



**T.C.
HİTİT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
FELSEFE VE DİN BİLİMLERİ ANABİLİM DALI**

**HEMODİYALİZ HASTALARINDA DİNDARLIK
VE
ÖZNEL İYİ OLUŞ**

Doktora Tezi

Nevzat GENCER

Çorum 2019

**HEMODİYALİZ HASTALARINDA DİNDARLIK
VE
ÖZNEL İYİ OLUŞ**

Nevzat GENCER

**Sosyal Bilimler Enstitüsü
Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı**

Doktora Tezi

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Muammer CENGİL

ÇORUM – 2019

KABUL VE ONAY

Nevzat GENCER tarafından hazırlanan "Hemodiyaliz Hastalarında Dindarlık ve Özel İyi Oluş" başlıklı bu çalışma, 19/06/2019 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda oybirliği ile başarılı bulunarak doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

İmza

Prof. Dr. Halil APAYDIN (Başkan)

İmza

Prof. Dr. Muammer CENGİL (Danışman)

İmza

Prof. Dr. Ali Rıza AYDIN

İmza

Prof. Dr. Şaban HAKLI

İmza

Dr. Öğr. Üyesi Özden KANTER

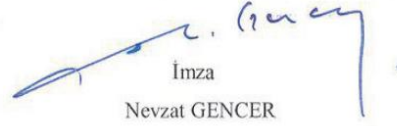
Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

İmza

Prof. Dr. Mehmet EVKURAN
Enstitü Müdürü

T.C.
HİTİT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yaptığımı beyan ederim. (19/06/2019)


İmza
Nevzat GENCER

ÖZET

GENCER, Nevzat. *Hemodiyaliz Hastalarında Dindarlık ve Öznel İyi Oluş*, (Doktora Tezi), Çorum, 2019.

Kronik hastalıklar tıbbi girişimlerin sonuçsuz kaldığı, hastanın öz bakım ve sorumluluk düzeyini yükseltmek ve işlevselliğini artırmak için periyodik takip ve destek bakım gerektiren durumlardır. Kronik hastalıklardan birisi olan kronik böbrek yetmezliği de toplumda önemli yer tutan ciddi bir sağlık sorunudur. Sağlık hizmeti, bakım ve tedavi masrafları yönünden kişileri hızla fakirlik sınırının altına düşürebilmektedir. Bu hastalarda beden imajı değişikliği, yaşam tarzında bozulma, özgüvende azalma, üzüntü, öfke, çaresizlik, sürekli ağlama, ümitsizlik, endişe, içe kapanma, aile ve iş yaşantısında rol kaybı, bağımlı olma endişesi, sosyal izolasyon ve ölüm korkusu gibi psiko-sosyal problemler ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle öznel iyi oluşun esasını oluşturan daha çok olumlu duygulanım, daha az olumsuz duygulanım ve yaşam doyumu hastalar için oldukça zor görülmektedir. Bu bağlamda söz konusu olumsuzluklarla baş etmede ve hastanın öznel iyi oluşunu artırmada dinin etkili bir arabulucu olarak işlev görebileceği varsayılmıştır.

Bir alan araştırması olan bu doktora tezinin genel amacı da betimsel bir yaklaşımla sosyo-psikolojik metotlardan faydalanarak, hemodiyaliz tedavisi gören kronik böbrek yetmezlikli hastaların dindarlık ve öznel iyi oluş düzeylerini belirlemek ve dindarlık düzeyleri ile öznel iyi oluşları arasındaki ilişkiyi tespit etmeye çalışmaktır. Dinî başa çıkma yaklaşımlarının katılımcıların öznel iyi oluşlarına etkisine ilişkin bulguların psikolojik perspektiften yorumlanması da bu incelemenin amaçları arasındadır. Buna göre, konuyla ilgili yirmi üç hipotez geliştirilmiş ve araştırma sonucu ulaşılan bulgulardan hareketle söz konusu hipotezler test edilmiştir.

Araştırmanın örnekleme T.C. Sağlık Bakanlığı, Hitit Üniversitesi Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Çorum İlçe Diyaliz Ünitelerinde tedavi gören hastalardan tabakalı rastgele örnekleme yöntemiyle belirlenen 205 kişiden oluşmaktadır. Araştırmaya katılan hastaların % 54,1'i (111 kişi) erkek, % 45,9'u (94 kişi) da kadındır. Veri toplama aracı olarak araştırmanın kıstaslarına göre belirlediğimiz demografik özelliklerin bulunduğu "Kişisel Bilgi Formu", katılımcıların dindarlık ve öznel iyi oluş

düzelelerini belirlemeye yönelik 5'li Likert tipi "Dindarlık Envanteri" ve "Öznel İyi Oluş Ölçeği" kullanılmıştır. Ayrıca araştırmaya katılan örneklem dağılımına uygun olarak ölçüt örnekleme yöntemiyle seçilen 20 kişilik grupla görüşmeler yapılmış, yapılan görüşmelerde katılımcılara önceden belirlenen sorular yöneltilerek cevapları kaydedilmiştir. Ses kayıtlarının deşifresinden elde edilen veriler veri setleri halinde tanzim ve tasnif edilmiş, daha sonra da NVivo 9.0 programı yardımıyla temalara ayrılmış ve yorumlanmıştır.

Araştırmanın nicel verilerinin analizinde t-testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), pearson momentler çarpımı korelasyon analizi, basit doğrusal regresyon analizi gibi istatistiksel analiz teknikleri kullanılmıştır. Varyans analizi sonucunda elde edilen F değerinin anlamlı bulunduğu durumlarda farkların kaynağını saptayabilmek amacıyla varyansların homojen olduğu gruplarda Scheffe ve LSD testi, varyansların homojen olmadığı gruplarda da Tamhane's T2 testi kullanılmıştır. Araştırmada hata payı üst sınırı en az 0.05 olarak alınmıştır.

Çalışmada nitel ölçüm yoluyla elde edilen bulgular yer yer nicel ölçüm araçlarıyla elde edilen verilerin yorumlanmasında kullanılmıştır. Araştırma sonucunda demografik değişkenler ile dindarlık, demografik değişkenler ile öznel iyi oluş arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ve ilişkilerin olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, her iki yöntemle elde edilen bulgulara göre; katılımcıların dindarlık düzeyi ile öznel iyi oluş düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin bulunduğu ve dindarlığın öznel iyi oluştaki varyansın % 31,9'unu açıkladığı saptanmıştır. Bulgular dindarlığın öznel iyi oluşun anlamlı ve önemli bir yordayıcısı olduğunu göstermiştir.

Olumlu dinî başa çıkma yöntemlerinin örneklem tarafından sıklıkla kullanıldığı ve dinî motifli olumlu başa çıkma yaklaşımlarının hastanın öznel iyi oluşu üzerinde pozitif yönlü katkısının olduğu da araştırmanın bulguları arasındadır.

Anahtar Kavramlar: Hemodiyaliz, Dindarlık, Öznel İyi Oluş, Dinî Başa Çıkma, Mutluluk, Yaşam Doyumu.

ABSTRACT

GENCER, Nevzat. *Religiosity and Subjective Well-Being in Haemodialysis Patients*, (PhD. Dissertation), Çorum, 2019.

Chronic illnesses are situations in which medical interventions are inconclusive and require periodic monitoring and support care to increase the level of self-care and responsibility of the patient and to improve his functionality. Chronic renal failure, which is one of the chronic diseases, is a serious health problem having an important place in society. It can quickly lower people below the poverty line in terms of health care, care and treatment costs. Psychosocial problems such as body image changes, life-style distortion, reduction in self-confidence, sadness, anger, helplessness, constant crying, despair, anxiety, social withdrawal, loss of role in family and work life, fear of becoming dependent, social isolation and fear of death may occur with these patients. Therefore, the more positive affect, the less negative affect and the life satisfaction, which form the basis of subjective well-being, appear to be very difficult for the patients. In this context, it has been assumed that religion can function as an effective mediator in coping with these negativities and increasing patient subjective well-being.

The general purpose of this doctoral dissertation, which is a field research, is to determine the religiousness and subjective well-being levels of patients with chronic renal failure, who are receiving haemodialysis treatment with a descriptive approach and by using socio-psychological methods and try to determine the relation between religiosity and subjective well-being. Interpretation of findings of the effects of religious coping approaches on subjective well-being of participants from a psychological point of view is also among the aims of the study. Accordingly, twenty-three hypotheses related to the topic have been developed and the hypotheses have been tested according to the result of the findings.

The sample of the research consists of 205 individuals who were determined by stratified random sampling method from the patients treated in T.R. Ministry of Health, Hitit University Çorum Erol Olçok Training and Research Hospital and Çorum District Dialysis Units. Of the patients participating in the study, 54.1% (111 persons) are males and 45.9% (94 persons) are females. 5 Likert-type "Religiosity Inventory" and "Subjective Well-Being Scale" were used to determine participants' religiosity and

subjective well-being as well as “Personal Information Form”, which contains demographic characteristics determined according to the criteria of the study as data collection tools. In addition, interviews were made with a group of 20 people selected by criterion sampling method in accordance with the sample distribution participated in the survey. In the interviews, the participants were asked to answer the pre-determined questions and their answers were recorded. The data from deciphering of the voice recordings were arranged and classified as data sets, and then the themes were separated and interpreted with the help of the NVivo 9.0 program.

Statistical analysis techniques such as t-test, one way variance analysis (ANOVA), Pearson Moments Correlation Analysis, Simple Linear Regression Analysis were used in the analysis of quantitative data of the study. Scheffe and LSD tests were used in the groups with homogeneous variances and Tamhane's T2 test was used in the groups in which the variances were not homogeneous in order to determine the source of the differences in the cases where the F value obtained was significant as a result of the analysis of variance. The maximum margin of error in the research was taken as at least 0.05.

Findings obtained through qualitative measurement in the study were sometimes used to interpret the data obtained by means of quantitative measurement. As a result of the research, significant differences and relationships between demographic variables and religiosity, demographic variables and subjective well-being have been determined statistically. Moreover, according to the findings by both methods; it has been found that there is a statistically significant relationship between the levels of religiousness and subjective well-being of the participants and that religiosity accounts for 31.9% of subjective well-being variance. These findings have shown that religiosity is a significant and important predictor of subjective well-being.

The findings of the research also reveal that positive religious coping methods are frequently used by the sample and religious motivated positive coping approaches have positive contribution on subjective well-being of the patient.

Keywords: Haemodialysis, Religiosity, Subjective Well-Being, Religious Coping, Happiness, Life Satisfaction.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	i
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xii
MODELLER DİZİNİ	xiii
KISALTMALAR DİZİNİ	xiv
ÖN SÖZ	xv
GİRİŞ	1
1. DİNDARLIK - ÖZNEL İYİ OLUŞ İLİŞKİSİNİN PSİKOLOJİK ANALİZİ	2
1.1. Problem	4
1.2. Alt Problemler	5
1.3. Hipotezler	6
2. AMAÇ VE ÖNEM	8
3. SAYILTILAR VE SINIRLILIKLAR	9
3.1. Sayıltılar	9
3.2. Sınırlılıklar ve Dışlama Kriterleri	10
4. ÖZNEL İYİ OLUŞLA İLGİLİ ARAŞTIRMALAR	11
4.1. Yurt Dışında Yapılan Bazı Araştırmalar	12
4.2. Ülkemizde Yapılan Bazı Araştırmalar	20

BİRİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL TEMELLER VE KAYNAK ARAŞTIRMASI

1.1. KRONİK BÖBREK HASTALIĞI (KBH)	25
1.1.1. Hastalığın Tanımı ve Genel Özellikleri	25
1.1.2. Hastalığın Tedavisi	27

1.1.2.1. Periton Diyalizi	27
1.1.2.2. Hemodiyaliz	28
1.1.2.3. Renal Transplantasyon.....	29
1.1.3. Hemodiyaliz Hastalarında Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesi.	31
1.1.4. Hemodiyaliz Hastalarının Ruhsal Durumları	34
1.2. DİN, DİNDARLIK VE MANEVİYAT	39
1.2.1. Din, Dindarlık.....	39
1.2.2. Maneviyat.....	45
1.2.3. Dindarlığın Ölçülmesi	47
1.2.4. Din ve Psikoloji	49
1.3. STRES, BAŞA ÇIKMA, DİNİ BAŞA ÇIKMA VE SAĞLIK	52
1.3.1. Stres, Stres Kaynakları ve Stresin Sonuçları	52
1.3.2. Başa Çıkma.....	56
1.3.2.1. Başa Çıkma Stratejileri	58
1.3.3. Dinî Başa Çıkma	61
1.3.3.1. Pargament'in Dinî Başa Çıkma Kuramı ve Özellikleri	62
1.3.3.2. Başa Çıkmada Dinin İşlevsel Fonksiyonları.....	66
1.3.3.3. Dinî Başa Çıkma Yöntemleri.....	68
1.3.4. Dinî Başa Çıkma ve Sağlık	70
1.3.4.1. Dinî Başa Çıkma ve Ruh Sağlığı	71
1.3.4.2. Dinî Başa Çıkma ve Fiziksel Sağlık	77
1.4. POZİTİF PSİKOLOJİ.....	81
1.5. ÖZNEL İYİ OLUŞ VE İLİŞKİLİ KAVRAMLAR	85
1.5.1. Mutluluk.....	85
1.5.2. İyi Oluş.....	86
1.5.3. Öznel İyi Oluş	87
1.5.3.1. Öznel İyi Oluşu Açıklayan Kuramlar	92
1.5.3.1.1. Erek Kuramı (Telic Theory).....	93
1.5.3.1.2. Etkinlik Kuramı (Activity Theory).....	95
1.5.3.1.3. Aşağıdan Yukarı ve Yukarıdan Aşağı Kuramları (Bottom- Up And Top-Down Theories).....	96
1.5.3.1.4. Uyum Kuramı (Adaptation Theory).....	99
1.5.3.1.5. Çok Yönlü Uyuşmazlık Kuramı (Multiple Discrepancy Theory).....	101
1.5.3.1.6. Dinamik Denge Kuramı (Dynamic Equilibrium)	104

1.5.3.1.7. Ryff'nin Psikolojik İyi Oluş Kuramı	104
1.5.3.2. Öznel İyi Oluşun Belirleyicileri	110
1.5.3.2.1. Kişilik	111
1.5.3.2.2. Yaş	112
1.5.3.2.3. Cinsiyet	114
1.5.3.2.4. İşsizlik ve Gelir	114
1.5.3.2.5. Eğitim	115
1.5.3.2.6. Evlilik ve Aile	116
1.5.3.2.7. Sosyal İlişkiler	117
1.5.3.2.8. Kültür	117
1.5.3.2.9. Din	119
1.5.3.2.10. Sağlık	121
1.6. DİNLERDE ÖZNEL İYİ OLUŞ (MUTLULUK)	122
1.6.1. İslam Dininde Öznel İyi Oluş (Mutluluk)	122
1.6.2. Diğer Dinlerde Öznel İyi Oluş (Mutluluk)	125
İKİNCİ BÖLÜM MATERYAL VE YÖNTEM	
2.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ	131
2.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	134
2.2.1. Nicel Örneklem Grubunun Genel Özellikleri	136
2.2.2. Nitel Örneklem Grubunun Genel Özellikleri	140
2.3. VERİ TOPLAMA TEKNİKLERİ	141
2.3.1. Kişisel Bilgi Formu	141
2.3.2. Dindarlık Envanteri	142
2.3.3. Öznel İyi Oluş Ölçeği	143
2.3.3.1. ÖİÖ'nün Geçerlik Çalışması	144
2.3.3.2. ÖİÖ'nün Güvenirlik Çalışması	145
2.3.3.3. ÖİÖ'nün Yetişkinler İçin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması	145
2.3.4. Nitel Araştırma Soru Listesi	146
2.4. VERİLERİN ANALİZİ VE İSTATİSTİKSEL İŞLEMLER	148

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI, YORUMLAR VE TARTIŞMA

3.1. BULGULAR	152
3.1.1. Bağımsız Değişkenlere Göre Dindarlık İle İlgili Bulgular (Nicel Örneklem Grubu)	152
3.1.1.1. Cinsiyete Göre Dindarlık Düzeyleri	153
3.1.1.2. Yaş Gruplarına Göre Dindarlık Düzeyleri	154
3.1.1.3. Eğitim Durumuna Göre Dindarlık Düzeyleri	154
3.1.1.4. Medeni Duruma Göre Dindarlık Düzeyleri	157
3.1.1.5. Öznel Ekonomik Durum Algısına Göre Dindarlık Düzeyleri	158
3.1.1.6. Sürekli İkamet Yerine Göre Dindarlık Düzeyleri	160
3.1.1.7. Meslek Grubuna Göre Dindarlık Düzeyleri	161
3.1.1.8. Diyaliz Süresine Göre Dindarlık Düzeyleri	163
3.1.1.9. Öznel Dindarlık Algısına Göre Dindarlık Düzeyleri	164
3.1.1.10. Öznel Mutluluk Algısına Göre Dindarlık Düzeyleri	166
3.1.2. Bağımsız Değişkenlere Göre Öznel İyi Oluş İle İlgili Bulgular (Nicel Örneklem Grubu)	168
3.1.2.1. Cinsiyete Göre Öznel İyi Oluş Düzeyleri	168
3.1.2.2. Yaş Gruplarına Göre Öznel İyi Oluş Düzeyleri	169
3.1.2.3. Eğitim Durumuna Göre Öznel İyi Oluş Düzeyleri	170
3.1.2.4. Medeni Duruma Göre Öznel İyi Oluş Düzeyleri	170
3.1.2.5. Öznel Ekonomik Durum Algısına Göre Öznel İyi Oluş Düzeyleri	171
3.1.2.6. Sürekli İkamet Yerine Göre Öznel İyi Oluş Düzeyleri	172
3.1.2.7. Meslek Grubuna Göre Öznel İyi Oluş Düzeyleri	172
3.1.2.8. Diyaliz Süresine Göre Öznel İyi Oluş Düzeyleri	173
3.1.2.9. Öznel Dindarlık Algısına Göre Öznel İyi Oluş Düzeyleri	174
3.1.2.10. Öznel Mutluluk Algısına Göre Öznel İyi Oluş Düzeyleri	175
3.1.3. Dindarlık Ve Alt Boyutları İle Öznel İyi Oluş ve Alt Faktörleri Arasındaki İlişki İle İlgili Bulgular	176
3.1.4. Dindarlığın Öznel İyi Oluş Üzerindeki Etkileri İle İlgili Bulgular	179
3.1.5. Dinî Başa Çıkma Yaklaşımları ve Öznel İyi Oluş İle İlgili Bulgular	179
3.1.5.1. Hastalık Teşhisi Sonrası İlk Tepkiler	180
3.1.5.2. Hastalığı Algılama ve Açıklama Biçimleri	181
3.1.5.3. Hastalık Sonrası Dinî Duygu ve Düşüncelerde Değişim	181

3.1.5.4. Başa Çıkma Yöntemleri.....	182
3.1.5.5. Başa Çıkma İbadet/Duanın İşlevsel Yönü	184
3.1.5.6. Dindarlık-ÖİÖ İlişkisi.....	185
3.2. YORUMLAR VE TARTIŞMA	187
3.2.1. Bağımsız Değişkenler İle İlgili Yorumlar	188
3.2.2. Bağımsız Değişkenlere Göre Dindarlık İle İlgili Yorumlar	191
3.2.3. Bağımsız Değişkenlere Göre Öznel İyi Oluş İle İlgili Yorumlar.....	205
3.2.4. Dindarlık, Alt Boyutları ve Öznel İyi Oluş Arasındaki İlişki İle İlgili Yorumlar.....	224
3.2.5. Dindarlığın Öznel İyi Oluş Üzerindeki Etkileri İle İlgili Yorumlar.....	227
3.2.6. Dinî Başa Çıkma Yaklaşımları ve Öznel İyi Oluş İle İlgili Yorumlar.....	230
3.2.6.1. Hastalık Teşhisi Sonrası İlk Tepkilere İlişkin Yorumlar	230
3.2.6.2. Hastalığı Algılama ve Açıklama Biçimlerine İlişkin Yorumlar	232
3.2.6.3. Hastalık Sonrası Dinî Duygu ve Düşüncelerde Değişime İlişkin Yorumlar	236
3.2.6.4. Başa Çıkma Yöntemlerine İlişkin Yorumlar	238
3.2.6.5. Başa Çıkma İbadet/Duanın İşlevsel Yönüne İlişkin Yorumlar	241
3.2.6.6. Dindarlık-ÖİÖ İlişkisine Dair Yorumlar	245
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	249
KAYNAKÇA	262
EKLER.....	294
EK-1. Power Analysis (Güç Analizi)	294
EK-2. Bilimsel Çalışma Ön İzin Komisyon Onayı	295
EK-3. Onam Formu (Hasta İçin).....	296
EK-4. Kişisel Bilgi Formu.....	297
EK-5. Dindarlık Envanteri (Madde Örnekleri)	298
EK-6. Öznel İyi Oluş Ölçeği (Madde Örnekleri)	298
EK-7. Görüşme Formu ve Mülakat Dökümü (Örnek)	300

TABLolar DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 1.1. Prevalan HD Hastalarının Yaş ve Cinsiyet Dağılımı.....	29
Tablo 1.2. Dinî Başa Çıkma Yöntemleri.....	69
Tablo 1.3. Öznel İyi Oluşun Bileşenleri.....	91
Tablo 2.1. Tabakalı Rastgele Örnekleme Yöntemi ile Seçilen Örnekleme Tablosu.....	135
Tablo 2.2. Mülakat Yapılan Örnekleme ve Özellikleri.....	135
Tablo 2.3. Cinsiyete Göre Dağılım.....	136
Tablo 2.4. Yaşa Göre Dağılım.....	137
Tablo 2.5. Eğitim Durumuna Göre Dağılım.....	137
Tablo 2.6. Medeni Durumuna Göre Dağılım.....	137
Tablo 2.7. Öznel Ekonomik Durum Algısına Göre Dağılım.....	138
Tablo 2.8. Sürekli İkamet Yeri ve Diyaliz Tedavisi Alınan Yere Göre Dağılım.....	138
Tablo 2.9. Mesleklere Göre Dağılım.....	138
Tablo 2.10. Diyaliz Süresine Göre Dağılım.....	139
Tablo 2.11. Öznel Dindarlık Algısına Göre Dağılım.....	139
Tablo 2.12. Öznel Mutluluk Algısına Göre Dağılım.....	139
Tablo 2.13. Bağımsız Değişkenlere Göre Örnekleme Grubunun Genel Nitelikleri.....	140
Tablo 3.1. Dindarlık Envanterine Göre Örneklemin Genel Dindarlık Düzeyi.....	152
Tablo 3.2. Cinsiyet ve Dindarlık İlişkisine Yönelik Analiz.....	153
Tablo 3.3. Yaş ve Dindarlık İlişkisine Yönelik Analiz.....	154
Tablo 3.4. Eğitim Düzeyi ve Dindarlık İlişkisine Yönelik Analiz.....	156
Tablo 3.5. Medeni Durum ve Dindarlık İlişkisine Yönelik Analiz.....	158
Tablo 3.6. Öznel Ekonomik Durum Algısı ve Dindarlık İlişkisine Yönelik Analiz....	159
Tablo 3.7. Sürekli İkamet Yeri ve Dindarlık İlişkisine Yönelik Analiz.....	160
Tablo 3.8. Meslek ve Dindarlık İlişkisine Yönelik Analiz.....	162
Tablo 3.9. Diyaliz Süresi ve Dindarlık İlişkisine Yönelik Analiz.....	163
Tablo 3.10. Öznel Dindarlık Algısı ve Dindarlık İlişkisine Yönelik Analiz.....	165
Tablo 3.11. Öznel Mutluluk Algısı ve Dindarlık İlişkisine Yönelik Analiz.....	166
Tablo 3.12. ÖİÖ Ölçeğine Göre Örneklemin Genel ÖİÖ Düzeyi.....	168
Tablo 3.13. Cinsiyet ve ÖİÖ İlişkisine Yönelik Analiz.....	168
Tablo 3.14. Yaş ve ÖİÖ İlişkisine Yönelik Analiz.....	169

Tablo 3.15. Eğitim Düzeyi ve ÖİÖ İlişkisine Yönelik Analiz.....	170
Tablo 3.16. Medeni Durum ve ÖİÖ İlişkisine Yönelik Analiz.....	170
Tablo 3.17. Öznel Ekonomik Durum Algısı ve ÖİÖ İlişkisine Yönelik Analiz.....	171
Tablo 3.18. Sürekli İkamet Yeri ve ÖİÖ İlişkisine Yönelik Analiz.....	172
Tablo 3.19. Meslek ve ÖİÖ İlişkisine Yönelik Analiz.....	173
Tablo 3.20. Diyaliz Süresi ve ÖİÖ İlişkisine Yönelik Analiz.....	173
Tablo 3.21. Öznel Dindarlık Algısı ve ÖİÖ İlişkisine Yönelik Analiz.....	174
Tablo 3.22. Öznel Mutluluk Algısı ve ÖİÖ İlişkisine Yönelik Analiz.....	175
Tablo 3.23. Dindarlık - Öznel İyi Oluş İlişkisi	176
Tablo 3.24. Dindarlığın Öznel İyi Oluş Üzerindeki Etkisine İlişkin Basit Regresyon Analizi Sonuçları.....	179
Tablo 3.25. Teşhis Sonrası İlk Tepkiler ve Frekanslar.....	180
Tablo 3.26. Hastalığı Algılama ve Açıklama Biçimlerine Yönelik Frekanslar.....	181
Tablo 3.27. Hastalık Sonrası Dinî Duygu ve Düşüncelerde Değişime Yönelik Frekanslar.....	182
Tablo 3.28. Başa Çıkma Yöntemlerine Yönelik Frekanslar.....	182
Tablo 3.29. Başa Çıkma İbadet/Duanın İşlevsel Yönüne İlişkin Frekanslar.....	184
Tablo 3.30. Örneklemin Kendisini Dindar Görme Düzeyi.....	186
Tablo 3.31. Dindarlık-ÖİÖ İlişkisine Yönelik Frekanslar.....	186

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	<u>Sayfa</u>
Şekil 1.1. Öznel İyi Oluşa Bütünleştirici Bir Yaklaşım.....	99
Şekil 1.2. Psikolojik İyi Oluşun Temel Boyutları ve Dayandığı Kuramsal Temeller...107	
Şekil 2.1. Nicel Araştırma Modeli.....	133
Şekil 2.2. Nitel Araştırma Modeli.....	133



MODELLER DİZİNİ

Model	<u>Sayfa</u>
Model 3.1. Teşhis Sonrası İlk Tepkilerden Oluşan Modelleme.....	180
Model 3.2. Hastalığı Algılama ve Açıklama Biçimlerinden Oluşan Modelleme.....	181
Model 3.3. Hastalık Sonrası Dinî Duygu ve Düşüncelerde Değişimlerden Oluşan Modelleme.....	182
Model 3.4. Başa Çıkma Yöntemlerinden Oluşan Modelleme.....	184
Model 3.5. Başa Çıkma İbadet/Duanın İşlevsel Yönlerinden Oluşan Modelleme...	185
Model 3.6. Dindarlık-ÖİÖ İlişkisinden Oluşan Modelleme.....	187

KISALTMALAR DİZİNİ

akt.	: Aktaran
ark.	: Arkadaşları
APA	: American Psychology Association (Amerikan Psikoloji Derneği)
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
bk.	: Bakınız
çev.	: Çeviren
DİB	: Diyanet İşleri Başkanlığı
DE	: Dindarlık Envanteri
ed.	: Edition (Yayın/Baskı)
Ed./Eds.	: Editör/Editörler
et.al.	: ve arkadaşları/ve diğerleri
HD	: Hemodiyaliz
KBH	: Kronik Böbrek Hastalığı
No	: Number/No
ÖİO	: Öznel İyi Olma/Oluş
ÖİÖ	: Öznel İyi Oluş Ölçeği
RRT	: Renal Replasman Tedavisi
SDBH	: Son Dönem Böbrek Hastalığı
SDBY	: Son Dönem Böbrek Yetmezliği
sy.	: Sayı
TDK	: Türk Dil Kurumu
TDV	: Türkiye Diyanet Vakfı
TND	: Türk Nefroloji Derneği
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
t.y.	: tarih yok
vb.	: ve benzeri
vd.	: ve diğerleri
Y.	: Yıl
Yay.	:Yayınları/Yayıncılık
y.y.	: yayın yeri yok

ÖN SÖZ

Böbrek fonksiyonlarının kaybedilmesiyle birlikte zorlu bir tedavi sürecine giren kronik böbrek hastaları bu süreçte sağlığın yitilmesi sonucu güç kaybı, cinsel fonksiyon kaybı, bağımsızlığın sınırlanması, iş hayatında, okulda veya ev işlerinde üretkenlik kaybı ve gelir kaybının yanı sıra yaşam beklentisi ve fırsatların kaybı gibi birçok kayıp ile karşı karşıya kalmaktadır.¹ Hastalıkla mücadele ederken söz konusu kayıplarla başa çıkmak, yaşananlarda bir anlam bulmak ve hayattan memnun olmak bu hastalar için oldukça zordur. Kişinin zorluklar karşısında pes etmemesi, *varoluşsal bir boşluğa*² düşerek anlam duygusunu yitirmemesi ve ruh sağlığını koruyabilmesi için bir anlam kaynağına ihtiyaç duymaktadır. Dinî inançlar, dinî değerler ve uygulamalar bu tür bir işlevi görebilmektedir. Psikolojik hayata etki eden olguların başında gelen din ve dinin sağladığı anlam sayesinde kişi, bilişsel ve duygusal değerlendirmeleri sonucunda bu tür stres kaynaklarıyla başa çıkarak anlam hissini koruyabilir, öznel iyi oluşunu sürdürebilir ve her şeye rağmen hayatın yaşamaya değer olduğu sonucuna ulaşabilir.

