklarından sabır ve şükürden yararlanırken, % 33,1'i duadan yararlanmaktadır.

Katılımcıların sabır düzeyi, alt boyutlarla beraber orta düzeyde çıkmıştır. Sabırla yaş, cinsiyet, yaşanan yer ve tedavi süresi değişkeni arasında anlamlı bir farklılık görülmezken; sabırla medeni durum ve manevi destek değişkeni arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Bulgulara göre genel sabır düzeyinde; dulların sabır düzeyi evlilerden, evlilerinki ise bekârlardan daha yüksek çıkmıştır. Sabır ve manevi destek gereksinimi arasındaki ilişkiye bakıldığında; uzun süreli sabır ve genel sabır puanları düşük hastaların manevi destek gereksinimi daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya göre katılımcıların yaşam memnuniyetinin orta düzeyde olduğu görülmüştür. Yaşam memnuniyeti ile medeni durum, eğitim durumu, yaşanan yer ve manevi destek gereksinimi değişkenleri arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamış; ancak yaşam memnuniyeti ile sosyal güvence, ekonomik durum, iş durumu ve tedavi senesi değişkeni arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Bu bulgular doğrultusunda; SGK'luların yaşam memnuniyeti yeşil kartlılardan daha yüksek, ekonomik düzeyi yüksek olanların yaşam memnuniyeti ekonomik düzeyi düşük olanlardan daha yüksek, çalışanların yaşam memnuniyeti emeklilerden yüksek, emeklilerinki ise çalışmayanlardan daha yüksektir. HD'de 0-5 ve 21+ yıllık hastaların yaşam memnuniyeti 6-10, 11-15, 16-20 yıllık hastalardan daha yüksektir. Ayrıca daha önce danışmanlık hizmeti almayan hastaların manevi destek gereksinimleri, danışmanlık hizmeti alanlara göre daha yüksek çıkmıştır.

HD hastalarının sabır ve yaşam memnuniyeti düzeyi arasında ise pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Araştırmamızın temelini oluşturan bu sonuca göre, sabırlı hastalar yaşamından daha memnundur, yani hastaların yaşam memnuniyetini artırmada dini başa çıkmanın önemli unsurlarından olan sabırın olumlu etkisi araştırmamızın sonuçları arasındadır. HD hastalarına verilecek olan manevi destek hizmeti ile sabır tutumunun geliştirilmesi çalışılmasının; hastanın hastalık algısını olumlu yönde etkileyeceği, hastalığın ve tedavinin getirdiği

olumsuzluklarla başa çıkmada, tedaviye ve yeni yaşam düzenine uyum sağlamada hastanın yaşam memnuniyetine etki edeceği düşünülmektedir. Yüksek depresyon ve anksiyete riskine sahip olan HD hastalarında, tedavilerinin yanında manevi destek almalarının hastalar için psikososyal anlamda koruyucu etkisinin olacağı da düşünülmektedir.

Umuda ilişkin durumları sürekli değişime uğrayan HD hastalarına holistik bir yaklaşım sergilenerek; fiziksel, sosyal ve psikolojik gereksinimleri ile birlikte manevi gereksinimlerinin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Hastaların moral düzeylerini yükseltebilmek, hastalığa ilişkin yaşadıklarını anlamlandırabilmek, onları hayata bağlayabilmek, yaşama dirençlerini dini ve manevi kaynaklardan yararlanarak desteklemek amacıyla; hastaların talepleri doğrultusunda tıbbi tedavinin yanında manevi destek hizmetinin de sunulması önerilmektedir. Hastalara gerekli manevi desteğin sağlanmasıyla; sabır ve yaşam memnuniyeti düzeyleri artırılabilir, psikolojik sorunların başlangıcı daha kolay fark edilerek gerekli önlemler alınabilir.

Bireylerin boş zamanlarını daha iyi değerlendirmeleri ve zevk aldığı faaliyetlerle meşgul olmalarının, yaşam memnuniyetlerini olumlu yönde etkilediği bilinmektedir. Bu bağlamda HD hastalarının makineye bağlı oldukları 4-6 saatlik süreyi daha verimli ve zevk alacakları faaliyetlerle geçirmeleri için yaşam memnuniyetini artırıcı birtakım etkinlikler planlanmalıdır.

Yapılan literatür incelemelerinde dezavantajlı grupların sabır düzeyi ve manevi destek gereksinimi ile ilgili sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmüştür. İlerde yapılacak olan çalışmaların geniş örneklem ve farklı hastalık grupları ile artırılmasının, ayrıca nitel yöntemlerle derinleştirilmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

## KAYNAKÇA

- Abdulkaki, Muhammed Fuad (1990). *El-Mu'cemu'l-Mufehres li Elfazi'l-Kur'ani'l-Kerim*. İstanbul: Çağrı Yay.
- Acaboğa, Asiye (2007). *Din-Mutluluk İlişkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). Kahramanmaraş: Sütçü İmam Üniversitesi SBE.
- Acar, Ayşe Ezgi (2011). *Kronik Hastalıkların, Hastaların Aile İşlevleri ve Yaşam Doyumları Üzerine Etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi EBE.
- Acar, Dilek (2018). *Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Tedaviye Uyumla İlişkili Faktörler: Anksiyete, Depresyon, Hastalık Algısı*.(Yüksek Lisans Tezi). Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Acar, Meryem (2009). *Zihinsel ve Fiziksel Özürlü Çocuğa Sahip Anne Ve Babaların Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Acaray Arzu ve Pınar Rukiye (2004). “Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi”. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 8(1): 1-11.
- Adaylar, Mahmure (1995). *Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalıktaki Tutum, Adaptasyon, Algı ve Öz-bakım Yönelimleri*. (Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Ak, Tihan (2008). “Multipl skleroz ve tedavisindeki gelişmelerin psikiyatrik yönü”. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 45: 37-43.
- Akalın Erdal, Tanrıöver Mine Durusu ve Sayran Faik (2012). *Sürdürülebilir Sağlık Sistemi İçin Kronik Hastalık Yönetiminde Elektronik Sağlık Kayıtlarının Rolü*. İstanbul: Sis Matbaacılık.
- Akça Nazan Kılıç ve Doğan Aydan (2011). “Hemodiyaliz Hastalarının Diyaliz Sonrası Yaşadığı Sorunlar ve Evde Bakım Gereksinimleri”. *Bozok Tıp Dergisi*. 1(1): 15-23.
- Akçiçek Fehmi, Akbulut Gökhan, Aykar Fisun Şenuzun ve Şahin Sevnaz (2017). *Tıbbi Vasiyet Çalıştay Raporu*. İzmir: Printer Ofset.

- Akgöz Nurseza ve Arslan Selda (2017). “Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Yaşanan Semptomların İncelenmesi”. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 12(1): 20-28.
- Akgül, Mehmet (2004). “Yaşlılık ve Dindarlık Dindarlık, Hayattan Zevk Alma ve Mutluluk İlişkisi-Konya Huzurevi Örneği”. *Dini Araştırmalar Dergisi*. 7(19): 19-56.
- Akın Ahmet ve Yalnız Abdullah (2015). “Yaşam Memnuniyeti Ölçeği Türkçe Formu: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması”. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*. 14(54): 95-102.
- Akkanat Hasan ve Döner Ertuğrul (Ed.) (2016). “Adana 2015 Uluslararası İslâm & Tıp (Tıbb-I Nebevî) Kongresi Bildirileri”. Erişim tarihi: 1 Aralık 2019. [http://isamveri.org/pdfdrG00139/2016/2016\\_KOYCUE.pdf](http://isamveri.org/pdfdrG00139/2016/2016_KOYCUE.pdf).
- Akkuş Yeliz ve Akyar İmatullah (2006). “Hemodiyaliz Hastalarının Yalnızlık Düzeyinin Belirlenmesi”. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. Mart-Haziran: 42-47.
- Akpolat Tekin ve Utaş Cengiz (Ed.) (2008) *Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı (1),Diyaliz: Genel Bilgiler*. Samsun: TND Yay.
- Akpolat Tekin ve Utaş Cengiz (Ed.) (2010). *Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı (3), Psikiyatrik Sorunlar*. Samsun: TND Yay.
- Aksaray Seçil, Yıldız Ayşe ve Ergün Ayşe (1998). *Huzurevi ve Evde Yaşayan Yaşlıların Umutsuzluk Düzeyleri*. İstanbul: 1.Ulusal Evde Bakım Kongresi Program Özet Kitabı.
- Aktüel Psikoloji (2013). Erişim tarihi: 1 Aralık 2019. <http://www.aktuelpsikoloji.com/psikolojik-olarak-yasam-doyumunun-olculmesi-8312h.htm>.
- Akyol, Asiye Durmaz (1993). “Yaşam Kalitesi ve Yaklaşımları”. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 9(2): 75-80.
- Akyol Asiye, Yurtsever Serap, Kırkayak Ayşegül Temizkan, Sifil Hatice Müjgan ve Ecder Tefvik (2017). “Hemodiyaliz Hastalarının Uyku Sorunlarına Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi”. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 12(2): 59-67.
- Akyol, Elif (2015). *Üzüntüyü Yenmenin Çareleri Kindî Merkezli Bir İnceleme*. (Yüksek Lisans Tezi). Çorum: Hitit Üniversitesi SBE.