Ancak KBH'yi konu alan literatür incelendiğinde; ülkemizde yapılan araştırmaların hastalığı çoğunlukla medikal bağlamda ele aldıkları, psikolojiyi ilgilendiren sınırlı sayıda çalışmanın bulunduğu; hemodiyaliz (HD) hastaları açısından dini konu edinen ya da dindarlıkla öznel iyi oluş arasında ilişki kuran ve insanın bu aşkın yönünü ele alan bilimsel bir çalışmanın ise bulunmadığı görülmüştür. Araştırmamızda söz konusu husus incelenecek olup; HD hastalarının sahip olduğu dinî inançlarının ve dindarlık düzeylerinin hastalıkla başa çıkmada ve hastaların öznel iyi oluşları üzerinde bir etkisinin olup olmadığı, varsa şayet nasıl bir etkiye sahip olduğu konuları tartışılacaktır. Bu yönüyle araştırma, bu çeşit bir ilişkiyi konu eden doktora düzeyinde ilk çalışma olacaktır. Bilimsel etik ve araştırma yöntemlerine riayet edilerek dikkatli ve titiz bir biçimde yapılmaya çalışılan araştırmanın bu tür bir ilişkiyi ilk kez ele alıyor olması nedeniyle bir takım eksiklikleri de bulunabilir. Ancak çalışmanın, daha sonra yapılacak bilimsel araştırmalar için model olacağı ümit edilmektedir.

¹ Bihter Öztürk, "Hemodiyaliz Tedavisini Sürdüren Hastalarda Tedaviye Uyumun ve Eğitim Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi", (Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi, 2011), 3.

² Viktor E. Frankl, *İnsanın Anlam Arayışı*, çev: Selçuk Budak, (Ankara: Edesos Yayınevi, 1991), 102. ("*Varoluşsal Boşluk (vakum)*" hastanın/kişinin uğruna yaşamaya değer bir anlam bilincinden yoksun olmasıdır. Bu durumda olan hastalar, kendi içlerindeki bir boşluk duygusunun altında ezilmektedirler.)

Araştırma; giriş, üç ana bölüm, sonuç ve öneriler kısımlarından oluşmaktadır. Giriş bölümünde dindarlık-öznel iyi oluş ilişkisinin psikolojik analizi yapıldıktan sonra araştırmanın temel problemi, alt problemleri, hipotezleri, amaç ve önemi ortaya konulmuş, ardından da sayıltılar ve sınırlılıklar belirtilmiş ve öznel iyi oluşla ilgili yapılan çalışmalara yer verilmiştir.

Birinci bölümde araştırmanın kuramsal temelleri ele alınmıştır. Buna göre; kronik böbrek hastalığı (KBH); din, dindarlık ve maneviyat, stres, başa çıkma, dinî başa çıkma ve sağlık, pozitif psikoloji, öznel iyi oluş ve ilişkili kavramlar ve dinlerde öznel iyi oluş kavramlarının psikolojik arka planları irdelenerek mahiyetleri üzerinde durulmuştur.

İkinci bölüm, araştırmanın modeli, evren ve örnekleme, veri toplama teknikleri ve verilerin analizi ile ilgili bilgilerin yer aldığı materyal ve yöntem kısmından oluşmaktadır.

Üçüncü bölümde ise, araştırmanın bulguları ve yorumları bulunmaktadır. Bu bölümde öncelikle, teorik boyutla uyumlu veri toplama araçlarının 18 yaş üstü deneklerden seçilen 205 kişilik örnekleme uygulanmasıyla elde edilen nicel bulgulara yer verilmiştir. Daha sonra ise bulguların istatistiksel yorumu yapılmış ve sonuçlar literatür çerçevesinde tartışılmıştır. Bu bağlamda yorumlar ve tartışma bölümünde; örneklem grubunun demografik değişkenlere göre dindarlık yönelimlerinde, demografik değişkenlere göre öznel iyi oluşlarında ve dindarlık boyutları ile öznel iyi oluş düzeylerinde herhangi bir farklılaşmanın olup olmadığı incelenmiştir. Birincil kaynaklardan elde edilen nitel verilere ilişkin bulgu ve yorumlar da üçüncü bölümde ele alınmıştır. Nitel veriler kullanılarak katılımcıların dinî başa çıkma tarzları ve öznel iyi oluşları arasındaki ilişkilerin anlaşılmaya çalışıldığı analizlerde sonuçlar ikincil kaynak niteliğindeki diğer araştırma bulgularıyla da desteklenmiştir.

Çalışma, araştırmanın bulgularıyla ilgili genel bir değerlendirme yapılarak ve çeşitli öneriler sunularak sonuçlandırılmıştır.

“Hemodiyaliz Hastalarında Dindarlık ve Öznel İyi Oluş” başlıklı bu tezin ortaya çıkması uzun ve meşakkatli bir süreci ihtiva etmektedir. Bu vesileyle; böyle bir çalışmanın yapılabileceği fikrini veren ve uzun zamandır birlikte çalıştığım tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Muammer CENGİL’e, tezin her aşamasında her türlü katkıyı sunan ve hiçbir zaman desteğini esirgemeyen kıymetli hocam Sayın Prof. Dr. Şaban HAKLI’ya, Doktora Yeterlilik Sınavı jürisinde bulunan ve konuya ruh sağlığı

açısından da bakmamı tavsiye eden Sayın Prof. Dr. Ali Rıza AYDIN ve Prof. Dr. Halil APAYDIN hocalarıma teşekkürlerimi sunuyorum. Tezde kullandığım ölçekler ve demografik özelliklerle ilgili hususlarda görüşleriyle katkı sunan ve yer yer düzeltmeler yapan Sayın Doç. Dr. Yakup COŞTU'ya, ölçeklerini kullanmama izin veren Sayın Doç. Dr. Naci KULA ve Doç. Dr. Meliha Tuzgöl DOST'a, tez izleme komitesinde yer alan ve yapıcı katkılarıyla çalışmanın olgunlaşmasında payı olan Sayın Dr. Öğr. Üyesi Özden KANTER'e, nitel ölçüm sorularının oluşturulmasında desteğini aldığım Ölçme ve Değerlendirme Uzmanı ve Çorum Karşıyaka Ortaokulu Rehberlik Öğretmeni Çetin ŞAHİN'e şükranlarımı sunuyorum. İlçe Diyaliz ünitelerini birlikte ziyaret ederek hastalarla buluşmamı sağlayan Dr. Öğr. Üyesi Barış ESER'e, çalışmanın veri toplama sürecinde bana her türlü desteği veren, uygulama aşamalarında yardımcı olan, fikirleriyle yol gösteren Nefroloji Bölümü hocası ve kıymetli dostum Sayın Dr. Öğr. Üyesi İbrahim DOĞAN'a, ekibine ve bu çalışmanın ortaya çıkmasında gönüllü katılımlarıyla yer alan diyaliz ünitesi hastalarına da özellikle teşekkür ediyorum. Hastalarımıza Cenab-ı Haktan şifalar diliyorum. Çalışmanın yorucu kısımlarından birisi olan istatistiksel işlemler esnasında destek olan Ahmet BOLAT'a ve tezi baştan sona okuyarak öneri ve eleştirileri nedeniyle de Eyyüp KAYACI'ya minnettarım.

Son olarak da, bu çalışma esnasında onlara ayırmam gereken vakitleri bana bağışlayan ve beni sürekli destekleyen eşime ve gözümün nuru evlatlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Haziran, 2019

Nevzat GENCER

GİRİŞ

Bireyin tutum ve davranışları üzerinde önemli bir etkiye sahip olan ve evrensel bir olgu olarak değerlendirilen din, dine ait inanç ve uygulamalar bütün toplumlarda yaygındır.³ Yapılan araştırmalar bu gerçeği teyit etmektedir ve dünya nüfusunun büyük bir kısmı günlük yaşamda dinî inanç ve pratiklere sahip olmayı önemli bulmaktadır. Örneğin Dünya Kamuoyu Araştırması (World Gallup Poll) tarafından 2008 yılında yapılan araştırmada gelişmekte olan 32 ülke insanının % 92'si dini, günlük yaşamın önemli bir parçası olarak gördüklerini belirtmişlerdir. Bu ülkelerde aynı zamanda dinî katılım da yaygındır.⁴

Amerika'da 35.000 yetişkinin katılımıyla yapılan kapsamlı bir araştırmada Allah'a inanma, günlük dua etme, kiliseye gitme, dinî törenlere katılma gibi konular incelenmiş ve 2007 ile 2014 yıllarına ait sonuçlar Pew Araştırma Merkezi-Din ve Sosyal Hayat (Pew Research Center-Religion and Public Life) internet sitesinde yayınlanmıştır. Her ne kadar 2007 yılı bulgularına kıyasla nispeten bir azalma olsa da, 2014 verileri Amerikalı yetişkinlerin % 89'unun Allah'a inandığını, % 53'ünün dini çok önemli gördüğünü ve % 50'sinin de en az ayda bir kez dinî törenlere katıldığını göstermektedir. Yine aynı araştırma; Amerikalıların 2007'ye göre bazı açılardan daha manevî hale geldiğini, yaklaşık on yetişkinden altısının "*manevî huzur ve iyi oluş*" konusunda derin hislerinin bulunduğunu ve bu duygularının 2007'den bu yana yüzde 7 oranında artırdığını ortaya koymaktadır.⁵

İsviçre merkezli Global araştırma ağı olan WIN/Gallup International da 2008, 2009 ve 2015 yıllarında yaptığı anket çalışmaları ile ülkelere göre dindarlık oranlarını tespit etmiştir. Sonuçlar % 90-99 oran aralığıyla dünyada en dindar bölgelerin Afrika ve Orta Doğu olduğunu, Güneydoğu Asya ve Latin Amerika'nın da çok geride olmadığını göstermektedir. İnanç, birçok Güney Avrupa ülkesi için de önemlidir. Örneğin İtalyanların % 74'ü, Yunanlıların % 71'i kendisini dindar hissetmektedir. Dindarlık

³ Halil Ekşi, "Başa Çıkma, Dinî Başa Çıkma ve Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma", (Doktora Tezi, Uludağ Üniversitesi, 2001), 1.

⁴ Steve Crabtree and Brett Pelham, "World Gallup Poll: Religion Provides Emotional Boost to World's Poor", *The Gallup Poll*, 2009, erişim tarihi: 16 Haziran 2017, <http://www.gallup.com/poll/116449/religion-provides-emotional-boost-world-poor.aspx>.

⁵ *Pew Research Center*, "Modest Drop in Overall Rates of Belief and Practice, but Religiously Affiliated Americans Are as Observant as Before", 2015, erişim tarihi: 16 Haziran 2017, <http://www.pewforum.org/2015/11/03/chapter-2-religious-practices-and-experiences/>.

Rusya’da % 70, Hindistan’da % 76 iken, dindarlığın en düşük olduğu ülke % 7 oranla Çin olmuştur. Türkiye için tespit edilen dindarlık oranı ise % 79’dur.⁶

1. DİNDARLIK - ÖZNEL İYİ OLUŞ İLİŞKİSİNİN PSİKOLOJİK ANALİZİ

İyi olmanın bir boyutunu oluşturan, iyi oluş ile eş anlamlı kullanılabilen⁷ ve olumlu bir psikolojik durumda olmayı da ifade eden “*mutluluk*”⁸ önemli bir kavramdır. Mutluluğun ne olduğu, bireylerin ve toplumların mutluluğa nasıl ulaşabilecekleri ise eski çağlardan beri tartışıla gelen bir husustur.⁹ Büyük dinler bile müntesiplerine sundukları mutluluk reçeteleri sayesinde dikkat çekmişlerdir. Siyasal ideolojiler nihai mutluluğu garanti edecek ideal toplumu oluşturmaya yoğunlaşmış, bütün bir toplumun refahını hedefleyen ekonomistler de yine mutluluk ve refah konusunda çalışmışlardır.¹⁰

Araştırma literatüründe “mutluluk” teriminin yerine kullanılan “öznel iyi oluş” (ÖİÖ)¹¹ kavramının yapısına ilişkin düşünceler ilk kez Bradburn tarafından ortaya atılmış ve daha sonra da Diener tarafından geliştirilmiştir.¹² Öznel iyi oluş terimi; insanların yaşam kalitesini, bilişsel yargılarını ve duygusal tepkilerini içeren değerlendirmelerini anlamaya çalışan psikoloji alanını tanımlama aracı şeklinde ilk olarak Diener tarafından tanımlanmıştır.¹³ Buna göre öznel iyi olma/oluş (ÖİÖ), insanların kendi yaşamları hakkındaki değerlendirmelerini anlamaya çalışmaktadır. ÖİÖ; yaşam memnuniyeti, evlilik doyumu, depresyon ve kaygının olmaması, pozitif ruh hali ve pozitif duygulanım gibi değişkenleri içerir. Bir kişinin yaşam memnuniyetinin olması ve sık sevinç yaşaması; buna karşılık nadiren üzüntü ve öfke gibi hoş olmayan duygulara yönelmesi durumunda o kişinin yüksek öznel iyi oluşa sahip olduğu;

⁶ *The Telegraph*, “Mapped: The world's most (and least) religious countries”, 2017, erişim tarihi: 16 Haziran 2017, <http://www.telegraph.co.uk/travel/maps-and-graphics/most-religious-countries-in-the-world/>.

⁷ Ed Diener, “Subjective Well-Being”, *Psychological Bulletin* 95, No. 3 (1984): 543.

⁸ Armin Jasarevic, “Bosnalı Gençlerde Din ve Mutluluk İlişkisi Üzerine Araştırma”, (Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi, 2014), 1.

⁹ Serpil Reisoğlu, “Üniversite Öğrencilerinin Öznel İyi Oluşlarını Yordamada Beş Faktör Kişilik Özellikleri, Mizah Tarzları ve Duygusal Zekânın Rolü”, (Doktora Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, 2014), 1.

¹⁰ Fritz Strack et.al., “Introduction.” *Subjective well-being: An Interdisciplinary Perspective*, Ed. Fritz Strack, Michael Argyle and Norbert Schwarz (Oxford England: Pergamon Press, 1991), 1.

¹¹ Ilona Boniwell, “What is Subjective Well Being and Happiness+11 Interesting Facts About Happiness”, 2008, erişim tarihi: 18 Haziran 2017, <http://positivepsychology.org.uk/happiness-and-subjective-well-being/>.

¹² A. Gataūlinas and M. Banceviča, “Subjective Health and Subjective Well-Being (The Case of EU Countries)”, *Advances in Applied Sociology* 4, (2014): 213.

¹³ Carmel L. Proctor, “Subjective Well Being”, *ResearchGate*, 2016, erişim tarihi: 20 Haziran 2017, https://www.researchgate.net/publication/263919613_Subjective_well-being.

yaşamından memnun olmaması, çok az bir sevinç ve duygulanım yaşaması, sık sık öfke ve kaygı gibi olumsuz duygular hissetmesi durumunda da o kişinin öznel iyi oluşunun düşük olduğu söylenir.¹⁴

Bununla birlikte, bireyin ÖİO düzeyinin yaşam boyu sabit olması da beklenemez. Zira; insan yaşamında hayattan beklentinin azaldığı, umudun yitirmeye yüz tuttuğu, üzüntü ve kaygıların arttığı dönemler ve bu ruh hallerine yol açan bir takım olaylar vardır. Kişinin yaşam kalitesini etkileyen, sosyal uyumunda sorunlar yaşamasına neden olan bu tür etkenlerden birisi de kronik hastalıktır. Literatürde kronik hastalık genel olarak, altı aydan uzun süren, yaşam boyu devam eden ve bireyin günlük aktivitelerini yerine getirmesini önemli ölçüde engelleyen hastalıklar¹⁵ olarak tanımlanmaktadır. Kronik hastalıkların günümüzde dünya sağlığını tehdit eden en önemli tehlike olduğu düşünülmektedir. Kronik hastalıklar sadece gelişmiş sanayi ülkelerinin sorunu değil, aynı zamanda gelişmekte olan veya fakir ülkelerde de insan sağlığını etkileyen önemli bir tehdittir.¹⁶

Kronik hastalıklar arasında toplumda önemli bir yer tutan¹⁷ ve etkisi günden güne artan hastalıklardan birisi de KBH'dir¹⁸ ve dünya çapında artan sayıda hasta KBH'den etkilenmektedir.¹⁹ KBH'nin görülme sıklığı ülkemizde de artmaktadır. Türkiye'de 2004 yılında toplam 34,262 hasta diyaliz tedavisi alırken, bu rakam 2015 yılında 73,660'a ulaşmıştır.²⁰ Ayrıca T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneğinin 2017 ortak raporuna göre ülkemizde renal replasman tedavilerinden (RRT) birisi olan hemodiyaliz tedavisi gören toplam hasta sayısı da 58,635'dir.²¹

¹⁴ Ed Diener et.al., "Recent Findings On Subjective Well- Being", *Indian Journal of Clinical Psychology* 24, (1997): 25-26.

¹⁵ Pamela M. Ironside et.al., "Experiencing chronic illness: Cocreating new understandings", *Quality of Health Research* 13, Issue. 2 (2003): 171-175.

¹⁶ World Health Organizacion, "Preventing chronic diseases: a vital investment.", t.y., erişim tarihi: 03 Haziran 2017, http://www.who.int/entity/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf.

¹⁷ Aydan A. Özdemir, "Hemodiyaliz Tedavisi Gören Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Tedavilerinin Toplumsal Cinsiyet Yaklaşımı ile Değerlendirilmesi", (Doktora Tezi, Başkent Üniversitesi, 2016), 11.

¹⁸ A Meguid El Nahas and Aminu K Bello, "Chronic Kidney Disease: The Global Challenge", *Lancet* 365, (2005): 331.

¹⁹ National Kidney Foundation, "K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification", 2002, erişim tarihi: 03 Haziran 2017, https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/ckd_evaluation_classification_stratification.pdf.

²⁰ Gültekin Süleymanlar vd., *Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon 2015 Raporu* (Ankara: Türk Nefroloji Derneği Yayınları, 2016), 3.

²¹ Gültekin Süleymanlar vd., *T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu*, (Ankara: Türk Nefroloji Derneği Yayınları, 2018), 3-12.

Düzenli HD tedavisi alan bu hastalar semptomlar ile baş etmek, belirli bir diyeti sürdürmek, beden imgesindeki değişikliklere uyum sağlamak, bireysel, toplumsal ve mesleki amaçlarını yeniden gözden geçirmek durumundadır ve metabolik, fiziksel, sosyal, ekonomik ve psikolojik pek çok sorunla karşı karşıya kalmaktadır.²² Bu durum hastaların, mutluluklarını/ÖİO'larını etkilemektedir. Öznel iyi oluşu, “*bireyin kendi yaşamının önemliliği hakkında değerlendirme yapması*”²³ olarak tanımladığımızda; söz konusu kısıtlayıcı yaşam stillerine uyum sağlama mecburiyetinin yanı sıra en az haftada 3 kez belirli bir saat makineye bağımlı olan ve ölüm korkusuyla yüzleşmek zorunda kalan bireylerin yaşamın anlamı ve kendi yaşamının önemliliğini değerlendirebilmesinin güç olduğu söylenebilir. Bu noktada birey, hastalıkla başa çıkmak ve yaşamla bağını sürdürebilmek için bir takım anlam sistemlerine ihtiyaç duymaktadır. Bu anlam sistemlerinden birisinin din olduğu ve dinin en önemli bir işlevinin de, olumsuzluklarla baş etmede insanlara yardımcı olduğu²⁴ düşünülmektedir. Ancak karşılaşılan büyük bir olumsuzluğu, başa gelen bir felaketi, hastalığı ya da acıyı her zaman olumlu dinî referanslarla göğüslemek mümkün olmayabilir. Bazen kişi yaşadığı böylesine güç durumlar karşısında Allah'ı sorumlu tutarak Allah'ın kendisini cezalandırdığını²⁵, önceden işlediği günahların karşılığı olarak bunların başına geldiğini ya da yaşadığı umutsuzluk ve çaresizlik sonucu Allah'ın kendisini sevmediğini, artık onu terk ettiğini de düşünebilir.

1.1. Problem

Yukarıda verilen bilgilerden hareketle araştırmanın temel problemi hemodiyaliz hastalarının öznel iyi oluşları üzerinde dindarlığın rolü olarak belirlenmiştir. Çalışmada kronik böbrek hastalığı olan ve hemodiyaliz tedavisi gören hastaların karşı karşıya kaldıkları zorlu süreçte dindarlığın (inanç, ibadet, duygu, etki ve bilgi boyutlarına ilişkin bulguların) ÖİO üzerinde olumlu ya da olumsuz bir etkisinin olup olmadığı, şayet varsa bu katkının bağımsız değişkenlere göre nasıl farklılaştığı sınanacaktır.

Ayrıca dinî başa çıkma yaklaşımlarıyla hastaların ÖİO'ları arasındaki ilişki de örneklem görüşleri doğrultusunda incelenecektir.

²² Öztürk, “Hemodiyaliz Tedavisini Sürdüren Hastalarda Tedaviye Uyumun ve ..”, 92.

²³ Arthur A. Stone and Christopher Mackie, *Subjective wellbeing: Measuring happiness, suffering, and other dimensions of experience* (Washington D.C.: National Academies Press, 2013), 3.

²⁴ Neal Krause, “Religion and Health in Late Life”, *Handbook of the Psychology of Aging*, Ed. James E. Birren & K. Warner Schaie (London: Elsevier Academic Press, 2006), 503.

²⁵ Ekşi, “Başa Çıkma, Dinî Başa Çıkma ve Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki...”, 8.

1.2. Alt Problemler

Bu araştırmada, yukarıdaki temel problem çerçevesinde aşağıdaki alt problemlere cevap aranacaktır.

1. HD hastalarının dindarlık puanlarında cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılaşma var mıdır?
2. HD hastalarının dindarlık puanlarında yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılaşma var mıdır?
3. HD hastalarının dindarlık puanlarında eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılaşma var mıdır?
4. HD hastalarının dindarlık puanlarında medeni duruma göre anlamlı bir farklılaşma var mıdır?
5. HD hastalarının dindarlık puanlarında öznel ekonomik durum algılarına göre anlamlı bir farklılaşma var mıdır?
6. HD hastalarının dindarlık puanlarında sürekli yaşadıkları yer değişkenine göre anlamlı bir farklılaşma var mıdır?
7. HD hastalarının dindarlık puanlarında mesleki durum değişkenine göre anlamlı bir farklılaşma var mıdır?
8. HD hastalarının dindarlık puanlarında alınan tedavinin süresine göre anlamlı bir farklılaşma var mıdır?
9. HD hastalarının dindarlık puanlarında öznel dindarlık algısına göre anlamlı bir farklılaşma var mıdır?
10. HD hastalarının dindarlık puanlarında öznel mutluluk algısına göre anlamlı bir farklılaşma var mıdır?
11. HD hastalarının öznel iyi oluş puanlarında cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılaşma var mıdır?
12. HD hastalarının öznel iyi oluş puanlarında yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılaşma var mıdır?
13. HD hastalarının öznel iyi oluş puanlarında eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılaşma var mıdır?
14. HD hastalarının öznel iyi oluş puanlarında medeni duruma göre anlamlı bir farklılaşma var mıdır?

15. HD hastalarının öznel iyi oluş puanlarında öznel ekonomik durum algılarına göre anlamlı bir farklılaşma var mıdır?
16. HD hastalarının öznel iyi oluş puanlarında sürekli yaşadıkları yer değişkenine göre anlamlı bir farklılaşma var mıdır?
17. HD hastalarının öznel iyi oluş puanlarında mesleki durum değişkenine göre anlamlı bir farklılaşma var mıdır?
18. HD hastalarının öznel iyi oluş puanlarında alınan tedavinin süresine göre anlamlı bir farklılaşma var mıdır?
19. HD hastalarının öznel iyi oluş puanlarında öznel dindarlık algısına göre anlamlı bir farklılaşma var mıdır?
20. HD hastalarının öznel iyi oluş puanlarında öznel mutluluk algısına göre anlamlı bir farklılaşma var mıdır?
21. HD hastalarının dindarlık puanları ile öznel iyi oluş puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
22. HD hastalarının dindarlık düzeyi, öznel iyi oluşun anlamlı bir yordayıcısı mıdır?
23. HD hastalarının dinî başa çıkma yaklaşımlarındaki dinî motifler ile öznel iyi oluş arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

1.3. Hipotezler

Araştırmanın temel hipotezi “*Hemodiyaliz hastalarının dindarlık düzeyleri hastaların öznel iyi oluşları üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir.*” şeklinde kurulmuştur.

Ayrıca yukarıda bahsedilen araştırma probleminin ve belirtilen alt problemlerin çözümü için HD hastaları için aşağıdaki hipotezler geliştirilmiştir:

1. Kadınların dindarlığı erkeklere kıyasla daha yüksek düzeydedir.
2. Yaş değişkenine göre; katılımcıların dindarlık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.
3. Öğrenim durumu yüksek olan kişilerin dindarlık düzeyleri, hiç öğrenim görmemiş veya az öğrenim görmüşlere oranla daha düşük seviyededir.
4. Evli olan katılımcıların dindarlık düzeyleri, hiç evlenmemişler ile dul ve boşanmışlara göre daha yüksektir.
5. Ekonomik durum değişkenine göre; katılımcıların dindarlık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

6. İl merkezinde ikamet eden katılımcıların dindarlık düzeyleri, köyde ve ilçede yaşayanlara göre daha yüksektir.
7. Mesleki durum değişkenine göre; katılımcıların dindarlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki söz konusudur. Buna göre emekli, işsiz, çiftçi ve ev hanımlığı meslek gruplarının dindarlık düzeyleri diğerlerine göre daha yüksektir.
8. Tedavi süresinin uzaması ile dindarlık düzeyinin artması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.
9. Öznel dindarlık algısı ile katılımcıların dindarlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. Buna göre; kişinin kendisini dindar görme düzeyi arttıkça, dindarlık düzeyi de artmaktadır.
10. Öznel mutluluk algısı ile katılımcıların dindarlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. Buna göre; dindarlık puanı yüksek olan kişilerin öznel mutluluk algı düzeyleri de yüksektir.
11. Cinsiyet değişkenine göre; katılımcıların öznel iyi oluş düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır.
12. Yaş değişkenine göre; katılımcıların öznel iyi oluş düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.
13. Öğrenim durumu değişkenine göre; katılımcıların öznel iyi oluş düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.
14. Medeni durum ile öznel iyi oluş düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.
15. Ekonomik durum değişkenine göre; katılımcıların öznel iyi oluş düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.
16. Köyde yaşayan katılımcıların öznel iyi oluş düzeyleri, ilçe ve il merkezinde yaşayanlara göre daha düşüktür.
17. Mesleki durum değişkenine göre; katılımcıların öznel iyi oluş düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.
18. Tedavi süresi değişkenine göre; katılımcıların öznel iyi oluş düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.
19. Öznel dindarlık algısı ile katılımcıların öznel iyi oluş düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. Buna göre; kişinin kendisini dindar görme düzeyleri arttıkça, öznel iyi oluş düzeyi de artmaktadır.

20. Öznel mutluluk algısı ile katılımcıların öznel iyi oluş düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. Buna göre; kişinin kendisini mutlu görme düzeyi arttıkça, öznel iyi oluş düzeyi de artmaktadır.
21. Katılımcıların dindarlık puanları ile öznel iyi oluş puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
22. Dindarlık öznel iyi oluşun anlamlı bir yordayıcısıdır. Buna göre; dindarlık puanları arttıkça, öznel iyi oluş düzeyinin de artacağı öngörülmektedir.
23. Dinî motifli başa çıkma yaklaşımlarının daha çok kullanıldığı öngörülmektedir. Buna göre; dinî motifli başa çıkma yaklaşımları ile öznel iyi oluş arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

2. AMAÇ VE ÖNEM

Tarih boyunca varoluşsal sorular ve bu sorulara aranan cevaplar insan için önemini korumuştur. İnsanoğlu hayatı, hayatın anlamını, ölümü, ölüm sonrasını hep merak etmiş ve bu merakını giderecek anlam sistemlerinin peşine düşmüştür. Çeşitli düşünürler, filozoflar hayatın sırlarına ilişkin görüşler ortaya koyarken; din, aşkın boyutu da bir anlam kaynağı olarak bireye sunmuştur. Böylece birey, varoluşla ilgili pek çok sorusunun kesin cevabını dinde bulmuş ve bu kesinlik duygusu onun psikolojik iyi oluşuna ve ÖİÖ'suna olumlu katkı sağlamıştır.

Ancak insan, yaşamın doğal akışı içerisinde ve bazen beklenmedik bir anda bir takım felaketler, hastalıklar ya da olumsuzluklarla da karşı karşıya kalabilmekte ve bu tür durumlar onu çaresiz bırakmaktadır. Çaresizlik, kişide yalnızlık hissi oluşturmakta ve bu da onda anlamsızlık duygusunu tetikleyebilmektedir. Böylesi durumlarda birey, zaman zaman varoluşu sorgulayabilmektedir. Zorlukla mücadele eden bireyin iç dünyasında oluşan boşluk hissi ya da anlamsızlık duygusu onun öznel iyi oluşuna bir biçimde etki etmektedir. Araştırmalar bu etkinin Allah'a yönelme ve dinsel-manevî bazı uygulamalarda artış şeklinde olabileceği gibi, deneyimlenen çaresizlik nedeniyle Allah'a isyan duygularında bir artış şeklinde de tezahür edebileceğini ortaya koymaktadır.²⁶

Bu perspektiften araştırmanın konusu, hemodiyaliz gibi zorlayıcı bir tedavi süreci yaşayan kişilerin dindarlık düzeylerinin öznel iyi oluşları üzerindeki etkisi olarak

²⁶ Halil Apaydın vd., "Hastalık Sürecinde Bireylerin Dinî Eğilimlerine Psikolojik Bir Yaklaşım", *Amasya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* 2, sy. 3 (2014): 1.

belirlenmiştir. Araştırmanın temel amacı da, hemodiyaliz hastalarının dinî/manevî duygularının ve dindarlıklarının ÖİÖ'ları üzerinde olumlu ya da olumsuz etkilerini nicel ve nitel yöntemlerle derinlemesine anlamaya çalışmaktır. Hastalığı kabullenme ve KBH ile başa çıkma sürecinde pozitif bir ruh haline sahip olmada dindarlığın etkisini ve genel olarak da dindarlık ile hastanın ÖİÖ/mutluluk düzeyi arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmak amaçlanmıştır.

Elde edilecek bulgularda dindarlığın öznel iyi oluş üzerinde güçlü bir yordayıcı olduğunun belirlenmesi durumunda hastalara, sağlık çalışanlarına, ailelere ve topluma karşı dindarlık değişkeninin rolü konusunda çeşitli öneriler getirilebileceği söylenebilir.

Ayrıca ülkemizde yapılan çalışmalar açısından, Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi üzerinden “KBH” anahtar kelimesiyle yapılan taramada, 2008 ve 2016 yıllarına ait psikolojiyi ilgilendiren toplam 6 çalışmanın bulunduğu görülmüştür. “Hemodiyaliz” anahtar kelimesiyle yapılan taramada, 1990-2018 yılları arasında psikoloji konu başlığında 17 tez çalışmasının yapıldığı; buna karşın hemodiyaliz ile dindarlık, hemodiyaliz ve öznel iyi oluş, hemodiyaliz ve mutluluk ya da hemodiyaliz ve olumlu/olumsuz dinî başa çıkmayı inceleyen bir çalışmanın ise olmadığı görülmüştür. Araştırma bu açıdan da önemlidir.

3. SAYILTILAR VE SINIRLILIKLAR

3.1. Sayıltılar

“Sayıtlı” bir araştırmada bazı başlangıç noktalarının ayrıca kanıtlanmasına gerek görülmeden “doğru” olarak kabul edilmesine denir. Diğer bir ifadeyle *sayıtlı denenmeyen bir yargıdır* ve araştırma sonuçlarının geçerliği bu yargıların doğruluğuna bağlıdır.²⁷ Buna göre; bu çalışmada araştırmanın örneklemini oluşturan katılımcı sayısının evreni temsil ettiği varsayılmaktadır. Örneklemini oluşturan bireyler, kendilerine yöneltilen sorulara ve ölçek maddelerine içtenlikle, doğru ve yansız olarak cevap vermişlerdir. Ayrıca araştırmada kullanılan ölçme araçları (Dindarlık Envanteri ve Öznel İyi Oluş Ölçeği) ölçtükleri özellikler bakımından geçerli ve güvenilirlerdir.

²⁷ Niyazi Karasar, *Bilimsel Araştırma Yöntemi: Kavramlar, İlkeler, Teknikler* (Ankara: 3A Araştırma Eğitim Danışmanlık Ltd., 5. Basım, 1994), 71.

3.2. Sınırlılıklar ve Dışlama Kriterleri

Temmuz 2017 - Haziran 2018 tarihleri arasında yapılan alan araştırmasının sınırlılıkları ve araştırmada dikkat edilen dışlama kriterleri şu şekildedir:

Çalışma; T.C. Sağlık Bakanlığı Hitit Üniversitesi Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çorum İli İlçe Diyaliz Ünitelerinde kronik böbrek yetmezliği teşhisi ile tedavi gören hastaları kapsamaktadır.

Çoklu-strateji desenlerinden “*ardışık açıklayıcı desen*”²⁸ yöntemiyle yapılan araştırma; anket kısmına katılan 205 kişi ve mülakata katılan 20 kişiden oluşan örneklem grubundan elde edilen bulgularla sınırlıdır.

Çalışmada HD tedavisi gören hastaların dindarlık düzeyleri, dinî başa çıkma durumları ve bu hastaların ÖİÖ’su arasındaki ilişki incelendiğinden; araştırma, özellikle HD tedavisi gören kişilerle, ÖİÖ ve ÖİÖ’nun bileşenleriyle (yaşam doyumu, neşe, iyimserlik vb.) sınırlıdır.

Araştırmanın nicel çalışma kısmında gönüllü hasta; formlarda geçen soruları okumak, anlamak ve kendisine uygun olanı işaretlemek durumunda olduğundan, veriler hastanın bu bağlamda verdiği cevaplarla da sınırlıdır.

Katılımcıların ruh hallerinin değişkenlik gösterebileceği göz önünde bulundurulduğundan, araştırma katılımcıların sorulara cevap verdikleri zaman dilimindeki duygu, düşünce, inanç ve tutumları ile de sınırlıdır.

HD tedavisinin zorluğu, hastaların duygusallığı ve ölçek içeriklerinin bir kısmının din ile ilgili olması, özellikle mülakat aşamasında zorlanılan hususlardandır.

Bu araştırma ile ölçülmek istenen dindarlık düzeyleri, *Dindarlık Envanteri*’nin ölçtüğü özellikler ve öznel iyi oluş da *Öznel İyi Oluş Ölçeği*’nin ölçtüğü özellikler ile sınırlıdır. Yine dinî başa çıkma tarzlarına ilişkin bulgular mülakatta yöneltilen 10 adet açık uçlu soruya katılımcıların verdikleri cevaplardan elde edilen verilerle sınırlıdır.

Ayrıca araştırma kesitsel bir çalışma olduğu için, belirli bir zaman aralığını kapsamaktadır ve kapsadığı zaman aralığında elde edilen verilerle de sınırlıdır.

²⁸ Colin Robson, *Bilimsel Araştırma Yöntemleri: Gerçek Dünya Araştırması*, çev: Şakir Çınkır ve Nihan Demirkasımoğlu (Ankara: Anı Yay., 2015), 204.

- **Ardışık Açıklayıcı Desen:** Bir araştırma projesinin ilk aşamasında nicel ve nitel veriler ayrı ayrı toplanarak analiz edilir. Genellikle öncelik nicel verilere verilir ve her iki yöntemle elde edilen bulgular çalışmanın yorumlanması aşamasında bütünleştirilir. Nitel verilerin işlevi, öncelikli olan niceliksel araştırmanın bulgularını açıklama ve yorumlamaya yardımcı olmaktır. (Detaylı Bilgi için bk. Robson, *Bilimsel Araştırma Yöntemleri Gerçek Dünya Araştırması*, 202-208.)

18 yaş ve üzeri diyaliz alan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalarda uygulanan dışlama kriterleri de şu şekildedir:

- 18 Yaş Altı Hastalar
- 6 Aydan Daha Kısa Süredir HD Tedavisi Alan Hastalar
- İnstabil Hastalar
- Aktif Malignensi Olan veya Tedavi Alan Hastalar
- Evre 3-4 Kalp Yetmezlikli Hastalar
- Yatağa Bağımlı Hastalar
- Aktif Enfeksiyonu Olan Hastalar
- Aktif Cerebrovasküler Hastalığı Olanlar
- İleri Düzeyde AC Problemi Olanlar
- Ciddi Psikiyatrik Problemi Olan Hastalar

4. ÖZNEL İYİ OLUŞLA İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

“Öznel iyi oluş” kavramı, aralarında anlam ve içerik bakımından bir takım farklılıklar olsa da; genellikle *psikolojik iyi oluş, mutluluk, yaşam doyumu* gibi terimleri kapsayacak şekilde kullanılan bir kavramdır. Dünyada ve ülkemizde ÖİÖ’yu konu edinen ve iyi oluşun çeşitli değişkenlere göre ele alındığı pek çok araştırma yapılmıştır.

ÖİÖ hakkında yurt dışında yapılan araştırmalara bakıldığında, ÖİÖ düzeyi ile anlamlı ilişkiler gösterdiği bildirilen çeşitli değişkenlere dair pek çok çalışmanın yapıldığı görülmektedir. Ancak; fiziksel sağlıktan hareketle, dindarlık ve ÖİÖ’yu konu edinen ve hastanın ruh sağlığını irdeleyen çalışmalar ise sınırlıdır. Bu nedenle, bu bölümde ÖİÖ’yu çeşitli değişkenler açısından ele alan araştırmalardan ziyade; özellikle KBH bağlamında ruhsal sağlık ve ÖİÖ, dindarlık ve ÖİÖ, manevî yaşam ve ÖİÖ, stres, depresyon, kaygı, yaşam kalitesi gibi ÖİÖ ile ilişkili görülen bazı çalışmalara yer verilmiştir.

Ülkemizde yapılan araştırmalarla ilgili literatür taraması yapıldığında ise; HD hastalığının stres, depresyon, yaşam kalitesi, yaşam doyumu, benlik saygısı ve kontrol odağı, umut-umutsuzluk, sosyal destek, beden imaj algısı, benlik algısı, ruhsal sorunlar, psikopatoloji, uyku sorunları gibi değişkenler bağlamında ele alındığı görülmektedir. HD hastalığında din, dinî inanç ya da hastalıkla dinî başa çıkma konularına dolaylı temas eden birkaç araştırma dışında bu konuda doğrudan ilişki kuran, dindarlık ve

ÖİO'yu HD hastalığı perspektifinden ele alan bir çalışma ise yoktur. Bu nedenle bu bölümde de HD hastalığı ile başa çıkmada dinî inançlara vurgu yapan birkaç çalışma ile birlikte din ve ÖİO/mutluluk, din ve başa çıkma bağlamında belirli araştırmalara değinilmektedir.

Bu başlık altında öncelikle ÖİO ile ilgili yurt dışında gerçekleştirilen çalışmalara, ardından da ülkemizde yapılan çalışmalara yer verilmiştir.

4.1. Yurt Dışında Yapılan Bazı Araştırmalar

Reed, 100'er kişilik 3 gruptan oluşan 300 hasta üzerinde yaptığı araştırmada hastanede yatan ölümcül yetişkin hastaların hastanede yatan ölümcül olmayan ve hastanede yatmayan sağlıklı hastalara kıyasla daha yüksek maneviyata sahip olduklarını tespit etmiştir. Araştırma sonunda Reed, hastanede yatan ölümcül hastalarda manevî bakış açısının ÖİO ile düşük ama olumlu bir ilişkisinin bulunduğunu belirlemiştir.²⁹

Genia ve Cook, manevî olgunluk ve yaşam doyumu arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla farklı etnik ve dinî özelliklere sahip yetişkin ve yaşlı kadınlardan oluşan bir grup üzerinde araştırma yapmışlardır. Araştırmaya 35-88 yaş aralığında ve yaş ortalaması 52 olan toplam 95 kişi katılmıştır. Katılımcıların çoğunluğu Katolik ve Protestan geleneğine bağlı iken; % 12'si agnostik ve ateist, % 16'sı da herhangi bir dinî geleneğe bağlı olmayan ya da Hristiyanlık dışında bir inanç sistemine bağlı olan kişilerdi. Araştırmada manevî olgunluk, Manevî Yaşam İndeksi'nin (Spiritual Experience Index) manevî destek ve manevî açıklık alt ölçekleriyle belirlenmiş; yaşam doyumu için de Yaşam Doyumu İndeks-A Ölçeği (Life Satisfaction Index-A) kullanılmıştır. Korelasyon analizi sonuçlarına göre; manevî destek ve manevî açıklık değişkenlerinin her ikisi de yaşam doyumu ile ilişkili çıkmıştır. Ayrıca gelişim yönelimli bireylerin diğer yönelimlere sahip bireylerden daha yüksek yaşam doyumuna sahip oldukları görülmüştür. Bu bulgu hem manevî desteğin hem de manevî açıklığın en ideal psiko-manevi uyuma katkıda bulunduğunu göstermektedir. Ayrıca araştırma sonuçları, olgunlaşmış bir manevî yönelimin, kadınların sonraki on yıllara eriştikçe olumlu bir bakış açısını sürdürmelerine yardımcı olabileceğini ileri sürmektedir.

²⁹ Pamela G. Reed, "Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adults", *Research In Nursing & Health* 10, No. 5 (1987), 335.

Araştırmacılar bu bulgunun manevî müdahaleleri psikoterapötik uygulamaya entegre etme yönündeki son eğilimleri desteklediği görüşündedirler.³⁰

Daaleman tarafından yapılan araştırmada, dinî ve manevî inançların ayakta tedavi gören hastalara bir anlam ve varoluşsal bir anlayış sistemi kazandırdığı hipotezini test etmek ve ÖİÖ ile ilgili ruhsal ve dinî inançların alanını teşkil eden bazı unsurları belirlemeye çalışmak amacıyla yaşları en az 18 olan 80 hasta incelenmiştir. Araştırmada 20 maddelik Manevî İyi Oluş Ölçeği (The Spiritual Well Being Scale) kullanılmış ve dinî iyi oluş, kişilerin Tanrı ile olan ilişkilerinde sahip oldukları doyum ve olumlu duygulanım derecesi olarak tanımlanmıştır. Varoluşsal iyi oluş ise belirli herhangi bir dinî boyuta atıfta bulunmaksızın, yaşam amacı ve yaşam doyumunu duygusu ile ilgili olarak kullanılmıştır. Araştırma sonucunda katılımcıların, Tanrı'nın günlük hayatlarında doğrudan bir etkiye sahip olduğu (benim sorunlarımdan endişe duyuyor, beni seviyor ve beni umursuyor, günlük durumlarımla ilgileniyor) inancını taşıdıkları tespit edilmiştir. Sevecen bir güç olarak algılanan Tanrı kavramı ve bu inancın anlamlı bir çerçeveye bütünleştirilmesinin, ÖİÖ'nun olumlu bilişsel algısına katkıda bulunabileceği önerilmiştir.³¹

MacLean ve arkadaşları, tıbbi karşılaşmada din ve maneviyata yönelik hasta tercihlerini belirlemek istemiştir. Araştırmaya 3 eyalette 6 akademik tıp Merkezinin birinci basamak kliniklerinden 18 yaş ve üstü toplam 456 hasta katılmıştır. Araştırmacılara göre; hastaların üçte biri (% 33) rutin bir tıp merkezi ziyareti sırasında dinî inançlarının kendilerine sorulmasını istemekte, üçte ikisi (% 67) doktorların dinî ya da manevî inançlarının farkında olmaları gerektiğini düşünmektedirler. Bulgular; doktorun manevî etkileşimi ile hastanın uyumunun hastalığın şiddetiyle doğru orantılı olarak arttığını göstermiştir (klinik ziyarette % 19, hastanede kalırken % 29 ve ölüm yakırken % 50). Yazarlar, bir ofis ziyaretinde bile hekimin hastanın manevî etkileşim isteğini bilmesi gerektiğini ve bu etkileşim arzusunun hastalığın ciddiyetiyle birlikte arttığını belirtmişlerdir.³²

Koeing vd., hastaneye yatırılmış yaşlı erişkinlerde din ve maneviyatın sosyal destek, psikolojik işlev ve fiziksel sağlık üzerindeki etkisini incelemek amacıyla, 50 yaş

³⁰ Vicky Genia and Barbara Ann Cooke, "Women at Midlife: Spiritual Maturity and Life Satisfaction", *Journal of Religion and Health* 37, No. 2 (1998): 117-121.

³¹ Timothy P. Daaleman, "Belief and Subjective Well-Being in Outpatients", *Journal of Religion and Health* 38, No. 3 (1999): 225.

³² Charles D. MacLean et.al., "Patient preference for physician discussion and practice of spirituality", *Journal of General Internal Medicine* 18, Issue.1 (2003): 38.

ve üstü 838 hastanın katılımıyla bir araştırma yapmıştır. Çeşitli dindarlık, maneviyat ve sosyal destek ölçekleriyle yapılan ölçümler sonunda, dindarlık ve maneviyatın sürekli olarak daha fazla sosyal destek, daha az depresif belirtiler, daha iyi bilişsel işlev ve daha fazla işbirliğini yordadığını belirlemişlerdir ($p<.01$ - $p<.0001$). Kendilerini manevî/dindar olmayan insanlar olarak sınıflandıran hastaların, algıladıkları kendi sağlık durumları ve gözlemci tarafından değerlendirilen sağlık durumlarının daha kötü olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Dinî aktiviteler, tutumlar ve manevî deneyimlerin yatan yaşlı hastalarda yaygın olduğu ve daha fazla sosyal destek, daha iyi psikolojik sağlık ve bir dereceye kadar daha iyi fiziksel sağlık ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bu ilişkilerin farkındalığının sağlık hizmetini iyileştirebileceği düşünülmektedir.³³

Maselko ve Kubzansky, maneviyat/dindarlık ile sağlık ve iyi oluş arasındaki ilişkiyi ve bu ilişkilerdeki cinsiyet farklılıklarını incelemiştir. Araştırmada, resmi dinî kurumların etkinliklerine katılımın erkekler için kadınlara göre daha yararlı olacağı hipotezini test etmek ve farklı dinsel etkinliklerin (kamu ve özel dinsel etkinlik ve manevî deneyim) sağlık ve iyi oluş üzerindeki etkilerini doğrudan karşılaştırmak istenmiştir. Katılımcılara kamu ve özel dinî faaliyetlerde bulunma ve manevî deneyimler yaşama sıklığı sorulmuştur. Sonuçlar, haftalık kamusal dinî faaliyetin daha iyi sağlık ve iyi oluş ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca bu ilişki erkekler için kadınlardan daha güçlüdür ve mezhepsel aidiyetten etkilenmektedir.³⁴

Thompson ve arkadaşları, kalp hastası olan yaşlı yetişkinlerin sağlık ve dindarlığı üzerine bir araştırma yapmışlardır. Araştırmaya 276 yaşlı erkek ve kadın katılmış ve katılımcılarla evlerinde yüz yüze görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucunda yaşlı yetişkinlerin çoğunluğu ayda bir veya iki defa ibadet etkinliklerine katıldıklarını, haftada bir veya iki kez dua ettiklerini ve dinî faaliyetlere katılımı önemli gördüklerini ifade etmişlerdir. Katılımcıların yaşları arttıkça ibadetlere katılımlarının da arttığı tespit edilmiştir. Kardiyovasküler hastalığı olan yaşlı erişkinlerde, erkeklerin daha fazla dinî şüphe ifade etmeleri ve diğer hasta gruplarına göre daha az dua ederek ilahi yardım almaktan uzak durmaları da araştırmanın bir başka bulgusudur. Bulgular

³³ Harold G. Koenig et.al, "Religion, spirituality, and health in medically ill hospitalized older patients", *Journal of the American Geriatrics Society* 52, Issue 4 (2004): 554.

³⁴ Joanna Maselko and Laura D. Kubzansky "Gender differences in religious practices, spiritual experiences and health: Results from the US General Social Survey", *Social Science & Medicine* 62 (2006): 2848.

kalp rahatsızlığı olan yaşlı erkeklerin erkeksi bir üsluba sahip olabildiklerini ve ilahi yardım istemediklerini ortaya koymuştur.³⁵

Kronik hastalığı olan yaşlı kadınlardaki maneviyatın hastalığın öz yönetimindeki rolünü incelemek amacıyla yapılan bir araştırmaya 65 yaş ve üzeri 41 Afrikalı-Amerikalı olan ve İspanyol olmayan kadın katılmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen sonuçlara göre; çeşitli kronik hastalıkları olan yaşlı kadınlar maneviyatı geniş ve bütüncül bir biçimde tanımlamışlardır. Elde edilen bulgular maneviyatın öz yönetim sürecinde rol oynadığını ortaya koymaktadır. Yine araştırmada maneviyatın davranış değişikliği ve hastalık yönetimine etkisini öne çıkarmak için ortaya çıkan dört kategori belirlenmiştir. Bunlar: (1) Hastalık yönetimine Tanrı'nın katılımı; (2) Arabulucu olarak dua; (3) Baş etme mekanizması olarak maneviyat ve (4) Geleneksel ve manevî uygulamaların birleşimi. Araştırmacılar maneviyat bilgisi ve maneviyatın hastalık yönetiminde oynadığı rolün halk sağlığı gerontologlarına etkili ve kültürel olarak da uygun öz yönetim programlarını tasarlamada yardımcı olabileceğini ileri sürmüşlerdir.³⁶

Green ve Elliott, dindarlığın sağlık ve iyi oluş üzerindeki etkilerini, iş ve aileyi kontrol altında tutarak karşılaştırmışlardır. Araştırmacılar 2006 Genel Sosyal Araştırmalar verileri ile dindarlığın sağlık ve iyi oluş üzerindeki etkilerini; iş doyumu, evlilik mutluluğu ve mali durum bağlamında ele almışlardır. Sonuçlar, dinî inanç, dinî faaliyetler, iş ve aile, sosyal destek veya mali durumdan bağımsız olarak kendisini dindar olarak tanımlayan kişilerin sağlıklarının daha iyi ve mutluluk düzeyinin de daha fazla olduğunu ortaya koymuştur. Araştırmanın bir başka bulgusu da; liberal dinî inançları olan insanların, köktenci dinci inançları olan insanlara göre daha sağlıklı ancak, daha az mutlu olma eğiliminde olduklarıdır. Köktencilik daha kötü sağlık ile ilişkiliyken, köktenci inanca sahip bireyler daha mutlu olabilmektedir. Bu durum; yaşamın bireylerce deterministik olarak daha fazla görülmesi, ilahi müdahaleye güvenmeyi tercih ederek tıbbî ilgiye başvurmamaları veya sağlıklı davranışları uygulama olasılıklarının daha düşük olabilmesiyle izah edilebilmektedir.³⁷

³⁵ Edward H. Thompson et al, "Heart Trouble" and Religious Involvement among Older White Men and Women", *Journal of Religion and Health* 48 (2009): 317-319.

³⁶ Idethia Shevon Harvey and Lawanda Cook, "Exploring the role of spirituality in self-management practices among older African-American and non-Hispanic White women with chronic conditions", *Chronic Illness* 6, Issue. 2 (2010):111-120.

³⁷ Morgan Green and Marta Elliott, "Religion, Health, and Psychological Well-Being", *Journal of Religion and Health* 49 (2010): 159, 160.