- Alemdar Hatice ve Pakyüz Sezgi Çınar (2015). “Hemodiyaliz Hastalarında Öz Bakım Gücünün Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi”. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 10(2): 19-30.
- Altıntaş, Hayrani (1999). *İslam Ahlakı*. Ankara: Akçağ Yay.
- Altıntaş, Abdurrahman (2016). "Kur'an'da Tanıtılan Model Şahsiyet, Hz. Eyyûb”. *Turkish Studies International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic Volume*. 11(5): 17-44.
- Altıntaş, Elif (2015). *Böbrek Nakli Bekleme Listesindeki Hastaların Anksiyete ve Depresyon Açısından Değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Annak, Binay Bilge (2005). *Sosyal Destek, Sosyal Ağ, Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumu: Duygu-durum ve Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan Kişiler ve Düzenli Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastalar Açısından Bir Karşılaştırma*. (Yüksek Lisans Tezi). Mersin Üniversitesi SBE.
- Apaydın, Halil (1996). *Üniversite Öğrencilerinin Dini Yasaklarla İlgili Tutumları*. (Yüksek Lisans Tezi). Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi SBE.
- Arat, Zübeyde (2006). *Hemodiyaliz Hasta ve Yakınlarında Tükenmişlik Sendromu, Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi ve Etkileyen Faktörler*. (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Arık Nuro ve Dilek Melda (2010). *Kronik Böbrek Yetmezliği ile Yaşamak*. İstanbul: Roche Art Ofset (2. bs.).
- Armay, Zeynep (2006). *Hastalık Algısı Ölçeğinin Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Aşıl, Rabia Hacıhasanoğlu (2015). “Hipertansiyonda Tedaviye Uyum ve Özbakım Yönetimi”. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 6(11): 151-159.
- Ateş, Süleyman (1989). *Yüce Kur'an'ın Çağdaş Tefsiri*. İstanbul: Yeni Ufuklar Neşriyat.
- Ateş, Ayşe (2019). “Aile İçi İletişimde Sabır”. *Gümüşhane Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*. 8(15): 61-90.

- Ateş Esen Nesibe ve Kayıklık Hasan (2019). “Şehit Ailelerinde, Gazilerde ve Gazi Ailelerinde Sabır ve Dinî Başa Çıkma İlişkisi”. *Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi (ÇÜİFD)*. 19(1): 225-236.
- Aydemir Çiğdem, Kasım İsmail, Cebeci Sevsen, Göka Erol ve Tüzer Verda (2002). “Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Yakınlarında Yaşam Kalitesi ve Psikiyatrik Semptomlar”. *Kriz Dergisi*. 10(2): 29-39.
- Aydın, Hayati (1999). *Kur'an'da İnsan Psikolojisi*. İstanbul: Timaş Yay.
- Aydın, Hayati (2008). “Kur'an'da İrade-Azm ve Tevekkül”. *Tasavvuf İlmî ve Akademik Araştırma Dergisi*. 9(22): 59-79.
- Ayık, Ümmü Cansu (2019). *Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Hastalığı Kabullemesi ve Dini Başetme Tarzlarının İncelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Ayten, Ali (2012). *Tanrı'ya Sığınmak- Dinî Başa Çıkma Üzerine Psiko-Sosyal Bir Araştırma*. İstanbul: İz Yay.
- Ayten, Ali (2014). *Erdeme Dönüş: Psikoloji ve Mutluluk Yolu*. İstanbul: İz Yay.
- Ayten, Ali (2017). *Mutluluğun Peşinde*. İstanbul: Çamlıca Yay.
- Ayten Ali, Göcen Gülüşan, Sevinç Kenan ve Öztürk Eyyüp (2012). “Dini Başa Çıkma, Şükür ve Hayat Memnuniyeti İlişkisi: Hastalar, Hasta Yakınları ve Hastane Çalışanları Üzerine Bir Araştırma”. *Dinbilimleri Journal*. 12(2): 45-79.
- Bahadır, Abdülkerim (2000). "Hayatın Anlam Kazanmasında Psiko-sosyal Faktörler ve Din". *Selçuklu Üniversitesi SBE Dergisi*. 6: 185-230.
- Bahar Aynur, Savaş Haluk, Yıldızgördü Emine ve Barlıoğlu Halide (2007). “Hemodiyaliz Hastalarında Anksiyete, Depresyon ve Cinsel Yaşam/Anxiety, Depression And Sexual Life Of Hemodialysis Patients”. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 8(4): 287-292.
- Barutçu Ataş Dilek, Arıkan Hakkı, Alışır Ecder Sabahat ve Çiftçi Hilmi (2017). “Hemodiyaliz ve Böbrek Nakli Hastalarında Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması”. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 26(2): 171-176.

- Başaran Derya, Şahin Altun Özlem, Kaban Fatma ve Ecdar Tefvik (2016). “Hemodiyaliz Hastalarının Umutsuzluk Düzeylerinin Değerlendirilmesi”. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 11(1): 9-16.
- Batan, Sabriye Nazlı (2016). *Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık ve Dini Başa Çıkmanın Yaşam Doyumuna Etkileri*. (Doktora Tezi). İstanbul: Marmara Üniversitesi SBE.
- Bayam Göksel, Dilbaz Nesrin, Bitlis Verda, Holat Hüseyin ve Tüzer Tunga (1995). “İntihar Davranışı ile Depresyon, Ümitsizlik, İntihar Düşüncesi İlişkisi: İntihar Davranış Ölçeği Geçerlilik, Güvenirlik Çalışması”. *Kriz Dergisi*. 3(1): 223-225.
- Bayramova Naile ve Karadakovan Ayfer (2004). “Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Umutsuzluk Durumlarının İncelenmesi”. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 7(2): 39-47.
- Bektaş, Hicran Aydın (2005). *Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumlarının Değerlendirilmesi*. (Doktora Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Boothby Margorit Rita Krespi ve Salmon Peter (2013). “Öz Yeterlilik ve Hemodiyaliz Tedavisi: Nitel ve Nicel Bir Yaklaşım”. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 24(2): 84-91.
- Boyce Christopher J., Delaney Liam ve Wood Alex M. (2018). “The Great Recession and subjective well-being: How did the life satisfaction of people living in the United Kingdom change following the financial crisis?”. *PloS one*. 13(8): e0201215.
- Cebecioğlu, Ethem (2009). *Tasavvuf Terimleri ve Deyimleri Sözlüğü*. İstanbul: Ağaç Kitabevi Yay.
- Cengil, Muammer (2003). “Depresyonu Önlemede Dinî İnancın Koruyucu Rolü”. *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*. 3(2): 129-152.
- Cevherî, Ebu Nasr İsmail B. Hammad el-Farabi (1999). *Es-Sıhah Tacü'l-Luga ve Sıhahü'l-Arabî, Tahk. Emil Bedi' Ya'kub, Muhammed Nebil Tarifi*. Beyrut: Darü'l-Kütübi'l-İlmiyye.