Stewart vd., tıbbi literatürdeki inanç temelli çalışmaları değerlendirmişler ve doktorların dinin hastaların yaşamlarını ve hastalıklarını nasıl etkilediğini anlamalarının yollarının olup olmadığını araştırmışlardır. Dinsel uygulamaların tıp üzerindeki etkisini klinik uygulamalarda birincil veya ikincil değişken olarak değerlendiren 49 makaleyi incelemişlerdir. Özellikle ciddi hastalığı olan birçok hasta için dinî inancın önemli olduğunu ve hastaların dinî inanca pozitif başa çıkma mekanizması olarak güvendiklerini bulmuşlardır. Ayrıca bu incelemenin bulguları, hastaların sıklıkla dinî uygulamalara yöneldiklerini ve hastalık durumlarıyla ilgili olarak Tanrı ile etkileşimde bulduklarını göstermektedir. Bu manevî etkileşim hastalar üzerinde rahatlama, hastalıkları hakkında artan bilgi, daha büyük tedavi tutumu ve yaşam kalitesi sağlayarak hastanın yararına olabilmektedir. Duanın sonuçları kardiyovasküler hastalıkla tutarsız görünmekte; ancak, diğer hastalık durumlarında daha güçlü bir ilişki bulunmaktadır.³⁸

HD tedavisi gören hastaların dinî inançlarının ve maneviyatlarının kapsamlı olarak incelenmediğinden hareketle Berman ve arkadaşları, çoklu dindarlık ölçeği ve hastanın yaşam doyumu ile sosyal desteğini değerlendiren ölçekler kullanarak 74 HD hastası üzerinde dindarlığın medikal ve/veya sosyal faktörler ile tedaviye uyuma bağlılığı arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Araştırma sonunda İç Yönelimli Dindarlık Ölçeğinden elde edilen yüksek puanların Yaşam Doyumu Ölçeğinden alınan puanlar ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu, yaş ve yüksek Örgütsel Dinî Aktivite Ölçeği puanlarının da Medikal Bakımdan Memnuniyet Ölçeği skorlarıyla güçlü bir şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur. Dinî inançların büyük oranda yaşam doyumu ölçütleriyle, dinî davranışların da tıbbî yardımdan memnuniyetle ilgili olduğu belirlenmiştir. Yaş, bağlılıkla ilişkili en önemli demografik faktör olarak bulunmuş ve yaşlılıkla doğru orantılı olarak bağlılığın arttığı tespit edilmiştir. Kısacası; diyaliz popülasyonunda dinin, yaşamla ilgili artan hasta memnuniyeti ve artmış sosyal destek düzeyleriyle ilişkili olabileceği sonucuna ulaşılmıştır.³⁹

Finkelstein vd., HD ve PD (periton diyaliz) tedavisi gören 200 hastanın dinî ve varoluşsal manevî algılarını dikkate alan Manevî İyi Oluş Anketi'ni (SWBQ) kullanarak hastaların maneviyatını anlamaya çalışmışlardır. Araştırmada ÖİÖ için maneviyat puanları ile (a) Beck Depresyon Envanteri (BDE) tarafından değerlendirilen depresif

³⁸ William C. Stewart et.al., "Review of Clinical Medicine and Religious Practice", *Journal of Religion and Health* 52 (2013): 91.

³⁹ Elisheva Berman et.al., "Religiosity in a Hemodialysis Population and Its Relationship to Satisfaction With Medical Care, Satisfaction With Life, and Adherence", *American Journal of Kidney Diseases* 44, No. 3 (2004): 488.

belirtiler, (b) SF-36'nın zihinsel kompozit puanı (ZKP) ve (c) hastaların yaşam kalitesinin genel değerlendirmesi gibi çeşitli yaşam alanı kalitesi arasında güçlü bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Bu ilişki, maneviyat anketinin varoluşsal bileşeni için en güçlü çıkmıştır. Örneğin varoluş skoru ile depresyon skoru arasındaki korelasyon katsayısı (r^2) 0.43, varoluş skoru ile zihinsel kompozit puanı arasındaki korelasyon katsayısı (r^2) da 0.45 olarak bulunmuştur. Daha yüksek maneviyat ve dindarlık algısına sahip diyaliz hastalarında yaşam kalitesinin daha yüksek ve depresyonun daha düşük olduğu bildirilmiştir. Maneviyat puanları ile komorbidite ve hasta yaşı arasında ise herhangi bir ilişkinin bulunmaması ilgi çekici olarak değerlendirilmiştir.⁴⁰

Ko ve arkadaşlarına göre, HD hastasının maneviyatı fiziksel işlevsellik düştüğünde daha da yoğunlaşmaktadır. Yaşlılık ya da fiziksel olarak bozulma yaşanırken kişinin yaşam kalitesi düzeyi azalır ve kişi daha dindar/manevî hale gelir. Ölümle karşı karşıya kalan hastalar; hayatlarına umut, anlam ve amaç vermek için dinî/manevî inançlarına güvenmektedirler. HD hastaları için dayanılan inanç sistemi önemli olduğundan, dinî/manevî yönlerin hastanın kapsamlı bakım planına dâhil edilmesi akıllıca olabilir.⁴¹

Hojjati H. vd., ibadet ile hemodiyaliz hastalarının ruhsal sağlığı arasındaki ilişkiyi analiz etmek için yaptıkları çalışmaya 85 hasta katılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre örneklemin ibadet etme sıklığının % 96 olduğu, % 87'sinin de ibadete yönelik olumlu bir görüşe sahip oldukları ve örneklemin % 75'inde manevî sağlık düzeyinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. İbadet sıklığı ve ruhsal sağlık arasında anlamlı bir ilişki tespit edilemezken ($p=0.3$) Tanrı ile bağımlılık hissinde karşı kendilerine yardım ettiğini düşünenlerin oranı da % 52 olarak belirlenmiştir.⁴²

Martínez ve Custódio, HD hastaların üzerinde ruh sağlığı ve manevî iyi oluş ilişkisini incelemek amacıyla 150 HD hastasının katılımıyla bir araştırma yapmışlardır. Hastaların ruh sağlığı, Genel Sağlık Anketi kullanılarak değerlendirilmiş ve manevî iyi oluşları da Manevî İyi Oluş Ölçeği'nden (Spiritual Wellbeing Scale) elde edilen verilere göre yorumlanmıştır. Araştırma sonucunda, ruhsal sağlık ile manevî iyi oluş arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0.001$). Manevî iyi oluş; ruhsal sağlık, psikolojik

⁴⁰ Fredric O. Finkelstein et.al, "Spirituality, quality of life and the dialysis patient", *Nephrol Dial Transplant* 22 (2007): 2433.

⁴¹ Benjamin Ko et.al, "Religious beliefs and quality of life in an American inner-city haemodialysis population", *Nephrol Dial Transplant* 22 (2007): 2990.

⁴² H.Hojjati et.al., "Relationship between different dimensions of prayer and spiritual health in hemodialysis patients", *Iranian Journal of Critical Care Nursing* 2, Issue. 4 (2010): 149-151.

sıkıntı, uyku bozukluğu ve psikosomatik şikâyetlerle olumsuz ilişkili ve bu değişkenlerin en güçlü yordayıcısı olarak tespit edilmiştir. Olumsuz ruh sağlığının daha düşük manevî iyi oluş ile ilişkisi bulunduğu; bu durumun, hastaların palyatif bakımlarında dikkate alınması gereken bir husus olduğu belirtilmiştir.⁴³

Filipinli Hristiyan HD hastalarının dindarlığını ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ölçmeyi amaçlayan kesitsel bir çalışmaya son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) olup düzenli HD alan 100 HD hastası katılmıştır. Araştırmada Duke Üniversitesi Din Endeksi (The Duke University Religion Index) ve Ferrans ve Güçler Yaşam Kalitesi Endeksi Diyaliz Sürümü-III (the Ferrans and Powers QLI Dialysis Version-III) kullanılmış, elde edilen veriler betimsel istatistikler ve Pearson r korelasyon kullanılarak analiz edilmiştir. Analiz sonuçlarında örgütsel dinî aktiviteler boyutu, örgütsel olmayan dinî faaliyetler boyutu ve iç yönelimli dindarlık olmak üzere dindarlığın üç boyutu olduğu tespit edilmiştir. Yaşları 65 ve üzeri olan hastaların örgütsel ve örgütsel olmayan dinî aktivitelere katılımlarının ve 12.76'lık ortalama puan ile iç yönelimli dindarlıklarının gençlere kıyasla yüksek olduğu, kadınların erkeklere oranla dindarlığın üç boyutunda da yüksek puan aldıkları bulgulanmıştır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ortalama puanlarında en yüksek skor kadınlar ve serbest çalışanlarda çıkmıştır. Dinî etkinliklere katılımın sağlığa dair yaşam kalitesinin bazı boyutlarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur. İç güdümlü dindarlık, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ile güçlü ve pozitif bir korelasyon göstermiş, bu tür etkinliklere katılımın ve dinî ihtiyaçların karşılanmasının yaşam kalitesi açısından önemli olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, HD hastalarının bakımlarında manevî bakımın onların genel sağlığını iyileştireceği sonucuna ulaşılmıştır.⁴⁴

Pilger vd., hemodiyalize giren yaşlı erişkinlerin manevî iyi oluş, sosyo-demografik, ekonomik, dinî ve sağlık değişkenleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi analiz etmek için, KBH tanısıyla düzenli hemodiyaliz tedavisi gören, tedavide en az altı ay süre kalmış, klinik olarak kararlı, sözlü iletişim yeteneğine sahip ve bilişsel işlevleri yerinde olan 60 yaş ve üzeri 169 hasta üzerinde bir çalışma yapmışlardır. Araştırmaya katılanların % 81'i kendisini dindar olarak tanımlarken, kendisini dindar olarak görmeyen erkeklerin oranı (% 18,3) kadınlara oranla (0,6) daha yüksek bulunmuştur.

⁴³ Beatriz Bertolaccini Martínez and Rodrigo Pereira Custódio, "Relationship between mental health and spiritual wellbeing among hemodialysis patients: a correlation study", *Sao Paulo Medical Journal* 132, No.1 (2014): 23.

⁴⁴ Jonas Preposi Cruz et.al, "Religiosity and Health-Related Quality of Life: A Cross-Sectional Study on Filipino Christian Hemodialysis Patients", *Journal of Religion and Health* 55 (2016): 903-905.

Bu çalışmadaki yaşlı hastalarında manevî iyilik hali ile ilgili olarak, örneklem üzerinde ortalama düzeyde yaşam doyumunun, yaşam amacının ve yüksek dinsel iyi oluş düzeyinin temsil edildiği görülmüştür. Bulgular, hastalarda Tanrı ve kutsal ile ilgili olumlu bir anlayışın olduğunu göstermektedir. Veriler ayrıca KBH'nin dayattığı stres ve sınırlamalara ve tedavi güçlüklerine rağmen, yaşlı hastaların inançları ve ılımlı yaşam amacı ve anlam düzeyleri ile iyi olma hissinin ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır.⁴⁵

18 yaş üstü 161 HD hastası üzerinde yapılan bir başka çalışmada, hemodiyalize giren SDBY hastalarında dinsel/manevî başa çıkma yöntemleri ile yaşam kalitesi ve depresyon arasındaki ilişkileri değerlendirmek istenmiştir. Dinî Başa Çıkma Anketi (the Religious Coping Questionnaire (RCOPE)), Epidemiyolojik Çalışmalar Depresyon Ölçeği Merkezi (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) ve Tıbbi Sonuç Çalışması 36-Maddeli Kısa Form Sağlık Araştırması (36-Item Short Form Health Survey (SF-36) ölçeklerinden elde edilen sonuçlara göre; dinî başa çıkma, depresyon ve yaşam kalitesine ilişkin bulgular elde edilmiş ve yorumlanmıştır. Örnekleme % 27.3'lük bir depresyon prevalansı tespit edilmiştir. Olumlu dinî/manevî başa çıkma puanlarının depresyonlu hastalara göre depresyonu olmayanlarda daha yüksek olduğu ve olumlu dinî/manevî başa çıkma skorlarının depresyon skorlarıyla negatif ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Yaşam kalitesi ile ilgili olarak, olumlu dinî/manevî başa çıkma puanı ile genel sağlık ve zindelik puanları arasında pozitif bir korelasyon tespit edilirken negatif dinî/manevî baş etme puanı ile sosyal işlevsellik ve zihinsel sağlık boyutlarındaki puanlar arasında ters korelasyon belirlenmiştir. Buna ek olarak, olumlu dinî/manevî başa çıkma skorları; vücut ağrısı ve zindelik boyutlarında daha yüksek puanların bağımsız bir yordayıcısı iken; olumsuz dinî/manevî başa çıkma skorları, sosyal işlevsellik puanlarının düşük olduğunu bağımsız olarak yordamıştır.⁴⁶

⁴⁵ Caliope Pilger et.al., "Spiritual well-being and quality of life of older adults in hemodialysis", *Rev Bras Enferm* [Internet] 70, No. 4 (2017): 690-693.

⁴⁶ Paulo Roberto Santos et.al., "Religious coping methods predict depression and quality of life among endstage renal disease patients undergoing hemodialysis: a cross-sectional study", *BMC Nephrology* 18, No. 197 (2017): 1.

4.2. Ülkemizde Yapılan Bazı Araştırmalar

Yaparel, “Yirmi-Kırk Yaşlar Arası Kişilerde Dinî Hayat ile Psiko-Sosyal Uyum Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma” adlı incelemesinde, bu yaşlar arasındaki erkekler üzerinde dinî hayatın olumlu bir etkisinin olduğunu tespit etmiştir. Artan ibadetle birlikte depresyonda düşüş meydana gelmektedir. Ayrıca araştırmada yaşın ilerlemesi ile birlikte dinî duygunun daha bir önem kazandığı vurgulanmıştır. Yine depresyonun düşmesinde dinî duygunun da etkin olduğu ifade edilmiştir. Dinî hayatın boyutları ile durumluk kaygı arasında da benzer ilişkiler bulgulanmıştır.⁴⁷

Ayten vd., bireylerin şükretme yönelimleri, dinî başa çıkma davranışları ve yaşam memnuniyeti düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Araştırmada; bireylerin cinsiyet ve yaş gibi demografik özellikleriyle şükretme yönelimleri ve dinî başa çıkma eğilimleri arasındaki ilişkiler de ele alınmıştır. Örneklem; hasta, hasta yakınları ve hastane çalışanlarından oluşan ve yaşları 16 ile 64 arasında değişen 114 kişidir. Saha araştırması niteliğindeki çalışmada katılımcılara “Dinî Başa Çıkma Ölçeği”, “Şükür Ölçeği” ve “Yaşam Memnuniyeti Ölçeği” uygulanmıştır. Sonuçlar, “Hayra Yorma” ve “Dinî Yalvarma” alt boyutlarına giren dinî başa çıkma etkinliklerini erkeklerin kadınlara göre daha sık kullandığını; hastaların, hasta yakınları ve hastane çalışanlarına oranla olumlu dinî başa çıkma etkinliklerini daha sıklıkla kullandıklarını göstermiştir. Ayrıca yaşam memnuniyeti ile şükür ve olumlu dinî başa çıkma arasında olumlu ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir.⁴⁸

Alemdar, düzenli hemodiyaliz tedavisi gören gençlerin benlik algılarını saptamak amacıyla 30 genç diyaliz hastası ve 3 sağlıklı genç üzerinde yaptığı araştırmada; düzenli HD tedavisi gören gençlerin yoğun psikolojik problemler yaşadıklarını, engellere karşı toleranslarının az olduğunu ve dürtülerine daha sık yenildiklerini tespit etmiştir. Beden gelişimlerine yönelik duyguları sağlıklı gençlere oranla daha olumsuzdur. Diğer insanlarla iyi ilişkiler kuramadıkları ve izole bir birey olmayı tercih ettikleri görülmüştür. Ayrıca bir işi bitirmek için kendilerinde yaratıcı ve yapıcı gücü bulamamakta ve gelecekle ilgili sorumluluk yüklenmekten kaçınılmaktadırlar. Araştırmada olumsuz düzeye gelmeyen tek boyut, aileleriyle

⁴⁷ Recep Yaparel, “Yirmi-Kırk Yaşlar Arası Kişilerde Dinî Hayat ile Psiko-Sosyal Uyum Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma”, (Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, 1987), 142-145.

⁴⁸ Ali Ayten vd., “Dinî Başa Çıkma, Şükür ve Hayat Memnuniyeti İlişkisi: Hastalar, Hasta Yakınları ve Hastane Çalışanları Üzerine Bir Araştırma”, *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi* 12, sy. 2 (2012), 45-79.

ilişkileridir. Hem hasta hem de kontrol grubundaki gençlerin aileleriyle sağlıklı ilişkiler kurdukları belirlenmiştir.⁴⁹ Hasta grupta olan gençlerin ailelerinden aldıkları sosyal desteğin ÖİÖ düzeylerine olumlu katkısının olduğu değerlendirilebilir.

Erdem vd., 136 HD hastası üzerinde yaşam doyumu ve umutsuzluk arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yaptıkları araştırma sonucunda hastaların yaşam doyumu puan ortalamasını 19.20 ± 6.7 olarak bulmuşlardır. Hasta yaşı ve eğitim düzeyi ile yaşam doyumu arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüş, ancak; cinsiyet, medeni durum ve hemodiyalize girme süresi ile yaşam doyumu arasındaki ilişki ise istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Hastaların umutsuzluk puan ortalaması 8.8 ± 5.1 olarak tespit edilmiştir. Medeni durum, yaş, cinsiyet ve hemodiyalize girme süresi ile umutsuzluk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Meslek ve eğitim ile umutsuzluk düzeyleri arasında ise anlamlı bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Ayrıca ev hanımlarının ve okur-yazar olmayanların umutsuzluk düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yaşam doyumu ile umutsuzluk arasında negatif yönde, oldukça anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r = -.365$, $p < 0.01$). Bu da hastaların yaşam doyumu puan ortalamalarının artmasıyla, umutsuzluk puan ortalamalarının azalması olarak yorumlanmıştır.⁵⁰

59 hasta üzerinde yapılan başka bir araştırmada, kronik böbrek yetmezliği olan hastaların, çeşitli değişkenlere göre depresyon ve anksiyete düzeyleri incelenmiştir. Hastalara Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) uygulanmıştır. Araştırma sonucunda; hastaların % 40.6'sının 0-2 yıl arası, % 25.5'inin 3-4 yıl arası, % 15.3'ünün 5-6 yıl arası ve % 18.6'sının da 7 yıldan fazla süredir diyalize girdikleri, bu süre arttıkça depresyon ve anksiyete düzeylerinin yükseldiği, hastaların, % 50.8'inde (n=30) düşük, % 49.2'sinde (n=29) orta ve ağır düzeyde depresyon olduğu saptanmıştır. BDÖ ile BAÖ puanları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişkinin ($r = 0.541$, $p < 0.01$) olduğu gerçeğinden hareketle, toplumu tehdit eden depresyon ve anksiyete gibi psikolojik hastalıkların, diyaliz hastalarında birbirinin tetikleyicisi yapılar olduğu söylenebilir. Kadınlarda depresyon ve anksiyete erkeklere oranla daha fazla görülmüştür. Bunun nedeninin toplumda kadınların anne, eş ve iş kadını gibi daha fazla strese yol açabilecek rolleri üstlenmiş olmasından kaynaklanabileceği

⁴⁹ Gülsen Alemdar, "Düzenli Hemodiyaliz Tedavisindeki Gençlerde Benlik Kavramı", (Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, 1990), 47.

⁵⁰ Neşe Erdem vd., "Hemodiyaliz Hastalarında Umutsuzluk ve Yaşam Doyumu", *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 1, No. 1 (2004): 10.

değerlendirilebilir. BDÖ ve BAÖ puanları, eğitim düzeyi düşük olanlarda daha yüksek bulunmuş ve bu durum eğitim seviyesi yükseldikçe bireylerin kendi öz denetimlerini sağlayabilmeleri, iş bulma olanaklarının daha fazla olması ve geleceğe ilişkin umutlarını gerçekleştirmede eğitim düzeyi düşük olanlara göre daha şanslı olmalarıyla izah edilmiştir. Gelir durumu düşük (≤ 500) olan hastaların BDÖ ve BAÖ puanları diğer gelir durumlarına oranla daha yüksektir. Yaş değişkeni bağlamında veriler incelendiğinde ise; en düşük BAÖ puan ortalaması 33-46 yaş aralığında, en yüksek BAÖ puan ortalamasının da 47-60 yaş aralığında olduğu görülmüştür. Araştırma bulguları, HD hastalarının depresyon ve anksiyete gibi psikolojik problemlere eğilimli olduklarını göstermektedir.⁵¹

Çetinkaya ve arkadaşları, SAPD ve HD hastalarında depresyon, anksiyete düzeyleri ve stresle başa çıkma tutumlarını değerlendirmek amacıyla kesitsel bir çalışma yapmışlardır. Toplam 61 hastanın katıldığı araştırmada; hastaların psikiyatrik belirtilerini değerlendirmek amacı ile Beck Depresyon Ölçeği, Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmacılar stresle başa çıkma tutumlarını değerlendirmede; her iki grupta da en sık dinî başa çıkma yönteminin kullanıldığı tespit etmişlerdir. Bu durum hastaların dinî inançları sayesinde hastalığı kabullendiklerini ve onunla birlikte yaşamayı öğrendiklerini göstermektedir.⁵²

Hiçdurmaz ve Öz, HD ve sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD) tedavisi uygulanan hastaların stresle başa çıkma biçimlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı bir araştırma yapmıştır. Araştırmaya 5 farklı üniversiteden 212 HD ve 149 SAPD hastası katılmıştır. Veriler “Hemodiyaliz Hasta Bilgi Formu”, “SAPD Hasta Bilgi Formu” ve “Stresle Başa Çıkma Ölçeği” kullanılarak elde edilmiş ve iki ortalama arasındaki fark anlamlılık testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre; her iki hasta grubunda da en sık kullanılan başa çıkma yöntemi “dine yönelme” dir.⁵³

⁵¹ Halil Coşkun Çelik ve Tarık Acar, “Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi”, *Fırat Tıp Dergisi* 12, sy. 1 (2007): 26.

⁵² Selma Çetinkaya vd., “Bir Üniversite Hastanesinde Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarında Depresyon, Anksiyete Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tutumları”, *Nöropsikiyatri Arşivi* 45 (2008): 80-83.

⁵³ Duygu Hiçdurmaz ve Fatma Öz, “Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastaların Stresle Başa Çıkma Biçimleri”, *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 16, No. 3 (2009): 1.

Çınar vd., tamamı Müslüman 224 HD hastası üzerinde yaptıkları araştırmalarında “Hemodiyaliz Stres Ölçeği” ve “Başa Çıkma Ölçeği” kullanmışlardır. Araştırma sonucunda hastalarda en sık görülen stresörlerin tatilin kısıtlanması (% 80.4), aşırı yorgunluk (% 79.9), geleceğe dair belirsizlik (% 79.0), aktivitelerin kısıtlanması (% 75.9) ve hemodiyaliz makinesine bağımlı bir yaşam (% 75.0) olduğu bulgulanmıştır. Bununla birlikte araştırmacılar hastaların başa çıkma stratejisi olarak aktif başa çıkma (Ortalama =11.43, SD=3.03) ve rekabet etkinliklerinin bastırılması (Ortalama=11.22, SD = 2.15) yöntemlerine yöneldiklerini belirtmiş, ancak en sık başvurulan yöntemin din (Ortalama =14.10, SD =3.99) olduğunu ifade etmişlerdir.⁵⁴ Bu durum bireylerin sıkıntılı durumlarında Tanrı'nın desteğini hissetme ihtiyacı duydukları ve bu nedenle, sıkıntı yaratan hastalık durumunda da dine yöneldikleri şeklinde açıklanabilir. Literatürde bireylerin yoğun stres yaşadıkları durumlarda dinin kendilerine destek sağlayabileceğini ve ruhsal sorunları önleyebileceğini ve böylece hastaların stresle başa çıkmalarında yardımcı olabileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur.⁵⁵

Türkiye’de tedavi gören HD hastalarının yaşam kalitesini belirleyen unsurların uluslararası mukayesesi Nişel vd. tarafından yapılmıştır. 236 HD hastasının içinde buldukları durumla ilgili fiziksel ve duygusal sorunlarına ilişkin algıları KDQOL-SF Versiyon 1.3 (Böbrek Hastalığı Yaşam Kalitesi) ölçüm aracı kullanılarak ölçülmüştür. Araştırma sonuçları Türk HD hastalarının diğer ülkelerdeki (Avrupa, Japonya ve ABD) HD hastalarına göre daha yüksek yaşam kalitesi algısına sahip olduklarını göstermiştir. Benzer şekilde diyaliz personelinin hastayı cesaretlendirmesi, hasta tatmini, zihinsel işlev ölçekleri haricinde diğer tüm alt-ölçeklerde Türk HD hastalarının daha yüksek yaşam kalitesi algısına sahip oldukları belirlenmiştir.⁵⁶

Zengin ve Yıldırım, 12 hasta ile niteliksel araştırma yönteminin derinlemesine görüşme tekniğini kullanarak gerçekleştirdikleri araştırmada, HD hastalarının psikososyal sorunlarını nasıl algıladıklarını ortaya koymak istemişlerdir. Verilerin

⁵⁴ Sezgi Cinar vd., “Stressors and Coping Strategies in hemodialysis patients”, *Pak J Med Sci* 25, No. 3 (2009): 448.

⁵⁵ Hiçdurmaz ve Öz, “Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastaların Stresle Başa Çıkma Biçimleri”: 13. **Ayrıca stresli zamanlarda din ve inanca yönelmeyle ilgili** bk. Carver et.al, “Assesing coping strategies: a theoretically based approach”, 267-283.; Samir S. Patel et.al., “Psychosocial variables, quality of life, and religious beliefs in ESRD patients treated with hemodialysis”, *American Journal of Kidney Diseases* 40, No. 5 (2002): 1013-1022. ve Dorothy Burns, “Physical and psychosocial adaptation of blacks on hemodialysis”, *Applied Nursing Research* 17, No. 2 (2004): 116-124.

⁵⁶ Rauf Nurettin Nişel vd., “Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Uluslararası Mukayeseli Analizi”, *Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi* 38, sy. 1 (2016): 249.

analizi sonucunda terk edilme, geçmişe duyulan özlem, sosyal destek ve arzu edilmeyen cinsel ilişkiye zorlanma başlıkları altında dört tema oluşturulmuştur. Bu çalışmada psikososyal ve kültürel boyutlarıyla kadın ve erkek hasta olmanın, hastalık süreci ile birlikte değişen rollerden ve dinamiklerden etkilendiği, katılımcıların tamamının genellikle hastalıktan sonra yoğun psikososyal sorunlarla karşılaştıkları belirlenmiştir. Bu araştırmanın en önemli sonucu, hastaların hastalık algılarının hastanın cinsiyetine bağlı olarak değişmesiyle birlikte genel olarak toplumsal cinsiyet bakış açısıyla şekillendirilmiş olmasıdır. Ayrıca, hem kadın hem de erkek HD hastaları birtakım cinsel sorunları da yaşayabilmektedir. Cinsel yaşamda görülen sorunlar eşler arası ilişkinin dinamiklerini değiştirebilmekte, hastalarda gözlenen cinsel işlev kayıpları eşlerinde hastalara yönelik olumsuz duygulara yol açabilmektedir.⁵⁷

Armaner'e göre de din, hayatın çeşitli sorunlarıyla boğuşan insanın ruhunu huzur ve sükûna kavuşturma potansiyeline sahiptir.⁵⁸ Araştırma sonuçlarında görüldüğü gibi maneviyat ya da din; hastalık, acı çekme, ölüm ve benzeri zorlayıcı yaşam olaylarıyla bireylerin baş edebilmesine, depresyon, kaygı gibi olumsuz duyguları daha az yaşamalarına ve olumlu duyguların yanı sıra yaşamdan daha çok doyum almalarına yardım ederek onların öznel ve psikolojik iyi oluşlarına olumlu katkı sağlayabilmektedir.

⁵⁷ Oğuzhan Zengin ve Buğra Yıldırım, "Hemodiyaliz Hastalarının Psikososyal Sorunlarına İlişkin Algıları", *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 26, No. 1 (2017): 72.

⁵⁸ Neda Armaner, *Psikopatolojide Dinî Belirtiler* (Ankara: Ayyıldız Matbaası, 1973), 7.

BİRİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL TEMELLER VE KAYNAK ARAŞTIRMASI

1.1. KRONİK BÖBREK HASTALIĞI (KBH)

1.1.1. Hastalığın Tanımı ve Genel Özellikleri

Böbrekler retroperitoneal bölgede (karın bölgesinin arkası) bulunan ve her biri yaklaşık 120-150 gram ağırlığında olan fasulye şeklinde organlardır. Her iki böbrekte yaklaşık 2.000.000 nefron vardır ve bir nefron temel olarak glomerül ve tubülüs olmak üzere iki kısımdan oluşur.⁵⁹ Glomerule gelen kan süzülür, temiz kan vücuda gider, süzülen zararlı maddeler tubülüs yoluyla böbreğin havuzcuğuna geçer ve oradan da mesane yoluyla dışarıya atılır. Sağlıklı böbrekler fazla sıvıyı, mineralleri ve zehirli atıkları uzaklaştırarak kanı temizler. Ayrıca kemikleri güçlendirmek ve kanın daha sağlıklı olması için hormonlar yapar. Böbrek yetmezliği geliştiğinde zararlı atıklar vücutta birikir, kan basıncı yükselebilir, fazla sıvı atılamaz ve kan için yeterli alyuvar yapılamaz.⁶⁰

Kronik böbrek hastalığı (KBH) glomerüler filtrasyon değerinde azalmanın sonucu böbreğin sıvı elektrolit dengesini ayarlama ve metabolik-endokrin fonksiyonlarında kronik, ilerleyici⁶¹ ve geri dönüşsüz kaybı⁶² olarak tanımlanabilir. Böbrekte 3 aydan daha uzun süren yapısal ve işlevsel bozukluklarla giden idrar, kan anormallikleri ya da görüntüleme yöntemleri ile saptanan bir hasar olması veya böbrek hasarı olsun ya da olmasın; GFH'nin 3 aydan uzun bir süre 60 ml/dk/1.73 m²'den düşük olması kriterlerinden birinin sağlanması durumunda kronik böbrek hastalığı tanısı konulur.⁶³

⁵⁹ Tekin Akpolat ve Cengiz Utaş, "Böbrek Yetmezliği: Genel Bilgiler", t.y., erişim tarihi: 29 Ocak 2017, http://www.tsn.org.tr/folders/file/bobrek_yetmezligi.pdf.

⁶⁰ İtir Yeğenağa ve Erkan Dervişoğlu, *Kronik Böbrek Hastaları İçin Eğitim Kitabı* (İstanbul: Roche Yayınları, 2007), 12.

⁶¹ Mehdi Heidarzadeh et.al., "Relationship between quality of life and self-care ability in patients receiving hemodialysis", *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 15, No. 2 (2010): 66.

⁶² Semra Karaca vd., "Hastaların Perspektifinden: Periton Diyalizinin Yaşama ve Ruhsal Belirtilere Etkisi", *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2, sy. 4 (2012): 169.

⁶³ KDIGO, "Definition and classification of CKD", *Kidney International Supplements* 3, Issue. 1 (2013): 19. (in *Official Journal of the International Society of Nephrology*, KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease)

Farkındalığın toplumun genelinde halen düşük seviyede olduğu KBH⁶⁴ dünya genelindeki nüfusun % 10'unu etkilemekte ve milyonlarca insan her yıl uygun tedaviye erişimi olmadığı için KBH'den ölmektedir.⁶⁵ 1990 yılında toplam ölüm sayısının nedenleri arasında KBH 27. sırada iken, 2010 yılında 18. sırada yer almıştır.⁶⁶ 2013 yılında yapılan “Küresel Hastalık Yüğü” çalışmasında, 956,200 kişinin KBH'den öldüğü tahmin edilmektedir. 1990 yılından bu yana ölüm oranında gerçekleşen % 134'lük artış, ölüm nedenleri arasındaki en büyük artışlardan birisidir.⁶⁷

KBH çok çeşitli nedenle gelişebilir ve bu nedenlerin sıklığı ülkeden ülkeye değişiklik gösterebilir. Örneğin; ABD Böbrek Veri Sistemi 2008 Yıllık Veri Raporundaki bilgilerden KBH nedenleri arasında Diabetes Mellitus'un % 38, glomerulonefritin % 14, hipertansiyonun da % 24,6 oranında olduğu anlaşılmaktadır.⁶⁸ Ülkemizde 73 merkezden elde edilen verilere göre ise, 2017 yılı içinde ilk RRT olarak HD'ye başlayan insidan hastaların etyolojik nedenleri arasında Diabetes Mellitus % 38,03, glomerulonefrit % 6,01 ve hipertansiyon da % 27,46 oranında görülmektedir.⁶⁹

Ülkemizde KBH araştırmaları arasında yaklaşık 30 yıllık geçmişiyle Türk Nefroloji Derneğinin (TND) çalışmalarında elde ettiği veriler, en sağlıklı veriler olarak kabul edilmektedir.⁷⁰ Ancak insidans ve prevalans rakamları hesaplanırken TND'nin merkez bazlı topladığı veriler yerine, 2012 yılından bu yana Sağlık Bakanlığı tarafından toplanan hasta bazlı veriler kullanılmaktadır. Sağlık Bakanlığı ve TND Ortak Raporu (2016)'na göre Türkiye'de 2016 yılında renal replasman tedavisine (HD, PD, Transplantasyon) başlayan toplam hasta sayısı (çocuk hastalar dâhil) 11,169'dur. Bunlar içerisinde 8,967 hasta sayısı ile en fazla HD tedavisine başlayan hastalar yer almaktadır. 2001 yılında Türkiye'de renal replasman tedavisi (RRT) gerektiren son dönem böbrek hastalığı (SDBH) nokta prevalansı milyon nüfus başına 324 iken, geçen 15 yıllık sürede bu sayı 3 kata yakın bir oranda artmış ve 2016 yılında 933 olarak saptanmıştır (çocuk

⁶⁴ Rajiv Saran et.al., “US Renal Data System 2015 Annual Data Report: Epidemiology of Kidney Disease in the United States”, *American Journal of Kidney Disease* 67, Issue. 3, Supl. 1 (2016): A7.

⁶⁵ World Kidney Day, “Chronic Kidney Disease”, 2017, erişim tarihi: 22 Haziran 2017, <http://www.worldkidneyday.org/fags/chronic-kidney-disease/>.

⁶⁶ National Kidney Foundation, “Global Facts: About Kidney Disease”, 2015, erişim tarihi: 20 Haziran 2017, https://www.kidney.org/kidneydisease/global-facts-about-kidney-disease#_ENREF_2.

⁶⁷ GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators, “Global, regional, and national age–sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013”, *Lancet* 385 (2015): 137.

⁶⁸ Demet Yavuz vd., “Hemodiyaliz Hastalarında Görülen Psikiyatrik Hastalıklar”, *Turkish Medical Journal* 6 (1) (2012): 33.

⁶⁹ Süleymanlar vd., “T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu”, 10.

⁷⁰ Mehmet Halis Tanrıverdi vd., “Kronik Böbrek Yetmezliği”, *Konuralp Tıp Dergisi* 2, sy. 2 (2010): 29.

hastalar dâhil). Yine 2001 yılındaki SDBH insidansı 137 iken, 2016 yılında ise bu durum milyon nüfus başına 140 olarak belirlenmiştir.⁷¹ SDBH sıklığındaki artışın en önemli iki nedeni; toplumun yaş ortalamasının giderek artması ve ülkemizde diyabetin epidemik haline gelmesidir.⁷²

1.1.2. Hastalığın Tedavisi

Kronik böbrek yetmezlikli hastalarda yıllar ilerledikçe, böbrek fonksiyonlarının giderek azalması sonucu sağlıklı bir fizyolojik denge sağlanamaz hale gelir ve ağır bir klinik tablo ortaya çıkar. Konservatif tedavinin yeterli olmadığı bu dönemde böbrek işlevlerini kısmen yerine getirebilen renal replasman tedavi (RRT) yöntemleri uygulanmaya başlanır. Bu yöntemler; **periton diyalizi**, **hemodiyaliz** ve **renal transplantasyondur**.⁷³

Kelime olarak “ayrıştırma” anlamına gelen “diyaliz”, tıpta zararlı atıkların uzaklaştırılmasını ifade eder.⁷⁴ Diyaliz, yarı geçirgen bir zar aracılığıyla hasta kanı ile diyaliz solüsyonu arasında sıvı-solüt değişimini esas alan bir tedavi yöntemidir.⁷⁵

Diyalizin başlatılmasına karar verirken diyaliz imkânları, yaşam kalitesi, diyet uyum ve ileri dönemde organ nakli imkânı gibi değişik faktörler göz önüne alınmaktadır.⁷⁶

1.1.2.1. Periton Diyalizi

Diyaliz tedavisine karar verildiğinde genel olarak iki seçenek söz konusudur. Bunlar; periton diyalizi ve hemodiyalizdir.⁷⁷

“Periton”, karın boşluğu duvarını çevreleyen zarıdır ve bu zar atık maddeler ile fazlalık sıvının kan damarlarından “kateter” tüpü aracılığıyla karın boşluğuna verilen

⁷¹ Gültekin Süleymanlar vd., *Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon 2016 Raporu* (Ankara: Türk Nefroloji Derneği Yayınları, 2017), 3-5.

⁷² Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2014-2017)* (Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2014), 9.; Paul Jungers et al., “Age and genderrelated incidence of chronic renal failure in a French urban area: a prospective epidemiologic study”, *Nephrol Dial Transplant* 11 (1996): 1545.

⁷³ Öztürk, “Hemodiyaliz Tedavisini Sürdüren Hastalarda Tedaviye Uyumun ve...”, 9.

⁷⁴ Burcu Kıvrak, “Diyaliz ve Renal Transplantasyon Hastalarında Beden İmaj Algısının Kişilerarası İlişkiler Açısından İncelenmesi”, (Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Maltepe Üniversitesi, 2008), 20.

⁷⁵ Tekin Akpolat ve Cengiz Utaş, *Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı* (Kayseri: Anadolu Yayıncılık, Birinci Baskı, 2001), 22.

⁷⁶ Özdemir, “Hemodiyaliz Tedavisi Gören Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Tedavilerinin Toplumsal Cinsiyet Yaklaşımı ile Değerlendirilmesi”, 18.

⁷⁷ Süel Korap, “Hemodiyaliz Hastalarında Depresyona Bilişsel Yaklaşım”, (Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, 2000), 6.

diyaliz solüsyonuna geçişini sağlamaktadır. Solüsyon; söz konusu atıkları, kimyasalları ve fazla suyu periton zarından geçirir ve karın boşluğunun içerisine çeker. Birkaç saat sonra atıkları ile birlikte beklemiş çözeltili tüp yoluyla karın içerisinden dışarı alınır. Atıkları ve fazla sıvıyı içeren kullanılmış solüsyon da uygun bir şekilde dışarı alınarak atılır. Yaklaşık 30-40 dakika süren bu boşaltma ve yeniden doldurma işlemine “bir değişim süresi” denilir. Diyaliz solüsyonunun karında bekletildiği süreye ise “bekleme süresi” adı verilir. Tipik bir uygulama programında bekleme süresi 4 ile 6 saattir ve günde dört değişim uygulanır.”⁷⁸

Hastalar için farklı periton diyaliz yöntemleri olsa da en yaygın kronik periton diyalizi yöntemi “sürekli ayaktan periton diyalizi”dir (SAPD). Bu uygulamada, periton boşluğuna doldurulan diyalizat birkaç saatlik bir dengeleme süresinden sonra yenisiyle değiştirilir ve işlem genel olarak günde dört kez yapılır. Hasta tarafından ve hastane dışında gerçekleştirildiği için, yöntemin başarısı eğitimi de dâhil olmak üzere altyapının yeterliliğine bağlıdır.”⁷⁹

1.1.2.2. Hemodiyaliz

Hemodiyaliz; hastadan alınan kanın bir zar aracılığı ve bir makine yardımı ile sıvı-solüt (eriyen madde) içeriğinin yeniden düzenlenmesidir. Hemodiyaliz işleminin gerçekleşmesi için yeterli kan akımı sağlanmalı, bir membran ve makine kullanılmalıdır.⁸⁰

Hemodiyaliz; şekil olarak farklı olsa da çalışma sistemi aynı olan yapay bir böbrekle kanın temizlenmesidir. Yapay böbrek bir kan ünitesiyle bir sıvı ünitesinden oluşur. Yapay böbrekte kan, üzerinde por adı verilen küçük mikroskobik delikler içeren yarı geçirgen bir zar içinden akar. Bu zarın dışından da diyaliz solüsyonu akar.⁸¹

Hemodiyaliz belirli merkezlerde uygulanabilir. Kronik hemodiyaliz tedavisi hastanın kalan böbrek fonksiyonlarına bağlı olmak üzere haftada 1-3 kez ve 3-6 saat süreyle uygulanır. Yetersiz diyaliz, bu hastalarda morbidite⁸² ve mortaliteyi artıran önemli bir nedendir.⁸³

⁷⁸ Yeğenağa ve Dervişoğlu, *Kronik Böbrek Hastaları İçin Eğitim Kitabı*, 50-51.

⁷⁹ Korap, “Hemodiyaliz Hastalarında Depresyona Bilişsel Yaklaşım”, 6-7.

⁸⁰ Akpolat ve Utaş, *Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı*, 25.

⁸¹ Korap, “Hemodiyaliz Hastalarında Depresyona Bilişsel Yaklaşım”, 7.

⁸² *Tıp Terimleri Sözlüğü*, “Morbidite Nedir?”, t.y., erişim tarihi: 24 Haziran 2017, <http://www.tipterimlerisozlugu.com/morbidity.html>. (**Morbidite**: Morbidite kelimesi yalnız olarak hastalık, hastalık hali anlamına gelmektedir. Hastalığa, yapılan ilaç tedavisine veya cerrahi tedavilere bağlı olarak gelişen yeni sağlık sorunlarının tümüne denir. **Morbidite oranı veya morbidite hızı** ise,

Hemodiyaliz, ülkemizde en sık uygulanan RRT yöntemidir.⁸⁴ 364'ü evde olmak üzere toplam 56,687 HD tedavisi alan hastanın Tablo 1.1.'deki cinsiyet ve yaş dağılımı incelendiğinde, HD hastalarının 32,134'ünün erkek (% 56.69) ve 24,553'ünün de kadın olduğu (% 43.31) ve hastaların % 44,14'ünün de 65 yaş ve üzeri yaşlı hastalardan oluştuğu görülmektedir.⁸⁵

Tablo 1.1 : 2016 Yılı Sonu İtibarıyla Prevalan HD Hastalarının Yaş ve Cinsiyet Dağılımı

Yaş	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0-19	199	0.35	211	0.37	410	0.72
20-44	4.657	8.21	3.116	5.50	7.773	13.71
45-64	14.099	24.87	9.381	16.55	23.480	41.42
65-74	8.123	14.33	6.900	12.17	15.023	26.50
75 ve üzeri	5.056	8.92	4.945	8.72	10.001	17.64
Toplam	32.134	56.69	24.553	43.31	56.687	100

(Kaynak: TND Böbrek Kayıt Sistemi 2016 verileri)

2016 yılı yılsonu itibarıyla prevalan HD hastalarının büyük çoğunluğunun (% 65,25) diyaliz tedavi süresi 0-5 yıl arasındadır. 6-10 yıl arasında tedavi alanların oranı % 21,77, 11-15 yıl arasında tedavi alanların oranı % 8,17, 16-20 yıl arasında tedavi görenlerin oranı 3,29'dur. 20 yıl ve üzeri tedavi gören hastaların oranı ise % 1.52'dir.⁸⁶

Ülkemiz açısından bu veriler tutarlılık göstermekte ve örneğin Türkiye'de RRT güncel durumunu anlatan Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2009 yılına ait rapor özetinde geçen verilerle de örtüşmektedir. Ancak 20 yıl ve üzeri tedavi süresinin geçen 7 yılda bir miktar arttığı (2009'da oran 0.8) anlaşılmaktadır.⁸⁷

1.1.2.3. Renal Transplantasyon

Transplantasyon, bir organ ya da dokunun bireylere nakledilmesi olarak tanımlanmaktadır. Böbrek nakli, diyaliz gerektiren KBH olan hastalarda vücuda sağlıklı

istatistiksel bir ölçüm terimidir. Belirli bir nüfusta belirli bir zaman dilimi içerisinde hastalığa tutulanların sayısının sağlıklı kalmış nüfusa oranıdır.

⁸³ Susan A.C. Harris and Edwina A. Brown, "Patients surviving more than 10 years on haemodialysis. The natural history of the complications of treatment", *Nephrology Dialysis Transplantation* 13 (1998): 1227.

⁸⁴ Süleymanlar vd., "Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon 2016 Raporu", 28.

⁸⁴ Süleymanlar vd., "Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon 2016 Raporu", 28.

⁸⁵ Süleymanlar vd., "Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon 2016 Raporu", 14.

⁸⁶ Süleymanlar vd., "Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon 2016 Raporu", 16.

⁸⁷ Süleymanlar vd., "Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon 2015 Raporu", 2-3.

bir böbreğin ameliyat ile yerleştirilmesidir. Nakil yapılan böbrek canlı bir vericiden ya da kadavradan alınabilir.⁸⁸

Uygulamaları 20. yüzyılın başlarına dayanan böbrek nakline ilişkin ilk başarılı ameliyat, 1954 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde Murray ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ülkemizde ise ilk kez nakil girişimine 1968 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'nde Prof. Dr. Necdet Koçak ve ekibi öncülük etmiştir. İlk düzenli nakil işlemleri de 1975 yılında Ankara'da başlatılmıştır.⁸⁹

Hem böbreğin bütün işlevlerini yerine getirebilmesi hem de sürekli diyaliz uygulamasının ortaya çıkardığı fiziksel ve psikolojik zorlukları ortadan kaldırması nedeniyle, böbrek nakli hastalar açısından tercih sebebidir. Böbrek nakli son dönem böbrek hastalarında yaşam kalitesini artıran ve yaşam süresini uzatan bir etkidir. Örneğin; ortalama 5 yıllık yaşam süresi diyaliz hastalarında % 32 iken, böbrek nakli yapılmış hastalarda nakilden sonraki 5 yıllık yaşam süresi oranı yaklaşık olarak % 69'dur.⁹⁰

Böbrek nakli konusunda en büyük sorun organ teminindeki zorluklardır. Örneğin, 2000 yılında sadece Amerika'da organ nakli bekleyen 100,000'den fazla hastadan 6,000'i beklerken hayatını kaybetmiştir. Yine aynı ülkede yıllık 200,000 beyin ölümü gerçekleştiği rapor edilmesine rağmen; 50,000 böbrek ihtiyacından sadece 14,000'i karşılanabilmiştir.⁹¹

Batı ülkelerinde böbrek naklinin büyük kısmı (2/3'ü) kadavra donörlerden yapılırken⁹², ülkemizde kadavra donörden organ bağıışı son derece kısıtlıdır ve nakillerin yaklaşık % 80'i canlı donörler kullanılarak yapılmaktadır.⁹³ TND verilerine göre 2016 yılında toplam 3,416 böbrek nakli yapılmıştır. Bu nakiller içinde kadavra donörü oranı % 22,8'dir. Toplam nakil sayısında da geçen yıla göre % 6,6 civarında bir artış olmuştur.⁹⁴ Ancak kadaverik nakil oranında halen maalesef belirgin bir artış yoktur.

⁸⁸ Alihan Atile, "Böbrek Nakli Bekleme Listesindeki Hastaların Sürekli Öfke Düzeyleri ve Öfke İfade Tarzları İle Obsesif Kompulsif Semptomları Arasındaki İlişkinin Sosyo-Demografik Değişkenler Eşliğinde İncelenmesi", (Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi, 2015), 13.

⁸⁹ Aydın Türkmen, "Renal Transplantasyon", *İç Hastalıkları 2 C*, Ed. K. Büyükoztürk (y.y.: Nobel Tıp Kitapevleri, 2007), 2599.

⁹⁰ Tevfik Eceder ve Tekin Akpolat, "Renal Transplantasyon", *Nefroloji El Kitabı*, Ed. T. Akpolat, C. Utaş ve G. Süleymanlar (y.y.: Nobel Tıp Kitapevleri, 4. Baskı, 2007), 349.

⁹¹ S. Adıbul Hasan Rızvı et.al., "Renal transplantation in developing countries", *Kidney International* 63, Supplement 83 (2003): S96.

⁹² Sevil Şahin, "Diyaliz Tedavisi Alan Bireylerin Umud-Ümitsizlik ve Sosyal Destek Düzeyleri", (Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi, 2007), 8.

⁹³ Türkmen, *Renal Transplantasyon*, 2599.

⁹⁴ Süleymanlar vd., "*Türkiye 'de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon 2016 Raporu*", 61.

2015 yılında canlıdan böbrek nakillerinin % 67'si kan bağı olan akraba vericilerden, % 20'si de eşlerden yapılmıştır. Çapraz nakil ise % 5 oranındadır.⁹⁵

1.1.3. Hemodiyaliz Hastalarında Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesi

Son dönem böbrek yetmezliği, sosyal ve mali yükünün ve artan prevalansının yanı sıra yüksek morbidite ve mortalite nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur.⁹⁶ Dünyada yılda 60.000'den fazla kişinin öldüğü SDBY'nin başlıca tedavisi böbrek naklidir. Ancak böbrek nakli konusundaki zorluklar düşünüldüğünde, hastalar nakil için böbrek bulana kadar hemodiyaliz ile tedavi edilmelidir.⁹⁷ Bu süreçte hemodiyaliz, SDBY üzerinde terapötik bir etkiye sahip olmakla birlikte, bu hastalar; pek çok fiziksel, psikolojik ve sosyal stresli faktörle karşılaşmaktadır.⁹⁸

Hastaların sıkı bir tedavi programına, sıvı ve diyet kısıtlamalarına uymalarını gerektiren, pahalı ve zaman alan bir prosedür olan hemodiyaliz süreci, çok sayıda yaşam tarzı değişikliğini de beraberinde getirmektedir.⁹⁹ Hastalarda meydana gelen aşamalı yeti kaybı¹⁰⁰, makineye ve sağlık çalışanlarına bağımlı olmanın verdiği psikolojik duygu ve günlük yaşam aktivitelerini tam olarak yerine getirememeye de hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Fiziksel sağlığı, fonksiyonel durumu, ruhsal iyilik halini ve sosyal fonksiyonu kapsayan çok boyutlu ve dinamik bir kavram¹⁰¹ olan yaşam kalitesinin; sağlık ve eğitim hizmetlerinden yararlanma, yeterli beslenme ve korunma, sağlıklı bir çevre, hak, fırsat ve cinsiyet eşitliği, günlük yaşama

⁹⁵ Süleymanlar vd., "Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon 2015 Raporu", 60.

⁹⁶ Masoud Rayyani et.al., "Self-care Self-efficacy and Quality of Life among Patients Receiving Hemodialysis in South-East of Iran", *Asian J. Nur. Edu. & Research* 4, No. 2 (2014): 165.

⁹⁷ Heidarzadeh et.al., "Relationship between quality of life and self-care ability in patients receiving hemodialysis", 66.

⁹⁸ Maruschka P. Merkus et.al., "Quality of life in patients on chronic dialysis: selfassessment 3 months after the start of treatment", *American Journal of Kidney Disease* 29 (4) (1997): 587.; Ayrıca bk. Rayyani et.al., "Self-care Self-efficacy and Quality of Life among Patients Receiving Hemodialysis in South-East of Iran", 165-166. ve Vachek Jan et.al., "Chronic kidney disease", *Interni Medicina* 14(3) (2012): 107.

⁹⁹ Rayyani et.al., "Self-care Self-efficacy and Quality of Life among Patients Receiving Hemodialysis in South-East of Iran", 166.; Sanjeev K. Mittal et.al., "Self-assessed physical and mental function of haemodialysis patients", *Nephrol Dial Transplant* 16 (7) (2001): 1392-1393.; Arzu Acaray ve Rukiye Pınar, "Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi", *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 8 (1) (2004): 1.

¹⁰⁰ Mukadder Mollaoğlu, "Diyaliz Hastalarında Yeti Yitimi, Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Öz Yeterlilik Durumu", *TAF Preventive Medicine Bulletin* 10 (2) (2011): 182.

¹⁰¹ Merkus et.al., "Quality of life in patients on chronic dialysis: selfassessment 3 months after the start of treatment", 586, 587. Ayrıca bk. Juliana A'lvares et.al., "Quality of life of patients in renal replacement therapy in Brazil: comparison of treatment modalities", *Quality of Life Research* 21, Issue. 6 (2012): 984.

katılma, saygınlık ve güvenlik gibi pek çok bileşeni bulunmaktadır. Bu bileşenlerden herhangi birisinin eksik olması kişide kaliteli bir yaşam sürmediği duygusunun oluşmasına neden olmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımlamasından da yola çıkıldığında (*sağlık sadece hastalık ya da sakatlığın bulunmaması değil; fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak tam bir iyilik halidir.*¹⁰²) yaşam kalitesi, en azından hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarındaki fonksiyonlarını ve iyi oluşunu kapsamalıdır.¹⁰³

Ancak HD hastalarının yaşam kalitesini etkileyen birçok faktörün olduğu gözlemlenmiştir. Bunları hemoglobın konsantrasyonu, albümin düzeyi ve kreatinin klirensi gibi fizyolojik faktörler; medeni durum, depresyon ve anksiyete düzeyleri gibi psikososyal faktörler; yaş, cinsiyet ve eğitim durumu gibi sosyoekonomik ve demografik faktörler; böbrek hastalığı ve diyaliz süresi ve komorbiditelerin sayısı gibi klinik faktörler¹⁰⁴ şeklinde sıralamak mümkündür. Bu kapsamda Acaray ve Pınar tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada; olguların yaşam kalitelerini oldukça düşük algıladıkları; yaş, öğrenim durumu, medeni durum ve gelirin gideri karşılama durumu gibi sosyo-demografik değişkenlerin yaşam kalitesinin bazı alanlarını etkilediği; hastalık değişkenlerinin ise yaşam kalitesinin hemen hemen tüm alanlarını etkilediği belirlenmiştir. Ayrıca hastalık değişkenlerinden hastalık ve diyaliz süresi arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir. Hastalık ve hemodiyalize ilişkin eğitim ve eritropoetin tedavisi alanlarda, önerilen diyet ve ilaç tedavisine uyanlarda yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur.¹⁰⁵

Brezilya'da HD, PD ve renal transplantasyon uygulanan renal replasman tedavisi gören 3,036 hastanın yaşam kalitesini analiz etmeyi ve karşılaştırmayı amaçlayan bir çalışma yapılmıştır. Çalışmanın sonucunda kısa form 36'nın (SF-36) tüm boyutları için böbrek nakilleri ile her iki diyaliz şekli arasında önemli farklılıklar tespit edilmiştir. HD hastalarının peritoneal diyaliz hastalarına kıyasla fonksiyonel kapasitenin boyutları, fiziksel ve sosyal yönler bakımından daha iyi sonuçlar ortaya koymuştur. Yaşam kalitesinin fiziksel bileşeninde en iyi puanı böbrek nakli olan hastalar almışlardır.

¹⁰² World Health Organization, "Constitution Of The World Health Organization", 2006, erişim tarihi: 29 Haziran 2017, http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.

¹⁰³ Maruschka P. Merkus et.al., "Quality of life over time in dialysis: The Netherlands Cooperative Study on the Adequacy of Dialysis", *Kidney International* 56 (1999): 720.

¹⁰⁴ Maristela Bohlke et.al., "Predictors of quality of life among patients on dialysis in Southern Brazil", *Saõo Paulo Medical Journal* 126 (5) (2008): 252.

¹⁰⁵ Acaray ve Pınar, "Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi": 10.