- Chow, Henry PH (2005). "Life Satisfaction Among University Students In A Canadian Prairie City: A Multivariate Analysis". *Social Indicators Research*. 70(2): 139-150.
- Cimilli, Can (1994). "Hemodiyalizin Psikiyatrik Yönleri". *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 3(3): 88-92.
- Cufta, Muharem (2014). *Kanser Hastalığı ile Başa Çıkmada Dini İnanç ve Tutumların Rolü*. (Doktora Tezi). Bursa: Uludağ Üniversitesi SBE.
- Çağrı, Mustafa (2008). *TDV İslam Ansiklopedisi "Sabır"*. İstanbul: TDV Yay. C: 35. Erişim tarihi: 1 Aralık 2019. <https://islamansiklopedisi.org.tr/sabir>.
- Çapan, Bahtiyar Eraslan (2010). "Relationship Among Perfectionism, Academic Procrastination and Life Satisfaction Of University Students". *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 5: 1665-1671.
- Çeçen, Rezan (2007). *Üniversite Öğrencilerinde Yaşam Doyumunu Yormada Bireysel Bütünlük (Tutarlılık) Duygusu, Aile Bütünlük Duygusu ve Benlik Saygısı*. IX. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi Bildirileri.
- Çelik Halil Coşkun ve Tarık Acar (2007). "Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi". *Fırat Tıp Dergisi*. 12(1): 23-27.
- Daugirdas John T., Blake G. Peter ve Ing Todd S. (2017). *Diyaliz El Kitabı*. (Çev. Ed: Semra Bozafaklıoğlu). İstanbul: Güneş Tıp Kitabevi.
- Demirci, Mehmet (2002). "Kur'an-ı Kerim Işığında Sabır Kavramı". *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 1(12): 263-285.
- Demirel Alpay, Demirel Songül, Koç Mustafa, Orhan Hikmet ve Kişioğlu Ahmet Nesimi (2015). *Kronik Böbrek Yetmezliği Sonucu Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Manevi Yardım ve Dini Desteğin Önemi*. Adana 2015 Uluslararası İslam ve Tıp (Tıbb-ı Nebevi) Kongresi Bildiri Kitabı. (Ed: Akkanat, Hasan; Döner Ertuğrul) Erişim tarihi: 1 Aralık 2019. [https://www.academia.edu/attachments/51939699/download\\_file?st=MTU4MTkyOTgxOSwyMTUuMTU2Ljk5LjExNA%3D%3D&s=swp-splash-paper-cover](https://www.academia.edu/attachments/51939699/download_file?st=MTU4MTkyOTgxOSwyMTUuMTU2Ljk5LjExNA%3D%3D&s=swp-splash-paper-cover)
- Demirel Said ve Canat Saynur (2004). "Ankara'daki Beş Eğitim Kurumunda Kendini Yaralama Davranışı Üzerine Bir Çalışma". *Kriz Dergisi*. 12(3): 1-9.

- Diener, Ed (1984). "Subjective well-being" *Psychological Bulletin*. 95(3): 542–575.
- Diener, Ed (1994). "Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. Social Indicators Research". *Social Indicators Research*. 103-157.
- Diener Ed ve Lucas Richard E. (2000). "Explaining differences in societal levels of happiness: relative standarts, need fulfillment, culture and evaluation theory". *Journal of Happiness Studies*. 1(1): 41-78.
- Diener Ed, Suh Eunkook M., Lucas Richard E. ve Smith Heidi L. (1999). "Subjective Well-Being: Three Decades of Progress". *Psychological Bulletin*. 125(2): 276-302.
- Dockery, Alfred Michael (2003). "Happiness, life satisfaction and the role of work: Evidence from two Australian surveys". *Full Employment Imperative, The*. 77: 275.
- Doğan, Mebrure (2014). "Dinlerde ve İslam Kültüründe Sabır". *Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*. 3(5): 93-130.
- Doğan Mebrure ve Gülmez Çiğdem (2014). "Sabır Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması". *Atatürk Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*. 42: 263-280.
- Doğan, Mebrure (2014b). *Dindarlık, Sabır ve Psikolojik İyi Olma Arasındaki İlişkiler*. (Doktora Tezi). Erzurum: Atatürk Üniversitesi SBE.
- Doğan, Mebrure (2016a). *Sabır Psikolojisi- Pozitif Psikoloji Bağlamında Bir Araştırma*. İstanbul: Çamlıca Yay.
- Doğan, Mebrure (2016b). "Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynler ile Sağlıklı Çocuk Sahibi Ebeveynlerin Dini Başa Çıkma, Umut ve Sabır Düzeylerinin Karşılaştırılması". *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*. 5(8): 3214-3245.
- Doğan, Mebrure (2017). "Karakter Gücü Olarak Sabır ve Psikolojik İyi Oluş İlişkisi". *The Journal of Happiness & Well-Being*. 5(1): 134-153.
- Doğan, D. Mehmet (2001). *Büyük Türkçe Sözlük*. Ankara: Vadi Yay.
- Doğan, Selen (Ed.) (2015). *Yaşam Doyumu- Seçme Konular*. Ankara: Nobel Yay.
- Doğanay, Süleyman (2019a). *Psikolojik Açıdan Hayatın Zorlukları Karşısında Dini İnanç ve Sabır: Nitel Bir Çalışma*. (Doktora Tezi). Adana: Çukurova Üniversitesi SBE.

- Doğanay, Süleyman (2019b). "Zorluklarla Başa Çıkma Bağlamında Bir Model Önerisi: Sabra Yolculuğun Beş Hali". *Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi (ÇÜİFD)*. 19(1): 286-307.
- Dost, Meliha Tuzgöl (2007). "Üniversite Öğrencilerinin Yaşam Doyumunun Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi". *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 22(22): 132-143.
- Ekin, Halil İbrahim (2019). *Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Doyumu İle Benlik Saygısı İlişkisinin İncelenmesi ve Tıbbi Sosyal Hizmet Müdahalesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi SBE.
- Ekşi, Halil (2001). *Başa Çıkma, Dini Başa Çıkma ve Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma: Eğitim, İlahiyat ve Mühendislik Fakültesi Öğrencilerinin Karşılaştırılması*. (Doktora Tezi). Bursa: Uludağ Üniversitesi SBE.
- El- Cezviyye, İbni Kayyım (2010). *Sabredenler Şükredenler*. İstanbul: İnsan Yay. (12. bs.).
- Eliüşük, Ayşe (2014). *Sabır Eğiliminin Öz-Belirleme Öz-Anlayış ve Kişilik Özellikleri Açısından İncelenmesi*. (Doktora Tezi). Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi EBE.
- Erdem Neşe, Karabulutlu Elanur, Okanlı Ayşe ve Tan Mehtap (2004). "Hemodiyaliz Hastalarında Umutsuzluk ve Yaşam Doyumu". *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. ISSN: 1-14.
- Erdinç, İrem (2018). *Evli Çiftlerde, Evlilik Uyumu, Cinsel Yaşam Doyumu ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Gelişim Üniversitesi SBE.
- Erginli, Zafer (Ed.) (2006). *Metinlerle Tasavvuf Terimleri Sözlüğü*. İstanbul: Kalem Yay.
- Ersoy, Fettah Fevzi (2005). "Son Dönem Böbrek Yetmezliğinde Uygun Diyaliz Yönteminin Seçimi". *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*. 1(21): 88-92.
- Eryılmaz Ali ve Ercan Leyla (2011). "Öznel İyi Oluşun Cinsiyet, Yaş Grupları ve Kişilik Özellikleri Açısından İncelenmesi". *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 4(36): 139-151.

- Fırat, Reha (2005). “Yaşam Kalitesi mi Yaşam Standardı mı?” Erişim tarihi: 1 Aralık 2019. <http://www.koprudergisi.com/index.asp?Bolum=EskiSayilar&Goster=Yazi&YaziNo=679>.
- Fırat, Türkün (2019). *Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Yaşam Kalitesi Düzeyi İle Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Üsküdar Üniversitesi SBE.
- Gencer, Nevzat (2019). *Hemodiyaliz Hastalarında Dindarlık ve Öznel İyi Oluş*. (Doktora Tezi). Çorum: Hitit Üniversitesi SBE.
- Göcen, Gülüşan (2012). *Şükür ile Psikolojik İyi Olma Arasındaki İlişki Üzerine Bir Alan Araştırması*. (Doktora Tezi). Ankara Üniversitesi SBE.
- Göcen, Gülüşan (2014). *Şükür Pozitif Psikolojiden Din Psikolojisine Köprü*. İstanbul: DEM Yay.
- Gökçakan, Zafer (1988). “Türkiye’de Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları İçin Yeni Bir Alan Olarak Hemodiyaliz Üniteleri”. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi*. Erişim tarihi: 1 Aralık 2019. <https://idealsosyalhizmet.com/hemodiyaliz-hastalari-ve-sosyal-hizmet/>.
- Gözütok, Şakir (2017). “Özdenetimde Din Eğitiminin Etkisi”. *Cumhuriyet İlahiyat Dergisi*. 21(2): 1035-1060.
- Güler, Özlem (2010). “Dini İnanç ve Psikolojik Sağlık İlişisine Dair Bir Değerlendirme”. *Toplum Bilimleri Dergisi*. 4(8): 95-100.
- Güner, Yasemin Oğuz (2019). “Diyaliz Hastalarında Sosyal Bütünleşme İhtiyacı”. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*. 5: 175-184.
- Günler, Oya Eryiğit (2011). *Hemodiyaliz Hastalarında Hastalığa Bağlı Toplumsal Rol Değişimi Beklenti ve Sorunları: Bir Sağlık Sosyolojisi Çalışması*. (Yüksek Lisans Tezi). Konya: Selçuk Üniversitesi SBE.
- Hadislerle İslam (2013). *Hadislerin Hadislerle Yorumu*. Ankara: DİB Yay.
- Hallaç, Saliha (2010). *Genital Organ Kanseri Tanısı Alan Bireylerin Kansere Tepki, Vücut Algısı, Baş etme ve Psikososyal Uyumlarına Yönelik Yapılan Grup Müdahalesinin Değerlendirilmesi*. (Doktora Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Hırlak Bengü, Taşlıyan Mustafa ve Sezer Buket (2017). “İyimserlik ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki ve Demografik Özellikler Bağlamında Algı

- Farklılıkları: Bir Alan Araştırması”. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 7(1): 95-116.
- Hood Ralph, Hill Peter C. ve Spilka Bernard (2009). *The Psychology of Religion- An Emprical Approach*. New York: Guilford Press. (4. Bs.)
- Horozcu, Ümit (2010). “Tecrübî Araştırmalar Işığında Dindarlık ve Maneviyat ile Ruhsal ve Bedensel Sağlık Arasındaki İlişki”. *Milel Ve Nihal: İnanç, Kültür Ve Mitoloji Araştırmaları Dergisi*. 7(1): 209-240.
- Hökelekli, Hayati (2013). *Psikoloji, Din ve Eğitim Yönüyle İnsanı Değerler*. İstanbul: DEM Yay.
- Hökelekli, Hayati (2010). *Din Psikolojisine Giriş*. İstanbul: DEM Yay.
- Izutsu, Toshihiko (2013). *Kur'an'da Dinî ve Ahlâkî Kavramlar*. (Çev: Selahattin Ayaz). İstanbul: Pınar Yay.
- İbn Miskeveyh (1983). *Ahlâkî Olgunlaştırma*. (Çev. A. Şener ve C. Tunçl. Kayaoğlu) Ankara: Kültür ve Turizm Bakanlığı Yay.
- İbn Sina (2009). *Ahlak Klasikleri: Mutluluk ve İnsan Nefsinin Cevheri Olduğuna İlişkin On Delil*. (Çev. Fatih Toktaş) Ankara: TDV Yay.
- İlhan, Mehmet (2015). “Kelam Açısından Hastalık ve Tedavi Süreci”. *Dinbilimleri Journal*. 15(3): 51-66.
- Kara Feyza Meryem, Gürbüz Bülent, Küçük Kılıç Sonnur ve Öncü Erman (2018). “Beden Eğitimi Öğretmeni Adaylarının Serbest Zaman Sıkılma Algısı, Yaşam Doyumu ve Sosyal Bağlılık Düzeylerinin İncelenmesi”. *Journal Of Computer And Education Research*. 6(12): 342-357.
- Karabulutlu Elanur, Tan Mehtap, Erdem Neşe ve Okanlı Ayşe (2005). “Hemodiyaliz Hastalarında Stresle Baş Etme ve Sosyal Destek”. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 8(3): 56-66.
- Karaca, Faruk (2011). *Din Psikolojisi*. Trabzon: Kişisel Yay. (2. Bs.)
- Karaca, Faruk (2007). *Dinî Gelişim Teorileri*. İstanbul: DEM Yay.
- Karacoşkun, Mustafa Doğan (2007). “Kur'an ve Hadisler Işığında Sabır Psikolojisi”. *Somuncubaba Dergisi*. Haziran: 66-67.
- Karacoşkun, Mustafa Doğan (2004). “Dinî İnanç-Dinî Davranış İlişkinine Sosyo-Psikolojik Yaklaşımlar”. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi*. 4(2): 23-35.



- Karadağ Arlı Şenay, Bakan Ayşe Berivan, Varol Ela ve Aslan Gülpınar (2017). "Investigation of pain and life satisfaction in older adults". *Geriatrics & Gerontology International*. 18(1): 5-11. Erişim tarihi: 1 Aralık 2019. <https://doi.org/10.1111/ggi.13125>.)
- Karakaş, Ahmet (2016). "Belediye Çalışanlarında Sabır Tutumunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi (Sakarya İli Örneği)". *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*. 5(8 ): 2742-2757.
- Kaya Burhanettin, Taşkapın Hülya, Ateş Fehmi ve Taycan Serap Erdoğan (2012). "Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Uygulanan Hastalarda Psikiyatrik Bozukluklar, Algılanan Sosyal Destek Ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması". *Klinik Psikiyatri*. 15: 144-152.
- Kaynak, İbrahim Hakkı (2012). "İnsanın Anlam Arayışında Din ve Mit'lerin Rolü". *Batman Üniversitesi Yaşam Bilimleri Dergisi*. 1(1): 673-682.
- Keser, Aşkın (2005). İş Doyumu ve Yaşam Doyumu İlişkisi: Otomotiv Sektöründe Bir Uygulama. *Çalışma ve Toplum Dergisi*. 4(1): 77-95.
- Kıran, Feyza Nur (2016). *Hemodiyalizin Hastaların Hayat Kalitesine Etkilerinin Ölçülmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Tekirdağ: Namık Kemal Üniversitesi SBE.
- Kızılcık, Zeynep (2009). *Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesi*.(Yüksek Lisans Tezi). Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Kimmel, Paul L. (2001). "Kronik Böbrek Yetmezlikli Hastaların Yaşamlarını Sürdüremelerinde Etki Eden Psikososyal Sorunlar". *Kronik Böbrek ve Transplantasyon Kültürü Dergisi*.
- Kocaman Nazmiye, Özkan Mine, Armay Zeynep ve Özkan Sedat (2007). "Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması". *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 8: 271-280.
- Koçak, Ömer Faruk (2016). "Kişilerarası Çatışmalar ve Yaşam Doyumu İlişkisi: Üniversite Öğrencileri Üzerinde Bir Araştırma". *Journal of International Social Research*. 9(43): 1956-1977.
- Korkmaz Murat, Germir Hatice Nur, Yücel Ali Serdar ve Gürkan Ayça (2015). "Yaşam Memnuniyeti Üzerinde Etkili Olan Sosyodemografik Bileşenler