Tedavi grupları arasında yaşam kalitesinin zihinsel bileşeni ile ilgili olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Fiziksel ve zihinsel bileşenler komorbidite ve yaşla ilişkilendirildiğinde, yaşlı hastalarda zihinsel yaşam kalitesinin daha iyi olduğu; ancak, fiziksel yaşam kalitesinde bozulma olduğu gözlenmiştir. Yüksek sosyo-ekonomik sınıftaki hastalar ve hastanede yatmayan hastaların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu; evlenmemiş ve erkek hastaların da daha iyi bir fiziksel yaşam kalitesine sahip oldukları tespit edilmiştir. Ayrıca diyaliz üniteleri ve transplant merkezlerinin hastaların yaşam kalitesini etkilediği de araştırmanın bulguları arasındadır.¹⁰⁶

Evans ve arkadaşları diyaliz alan ya da böbrek nakli olan 859 hasta üzerinde yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik yaptıkları araştırmalarının sonucunda yaşam kalitesinin objektif ve sübjektif göstergeler olarak iki bölümde incelenmesini önermişlerdir.¹⁰⁷ Buna göre; *fiziksel iyilik hali yaşam kalitesinin objektif göstergesi* olarak tanımlanmaktadır. Bu bağlamda hastanın; kendine bakabilmesi (beslenme, giyinme, banyo ve tuvaleti kullanma, uyku), evin içinde ve dışında hareket edebilmesi, yürüme, merdiven çıkma, eğilme, doğrulma gibi fiziksel etkinlikleri yapabilmesi sayılabilir. Psikolojik iyilik hali, sosyal ve bireysel iyilik hali ve maddi iyilik hali de *yaşam kalitesinin sübjektif göstergeleri* olarak ortaya konulmuştur.¹⁰⁸ Söz konusu göstergelerde bahsedilen alanlarda fonksiyon kaybı ya da düşüklüğü hastaları olumsuz etkilemektedir.

Mollaoğlu tarafından 152 hemodiyaliz hastası üzerinde yapılan bir araştırmada diyaliz tedavisi gören hastaların yarıdan fazlasının banyo, giyinme, tuvalet, hareket, boşaltım, beslenme aktiviteleri gibi günlük yaşam aktivitelerinde ve telefon kullanma, yemek hazırlama, alışveriş yapma, günlük ev işlerini yapma, çamaşır yıkama, ulaşım aracına binebilme, ilaçları kullanabilme ve para idaresi gibi aktiviteler olan enstrümantal günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı oldukları belirlenmiştir. Araştırmanın bir diğer bulgusu da yeti yitimi hakkındadır. Hastalarda yeti yitimi

¹⁰⁶ A'lvaes et.al., "Quality of life of patients in renal replacement therapy in Brazil: comparison of treatment modalities": 983. (Hollanda'da 24 diyaliz merkezinde, 570 HD hastası ile yapılan çalışmada merkezde tam zamanlı diyetisyen varlığı ve merkezin hastane dışı ünite olması, hastaların yaşam kalitesi algısını olumlu etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.) Ayrıntılı bilgi için bk. Albert H. A. Mazairac et.al., "Differences in quality of life of hemodialysis patients between dialysis centers", *Qual Life Res.* 21 (2012): 299-307.

¹⁰⁷ Roger W. Evans et.al., "The quality of life of patients with end stage renal disease", *New England Journal of Medicine* 312, No. 9 (1985): 553.

¹⁰⁸ Özdemir, "Hemodiyaliz Tedavisi Gören Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Tedavilerinin Toplumsal Cinsiyet Yaklaşımı ile Değerlendirilmesi", 21-22.

artıkça, günlük yaşam aktiviteleri, enstrümantal günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığın arttığı ve öz-yeterlilik düzeyinin düştüğü tespit edilmiştir.¹⁰⁹

Zamanzadeh ve arkadaşları 164 hemodiyaliz hastasının yaşam kalitesini ve sosyal desteğini ölçen bir korelasyon araştırması yapmıştır. Üç farklı anketin bir kombinasyonunu kullanarak yaşam kalitesini ölçen araştırmacılar, hastaların % 50'sinden fazlasının fiziksel ve psikolojik problem yaşadığını bildirmişler ve bu durumu sosyal destek ile ilişkilendirmişlerdir.¹¹⁰

Bu nedenle, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyi genel popülasyondan daha düşük olan SDBY hastalarını¹¹¹ tedavi ederken, tedavinin amacının sadece mortalitede azalmanın sağlanması olmadığı bilinmelidir. Bu hastalarda renal replasman tedavilerinin yanı sıra aynı zamanda günlük aktiviteler için işlevsellikte düzelmeye sağlanmalı; hastanın deneyimleri, inançları, beklentileri ve algıları ile etkilenen sağlığın fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarında da iyilik hali azami seviyeye çıkartılmalıdır.¹¹² Alınan tedavinin yeterliliği, sunulan hizmetin kalitesi, hasta ve yakınlarının farkındalık düzeylerinin artırılması, bilinçlendirilmesi, hasta yakınları ile sosyal çevrenin desteği gibi hususlar, hastanın mevcut duruma uyumunu ve hastalığını kabullenmesini kolaylaştıracak ve bu da onun yaşam kalitesine pozitif yönde katkı sağlayacaktır.

1.1.4. Hemodiyaliz Hastalarının Ruhsal Durumları

Son dönem böbrek hastalığının varlığı ve diyaliz süreci önemli bir psiko-sosyal stres faktörüdür.¹¹³ Diyaliz hastalarında normal hayat düzeni büyük ölçüde bozulmuştur. Bu hastalar kendilerini sıkıntılı bir diyaliz işlemine, tıbbi bakıma, tıbbi personele ve ailelerine bağımlı bulmakta ve sıvı-diyet kısıtlaması, ilaç alımı, sık hastalanma, cinsel

¹⁰⁹ Mollaoğlu, “Diyaliz Hastalarında Yeti Yitimi, Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Öz Yeterlilik Durumu”: 184-185.

¹¹⁰ Marzieh Moattari et.al., “The effect of empowerment on the self-efficacy, quality of life and clinical and laboratory indicators of patients treated with hemodialysis: a randomized controlled trial”, *Health and Quality of Life Outcomes* 10:115 (2012): 2.

¹¹¹ Fredric O. Finkelstein and Susan H. Finkelstein, “Depression in chronic dialysis patients: assessment and treatment”, *Nephrol Dial Transplant* 15(12) (2000): 1911.; Ayrıca bk. Paul L. Kimmel et.al., “Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients”, *Kidney International* 54 (1998): 245-252. ve Shunichi Fukuhara et.al., “Health-related quality of life among dialysis patients on three continents: The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study”, *Kidney International* 64 (2003): 1903-1910.

¹¹² Seher Gökçe, “Renal Replasman Tedavisi Alan Hastalarda Yaşam Kalitesi”, (Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi, 2010), 29.

¹¹³ Özcan vd., “Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastalarda Psikiyatrik Morbidite ve Yaşam Kalitesi”, *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi* 7 (4) (2000): 335.; Gülseren Ünal ve Ayşegül Bilge, “Hemodiyaliz Tedavisindeki Son Dönem Böbrek Yetmezlikli Hastaların Ruhsal Durumlarının ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi”, *Ege Tıp Dergisi* 44, sy. 1 (2005): 37.

fonksiyon bozukluğu, iş kaybı, hayatının tehdit altında olduğu hissi ve ölüm korkusu gibi streslere maruz kalmaktadırlar. Bir hastanın hastalığına reaksiyonu onun premorbid kişiliği, aile ve arkadaş desteği ve altta yatan hastalığın seyrine bağlıdır. Yapılan çalışmalar diyaliz tedavisine başlanılan ilk yılda herhangi bir nedenle psikiyatrik desteğe % 70 oranında ihtiyaç duyulduğunu, zaman ilerledikçe muhtemelen bir çeşit adaptasyon sağlandığı için bu oranın % 30'lara düştüğünü göstermektedir.¹¹⁴

Diyaliz hastalarında hastalığın evresi, süresi, şiddeti ve psiko-sosyal faktörler birlikte değerlendirildiğinde; bu hastalarda depresyon, anksiyete bozukluğu, organik beyin hastalıkları, uyum ve davranış bozuklukları, cinsel fonksiyon bozukluğu ve rehabilitasyondaki zorluklar sık karşılaşılan psikiyatrik sorunlardandır.¹¹⁵ Kimmel ve arkadaşları, son dönem böbrek yetmezliğinden hastanede yatan hastalarda psikiyatrik hastalığın yaygınlığını saptamaya yönelik bir araştırma yapmışlar ve diyaliz hastalarının neredeyse % 9'unun ruhsal bozukluk teşhisiyle hastaneye yatırıldığını tespit etmişlerdir. Erkeklerin, Afrikalı-Amerikalıların ve genç hastaların ruhsal bir bozukluğa yakalanma ihtimalinin daha yüksek olduğunu, diğer kronik hastalıklarla kıyaslandığında böbrek yetmezlikli hastalarda ruhsal bozuklukların 1.5-3 kata varan oranlarda daha fazla hastane yatışlarına neden olduğunu belirtmişlerdir.¹¹⁶

HD hastalarında, depresif duygu durum bozukluğu sık gözlenen psikopatolojilerdendir.¹¹⁷ Dünya Sağlık Örgütüne göre SDBY ile ilişkili en yaygın rahatsızlıklardan birisi depresyondur. Hindistan'da SDBY hastası 40 kişi ile yapılan bir çalışmada, SDBY hastalarında depresyon ve bilişsel bozulmanın sık görüldüğü belirlenmiştir. Bu hastalarda görülen bilişsel bozukluklar, vasküler dejenerasyondan sinirsel dejenerasyona kadar değişen etiyolojide multifaktöryeldir.¹¹⁸

Yapılan çalışmalarda SDBY hastalarında depresyon görülme prevalansının çeşitli aralıklarda dağılım gösterdiği tespit edilmiştir. Bir çalışmada HD başlangıcından sonra depresif belirtilerin prevalansının zaman içerisinde % 19-24

¹¹⁴ Tekin Akpolat ve Cengiz Utaş, "Hemodiyaliz Hastasında Sık Karşılaşılan Sorunlar", t.y., erişim tarihi: 1 Temmuz 2017, http://www.tsn.org.tr/folders/file/hemodiyaliz_hastasinda_karsilasilan_sorunlar.pdf.

¹¹⁵ Yavuz vd., "Hemodiyaliz Hastalarında Görülen Psikiyatrik Hastalıklar": 35.

¹¹⁶ Paul L Kimmel et.al., "Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease", *American Journal of Medicine* 105, Issue. 3 (1998): 214.

¹¹⁷ Hassan Hakami et.al., "Depression in End-Stage Renal Disease Patients on Hemodialysis-A Single Center Experience in Saudi Arabia", *Urology & Nephrology Open Access Journal* 3, Issue. 6 (2016): 1.

¹¹⁸ Ayushi Jain et.al., "Study of Cognitive Impairment and Depression in end Stage Renal Disease (Esrđ) Patients", *International Journal of Medical Science and Clinical Inventions* 4, Issue. 3 (2017): 2774-2777.

arasında olduğu bulunmuştur.¹¹⁹ Bazı araştırmalarda bu oran % 25 iken bazı araştırmalarda da % 50 bulunmuştur. Bu farklılığın araştırma yöntemi ve kullanılan tanı araçlarına bağlı olarak değiştiği değerlendirilebilir.¹²⁰

HD tedavisi ile birlikte oluşan kısıtlamalar, diyaliz makinesine, sağlık çalışanlarına ve aileye bağımlılık hastalarda depresyon eğilimini arttırmaktadır. Uzun süreli tedavi ile birlikte hastalarda tedaviye uyumsuzluk, diyete uymama, fiziksel sağlık sorunları ile birlikte oluşan yeti kayıpları ve inkâr duygusu depresif belirtilerin şiddetlenmesine neden olmaktadır.¹²¹

KBH hastalarında ruhsal bozuklukların yaygın olduğu görüşü birçok araştırmacı tarafından paylaşılmaktadır.¹²² Örneğin bir çalışmada; HD tedavisi alan hastalarla genel popülasyon hastaları karşılaştırmış; psikiyatrik morbiditenin HD hastalarında daha yüksek olduğu, “Genel Sağlık Anketi” puanlarına göre psikiyatrik bozuklukların bulunma oranının da % 43 olduğu tespit edilmiştir.¹²³ Başka bir çalışmada, kronik böbrek yetmezlikli hemodiyaliz tedavisi alan 96 hastada ruhsal psikopatoloji görülme oranı % 46.6 olarak bulunmuştur. Diğer bir çalışmada da SDBY hastalarında psikiyatrik hastalık oranının diğer kronik tıbbi hastalıklardan daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur.¹²⁴ Ünal ve Bilge, araştırmalarında uzun bir tedavi süreci ve hastalığın ortaya çıkardığı yıkımların, pek çok hastada depresif süreç ve anksiyete bozukluklarını desteklediğini, hastaların yaşam kalitesi puanlarının düşmesi ile depresyon puanlarının arttığını tespit etmişlerdir. Yine çalışmada, hastalığın tedavi süresi ile hastaların anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş; tedavi süresi arttıkça hastaların kaygı düzeylerinin de arttığı sonucuna ulaşılmıştır.¹²⁵

¹¹⁹ L. Ebony Boulware et.al., “Temporal relation among depression symptoms, cardiovascular disease events, and mortality in end-stage renal disease: Contribution of reverse causality”, *Clin J Am Soc Nephrol* 1 (2006): 497.

¹²⁰ Afşin Sağduyu vd., “Hemodiyalize Giren ve Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Ruhsal Sorunlar, Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyum”, *Türk Psikiyatri Dergisi* 17, sy. 1 (2006): 23.

¹²¹ Yavuz vd., “Hemodiyaliz Hastalarında Görülen Psikiyatrik Hastalıklar”: 35.; Ayrıca bk. M. Tuğrul Sezer, “Diyaliz Hastalarında Psikiyatrik Sorunlar”, t.y., erişim tarihi: 24 Haziran 2018, <http://www.tbv.com.tr/tr/content/main/page/p/275-diyaliz-hastalarinda-psikiyatrik-sorunlar>.

¹²² Gamze Özçürümez vd., “Kronik Böbrek Yetmezliğinin Psikiyatrik ve Psikososyal Yönleri”, *Türk Psikiyatri Dergisi* 14, sy. 1 (2003): 73.

¹²³ K O'Donnell and JY Chung, “The diagnosis of major depression in end stage renal disease”, *Psychother Psychosom* 66 (1) (1997): 38.

¹²⁴ Camila Martiny et.al., “Psychiatric disorders in patients with end-stage renal disease”, *Journal of Renal Care* 38 (2012): 131.

¹²⁵ Ünal ve Bilge, “Hemodiyaliz Tedavisindeki Son Dönem Böbrek Yetmezlikli Hastaların Ruhsal Durumlarının ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi”: 36-37.

HD hastalarında gözlemlenen bir diğer ruhsal durum anksiyetedir. Anksiyete yerine dilimizde sıkıntı, bunaltı, endişe ve kaygı kelimeleri de kullanılabilir. Hastaların "kötü bir şey olacaktıymış hissi", "hoş olmayan bir endişe hali" ya da "nedensiz bir korku" şeklinde ifade ettikleri bu durum, ruhsal açıdan somatik belirtilerin de eşlik ettiği, normal dışı, nedensiz bir tedirginlik ve korku hali diye tanımlanabilir.¹²⁶ KBH hastalarında anksiyete ve anksiyete nedeniyle yaşam kalitelerinde olumsuzluk söz konusu olabilmektedir. Örneğin, hemodiyaliz alan ve kent merkezinde yaşayan 70 hemodiyaliz hastası üzerinde Cukor ve arkadaşlarının klinik görüşme ile yaptıkları çalışmada, hastaların % 27'sinde majör anksiyete bozukluğu tespit edilmiştir. Ayrıca bu hastaların yaşam kalitelerinin herhangi bir tanı almayan gruba göre olumsuz etkilendiği görülmüştür.¹²⁷

HD hastalarında aşırı kaygı sonucu nefes darlığı, çarpıntı, göğüs ağrısı, terleme ve ölüm korkusu gibi somatik belirtiler ortaya çıkabilir. Çoğu zaman, bu belirtiler herhangi bir tetikleyiciyle de ilişkili değildir ve beklenmedik bir şekilde kendini gösterir. Öte yandan HD hastalarında diyaliz süreci ve çok sayıda potansiyel tıbbi komplikasyon hastada endişe oluşturmaya yetmektedir.¹²⁸

Uyum güçlüğü çeken hastalar tedaviyi reddetme, diyet uyumsuzlukları ve hastalık inkârı gibi davranışları sergileyebilirler. Hastanın sosyal yaşamında olumsuz değişiklikler oluşmuş, otonominin yerini bağımlılık/bağımlılık almıştır. Bu şekilde yaşamını sürdüren hastalarda öfke, kaygı ve mutsuzluk sık görülebilen belirtilerdir. Uyum sorunlarının üstesinden gelebilmek için baş etme biçimleri gözden geçirilmeli, hastanın içinde bulunduğu psikolojik durum anlaşılmalı ve ailenin desteği sağlanmalıdır.¹²⁹

HD hastalarında cinsel istek azalmasının sık olduğu, bu durumun erkeklerin yarıya yakınında, kadınların da dörtte birinde görüldüğü belirtilmektedir.¹³⁰ Araştırmalarda cinsel ve psikolojik sorunların hem SAPD hem de HD hastalarında beklenenden daha sık görüldüğü, erkekler arasında iktidarsızlık prevalansının % 56

¹²⁶ Çelik ve Acar, "Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi": 23.

¹²⁷ Daniel Cukor et.al., "Depression and Anxiety in Urban Hemodialysis Patients", *Clin J Am Soc Nephrol* 2 (2007): 487.

¹²⁸ Avinash De Sousa, "Psychiatric issues in renal failure and dialysis", *Indian J Nephrol* 18, Issue. 2 (2008): 49.

¹²⁹ Özçürümez vd., "Kronik Böbrek Yetmezliğinin Psikiyatrik ve Psikososyal Yönleri": 75-76.

¹³⁰ NB Levy, "Chronic renal failure and its treatment: dialysis and transplantation", *Psychiatric Care of the Medical Patient*, Ed. A. Stoudemire and BS. Fogel (New York: Oxford University Press, 1993), 629.

olduğu ortaya konulmuştur. Diyalize giren erkek ve kadın hastalarda, cinsel ilişki sıklığında azalma, erkeklerde erken boşalma, ilişki sırasında ağrı (disparoni), kadınlarda cinsel istekte azalma ve orgazm bozuklukları daha sık görülebilmektedir.¹³¹ Başka bir araştırmada da HD hastalarında erektil işlev bozukluğu sıklığı % 71 olarak bulunmuştur.¹³²

Sonuç olarak diyaliz tedavisi gören hastaların tedavilerinin yanı sıra psikiyatrik açıdan da yakından takip edilmeleri ve desteklenmeleri psikiyatrik morbiditeyi azaltarak hastaların yaşam kalitesini artıracaktır.¹³³ HD hastalarının metabolik ve ruhsal sorunlar açısından sağlık ekibi tarafından dikkatli şekilde izlenmesi, hastalarla düzenli görüşmelerin yapılması, sosyal programların planlanması, aile desteklerinin sağlanması ve baş edebilme gücünün kazandırılması önem arz etmektedir.¹³⁴

¹³¹ Taner Camsari et. al., “Psychosexual function in CAPD and hemodialysis patients”, *Peritoneal Dialysis International* 19 (1999): 586; A Soykan et.al., “Do sexual dysfunctions get better during dialysis? Results of a six-month prospective follow-up study from Turkey”, *International Journal of Impotence Research* 17 (2005): 362.

¹³² Süleyman Türk et.al., “Erectile dysfunction and the effects of sildenafil treatment in patients on haemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis”, *Nephrol Dial Transplant* 16 (2001): 1818.

¹³³ Ünal ve Bilge, “Hemodiyaliz Tedavisindeki Son Dönem Böbrek Yetmezlikli Hastaların Ruhsal Durumlarının ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi”: 37.

¹³⁴ Yavuz vd., “Hemodiyaliz Hastalarında Görülen Psikiyatrik Hastalıklar”: 36.

1.2. DİN, DİNDARLIK VE MANEVİYAT

1.2.1. Din, Dindarlık

Antropolojik veriler, insanın her zaman din ile bir biçimde ilişkili olduğunu göstermektedir. İlk insandan modern çağa kadar çeşitli şekillerde varlığını sürdüren insan-din ilişkisinin gelecekte de var olmayı sürdüreceği düşünülmektedir.¹³⁵

Bireysel ve toplumsal açıdan çok geniş bir etki alanına sahip olan din; her devirde düşünürlerin ve bilim adamlarının ilgi odağı olmuş evrensel bir olgudur. Din, bireylerin içsel yaşantılarında uyum, davranışlarında tutarlılık sağlayıcı rolünün yanı sıra; onların hayatı anlamlandırma ve varoluşsal çözümlerine katkı sunan güçlü bir motivasyon özelliğine sahiptir.

Modern ve deneysel psikolojinin kurucusu olarak görülen Wilhelm Wundt'tan başlayarak Batı'da psikoloji alanından birçok bilim adamı din konusu üzerinde çalışmalar yapmışlardır. Kimi bilim adamına göre din, bir nevroz¹³⁶ olarak görülmüş; kimisi de dini, ruhun vazgeçilmez bir gıdası şeklinde değerlendirmiştir. Bu yönüyle, zaman zaman çeşitli eleştirilere uğrasa da, bireysel ve toplumsal bir olgu olarak din, tarihin her döneminde varlığını koruyan, insanla birlikte var olmayı sürdüren, yok sayılamayacak bir gerçekliktir.¹³⁷

İnsan yaşamının tarih boyunca en önemli özelliği olan dini¹³⁸ araştırmak isteyen disiplinler, “din” terimi ile anlaşılması gereken şeyi tanımlarken oldukça zorlanmışlardır. Zira din, çok boyutlu bir kavramdır ve bu durum tanımlama güçlüklerini de beraberinde getirmektedir. Bu güne kadar dinin değişik özelliklerini öne çıkararak birçok din tanımı yapılmıştır.¹³⁹ Örneğin Leuba, kitabının appendix bölümünde 48 din tanımı vermiştir.¹⁴⁰

¹³⁵ Hasan Kayıklık, “Değişen Dünyada Birey, Din ve Dindarlık”, *Dindarlığın Sosyo-Psikolojisi*, Ed. Ünver Günay ve Celaledin Çelik (Adana: Karahan Kitabevi, 2006), 157.

¹³⁶ Sigmund Freud, *Dinin Kökenleri*, çev: Selçuk Budak (Ankara: Öteki Yayınevi, 1999), 27-39.

¹³⁷ Henri Bergson, *Ahlak ile Dinin İki Kaynağı*, çev: Mehmet Karasan (Ankara: Doğu Batı Yayınları, 1962), 127; Ayrıca bk. Ekrem Sarıkcıoğlu, *Başlangıçtan Günümüze Dinler Tarihi* (İstanbul: Otağ Yayınevi, 1983), 19; Mustafa D. Karacoşkun, “Dinî İnanç-Dinî Davranış İlişkisine Sosyo-Psikolojik Yaklaşımlar”, *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi* 4(2) (2004): 23.

¹³⁸ Ninian Smart, *The Religious Experience of Mankind* (New York: Charles Scribner's Sons, 2. Baskı, 1976), 3.

¹³⁹ Hüseyin Peker, *Din Psikolojisi* (İstanbul: Çamlıca Yayınları, 2011), 29.

¹⁴⁰ James H. Leuba, *A psychological Study of Religion* (New York: The Macmillan Company, 1912).; Detaylı bilgi için bk. Recep Yaparel, “Dinin Tanımı Mümkün Mü?”, *Dokuz Eylül Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* sy. 4 (1987): 409-413.

Yaparel; dinin mahiyeti, tarif edenin kişiliği, dünya görüşü, meşgul olduğu alan, tarifin yapıldığı dönemin sosyal, siyasal ve ekonomik durumu gibi faktörlerin dinin tanımlanmasını güçleştirdiğini ileri sürmüş ve din gibi çok yönlü bir olgunun tek boyuttan ele alınarak tanımlanmasının da doğru olmadığını vurgulamıştır.¹⁴¹

Yine de “din” sözcüğünün kökeni, anlamı, kavramsal olarak dinin tanımı ve özellikle psikoloji alanında çalışmalar yapmış kişilerin dinden anladıkları hakkında şunlar söylenebilir: “Din” Arapça bir sözcüktür ve sözlükte “örf, âdet, itaat, tutulan ve gidilen yol, ceza ve mükâfat, millet vb.” anlamlarda kullanılmaktadır.¹⁴² Bu sözcük Batı dillerinde “religion” kelimesiyle ifade edilir ve Latince “religere” ya da “religare” köklerinden geldiği söylenir.¹⁴³ “Religio” ise, Allah’a saygı ve korku ile bağlılık, kendini ibadete verme, tören ve ayinlere katılma gibi anlamları içermektedir.¹⁴⁴

İslamî literatürde *din, her konuda aklını, irade ve isteklerini kullanarak insanları hayır olan şeylere götüren, böylece onların dünya ve ahiret saadetine ulaşmalarını sağlayan, peygamberler aracılığıyla Allah’ın gönderdiği ilahi esasların bütünüdür.*¹⁴⁵ İslam bilginlerinin bu şekildeki din tanımını, “peygamberlerin vahiy ve ilhama dayanarak tebliğ ettikleri şeylerin bütünü” şeklinde özetlemek de mümkündür.¹⁴⁶

Sosyal bilimciler tanımlayan kişinin dine bakış açısı, inancı, dini algılayış biçimi ve amaçlarına uygun bir din tanımlaması yaparak çalışmalarını bu çerçevede yürütürken; psikologlar da dinin bireysel anlamda işlevsel yönünü öne çıkarmış ve ilahi kaynaklı bir tanımlamadan daha ziyade insan kaynaklı tanımlamalar yapmışlardır.¹⁴⁷ Örneğin; W. James’e göre din, “*İnsanların kutsal olarak inandıkları varlıklarla, huzurunda bulduklarını düşündükleri sürece, tek başlarına edindikleri tecrübeler, faaliyetler ve duygulardır.*”¹⁴⁸ James dini; kişisel bağlılık, duygusal yaşantı ve bireysel tecrübe olarak görmüş ve onu “sübjektif şuurun bir gerçeği”¹⁴⁹ olarak değerlendirmiştir.

¹⁴¹ Yaparel, “Dinin Tarifi Mümkün Mü?”: 405.; Ayrıca bk. Günay Tümer, “Çeşitli Yönleriyle Din”, *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* 28, sy. 1 (1987): 213-219.

¹⁴² Ragıp El-İsfahani, *Müfredat: Kur’an Kavramları Sözlüğü*, çev: Yusuf Türker (İstanbul: Pınar Yayınları, 2010), 565.

¹⁴³ Adnan Adıvar, *Tarih Boyunca İlim ve Din* (İstanbul: Remzi Kitabevi, 1987), 13-14.

¹⁴⁴ Peker, *Din Psikolojisi*, 29.; Ayrıca “din”in çeşitli anlamları için bk. Günay Tümer, “Çeşitli Yönleriyle Din: 213-219.

¹⁴⁵ A. Hamdi Akseki, *İslam Dini, İtikat, İbadet, Ahlâk* (Ankara: Nur Yayınları 1957), 5.

¹⁴⁶ Tümer, “Çeşitli Yönleriyle Din”: 231.

¹⁴⁷ Necmi Karşlı, “Dindarlık ve Öfke Kontrolü İlişkisi Üzerine Tecrübî Bir Araştırma”, *Ekev Akademi Dergisi* Y. 16, sy. 50 (2012): 59.; Ayrıca bk. M. Emin Köktaş, *Türkiye’de Dinî Hayat* (İstanbul: İşaret Yayınları, 1993), 22.

¹⁴⁸ William James, *The Varieties of Religious Experience: A Study in Human Nature* (Centenary ed.) (London: Routledge Inc., 2002), 30-35.

¹⁴⁹ Antoine Vergote, *Din İnanç ve İnançsızlık*, çev: Veysel Uysal (İstanbul: İFAV, 1999), 18.