- Üzerine Bir Analiz”. *Uluslararası Hakemli Psikiyatri ve Psikoloji Araştırmaları Dergisi*. 3(2): 79-111.
- Köker, Süreyya (1991). *Normal ve Sorunlu Ergenlerin Yaşam Doyumu Düzeyinin Karşılaştırılması*. (Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi SBE.
- Köse Ali ve Küçükcan Talip (2000). *Doğal Afetler ve Din, Marmara Depremi Üzerine PsikoSosyolojik Bir İnceleme*. İstanbul: İsam Yay.
- Köseler, Esra (2015). *Kronik Böbrek Yetmezlikli Hepatiti Olan ve Olmayan Diyaliz Hastalarının Beslenme Durumlarının, Bazı Biyokimyasal Bulgularının, İştah ve Yaşam Kalite Düzeylerinin Belirlenmesi*. (Doktora Tezi). Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Krespi Margorit Rita, Bone Mike, Ahmad Rashid, Worthington Breeda ve Salmon Peter (2008). “Hemodiyaliz Hastalarının Yaşamlarını Değerlendirmesi”. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 19(4): 365-372.
- Kula, Naci (2006). “Bedensel Engellilere Yönelik Tutumlarla Dinî Tutumlar Arasındaki İlişki”. *İslamî Araştırmalar Dergisi*. 19(3): 92.
- Kumbasar, Hakan (1998). *Kronik Böbrek Yetmezliği, Diyaliz ve Psikososyal Sorunlar*. Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi. İstanbul: Novartis Yay.
- Kurt Turgut Yasemin, Erdem Emre, Kaya Coşkun, Karataş Ahmet ve Arık Nürol (2012). “Hemodiyaliz Hastalarına Verilen Eğitimin Kan Basıncı ve Kilo Alımına Etkisi”. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 21(1): 39-44.
- Kuzulu Ece, Kurtuldu Selver ve Özkan Gülşah Vural (2013). “İş Yaşam Dengesi ile Yaşam Doyumu İlişkisi Üzerine Bir Araştırma”. *Sakarya İktisat Dergisi*. 2(1): 88-127.
- Küçük, Leyla (2005). “Diyaliz Hastalarında Sık Karşılaşılan Ruhsal Sorunlar”. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 14(4): 166-170.
- Küçükcan Talip ve Köse Ali (2006). *Doğal Afetler ve Din- Marmara Depremi Üzerine PsikoSosyolojik Bir İnceleme*. Ankara: Türkiye Diyanet Vakfı Yayın Matbaacılık ve Ticaret İşletmesi.
- Kümbül Güler Burcu ve Emeç Hamdi (2006). “Yaşam Memnuniyeti ve Akademik Başarıda İyimserlik Etkisi”. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 21(2): 129-149.

- Küntüz, İdil Saliha (2016). *Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısı ve Sosyal Desteğin Depresyon, Anksiyete ve Yaşam Kalitesine Etkileri*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Okan Üniversitesi SBE.
- Kuşeyrî, Ebu'l-Kasım Abdulkerim b. Havazin b. Abdulmelik (1978). *Kuşeyri Risalesi*. (Çev: Süleyman Uludağ). İstanbul: Dergah Yay. (1. Bs.)
- Kuşeyrî, Abdulkerim (1999). *Tasavvuf İlmine Dair Kuşeyri Risalesi*. (Çev: Süleyman Uludağ). İstanbul: Dergah Yay.
- Kuşeyri, Ebu'l-Kasım Abdulkerim (2003). *Risaletü'l-Kuşeyri*. Beyrut: Daru'l-Hayr Matbaası.
- Levy Jeremy, Morgan Julie ve Brown Edwina (2002). *Oxford Diyaliz El Kitabı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Mete, Hayriye Elbi (2008). “Kronik Hastalık ve Depresyon”. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 11(3): 3-18.
- Mevdûdî, Ebu'l-A'lâ (1997). *Tefhimü'l-Kur'an*. (Çev: Muhammed Han Kayanî vd.). İstanbul: İnsan Yay. (Cilt: 3).
- Mollaoğlu, Mukadder (2011). “Diyaliz Hastalarında Yeti Yitimi, Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Öz Yeterlilik Durumu”. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 10(2): 181-186.
- Mustafayeva, Lale (2013). *İş-Aile Çatışmalarının Hayat Memnuniyeti Üzerindeki Etkisi: Türkiye ve İngiltere'deki Akademisyenlerin Karşılaştırılması*. (Doktora Tezi). Sakarya Üniversitesi SBE.
- Mutçalı, Serdar (1995). *Arapça-Türkçe Sözlük*. İstanbul: Dağarcık Yay.
- Necati, Muhammed Osman (2017). *Kur'an ve Psikoloji*. (Çev: Hayati Aydın). Ankara: Fecr Yay.
- Neugarten Bernice L., Havighurst Robert J. ve Tobin Shelson S. (1961). “The Measurement of Life Satisfaction”. *Journal of Gerontology*. 16(2): 134-143.
- Ocak, Züleyha (2002). *Hemodiyaliz Hastalarında Yalnızlık ve Hemşirelik Yaklaşımının Belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Oğuzhanoglu, Nazan Kalkan (2001). “Tıbbi Durumlar ve Depresyon”. *Duygudurum Dizisi*. 3: 116-125.

- Okanlı Ayşe, Erdem Neşe ve Yılmaz Elanur Karabulutlu (2008). “Hemodiyaliz Hastalarında Duygu Kontrolü ve Etkileyen Faktörler”. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 9(3): 156.
- Okanlı Ayşe ve Karabulutlu Elanur Yılmaz (2011). “Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi”. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 14(4): 25-31.
- Okçu Davut ve Platin Ubeydullah (2018). “Ortaokul Öğrencilerinin Sabır Değerleri ile İlgili Algılarının Resim Yoluyla Değerlendirilmesi”. *Batman Üniversitesi İslami İlimler Fakültesi Hakemli Dergisi*. 2(1): 102-113.
- Oktay, Ayşe Aslı (2011). *Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri*. (Yüksek Lisans Tezi). Şanlıurfa: Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Organkds. Erişim tarihi: 1 Aralık 2019. <https://organkds.saglik.gov.tr/dss/PUBLIC/PublicDefault2.aspx>.
- Otrar Mustafa, Karatekin Neriman, Durmuş Alpaslan, Ekşi Halil, Durmuş Hatice Işılak ve Yıldırım Pınar Koç (2013). *PERESE Değerler Eğitimi Öğretmen Kitabı 8: Sabır*. İstanbul: Edam Yay.
- Öksüz Ergün ve Malhan Simten (2005). “Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi Kalitemetri”. Ankara: Başkent Üniversitesi. Erişim tarihi: 1 Aralık 2019. <https://docplayer.biz.tr/216131-Sagliga-bagli-yasam-kalitesi-kalitemetri.html>
- Önal, Recep (2008a). “Kur'an'da İmani ve Ahlaki Bir Tavrı Olarak Sabır”. *Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*. 12(2): 439-466.
- Önal, Recep (2008b). “Kur'an Verileri Doğrultusunda Sabır Kavramı”. *Diyanet İlmi Dergi*. 44(4): 55-65.
- Özcan Erhan, Yılmaz Halim ve Eryılmaz Mehmet (1995). “Hemodiyalize Giren Hastalardaki Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Üzerine Destekleyici Yaklaşım ve Moklobemidin Etkisi: Çift Kör Plasebo Kontrollü Bir Çalışma”. *3P Dergisi*. 3: 168-171.
- Özcan Yarkın, Baştürk Mustafa, Aslan S. Suat ve Utaş Cengiz (2000). “Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastalarda Psikiyatrik Morbidite ve Yaşam Kalitesi”. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*. 7(4): 333-337.

- Özçürümezer Gamze, Tanrıverdi Nilgün ve Zileli Leyla (2003). “Kronik Böbrek Yetmezliğinin Psikiyatrik ve Psikososyal Yönleri”. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 14(1): 72-80.
- Özdemir, Aydan Akyüz (2016). *Hemodiyaliz Tedavisi Gören Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Tedavilerininin Toplumsal Cinsiyet Yaklaşımı ile Değerlendirilmesi*. (Doktora Tezi). Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Özdevecioğlu, Mahmut (2003). “İş Tatmini ve Yaşam Tatmini Arasındaki İlişkinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma”. *Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi*. 1: 90-97.
- Özdoğan, Öznur (2005). *İsimsiz Hayatlar*. Ankara: Lotus Yay.
- Özdoğan, Öznur (2006). *Mutluluğu Seçiyorum*. Ankara: Lotus Yay.
- Özgen, Mehmet Kasım (1997). *Farabi'de Mutluluk ve Ahlak İlişkisi*. İstanbul: İnsan Yay.
- Özgür Bülent, Kürşat Seyhun ve Aydemir Ömer (1999). “Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesi ile Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Yönünden Değerlendirilmesi”. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 12(2): 113-116.
- Özkan, Sedat (Ed.) (1993). “Kronik Böbrek Hastalığı ve Diyalizde Psikiyatrik Morbidite”. *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi*. İstanbul. 187-190.
- Özkan, Sedat (Ed.) (1995). “Hemodiyaliz Hastalarının Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kapsamında Değerlendirilmesi “Ön Çalışma”. *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi*. İstanbul.
- Özok, Halil İbrahim (2018). *Kültüre Duyarlı Stres Programının Yaşam Doyumu, Bilinçli Farkındalık ve Stres Düzeylerine Etkisi*. (Doktora Tezi). Van: Yüzüncü Yıl Üniversitesi EBE.
- Öztaş Pelin, Şeker Nildan ve Taşkıntuna Nilgün (2012). “Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Grup Terapisi Süreci”. *Archives Of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*. 49(1): 63-67.
- Öztürk, Meral (2015). *Sosyolojik Açından Suç Korkusu ve Yaşam Memnuniyeti: Mersin İli Örneği*. (Doktora Tezi). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi SBE.