James'in bakış açısına göre önemli olan dinin kurumsal yönü değildir, önemli olan fonksiyonel tarafı ve bireye sağladığı yararlarıdır.¹⁵⁰

Freud dini; insanlığın gelişim sürecinin ilk dönemlerinin bir ürünü olarak yorumlarken, dinin ortaya çıkışının insanın kendi dışındaki doğa güçlerine ve kendi içgüdülerine karşı çaresizliğinden kaynaklandığını ileri sürmüştür.¹⁵¹ Dinin evrensel bir nevroz olduğunu söyleyen Freud, bireylerin bu hastalıklı ruh halinden kurtulmaları gerektiğini iddia etmiştir.¹⁵² O, dini bazen bir nevroz, bazen çocukluk arzularının tatmini, bazen de bir yanılsama¹⁵³ olarak değerlendirmiştir.

Jung, tam teşekküllü şahsiyet sahibi (yani manevî olarak mutlu bir ruh sahibi) bir kişinin uğruna yaşayacağı bir amacı ve kendisiyle bütünleşeceği bir objesi olması gerektiğini savunmuş ve dinin insanlık için esas rolünün burada karşımıza çıktığını söylemiştir. Ona göre din, insanın temel bir aktivitesidir ve insan tabiatının dinî diye tanımladığı durumlara karşı nasıl tepki verdiğini anlamaya çalışmak psikolojinin görevidir. Jung, dinin yokluğunun yetişkin bir insanda psikolojik düzensizliklerin ana sebebi olduğu görüşündedir.¹⁵⁴ Jung'a göre din, insan ruhunun gerekli bir fonksiyonudur. Otuz yılı aşan ve çoğu Protestan olan otuz beş yaş üstü hastalarla yaptığı terapi çalışmaları sonucunda, hastaları arasında dinî bir bakış açısına sahip olmayan hiç kimsenin çıkmadığını ve hastalarının her birinin dinî yaşantılarının onlara sağladığı yararları kaybettiklerinden dolayı kendilerini hasta hissettiklerini söylemiş, dinî yaşantılarını tekrar kazanamayan hastaların gerçekten iyileşemedikleri sonucuna ulaşmıştır. Günümüzde çoğu insanın dinin imge ve pratiklerine katılma imkânını kaybettiklerini söyleyen Jung, bireylerin ruhsal dönüşüm için gereken sembollerden de yoksun olduklarını ve bu yüzden ruhsal bunalımların kurbanı olduklarını ileri sürmüştür.¹⁵⁵

Otoriter bir din yerine Hümaniter bir evren dininin taraftarı olan Fromm¹⁵⁶ dinin insana teselli, cesaret ve umut verdiği; insanı hayata bağlayacak ve ayakta tutacak hayaller kurmasını sağladığı görüşünü savunur. Ayrıca Fromm; insanın doğasında bir

¹⁵⁰ Ali Ayten, *Psikoloji ve Din (Psikologların Din ve Tanrı Görüşleri)*, (İstanbul: İz Yayıncılık, 2010), 17-20.

¹⁵¹ Erich Fromm, *Psikoanaliz ve Din*, çev: Aydın Arıtan (İstanbul: Arıtan Yayınevi, 2004), 25-26.

¹⁵² Ayten, *Psikoloji ve Din*, 31.; Ayrıca bk. Ali Köse, *Freud ve Din* (İstanbul: İz Yayıncılık, 2000), 65-78.

¹⁵³ Köse, *Freud ve Din*, 129.

¹⁵⁴ M. A. Jeeves, "Din Psikolojisi", çev. Ahmet Albayrak, *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi* 10, sy. 2 (2010): 281-282.

¹⁵⁵ David M. Wulff, "Din Psikolojisine Genel Bir Bakış", çev. Mustafa Koç, *İslami Araştırmalar Dergisi* 17, sy. 3 (2004): 230-261.

¹⁵⁶ Karşlı, "Dindarlık ve Öfke Kontrolü İlişkisi Üzerine Tecrübî Bir Araştırma": 59.

yönelim ve bağlanma ihtiyacının bulunduğunu söyleyerek, dinî ihtiyacı olmayan hiç kimsenin olmadığı gibi, din olgusuna sahip olmamış hiçbir kültürün de geçmişte olmadığını ve gelecekte de olmayacağını iddia etmektedir. E. Fromm dini, “*Bir grup tarafından paylaşılan ve o grubun bireyelerine kendilerini adayabilecekleri bir hedef olarak ortak bir davranış biçimi sunan düşünce sistemidir.*” şeklinde tanımlamıştır.¹⁵⁷ O; insanın tutkuyla bağlandığı madde, para, makam, ideoloji vb. her şeyin bir din olarak işlev görebileceğini ileri sürerek dinin sosyal yönünü öne çıkarmıştır.¹⁵⁸

Hümanist psikolojinin öncülerinden A. Maslow’un dinle ilgili görüşleri James, Jung ve Fromm’la benzerlik gösterir ve Maslow, dini insan tabiatının doğal bir ürünü olarak görür.¹⁵⁹ O’na göre insan; gün ışığına, kalsiyuma ya da sevgiye ihtiyaç duyduğu gibi, anlayacağı ve hayatını ona göre yaşayacağı bir değerler sistemine, yaşam felsefesine, dine ya da onun yerini tutan bir başka şeye ihtiyaç duymaktadır.¹⁶⁰

Logoterapinin¹⁶¹ kurucusu Victor Frankl de; dinin fonksiyonel yönü üzerinde durmuş, dinin insanlara “*ruhsal yardım eli*” uzattığını ve onlara hiçbir yerde bulamayacakları bir anlam ve güven duygusu verdiğini söylemiştir. Ona göre insanın en temel ihtiyacı, varoluşunu anlamlandırmasıdır.¹⁶² Din; kişinin yaşamı ve yaşamının gidişatına dair sorularına cevap vermekle kalmaz; aynı zamanda hayatta yaptıkları şeyleri ve ölümü anlamlandırmasına da yardım eder. Yine anlam kaynağı olması nedeniyle din¹⁶³; hayatta tecrübe edilen acı ve ızdırapların anlam kazanmasında da

¹⁵⁷ M. Doğan Karacoşkun, *Din Psikolojisi (El Kitabı)* (Ankara: Grafiker Yayınları, 2012), 48.

¹⁵⁸ Faruk Karaca, *Din Psikolojisi* (Trabzon: Eser Ofset Matbaacılık, 2011), 74.

¹⁵⁹ Andrew Reid Fuller, *Psychology and Religion: Eight Points of View* (London: Rowman & Littlefield, Third Edition, 1994), 170.; Ayten, *Psikoloji ve Din*, 139; Karacoşkun, *Din Psikolojisi (El Kitabı)*, 50.

¹⁶⁰ Abraham Maslow, *İnsan Olmanın Psikolojisi*, çev: Okhan Gündüz (İstanbul: Kuraldışı Yayınları, 2001), 219’den akt. Karşılı “Dindarlık ve Öfke Kontrolü İlişkisi Üzerine Tecrübî Bir Araştırma”: 59.

¹⁶¹ Frankl, *İnsanın Anlam Arayışı*, 96. (Frankl kurucusu olduğu Logoterapiyi şu şekilde tanımlamaktadır: “*Logos, Yunancada “anlam” demektir ‘Logoterapi’ ya da bazı otoritelere ‘Üçüncü Viyana Psikoterapi Okulu’ olarak adlandırılan kuramın, insan varoluşunun anlamı kadar insanın böyle bir anlama yönelik arayışı üzerinde de odaklanır. Logoterapiye göre, kişinin kendi yaşamında bir anlam bulma arayışı, insandaki temel güdülendirici güçtür. Logoterapi, Freudcu psikanalizde merkezi bir öneme sahip ‘haz ilkesi’ne (ya da buna haz istemi de diyebiliriz) karşı olduğu kadar, Adlerci psikolojinin dayandığı ‘üstünlük arayışına’ (buna da üstünlük istemi diyebiliriz) da karşıdır, anlam isteminden söz etmemin nedeni işte budur. Psikanalizle kıyaslandığında, daha az geçmişe yönelik ve daha az içe dönük olan logoterapi, daha çok gelecek üzerinde, yani hasta tarafından gelecekte yerine getirilecek anlamlar üzerinde odaklanır. Logoterapi anlam merkezli bir psikoterapidir. Hasta, yaşamın anlamıyla karşı karşıya getirilir ve gerçekte bu anlama yönlendirilir. Böylece hastanın anlamın farkına varmasını sağlar ve nevrozunu yenebilme yetisine katkıda bulunulur.”*

¹⁶² Victor E. Frankl, “Kendini Gerçekleştirme ve Kendini İfade Etmenin Ötesinde”, Der. Kemal Sayar, *Sana Ruhtan Soruyorlar* (İstanbul: İz Yayınları, 1991), 313.

¹⁶³ Abdülkerim Bahadır, *İnsanın Anlam Arayışı ve Din (Logoterapik Bir Araştırma)* (İstanbul: İnsan Yayınları, 2011), 46.

kişiye destek olur.¹⁶⁴ İnsanların zor ve umutsuz günlerinde bile Tanrıyla yakın olmaları gerçeği bu görüşü desteklemekte ve gelecekte de Tanrı inancının ve dinin var olacağını göstermektedir.¹⁶⁵

Maneviyat, din, dinî başa çıkma konularında çalışmaları olan Kenneth I. Pargament ise dini, “*kutsala ilişkin anlam arayışı*” olarak tarif etmekte¹⁶⁶ ve dinin insana hayatı dönüştürme ve ona anlam kazandırma imkânı sağladığını söylemektedir.¹⁶⁷ 2013 yılında verdiği bir röportajda “*İnsanlar çoğu kez inançlarını, en stresli anlarında bir yalnızlık ve destek kaynağı olarak görürler.*” diyerek dinin başa çıkmadaki rolüne de işaret etmiştir.¹⁶⁸

Buraya kadar olan açıklamalardan anlaşılacağı gibi; farklı din tanımlamalarında psikologlar daha çok dinin insan tabiatının genel bir temayülü olduğunu, birey için teselli edici yanının bulunduğunu, bu özelliğiyle psikolojik düzensizliklere karşı dengeleyici bir rol üstlenebildiğini ve zor durumlar karşısında anlam kaynağı olma niteliğinin bireye katkısını vurgulamışlardır. Yine psikologlar, din konusunu psikolojik perspektiften ele alarak yorumlamışlar ve dinin fonksiyonel yönlerini ön plana çıkarmışlardır.

Din ile ilintili bir diğer kavram da “*dindarlık*”tır. Latince “*religiositas*” kelimesinden türetilmiş ve İngilizceye “*religiosity*” şeklinde geçmiş olan “*dindarlık*” anlamındaki bu sözcük, ilk kez 15. yüzyılda dinî duygunun ilk hissi ya da sezgisi, dinî

¹⁶⁴ Frankl, *İnsanın Anlam Arayışı*, 104. (Bir hasta dinsel inancına sıkı sıkıya bağlıysa, dinsel inancın tedavi etkisinden ve tinsel kaynaklardan yararlanılabileceğini söyleyen Frankl, toplama kampında Doğu Avrupalı bir hahamla arasında geçen olayı anlatır. Hikâye şöyledir:

Hahamın ilk karısı ve altı çocuğu gaz odalarına gönderilmiştir. Yaşlı haham kendinden sonra Kaddish (ölen için okunan dua) okuyacak bir oğlu olmadığı için kendisini çok talihsiz sayıyor ve bu durumun verdiği üzüntü kamp şartlarını daha da ağırlaştırıyormuş. Frankl, yardım etmek amacıyla ona:

- “*Çocuklarını cennette tekrar görmeyi istemiyor musun?*” diye sorunca, haham gözyaşlarına boğulmuş ve:

- “*Onlar Tanrı adına şehit oldular, cennette yüksek mertebelerde olacaklar ama yaşlı ve günahkâr olan benim o mertebeye ulaşma umudum yok. Artık onları sonsuza kadar göremeyeceğim.*” demiş.

Bunun üzerine Frankl hahamın kampta çektiği bu acı dolu yıllar sayesinde aklanıp masum birisi olarak onlara yakın bir mertebeye ulaşabileceğini söyleyerek hahamın yaşadığı bu acı olayda bir anlam bulmasına ve acılarından kurtulmasına yardım etmiş.

¹⁶⁵ Ayten, *Psikoloji ve Din*, 167-168.; Ali Köse ve Ali Ayten, *Din Psikolojisi* (İstanbul: Timaş Yayınları, 2012), 65.

¹⁶⁶ Kenneth I. Pargament, *The psychology of religion and coping: Theory, research, and practice* (New York: Guilford, 1997), 32.

¹⁶⁷ Köse ve Ayten, *Din Psikolojisi*, 109.

¹⁶⁸ APA, “*What Role Do Religion and Spirituality Play In Mental Health?*”, 2013, erişim tarihi: 07 Temmuz 2017, <http://www.apa.org/news/press/releases/2013/03/religion-spirituality.aspx>.

duygunun patolojik ya da abartılı bir şekilde ifade edilmesi anlamında kullanılmıştır.¹⁶⁹ Arapça “din” ve Farsça “dâr” kelimelerinin birleşmesinden oluşan “dindar” kelimesi TDK’da, “*din inancı güçlü, din kurallarına bağlı (kimse), mütedeyyin*” şeklinde tanımlanmaktadır.¹⁷⁰ Bu tanıma göre *dindar*, mensubu olduğu dinin inanç, ilke, pratik ve sembollerini içselleştirip bunları tutum ve davranışlarında sergileyen kişidir. *Dindarlık* ise kişinin mensubu olduğu dine ait inanç, ibadet ve sembolere ilişkin kabul, yoğunlaşma ve meşgul olma derecesidir. O halde dindarlığı, bireyin hem biçimsel ibadetlerinde hem de bütün davranışlarında sergilediği öznel bir kulluk göstergesi olarak tanımlayabiliriz.¹⁷¹

Kavros’a göre dindarlık; dinin manevî veya pratiğe yönelik etkilerinin gösterilmesi, bireyin kutsal emirlere bağlanması veya kutsal olanla ilgilenmesidir.¹⁷²

Geçmişten günümüze bazı dindarlık tanımları da yapıla gelmiştir. Paloutzian ve Park’ın editörlüğünü yaptığı “Handbook of The Psychology of Religion and Spirituality”¹⁷³ isimli kitabın Zinnbauer ve Pargament tarafından yazılan “Dindarlık ve Maneviyat” bölümünde çeşitli tanımlar tablo halinde verilmiştir. Örneğin bu tabloda Clark’ın dindarlığı; “*bireyin Aşkın olanı hissettiğinde yaşadığı içsel tecrübesi; özellikle bu tecrübenin davranışlar üzerindeki etkisi, bireyin yaşantısı ile Aşkın olanı aktif bir şekilde bağdaştırmaya çalıştığı zaman ortaya çıkan davranışları*”, Bellah’ın “*insanla ve onun varlığının nihai durumları ile ilgili sembolik biçim ve davranışların bir bütünü*”, Argyle ve Beit-Hallahmi’nin “*ilahi ya da insanüstü bir güçle ilgili inanç sistemi ve böyle bir güce yöneltile ibadet uygulamaları ya da diğer ritüeller*”, O’Collins ve Farrugia’nın “*kutsal kitaplari, mezhepsel ritüelleri ve müntesiplerinin etik uygulamalarını kapsayan inanç sistemleri ve ilahi olana verdiği yanıt*” ve Peteet’in de

¹⁶⁹ Peregrine Murphy Kavros, “Religiosity; Religious”, *Encyclopedia of Psychology and Religion*, Ed. David Adams Leeming, Kathryn Wood Madden & Stanton Marian (New York: Springer Reference, 2010), 768-771’den akt. Mustafa Ulu, “Dindarlığın Tanımı, Boyutları ve Ölçülmesi Üzerine Psikolojik Bir Araştırma (Erciyes Üniversitesi Öğrencileri Örneği)”, (Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi, 2013), 23.

¹⁷⁰ TDK, “Dindar”, t.y., erişim tarihi: 11 Temmuz 2017, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.596527bee22033.52411542.

¹⁷¹ Abdurrahman Kurt, “Dindarlığı Etkileyen Faktörler”, *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* 18, sy. 2 (2009): 2.; Abdülcelil Bilgin, “Din, Dindar, Dindarlık: Özeleştiril Bir Değerlendirme”, *Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2, sy. 2 (2014): 76-77.

¹⁷² Peregrine Murphy Kavros, *Religious, Encyclopedia of Psychology And Religion*, 1. Volume, Ed. David Adams Leeming, Kathryn Wood Madden & Stanton Marian (New York: Springer, 2009), 770.; Mustafa Koç, “Dindarlık İle Benlik Saygısı Arasındaki İlişki: Yetişkinler Üzerine Ampirik Bir Araştırma”, *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* 18, sy.1 (2009): 476.

¹⁷³ Raymond F. Paloutzian and Crystal L. Park, *Handbook of The Psychology and Spirituality* (London: Guilford Press, 2005), 21-42.

“inançlara ve belirli geleneklerin karakteristik uygulamalarına karşı bağlılık” olarak ifade ettikleri görülmektedir.¹⁷⁴ Bu tanımlamalarda da dindarlığın esasında Aşkın olanla bağlantısı, bu bağlantının bireyin içsel yaşantısına tesiri ile onda oluşturduğu duygu yönü, yaşanan dinî tecrübelerin bireyin tutum ve davranışlarına yansımaları olan etki boyutu, bir takım ritüelleri yerine getirmesi şeklinde ibadet boyutu gibi hususların vurgulandığı görülmektedir.

1.2.2. Maneviyat

“Din” ve “Maneviyat”la ilgili yeni bilimsel çalışmalar ikisi arasında hem kültürel benzerliklerin hem de farklılıkların olduğunu ortaya koymaktadır. İkisi de kutsal ya da ilahi olana, kutsala ilişkin inançlara, bu inançların davranış üzerindeki etkilerine, kutsallık duygusunu, maneviyatı ya da dinî bilinç durumlarını artırmak ve kutsala erişmek için yapılan uygulamalara yoğunlaşmaktadır. Aralarındaki temel fark ise “din” resmi dinî kurumlarla bağlantılı görülürken “maneviyat” kolektif ya da kurumsal bir bağlama dayanmamaktadır. Bununla birlikte bu tarif, kurumlar ve bireyler arasında yapay ve yanlış bir ayrıma da yol açması ve sanki dindarlığı ve dinî katılımı sadece dinî kurumlarla sınırlıymış gibi göstermesi nedeniyle rahatsız edici bulunmaktadır. Bazı insanlar bu iki kavram arasında farklılık görse de çoğu insan bir fark görmemektedir. Örneğin Amerikalıların büyük bir çoğunluğu kendilerini hem dindar hem de manevî/spritüel olarak tanımlamaktadır. Bu insanlar dua etmeyi, dinî törenlere katılmayı, kutsala ilişkin inançları dindarlık ya da manevîlik olarak görmemekte, aksine bunları hem dindarlığın hem de maneviyatın bileşeni olarak değerlendirmektedirler.¹⁷⁵

“Dindarlık” terimi, genellikle, bireyin kişisel deneyimlerinin organize bir dinin parçası olduğunu göstermek için kullanılır. Örneğin William James, bu terimi kişisel tutum, duygu ve kişilik faktörlerinin odağında bu şekilde kullanmıştır. “Maneviyat” ise

¹⁷⁴ Brain J. Zinnbauer and Kenneth I. Pargament, “Religiousness and Spirituality”, *Handbook Of The Psychology Of Religion And Spirituality*, Ed. Raymond F. Paloutzian and Crystal L. Park (New York and London: The Guilford Press, 2005), 22-23.

¹⁷⁵ Linda K. George et.al., “Spirituality and Health: What We Know, What We Need To Know”, *Journal of Social and Clinical Psychology* 19, No. 1 (2000): 103-104.; Ayrıca bk. Peter C. Hill ve Kenneth I. Pargament, “Din ve Maneviyatın Kavramlaştırılması ve Ölçülmesindeki Gelişmeler: Beden ve Ruh Sağlığı Araştırmaları için Olası Bulgular”, çev. Mustafa Ulu, *Bilimname* XXVIII, 1 (2015): 345.

herhangi bir organize dinden bağımsız kişisel tecrübeleri ifade eden bir kavramdır. Ancak bu iki kavram genellikle birbirinin yerine kullanılabilir. ¹⁷⁶

Zinnbauer ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada, “Yeni Çağ” gruplarından dinî açıdan muhafazakâr Hristiyan üniversite öğrencilerine kadar çeşitli örnek popülasyonlar incelenmiştir. Diğer görevlerin yanı sıra, katılımcılardan kendilerini ne kadar dindar ya da manevî olduklarını 5’li Likert ölçeğinde değerlendirmeleri için, kendi dindarlık ve maneviyatını en iyi tanımlayan şu dört ifadeden “(1) Ben manevî ve dindarım; (2) Manevîyim ama dindar değilim; (3) Dindarım ama manevî değilim ve (4) Ne manevîyim ne de dindarım.” uygun olanı seçmeleri istenmiştir. Çalışma sonucunda, deneklerin % 74’ünün ilk ifadeyi, % 19’unun ikinci, % 4’ünün üçüncü ve % 3’ünün de dördüncü ifadeyi seçtikleri görülmüştür. Woods and Ironson tarafından yapılan bir başka araştırmada da, yarı yapılandırılmış görüşmelerle katılımcılara dine ve maneviyata ilişkin düşünceleri sorulmuştur. Katılımcıların % 43’ü kendilerini manevî, % 37’si dindar, % 20’si de ikisi olarak tanımlamıştır. Bu çalışmaların her ikisi de, en azından bireylerin öznel olarak algıladıkları kadarıyla, iki kavramın, geniş bir grup bireyde bir arada bulunabilme yeteneğini göstermiştir. ¹⁷⁷

Bu bağlamda maneviyat için geçmişte ve günümüzde yapılan bazı tanımlara bakıldığında; Armstrong’un maneviyatı; “*Dünyadaki işlerinde kişiyi etkileyen Yüksek Güç’le kurulan ilişkinin varlığı*”, Benner’in “*Tanrının kendisi ile bağlantı halinde olunmasına yönelik nazik davetine insanın verdiği karşılık*”, Doyle’nin “*Varoluşsal anlam arayışı*”, Elkins, Henderson, Hughes, Leaf ve Saunders’ın “*Aşkın bir boyutun farkındalığı ile ortaya çıkan; benlik, yaşam ve kişinin Nihai olan hakkında düşünebildiği her şeyle mutlak olarak tanımlanabilen değerler tarafından karakterize edilen bir varoluş ve tecrübe türü*”, Fahlberg’in “*Benliği ya da özülle ilahi olanla*

¹⁷⁶ Carl E. Thoresen and Alex H. S. Harris, “Spirituality and Health: What’s the Evidence and What’s Needed?”, *The Society of Behavioral Medicine* 24, No. 1 (2002): 3-4.; Ayrıca bk. Raymond F. Paloutzian, *Psychology of Religion Module Paperback*, 2017, erişim tarihi: 19 Temmuz 2017, <https://www.amazon.com/Psychology-Religion-Module-Raymond-Paloutzian/dp/1546875255>. ve Jennifer L. Holt et.al., “Spiritual Wellness for Clients With HIV/AIDS: Review of Counseling Issues”, *Journal of Counseling & Development* 77, No. 2 (1999): 160.

¹⁷⁷ Itai Ivtzan et.al., “Linking Religion and Spirituality with Psychological Well-being: Examining Self-actualisation, Meaning in Life, and Personal Growth Initiative”, *Journal of Religion and Health* 48, No. 1 (2009): 6. Ayrıca bk. Brain J. Zinnbauer et. al., “Religion and spirituality: Unfuzzifying the fuzzy”, *Journal for the Scientific Study of Religion*. 36, No. 4 (1997): 549-564., Teresa E. Woods and Gail H. Ironson, “Religion and spirituality in the face of illness: How cancer, cardiac, and HIV patients describe their spirituality/religiosity”, *Journal of Health Psychology* 4, Issue. 3 (1999): 393-412. ve Zinnbauer and Pargament, “Religiousness and Spirituality”, 28-29.

bağlantı kurarak ona karışma hali”, Hart’ın “*Kişinin günlük hayatta inancını yaşama biçimi ve varoluşun nihai koşullarıyla ilişki kurma şekli*”, Shafranske ve Gorsuch’ın “*İnsani tecrübedeki aşkın bir boyut... Kişisel varlığın anlamı ile ilgili bireysel soruların ve benliği daha geniş ontolojik bağlam içerisine konumlandırma çabalarının öneminin keşfedilmesi*”, Tart’ın “*Nihai amaçlara, yüksek varlıklara, Tanrıya, sevgiye, şefkate, amaca yönelik insanın geniş potansiyel alanı*” ve Vaughan’ın da “*Kutsalın öznel bir tecrübesi*” olarak tanımladığı görülmektedir.¹⁷⁸

Yine bu tanımlarda Aşkın bir varlıkla ilişki ya da ilahi bağlantı, belirli bir amaç ve kutsallık vurgusu ile maneviyatın dindarlıkla benzer yönleri dikkat çekmektedir.¹⁷⁹ Ayrıca maneviyat kavramı giderek artan bir biçimde dinî tecrübenin kişisel, öznel yönünü ifade etmek için kullanılmaktadır.¹⁸⁰ Araştırmalarda geçen insanların çoğunluğunun kendilerini hem dindar hem de manevi olarak tanımlamaları Hill ve diğerlerinin “*Maneviyat dinin post modern bir yansıması olmayıp dinin genişleyen yeni bir ifadesini temsil eder.*” şeklindeki hipotezlerini destekler¹⁸¹ görünmektedir.

1.2.3. Dindarlığın Ölçülmesi

Bireysel anlamda dindarlığın tek bir şeklinden söz etmek mümkün olmadığından dindar kişi sayısı kadar dindarlık türünün bulunduğu söylenebilir. Yani; dine bağlanma, dinî değerleri içselleştirme ve davranışa yansıtma düzeyi kişiden kişiye değişmektedir.¹⁸² Din psikolojisi çalışmalarında bu husus göz önünde bulundurularak dindarlık çok boyutlu ele alınmaktadır. Bu konuda Gorsuch, dinin alt bölümlere ayrılabilen çok boyutlu genel bir faktör olduğunu ileri sürmekte ve diğer değişkenlerin yordanmasında kullanılırken genel dindarlığı ölçmenin uygun olduğunu, ancak bu kuralın istisnalarını yordamada alt boyutların kullanılabilceğini savunmaktadır. Örneğin, dindarlık konusunda yaş farklılıklarını araştırırken genel dindarlığı ölçebiliriz. Oysa önyargı gibi daha belirgin bir değişkeni ölçmeye çalışırken, ilişkilerin bütün yönlerini yansıtabilmek için dindarlığın alt boyutlarını da kullanmak gerekir. Şu anda birçok araştırmacı dindarlığın çok boyutlu bir kavram olduğunu kabul etmektedir. Ancak araştırmacılar arasında bu boyutların sayısı ve niteliği hakkında büyük

¹⁷⁸ Zinnbauer and Pargament, “Religiousness and Spirituality”, 23.

¹⁷⁹ Zinnbauer and Pargament, “Religiousness and Spirituality”, 24.

¹⁸⁰ Hill and Pargament, “Din ve Maneviyatın Kavramlaştırılması ve Ölçülmesindeki Gelişmeler...”: 344.

¹⁸¹ Ali Ayten, *Din Psikolojisi: Dine ve Maneviyata Psikolojik Yaklaşımlar* (İstanbul: İz Yayıncılık, 2013), 23.