- Pavot William ve Diener Ed (1993). "Review Of The Satisfaction With Life Scale". *Psychological Assessment*. 5(2): 164-172.
- Perim, Aysun (2007). *Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Saltürk, Ayça Gökçen Değirmenci (2006). *Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesinin Diyaliz Yeterliliği ile İlişkisi*. (Tıpta Uzmanlık tezi). İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Sarı, Özgür (2015). "Sosyal Boyutlarıyla Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY)". *BEU. SBE. Dergisi*. 4(2): 71-80.
- Sarıbaş, Hüseyin (2006). *Kur'an ve Sünnette Sabır İman İlişkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). Konya: Selçuk Üniversitesi SBE.
- Sarıkaya Berat ve Şeren Zeynep (2017). "İnsan Sorumluluğu ve Fiillerine Etkisi Bağlamında Sabır ve Tevekkül Kavramları". *Gümüşhane Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*. 6(12): 68-88.
- Saygılı Metin, Onay Ömer Alperen ve Ayhan Mustafa (2017). Kişilik Özellikleri Bağlamında Yaşam Memnuniyeti Üzerine Bir Araştırma. *Yorum Yönetim Yöntem Uluslararası Yönetim Ekonomi ve Felsefe Dergisi*. 5(2): 61-72.
- Sayın, Esmâ (2012). "Tasavvuf Kültüründeki "Sabır" Kavramının Psikolojik Etkileri". *Batman Üniversitesi Yaşam Bilimleri Dergisi*. 1(1): 413-422.
- Sayın Yazile Yazıcı ve Kanan Nevin (2004). "Kanserde Psikososyal Yaklaşım". *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 13(53): 127-136.
- Schnitker, Sarah Ann (2012). "An Examination of Patience and Well-Being". *The Journal of Positive Psychology*. 7(4): 263-280.
- Schnitker, Sarah Ann (2010). "An Examination of Patience and Well-Being". *Dissertation Doctor of Philosophy in Psychology*. California: CA. University.
- Seligman, Martin (2007). *Gerçek Mutluluk- Kalıcı Doyum Potansiyelinizi Gerçekleştirmek İçin Yeni Olumlu Psikolojinin Kullanılması*. (Çev: Semra Kunt Akbaş). Ankara: HYB Basım Yay.
- Sever, Mehmet Şükrü (2008). *Yeni Bir Böbrek Yeni Bir Yaşam*. Transplantasyon Hastaları El Kitabı. 5. Bs. Erişim tarihi: 1 Aralık 2019.

- [http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/Yeni Bir Bobrek Yeni Bir Yasam.pdf](http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/Yeni_Bir_Bobrek_Yeni_Bir_Yasam.pdf).
- Sever Mehmet Şükrü ve Koç Zeynep. “*Diyaliz Hastalarında Beslenme*”. Erişim tarihi: 1 Aralık 2019. <http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/dhb.pdf>.
- Seyhan, Beyazıt Yaşar (2015). “Başa Çıkma Değeri Açısından Sabır Üzerine Nitel Bir Çalışma”. *Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi*. 49: 127-146.
- Seyyar, Ali (2010). *Tıbbi Sosyal Hizmetlerde Manevi Bakım*. İstanbul: Rağbet Yay. (2. Bs.).
- Sezer, M. Tuğrul (2010). *Hemodiyaliz El Kitabı*. Samsun: Ceylan Ofset.
- Sühreverdî, Şihabuddîn Ebû Hafs (1995). *Avârifu "l-Me"arif* (Gerçek Tasavvuf). (Çev: Dilaver Selvî). İstanbul: Umrân Yay.
- Süleymanlar Gültekin, Ateş Kenan ve Seyahi Nurhan (Ed.) (2019). *Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon 2018 Raporu*. Ankara: TND Yay. Erişim tarihi: 1 Aralık 2019. <http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/REGISTRY2018.pdf>.
- Şener, Arzu (2009). “Yaşlılık, Yaşam Doyumu ve Boş Zaman Faaliyetleri”. *Hacettepe Üniversitesi Sosyolojik Araştırmalar E-dergisi*: 1-18. Erişim tarihi: 1 Aralık 2019. <http://www.sdergi.hacettepe.edu.tr/makaleler/yasamdoyumu.pdf>.
- Şimşek, Eylem (2011). *Örgütsel İletişim ve Kişilik Özelliklerinin Yaşam Doyumuna Etkileri*. (Doktora Tezi). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi SBE.
- Tabachnic, B.G. and L.S. Fidell. (2013). *Using Multivariate Statistics* (sixth ed.).
- Tarhan, Nevzat (2011). *Duyguların Psikolojisi*. İstanbul: Timaş Yay. (10. Bs.).
- Tarhan, Nevzat (1998). “Stres ve Sabır”. *Kur'an Mesajı İlmî Araştırmalar Dergisi*. 1(5): 44-47.
- Taş, İbrahim (2011). *Öğretmenlerde Yaşamın Anlamı Yaşam Doyumu Sosyal Karşılaştırma ve İç- Dış Kontrol Odağının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Sakarya Üniversitesi EBE.
- TBV. Erişim tarihi: 1 Aralık 2019 <https://www.tbv.com.tr/etkinliklerhaberler/diyaliz-hastalarinin-saglik-sorunlari-kronik-bobrek-yetmezliginin-otesinde/>

- TDK (1998). Türkçe Sözlük. ( Yeni Bs.). Ankara: Türk Tarih Kurumu Basım Evi.  
Erişim tarihi: 1 Aralık 2019. <https://sozluk.gov.tr/>.
- TND (2018). *Türkiye’ de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği 2017 Ortak Raporu*. Ankara: TND Yay.
- TND (2019). Erişim tarihi: 1 Aralık 2019. <http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/yonetme.pdf>.
- Topbaş Eylem ve Bingöl Gülay (2017). “Psikososyal Boyutu ile Diyaliz Tedavisi ve Uyum Sürecine Yönelik Hemşirelik Girişimleri”. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 1(12): 36-42.
- Topbaş, Osman Nuri (2007). *Asrı Saadetten Günümüze Faziletler Medeniyeti*. İstanbul: Erkam Matbaası.
- TÜİK. Yaşam Memnuniyeti Araştırması (YMA). Tük Haber Bülteni. Erişim tarihi: 1 Aralık 2019). <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27590>.
- TÜİK (2019). Erişim tarihi: 1 Aralık 2019. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30702>.
- Uludağ, Süleyman (1996). *İslâm Tasavvufu*. İstanbul: Yeni Ufuklar Neşriyat.
- Uludağ, Süleyman (2005). *Tasavvuf Terimleri Sözlüğü*. İstanbul: Kabalcı Yay.
- Uyguner, Muzaffer (1967). *Fuzûlî`nin Dünyası*. İstanbul: Varlık Yay. C:34.
- Ünal, Ali (2011). *Kur`ân`da Temel Kavramlar*. İzmir: Işık Akademi Yay.
- Üstüner Top Fadime, Başkan Şükran, Akpunar Fatma, Aydın Pakdemir Emine ve Bayrak Gülsüm Nurten (2009). *Hemodiyaliz Hastalarının Yalnızlık Düzeylerinin Değerlendirilmesi*. III. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Bildiri Özet Kitabı: 111-118.
- WHO. *Quality of Life Measurement*. Erişim tarihi: 1 Aralık 2019. <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/index4.html>.
- Wilson, Warner R. (1967). “Correlates of avowed happiness”. *Psychological Bulletin*. 67(4): 294 -306.
- Yapıcı, Asım (2007). *Ruh Sağlığı ve Din: Psiko-Sosyal Uyum ve Dindarlık*. Adana: Karahan Yay.



- Yavuz Demet, Yavuz Rahman ve Altunoğlu Alpaslan (2012). “Hemodiyaliz Hastalarında Görülen Psikiyatrik Hastalıklar”. *Turkish Medical Journal*. 6(1):33-37.
- Yazıcı Aylin Ertekin, Erdem Pervin, Erdem Abdullah, Yazıcı Kemal, Acar Şenel Tot, Başterzi Ayşe Devrim ve Taşdelen Bahar (2012). “Depresyonu Olan Son Dönem Böbrek Yetmezliği Hastalarında Essitalopramın Etkinliği ve Tolerabilitesi: Bir Açık Plasebo Kontrollü Çalışma”. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 22(1): 23-30.
- Yazır, Muhammed Hamdi (1935). *Hak Dini Kur'an Dili*. İstanbul: Matbaa-i Ebuzziya.
- Yetim, Ünsal (1991). *Kişisel Projelerin Organizasyonu ve Örüntüsü Açısından Yaşam Doyumu*. (Doktora Tezi). İzmir: Ege Üniversitesi SBE.
- Yetim, Ünsal (2001). *Toplumdan Bireye Mutluluk Resimleri*. Ankara: Bağlam Yay.
- Yetişkin, Şehriban (2008). *Hemodiyaliz Hastalarının Yeti Yitimi, Anksiyete ve Depresyon Yönünden Değerlendirilmesi*. (Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi.
- Yıldırım Nazmiye Kocaman, Kaçmaz Nesibe ve Özkan Mine (2013). “Yetişkin Kanser Hastalarının Destekleyici Bakım Gereksinimleri ve Verilen Hizmet Arasındaki Boşluk”. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 6(4): 231-240.
- Yıldırım Yasemin Kuzeyli ve Fadiloğlu Çiçek (2005). “Diyaliz Hastalarında Progresif Gevşeme Yöntemlerinin Kaygı Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi”. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 21(1): 33-45.
- Yıldız, Abdulvahap (2016). “Hz. Eyyüb'ün (as.) Hastalıklar Karşısındaki Sabrı ve Manevî Hastalıklarımız”. *Harran Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*. 36: 128-142.
- Yıldız, Hasan (1997). *Kur'an'da Mutluluk*. (Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi SBE.
- Yılmaz, Hasan Kamil (2009). *Anahatlarıyla Tasavvuf ve Tarikatler*. İstanbul: Ensar Neşriyat. (12. Bs.).

- Yücel Başak, Yılmaz N. ve Özkan S. (1995). “Hemodiyaliz Hastalarının Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi Kapsamında Değerlendirilmesi “Ön Çalışma”. (Ed.: Sonay Özkan). *Konsültasyon Liyazon Psikiyatrisi*: 339-345.
- Yüksel, Yakup (2006). *Tasavvufta Sabır ve Şükür Anlayışı*. (Yüksek Lisans Tezi). Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi SBE.
- Zengin, Oğuzhan (2015). *Çözüm Odaklı Kısa Terapi Yaklaşımına Dayalı Sosyal Hizmet Müdahalesinin Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Psikososyal Uyum Düzeylerine Etkisi*. (Doktora Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi SBE.



## EKLER

### Ek 1: Kişisel Bilgi Formu

- 1) Yaşınız: 18-39  40-64  65+
- 2) Cinsiyetiniz: Bayan  Erkek
- 3) Medeni durumunuz: Evli  Bekâr  Dul veya boşanmış
- 4) Eğitim durumunuz: Okur-yazar değil  İlköğretim   
Orta öğretim  Yükseköğretim
- 5) Sosyoekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız? Düşük  Orta  Üst
- 6) Çalışma durumunuz: Çalışıyor  Çalışmıyor  Emekli
- 7) Yaşadığınız yer: Kent  Kırsal
- 8) Kaç yıldır HD' e giriyorsunuz? : 0-5 yıl  6-10 yıl   
11-15 yıl  16-20 yıl  21+ yıl
- 9) Sosyal güvenceniz: SGK  Yeşil kart
- 10) Daha önce hastalığınızla ilgili danışmanlık hizmeti aldınız mı?:  
Evet  Hayır

11) Manevi destek hakkında bilginiz var mı?:

(Manevi destek bir din ve inanç desteğidir. İnsanların acılı, üzüntülü, sıkıntılı, korkulu, yalnız ve ümitsiz hallerinde ,ani değişmelerle gelen ( hastalık, ameliyat, mahkumluk, askerlik, sakatlık, kaza, afet gibi..) kriz durumlarında; onların yanında olmak, onlara din ve inanç açısından destek olabilmek, kendi dini- manevi kaynaklarından yararlanmasını sağlamak, yaşama dirençlerini manevi kaynaklardan yararlanarak desteklemek, varsa soru ve sorunlarına danışmanlık etmek, adet ve ibadetlerini hastalıklarının verdiği imkanlar çerçevesinde yerine getirebilmelerinde rehberlik etmek, varlıklarına bir mana hayatlarına –hastalıklarına yeni bir anlam verebilmek ve eşlik edebilmek amacıyla talebe binaen uzman kişi tarafından sunulan destek hizmetidir.):

Evet  Hayır

12) Tedavinizde manevi destek almak ister misiniz?: EvetHayırKararsızım  
Cevabınız evetse 13. ve 14. soruya cevap veriniz.

13) Hangi alanda manevi destek almak istersiniz? :

Hastalık sürecini anlamlandırma Moral motivasyon

Dini problemlere çözüm sağlama

14) Hastalıkla başa çıkmada hangi dini ve manevi kaynaklardan yararlanıyorsunuz?

Dua Sabır, şükür  İbadetlere yönelme

Yakınların desteği Hayra yorma



## Ek 2: Sabır Ölçeği

		Kesinlikle (yanlış) katılmıyorum	(Yanlış) katılmıyorum	Kararsızım	(Doğru)Katılıyorum	Kesinlikle (Doğru) Katılıyorum
1	<u>Arkadaşlarım</u> (a sorsanız) benim çok sabırlı bir insan olduğumu söylerler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Zor zamanlarda gerekirse çok uzun süre bekleyebilir, sabredebilirim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Her ne kadar rahatsız edici olsa da trafik sıkışıklığı beni çok fazla sınırlendirmmez.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Diğer insanlara karşı sabırlıyım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Hastalık veya güç bir yaşam sorunu karşısında sabretmekte güçlük çekmem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Alışveriş veya başka nedenlerle kuyrukta beklemek beni rahatsız etmez.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Ailem ve yakın arkadaşlarıma karşı sabırlı olmakta zorlanırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Hayatın zorluklarına karşı sabırlıyım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Yeni bir şeyi öğrenmekte güçlük çeken birisine, kızmadan veya sinirlenmeden yardım edebilirim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Doğruluğuna inandığım kurallar gereği de olsa bir şey yaparken durdurulmak (kırmızı ışıkta beklemek gibi) çok sinirime dokunur.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	İnsanlara karşı sabırlı olmakta zorluk çekmem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Faktör 1- Kişilerarası Sabır:

1, 4, 7(r), 9, 11.

Faktör 2- Uzun Süreli Sabır / Hayatın Zorlukları:

2, 5, 8.

Faktör 3- Kısa Süreli Sabır / Günlük Uğraşlar:

3, 6, 10(r).



### Ek 3: Yaşam Memnuniyeti Ölçeği

Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirip sizin için en uygun seçeneğin karşısına çarpı (X) işareti koyunuz.		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

Ters maddeler: 3, 4

Yüksek puanlar yüksek düzeyde yaşam memnuniyetini göstermektedir.

Doğrulayıcı faktör analizinde tek boyutlu modelin iyi uyum verdiği görülmüştür ( $\chi^2= 11.46$ ,  $sd= 4$ ,  $RMSEA= .080$ ,  $CFI= .98$ ,  $IFI= .98$ ,  $GFI= .98$ ,  $AGFI= .94$ ,  $SRMR= .033$ ). Ölçeğin madde toplam korelasyon katsayıları .31 ile .61 arasında sıralanmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlık güvenilirlik katsayısı .73 olarak hesaplanmıştır.





## Ek 4: Etik Kurul Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 27/02/2019-19174



T.C.  
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Hukuk Müşavirliği

Sayı : 60263016-050.06.04-E.19174  
Konu : Kararlar(Tuba YAVUZ'un Dilekçesi  
Hk.)

27/02/2019

Sayın Tuba YAVUZ

İlgi: 06/02/2019 tarih ve 24297 sayılı dilekçeniz.

İlgi dilekçeniz ve ekleri Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Sosyal ve Beşeri Bilimler Kurulunca incelenmiştir. Kurulun 21/02/2019 tarih ve 02 no'lu toplantısında alınan 4 no'lu kararda; "Karar 4: Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Bölümü 201593151501 nolu Yüksek Lisans öğrencisi Tuba YAVUZ'un 06/02/2019 tarih ve 24297 sayılı dilekçesi ekinde sunduğu; "Hemodiyaliz Hastalarında Manevi İyi Oluş, Sabır Düzeyi, Yaşam Memnuniyeti ve Manevi Destekle İlişkisi" isimli araştırmasının etik olarak uygunluğu Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Sosyal ve Beşeri Bilimler Kurulu Başkanlığı tarafından incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığı yönünde, Rektör ohuruna sunulmak üzere oybirliği ile, Karar verildi." denilmekte olup, 21/02/2019 tarihli Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Sosyal ve Beşeri Bilimler Kurul toplantısında alınan 4 no'lu karar, Rektörlük olurlarına sunulmuş ve Rektör oluru alınmıştır.

Bilgilerinizi rica ederim.

**e-İmzalıdır**  
Prof.Dr. Hilmi ATASEVEN  
Rektör Yardımcısı

GİZLİ

Evrakı Doğrulamak İçin : <http://193.140.145.81/enVision/Dogrula/L939NJV>

Adres : Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hukuk Müşavirliği Sivas  
Telefon : 0 346 219 1010 Belgegeçer : 0 346 219 1138  
e-Posta : hukuk@cumhuriyet.edu.tr Elektronik Ağ : www.cumhuriyet.edu.tr

Bilgi için : Esengül KIRMAÇ  
Unvanı : Bilgisayar İşletmeni



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır



## Ek 5: Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi İzin

Tarih:30.05.2017 08:24  
Sayı:93596471-044-E.00000169795  
169795



T.C.  
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK HİZMETLERİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
BAŞHEKİMLİĞİ

Sayı : 93596471-044  
Konu : Tuğba YAVUZ Anket Çalışması

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
İlahiyat Fakültesi Dekanlığı  
Felsefe ve Din Bilimleri Bölüm Başkanlığına

İlgi : 03.05.2017 tarihli ve 157517 sayılı yazı.

Fakültenizde yüksek lisans öğrencisi olarak eğitim gören Tuğba YAVUZ' un "Hemodiyaliz Hastalarında Manevi İyi Oluş, Sabır Düzeyi Yaşam Memnuniyeti ve Manevi Destek İlişkisi" konulu tez çalışmasını hastanemiz Nefroloji Bilim Dalında uygulamasında sakınca bulunmayıp;  
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-izmalıdır  
Prof.Dr.Ahmet YILMAZ  
Başhekim

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Evrakın elektronik imzalı suretine <https://ebelgedogrulama.cumhuriyet.edu.tr> adresinden 350b1c6c-4ddd-48e1-89e6-e8461981768d kodu ile erişebilirsiniz.  
Adres: Cumhuriyet Üniversitesi Kampüsü 58140 SIVAS  
Tel:0 346 2581326 Faks:0 346 2580024 E-posta: hastaneyazisleri@cumhuriyet.edu.tr



1 / 1



## Ek 6: Sivas Numune Hastanesi İzin



T.C  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
SİVAS NUMUNE HASTANESİ

Sayı : 93848782/799  
Konu : Anket Çalışması Talebi

Sayın; Tuğba YAVUZ

Hastanemizde yapmayı planladığımız, 'Hemodiyaliz Hastalarında Manevi İyi Oluş, Sabır Düzeyi, Yaşam Memnuniyeti ve Manevi Destekle İlişkisi' başlıklı anket çalışmasını 17.03.2019-17.06.2019 tarihleri arasında hastanemizde uygulamanız uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Op. Dr. Emin Ertan TEMİZÖZ

Başhekim



## Ek 7: Ölçek İzinleri

Re: SABIR ÖLÇEĞİ

Mebrure Doğan <mebruredogan@gmail.com>

21.02.2017 Sal 17:11

Kime: tuba yavuz <tb\_yvz@hotmail.com>

1 ek (18 KB)

SABIR ÖLÇEĞİ .docx;

Merhabalar Tuba Hanım,  
Ölçeği ekte gönderiyorum. Kolaylıklar diliyorum. Selamlar...

20 Şubat 2017 18:22 tarihinde tuba yavuz <tb\_yvz@hotmail.com> yazdı:

İyi günler Mebrure Hanım ismim Tuğba. Cumhuriyet Üniversitesinde din psikolojisi alanında yüksek lisans tezi olarak manevi bakım üzerine çalışmaktayım. Sabır ölçeğini çalışmamda kullanmak istiyorum. Ölçek sorularını bana ulaştırmanızı rica ediyorum. Şimdiden teşekkürler..

Re: YMÖ

Ahmet Akın <aakin@sakarya.edu.tr>

25.02.2017 Cmt 07:26

Kime: tuba yavuz <tb\_yvz@hotmail.com>

1 ek (194 KB)

190. Yaşam Memnuniyeti Ölçeği.doc;

Prof. Dr. Ahmet Akın  
İstanbul Medeniyet Üniversitesi  
Eğitim Bilimleri Fakültesi  
Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Anabilimdalı

24 Şub 2017 22:24 tarihinde "tuba yavuz" <tb\_yvz@hotmail.com> yazdı:

İyi günler Ahmet Hocam ismim Tuğba. Cumhuriyet Üniversitesinde din psikolojisi alanında yüksek lisans tezi olarak diyaliz hastalarına manevi bakım çalışmaktayım. Yaşam memnuniyeti ölçeğini çalışmamda kullanmak istiyorum. Ölçek sorularını bana ulaştırmanızı rica ediyorum. Şimdiden teşekkürler..





## Ek 8: Yazılı Bilgilendirme ve Onam Formu

### YAZILI BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı'nda, Dr. Öğr. Üyesi Sema Yılmaz'ın danışmanlığında yüksek lisans bitirme çalışması kapsamında yapılmaktadır. Araştırmada; hemodiyaliz tedavisi alan hastalara "kişisel bilgi formu", "sabır ölçeği" ve "yaşam memnuniyeti" ölçeği uygulanacaktır. Araştırma ve araştırmada yapılacak uygulamalar için hastanenizden/ diyaliz merkezinizden izin alınmıştır.

Bu çalışmaya katılmanız gönüllü olmanıza bağlıdır, bu konuda hiçbir zorunluluk bulunmamaktadır. Uygulama sırasında kendinizi iyi hissetmediğiniz takdirde sebep göstermeksizin araştırmadan çekilebilirsiniz. Uygulama yaklaşık 20-30 dakika sürecektir. Soruları yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Araştırma sırasında üç soru formu yanıtlamanız gerekmektedir. Soruları içtenlikle yanıtlamanız araştırma güvenirliliği açısından önemlidir. Lütfen tüm soruları cevaplayınız.

Bu çalışma kapsamında elde edilecek olan bilimsel veriler sadece araştırma amacıyla kullanılıp; araştırmacılar tarafından yapılan bilimsel yayınlarda, sunumlarda ve eğitim amaçlı çevrimiçi bir ortamda paylaşılacaktır. Araştırma süresince elde edilen bilgiler ve kişisel detaylar izniniz olmadan başka hiç kimse ve kurumla paylaşılmayacaktır.

Yardımlarınız ve içtenliğiniz için teşekkür ederim.

**Araştırmacı** : Tuğba YAVUZ

**e-posta adresi** : tb\_yvz@hotmail.com



## ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Tuğba YAVUZ  
Doğum Tarihi ve Yeri : 1982-SİVAS  
e-posta : tb\_yvz@hotmail.com

### EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet
Lisans	Ankara Üniversitesi/İlahiyat Fakültesi	2015

### İŞ TECRÜBESİ

Tarih	Kurum	Görev
2012	Yozgat İl Müftülüğü	Kuran Kursu Öğreticisi
2013-2020	Sivas İl Müftülüğü	Kuran Kursu Öğreticisi