¹⁸² Hökelekli, *Din Psikolojisine Giriş*, 81.

farklılıklar vardır. Bu konuda Tsang ve McCullough, hiyerarşik bir dindarlık ve maneviyat modeli önermiş (Düzyey 1 eğilim, Düzyey 2 işlevsel), dindarlık ve maneviyatın ölçümünü için iki düzyeye dayalı bir ölçek tasnifi yapmıştır. Böylece yazarlar; dindarlığı ve maneviyatı ölçen araçları, eğilim yönlerini (manevî iyi oluş, dinî katılım, dinî inanç) ölçen araçlar ve işlevsel yönleri (dinî yönelim, dinî başa çıkma, dua) ölçen araçlar şeklinde sınıflandırmışlardır. Bu iki düzyey arasında bir etkileşim söz konusudur. Örneğin stresle başa çıkmanın bir yolu olarak dini kullanan insanlar genelde daha dindardır.¹⁸³

Yine Allport ve Ross tarafından iç kaynaklı ve dış kaynaklı dinî yönelimler arasında yapılan ayırım, Düzyey 2’de en meşhur kavramsallaştırmalardan birisidir. Ross ve Allport’un *Dinî Yönelim Ölçeği* dinî yönelimi ölçmek için şimdiye kadar kullanılan en yaygın ölçek olarak kalmıştır. Batson, dinî yönelimi değerlendirmek için dinî yönelimin bir başka boyutunu da ekleyerek arayış olarak din, varoluşsal sorular içeren bir yaklaşım, dinî inançları olumlu bir şekilde görme istekliliği, bir kişinin başına gelen krizlerle şekillenen dinî inançlar konularını ölçen *Dinî Yönelim Arayışı Ölçeği*’ni geliştirmiştir.¹⁸⁴

Dinî hayatın analiz edilmesi ve ölçülmesi konusunda çok boyutlu yaklaşımlarda bulunma teşebbüsleri, tek boyutlu çalışmaların ve Allport, Lenski, Allen, Nock, Dewey, Clark gibi teorisyenlerin dindarlığı iki kutuplu olarak ölçmeye yönelik çalışmalarının revaçta olduğu dönemlere denk gelmektedir. Von Hügel’in dindarlığı “Geleneksel veya Tarihsel, Sezgi ve İrade, Rasyonel veya Sistematik” boyutlar olarak ele alması; Pratt’in “Geleneksel, Uygulama-Ahlak, Mistik, Rasyonel” boyutları vurgulaması; Wach’ın “İnanç, Uygulama, Sosyolojik (Cemaat)” açıdan dindarlığı incelemesi; Lenski’nin “Dinî İnanç, İbadetlere Katılma, Dinî Grup Üyeliği, Dinî Duygu” tasnifi; Fukuyama’nın “Akide (İnanç), İbadet (cultic), Duygu, Bilgi (kognitif)” gruplaması; Thouless’in “Bilgi, Gelenek, Duygu, Kişisel İhtiyaç”; Whiteman’ın “İnanç, İbadetlere Katılma, Duygu, Etki” ve Glock’un “İnanç, İbadet, Duygu, Bilgi, Etki” boyutları bu yaklaşımlara örnek olarak verilebilecek çalışmalardır. Çok boyutlu yaklaşımların gelişmesinde Lenski ve

¹⁸³ Richard L. Gorsuch, “The Boon and Bane of Investigating Religion”, *American Psychologist* 39 (1984): 228-236.’dan akt. Rusu Petruta and Maria Nicoleta Turliuc, “Ways of Approaching Religiosity In Psychological Research”, *The Journal of International Social Research* 4, Issue. 19 (2011): 355-356.

¹⁸⁴ Petruta and Turliuc, “Ways of Approaching Religiosity In Psychological Research: 356.; Ayrıca bk. Barbara Holdcroft, “What Is Religiosity?”, *Catholic Education: A Journal of Inquiry and Practice* 10, No. 1 (2006): 92.

Fukuyama'nın çalışmaları önemli olmakla birlikte sistemli bir şekilde kavramlaştırma ilk defa Glock tarafından yapılmıştır.¹⁸⁵

Türkiye'de de İslâm dinine özgü boyutlandırma çalışmaları olsa da daha çok Glock'un benimsediği beş boyut esas alınarak geliştirilen dindarlık ölçekleri kullanılmaktadır.¹⁸⁶

1.2.4. Din ve Psikoloji

Psikolojik düşüncenin henüz körpe ve yeni olduğu psikolojinin ilk günlerinde ve teori, araştırma yöntemleri, istatistiksel araçlar ve alt disiplinlerin modern biçimlerinde hayal bile edilemediği bir zamanda psikoloji alanının öncülüğünü yapan kişiler, bireyin dindarlığının psikolojik yönlerini incelemeyi çalışmalarının önemli bir parçası olarak görmüşlerdir. Ancak, bilimsel psikolojinin kurulması, psikolojinin felsefeden ayrılması, psikologların “tabu” olarak kabul ettikleri ve aşırı felsefi ya da teolojik buldukları konulara uzak durma eğilimleri gibi bazı nedenlerden dolayı sonradan gelen psikologların bu konuya olan ilgilerinde 1920'lerin ortalarından 1960'ların ortalarına kadar bir azalma meydana gelmiştir. Özellikle 1960 sonrası disiplinin gelişmesi ve olgunlaşması, toplumsal sorunlara karşı ilgili ve psikoloji konusunda kapsayıcı görüşleri olan yeni nesil psikologların sayesinde olmuştur. Dönemin toplumsal karışıklıkları onları; şiddet, saldırganlık, önyargı ve cinsiyet ayrımcılığı gibi gerçek hayat sorunlarıyla baş etmek için çalışmalar yapmaya itmiştir. Dine ilgi bu dönemde artmaya başlamış ve din psikolojisi; psikolojinin geri kalanına yeni bilgi, veri ve mesleki etkinlikle katkı sağlayan öncü bir araştırma alanı olarak yeniden ortaya çıkmıştır. Bu durum, ders kitapları ve dergi makaleleri, mesleki sunumlar, din psikolojisi dersleri, yeni dergilerin kurulması, klinik ve sağlık konularında yazılan eserler ve din psikolojisi araştırmalarının gelişimi incelendiğinde açıkça görülecektir. APA bünyesinde *Din*

¹⁸⁵ Murat Yıldız, “Dindarlığın Tanımı ve Boyutları Üzerine Psikolojik Bir Çalışma”, *Tabula Rasa-Felsefe ve Teoloji* Y. 1, sy. 1 (2001): 25-29.; Peter Hill ve Ralph W. Hood'un editörlüğünde 1999 yılında yayınlanan *Measures of Religiosity* isimli eserde Batıda dindarlığı ölçmek için geliştirilen ölçekler hakkında tanıtıcı bilgiler sunulmaktadır. Bu esere göre dindarlık ölçekleri 12 başlık altında toplanmıştır. Bu konuda detaylı bilgi için bk. Ulu, “Dindarlığın Tanımı, Boyutları ve Ölçülmesi Üzerine Psikolojik...”, 61-65.

¹⁸⁶ Cemile Zehra Köroğlu, “Türkiye’de Dinî Hayatın İncelenmesi: Bütüncül Bir Yaklaşım”, *Gümüshane Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* 1, sy. 2 (2012): 89.; Ayrıca bk. Hasan Arslan, “Dindarlık Boyutları, Algıları ve Uygulamaları”, *Hikmet Yurdu* 4, sy. 7 (2011): 40.

Psikolojisi bölümünün oluşturulmasıyla da bu eğilim daha belirgin hale gelmeye başlamıştır.¹⁸⁷

Psikolojik bir olgu olarak dinin bireyin duygu, tutum ve davranışlarına olan etkisi hakkındaki çalışmalar, o günlerden bu güne artarak devam etmektedir. Geçen sürede insanı daha iyi anlayabilmek amacıyla Batı'da ve ülkemizde pek çok değişkenle din ve dindarlığı ilgilendiren konular bilimsel araştırmalara konu olmuştur. Peki, psikologlar neden dini araştırma ihtiyacı duymaktadır? Bu sorusunun basit bir cevabı vardır. Din, insan varoluşunun ayrılmaz bir parçasıdır. Pek çok önemli eylem din adına gerçekleştirilir. İnsan kendisini manevî referanslarla kuşatarak büyük yaşam olaylarına kutsallık atfeder ve bir bağlam oluşturur. Örneğin, Hristiyanlıkta doğum veya sünnet vaftiz ile kutsallaştırılır. Evlilik birliği rahipler tarafından gerçekleştirilir. Haftalık dinî toplantılar inananları yaşam boyunca yönlendirir. Din, aynı zamanda, ölümü yalnızca iyilik ve adaletin hâkim olduğu bir öbür dünya imgesiyle ilişkilendirerek insanların ölümle baş etmesine yardımcı olur. Hatta bazı dinler, zamanın sonuna ve nihai bir dirilişe de temas eder ve böylece din birey üzerindeki etkisini yaşamla sınırlı tutmayarak ölüm sonrasına da taşır. Tabii ki din, aynı zamanda, günlük yaşamla da yakından bağlantılıdır. Örneğin İslam dünyasında, hoparlörlerden ezan okunur ve inananlar mabede çağrılır. Bazı kültürlerde, yoğun kaldırımların ortasında dizleri üzerinde dua eden insanları görmek olağandışı değildir. Daha laik toplumlarda bile din; özel meditasyonda, dualarda, kilise ya da tapınak törenlerinde kendisini göstermektedir. Denilebilir ki; zaman ya da mekâna bakılmaksızın, din her yerde mevcuttur ve insanların hayatlarını etkilemektedir.¹⁸⁸

Yapılan çalışmalar dini, insan için çekici kılan hususlardan birisinin de dinin insanın temel arzularına tatmin edici cevaplar verebilme özelliği olduğunu ortaya koymuştur. Bu konuda psikolog Steven Reiss, dinin cazibesini “*İnsanlar dine ilgi duyuyorlar. Çünkü din, inananlarına bütün temel eğilimlerini tatmin etme fırsatı sunuyor. Din sadece bir veya iki temel isteği yerine getirmiş olsaydı, insanların toplu kabulünü başaramazdı.*” sözleriyle ifade etmektedir. Reiss ve arkadaşları 1990'lı yıllarda binlerce kişi üzerinde insanların hedefleri, amaçları hakkında bir araştırma yapmışlar ve araştırmalarında herkesin paylaştığı ortak 16 temel hedefin olduğunu tespit

¹⁸⁷ Robert A. Emmons and Raymond F. Paloutzian, “The Psychology of Religion”, *Annual Review Psychology* 54 (2003): 2-3.

¹⁸⁸ Ralph W. Hood et.al., *The Psychology of Religion: An Empirical Approach* (New York-London: The Guilford Press, Fourth Edition, 2009), 1-2.

etmişlerdir. Bunlar: *kabul, merak, yemek, aile, şeref, idealizm, bağımsızlık, düzen, fiziksel aktivite, güç, romantizm, tasarruf, sosyal ilişki, statü, huzur ve intikam*. Reiss, başarılı bir dinin bu hedeflerle ilgili, zıt kişiliklerin bile kendisinde yer bulabileceği açıklamaları barındırdığını ifade eder. “*Sosyal ilişki*” hedefine yönelik din, dışa dönük kişiler için festival ve toplu etkinlikler sunarken; içe dönük kişiler için de meditasyon ve özel inzivayı teşvik eder ve Tanrı’nın yalnızlığı kutsal sayması üzerinde durur. Yine “*intikam eğilimi*” ile ilgili din; “Barışçı Tanrı” imgesiyle “*diğer yanağını çevir*”meyi öğütlerken, Tanrı’nın gazabı ve kutsal savaşlar da “İntikamcı Tanrı” imgesinin öğretilerini barındırır. Reiss’e göre tüm dinî inanç ve uygulamalar bu 16 eğilime cevap verecek niteliktedir ve herkes dinde kendine göre bir yer bulabilmektedir.¹⁸⁹

Görüldüğü gibi din, insanın doğumundan ölümüne tüm yaşamına ve ötesine kadar nüfuz edebilme özelliğiyle kuşatıcı bir fonksiyona sahiptir. İnananları açısından günlük yaşam olaylarında önemli bir referans kaynağı olarak kabul edilen dinin etkisi, sadece birey ile de sınırlı olmayıp onun çevresiyle etkileşimini de kapsamaktadır. Çünkü sosyolojik bir varlık olan insan duygu, tutum ve inançlarını davranışlarıyla da sergileyecektir. O halde bireyin bulunduğu sosyal çevreye de etkisi söz konusudur. Ayrıca açıklanan söz konusu 16 hedefin her birisi insanın psikolojik ihtiyaçlarını yansıtmaktadır. Bu ruhsal gereksinimlerin tatmininde ya da gereğinin yerine getirilmesinde dinin de söyleyeceği hususlar bulunmaktadır. Bu nedenle din ve psikoloji karşılıklı olarak birbirlerine katkı sağlamakta ve din psikolojisi çalışmaları bireyi daha bütüncül değerlendirmede yararlı veriler sunmaktadır. İnsana yönelik her türlü anlama çabasının etkin bir sonuca ulaşması için bu işbirliğine de ihtiyaç vardır.

¹⁸⁹ Jeff Grabmeier, “The psychology behind religious belief”, 2015, erişim tarihi: 18 Temmuz 2017, <https://news.osu.edu/news/2015/10/05/the-psychology-behind-religious-belief/>.

1.3. STRES, BAŞA ÇIKMA, DİNÎ BAŞA ÇIKMA VE SAĞLIK

1.3.1. Stres, Stres Kaynakları ve Stresin Sonuçları

Tarihi çok eskilere dayanan “stres” kavramı¹⁹⁰ Latince ‘estrica’ sözcüğünden gelmektedir. 17. yüzyılda “felaket, bela, musibet, elem, dert, keder” ve benzeri anlamlarda kullanılan bu kavram; 18 ve 19. yüzyıllarda “güç, baskı, zor” gibi anlamlarda kişiye, organa veya ruhsal yapıya yönelik zorlamalar olarak kullanılmıştır. Nesne ve kişinin bu tür zorlamaların etkisi ile biçiminin bozulmasına, çarpıtılmasına karşı bir direnç¹⁹¹ olarak anlaşılan stres kavramı, ayrıca “bütünlüğü koruma” ve “esas duruma geçmek için çaba harcama” halini de ifade etmektedir.¹⁹²

Anksiyete, çatışma, hayal kırıklığı, duygusal sıkıntı, travma ve yabancılaşmayı içine alan stres kavramı¹⁹³, bu kavramı ilk ortaya koyan Selye’ye göre *memnuniyet verici olup olmadığına bakılmaksızın her türlü isteme bedeninin uyum sağlamak için gösterdiği yaygın tepkisidir.*¹⁹⁴

Endişe, ölüm korkusu, maddî sıkıntılar ve benzeri olay ya da durumlar kişinin iç dünyasından ya da dışarıdan kaynaklanan, insanı bir şekilde tehdit eden ve güvenlik hissini zedeleyen sarsıntılardandır. Bu tür durumlarda kişi, yeterli ve güvenli olma arayışı içerisine girer. Bu arayışla belirginleşen stresin derecesini ölçmek ve belirtilerini tam olarak kavramak mümkün olamadığından karmaşık bir psikolojik gerçekliğe sahip olduğu söylenebilir.¹⁹⁵

Aydın’a göre stres; olağanüstü talepler, sınırlamalar ya da fırsatlarla karşı karşıya gelen bireyin yaşadığı gerilim durumudur.¹⁹⁶ Stresi, organizmanın üstesinden gelmesi gereken yeni koşullar karşısında verdiği tepki durumu olarak da tanımlamak mümkündür. Bu durumda stresin; duygu, düşünce, davranış ve fizyolojik tepkilerin tümünü içerdiği söylenebilir.¹⁹⁷

¹⁹⁰ Tom Cox, *Stress* (1st Press) (London and Basingstoke: The MacMillan Pres Ltd., 1978), 2.

¹⁹¹ Akın Başal, *Stres Yapmayan Stres Kitabı* (İstanbul: Crea Yayıncılık, 2007), 23.

¹⁹² Acar Baltaş ve Zuhâl Baltaş, *Stres ve Başa Çıkma Yolları* (İstanbul: Remzi Kitabevi, 22. Baskı, 2004), 304.

¹⁹³ Richard S. Lazarus and Suzan Folkman, *Stress, Appraisal, and Coping* (New York: Springer, 1984), 1.

¹⁹⁴ Roger J. Allen, *Human Stress: It's Nature and Control* (New York: McMillan Publisher Company, 1983), 3.

¹⁹⁵ Fatma Kırman, “Stres ve Din: Lise Gençliği Üzerine Psikolojik Bir Araştırma (Kahramanmaraş Örneği)”, (Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, 2013), 8.

¹⁹⁶ İnalet Aydın, *İş Yaşamında Stres* (Ankara: Pegema Yayıncılık, 2. Baskı, 2002), 4.

¹⁹⁷ Adnan Erkuş, *Psikolojik Terimler Sözlüğü* (Ankara: Doruk Yay., 1994), 183.

Stres; hayatın her alanında ve hayatla iç içe olan, her an bireyin yüz yüze kalabileceği bir olgudur. Günlük hayatın ayrılmaz bir parçası olan stresi yaşatan pek çok faktör bulunmaktadır. Strese neden olan bu faktörlere *stres kaynağı* denilmektedir. Bireyin fizyolojik ve psikolojik düzenini etkileyen her şey stres kaynağı olarak değerlendirilebilir. Bu faktörler bireyin kişilik özelliklerinden, iş hayatından ve çevreden kaynaklanmaktadır. Bireysel, örgütsel, çevresel stres kaynaklarının kendi içerisinde de etkileşimi söz konusudur. Örneğin, kişinin aile yaşamında ya da trafikte karşılaştığı bir stresör (*stres kaynağı*), aynı zamanda kişinin çalışma hayatını da etkileyebilmektedir.¹⁹⁸

Bireysel (psikolojik) stres kaynağı; stres verici bir olayı bireyin nasıl karşıladığı, nasıl algıladığı ve ona karşı ne tür bir tepki verdiği ile ilgilidir. Dolayısıyla bireyin stres kaynağı ile ilgili algısı, stresin oluşumunda ve strese gösterilen tepkide önem arz etmektedir ve bu durum kişiden kişiye değişmektedir. Örneğin; trafik kazası geçiren birisinin strese neden olan olayda bir anlam bularak “*Cana geleceğine mala gelsin, verilmiş sadakamız varmış, ucuz atlattık vb.*” yaklaşımı ile “*Niçin bütün belalar beni buluyor, ne günah işledim, rahat günüm geçmeyecek mi? vb.*” yaklaşımı kişinin yaşadığı olayı algılayış ve baş etme biçimiyle ilgilidir.¹⁹⁹ Diğer bir deyişle, bireysel stres kaynakları bireyin daha çok psikolojik ve fizyolojik özellikleri ile ilgilidir. Bireyin kişiliği ve duygusal yapısı, aile sorunları, yaşam standartları, orta ve ileri yaş dönemi bunalımları, ekonomik sorunları gibi faktörler bireysel stres kaynakları arasında sayılabilir. Özellikle kişilik, yaş, cinsiyet, aile yapısı ve ekonomik şartlar bu faktörlerden önemlileri arasında yer almaktadır.²⁰⁰

Literatürde örgütsel stres de *mesleki stres, çalışma stresi, endüstriyel stres, iş stresi, iş baskısı ve iş gerilimi* gibi kavramlarla ifade edilmektedir.²⁰¹ Ağır iş, gece işi, aşırı yüklenme, karar verme güçlükleri olan ve sorumluluk getiren işler, zaman baskısı altında çalışma vb. çalışma hayatına ilişkin stres faktörleri bu grupta değerlendirilebilir.

Bireylerin günlük hayatta karşılaştığı ulaşım ve çevre sorunları (hava kirliliği, gürültü, kalabalık, radyasyon, sıcaklık, soğukluk, toz vb.), sosyal, kültürel, teknolojik

¹⁹⁸ Ahmet Balcı, “Çalışanlarda Stres Kaynakları, Stresle Başa Çıkma Yöntemleri ve Sağlık Sektörü”, (Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, 2014), 25.

¹⁹⁹ Behlül Tokur, “Stres-Dindarlık İlişkisi Üzerine Bir Araştırma”, (Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, 2011), 15.; Ayrıca bk. Randal R. Cottrell, *Stress Management* (USA: The Dushkin Publishing Company, 1992), 5-7.

²⁰⁰ Balcı, “Çalışanlarda Stres Kaynakları, Stresle Başa Çıkma Yöntemleri ve Sağlık Sektörü”, 25-26.

²⁰¹ Özlem Güllüoğlu, “Yerel Televizyon Çalışanlarının Örgütsel Stres Faktörleri: Kayseri İlinde Bir Araştırma”, *İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi* sy. 43 (2012): 79.

değişimler, gelir düzeyi, işsizlik, ekonomik kriz gibi etkenler de çevresel stres kaynaklarını oluşturmaktadır.²⁰²

Ayrıca ciddi hastalıklar, doğum, aile bireylerinden birinin ölümü, işten çıkarılma gibi hayatı önemli ölçüde etkileyebilecek yaşam krizleri niteliğindeki etmenler de psiko-sosyal stres kaynağı olarak sayılabilirler.²⁰³

Olayların belirli bir stres ağırlığı ve bir anlamda “stres” katsayısı olduğunu ileri süren Amerikalı psikologların Amerikan toplumu için yaptıkları stres veren olaylar listesinde²⁰⁴ en yüksek ağırlık puanını eşin ölümü (100 puan) alırken, devamında ilk beşte sırasıyla boşanma (73 puan), eşinden ayrı yaşama (65 puan), hapis cezası almış olma (63 puan), aileden yakın birisinin ölümü (63 puan) ve önemli bir yaralanma veya hastalık (53 puan) takip etmektedir.²⁰⁵ Psikologlara göre, bir kimse bu listeden yıl içerisinde 300 puan ve daha yukarısında bir stres puanı toplarsa, stresin ağırlığı altında farklı bedensel ve psikolojik hastalıklar geliştirme ihtimali artmaktadır. 1982 yılında İzmir’de yapılan bir araştırmayla da Türkiye’ye özgü önemli yaşam olayları ve stres puanları belirlenmiştir. Buna göre, ilk sırada çocuğun ölümü (92 puan) yer almaktadır. Bunu takiben ilk beşte ise sırasıyla eşin ölümü (90 puan), eş tarafından aldatılma (87 puan), anne ya da babanın ölümü (87 puan), hapse mahkûm olma (86 puan), çocuğun ağır biçimde hastalanması veya sakatlanması (85 puan) gelmektedir.²⁰⁶

Günümüzde pek çok rahatsızlığın stresle olan ilişkisi çeşitli biçimlerde ortaya konulmaktadır. Olumlu dozda stresin bireyin psikolojik gelişimine olumlu katkısı olabilir. Ancak genellikle çağdaş yaşamdan kaynaklı zorluklar karşısında sık sık gösterilen bir tepki durumuna gelen stres, psikosomatik hastalıkların²⁰⁷ ortaya çıkmasına yol açabilmektedir. Hans Selye’ye göre, yaygın hastalıkların çoğu

²⁰² Balcı, “Çalışanlarda Stres Kaynakları, Stresle Başa Çıkma Yöntemleri ve Sağlık Sektörü”, 45.

²⁰³ Kırman, “Stres ve Din: Lise Gençliği Üzerine Psikolojik Bir Araştırma.”, 10.

²⁰⁴ Doğan Cüceloğlu, *İnsan ve Davranışı: Psikolojinin Temel Kavramları* (İstanbul: Remzi Kitapevi, 30. Basım, 2015), 323.

²⁰⁵ John P. Houston et.al., *Essentials of Psychology* (London: Academic Press Inc., Second Edition, 1985), 275.

²⁰⁶ Cüceloğlu, *İnsan ve Davranışı...*, 323.

²⁰⁷ Jerrold S. Greenberg, *Comprehensive Stress Management* (Dubuque: W. C. Brown Communications, Fourth Edition, 1993), 39. (**Psikosomatik Hastalıklar:** Bu deyim kronikleşen stresin insan organizmasında uzun süreli etkilerinin sonucunda ortaya çıkan hastalıkları ifade etmek için kullanılmaktadır. Tıp alanının önde gelen isimleri, tüm fiziksel hastalıkların %50 ile %70’inin ortaya çıkmasında stresin bir şekilde rol oynadığını öne sürmektedir (bk. Jerald Greenberg and Robert A. Baron, *Behaviour in Organizations: Understanding-Meaning the Human Side of Work* (New Jersey: Prentice-Hall International Inc., Fifth Edition, 1995), 244). Bu hastalıklar arasında insan yaşamını ciddi biçimde tehdit eden kanser ve kalp krizi gibi önemli rahatsızlıklar da bulunmaktadır.) (bk. Abdullah Yılmaz ve Süleyman Ekici, “Örgütsel Yaşamda Stresin Kamu Çalışanlarının Performansına Etkileri Üzerine Bir Araştırma”, *Yönetim ve Ekonomi* 10, sy. 2 (2003): 4.)

mikropların, virüslerin, zararlı maddelerin veya her türlü dış etkenin yarattığı aksaklıklardan çok, strese uyum gösterme eksikliğinden kaynaklanmaktadır.²⁰⁸

Aşırı stres birçok sağlık sorununa yol açabilmekte ve bunlardan bazıları da ölümcül olabilmektedir. Stresin yol açtığı ve bireylerin hayatında önemli yer tutan bu tür sağlık sorunlarını, baş ağrısından kalp krizine, hazımsızlıktan kansere kadar geniş bir yelpazede ele almak mümkündür.²⁰⁹

Stres kaynakları ile bunlara karşı bireyin gösterdiği tepkiler arasında genel olarak fizyolojik, psikolojik ve davranışsal sonuçlar şeklinde gruplandırılacak bir dizi sonuç ortaya çıkmaktadır.²¹⁰ Strese karşı verilen fizyolojik tepkiler kısa süreli ve uzun süreli tepkiler olarak iki grupta ele alınabilir. Kısa süreli tepkiler; stres kaynaklarına karşı gösterilen ve birkaç gün ya da saat devam eden standart nitelikteki fiziksel tepkilerdir. Bu tepkiler organizmanın olumsuz etkenler karşısında zorlandığını ve baskı altında olduğunu gösterir. Bu bağlamda; “*tansiyon yükselmesi, baş ağrısı ve baş dönmesi, mide bulantısı ve kramp, kabızlık ve ishal, kan şekerinin yükselmesi, nefes darlığı, boyun, omuz ve sırt kaslarında gerginlik, terleme ve yorgunluk, ağızda kuruma, iştahsızlık, aşırı hareketlilik, kandaki yağın ve pıhtılaşmanın artması, sivilce, kekemelik ve idrar ihtiyacının artması*” gibi fiziksel değişimler kısa süreli fiziksel tepkilere örnek olarak verilebilir. Uzun süreli fizyolojik tepkiler ise; stres karşısında organizmanın kısa dönemdeki fiziksel değişikliklerinin haftalarca ya da yıllarca devam etmesi ile süreklilik kazanmasını ve bunun sonucunda ortaya çıkan hastalıkları içermektedir. Kalp ve damar hastalıkları, kanser, ülser, migren, romatizmal artrit ve alerji gibi en yaygın hastalıklar kronikleşen/uzun süreli stresin neden olduğu psikosomatik rahatsızlıklar arasında sayılabilir.²¹¹ Stres, bireylerin fizyolojik yapısını etkilediği gibi psikolojik yapısını da etkilemektedir.²¹² Sürekli olarak stres yaşayan kişilerde *gerginlik, geçimsizlik, işbirliğinden kaçınma, yetersizlik duygusu, yersiz telaş, sürekli endişe, kaygı* ve

²⁰⁸ Hasan Tutar, *Kriz ve Stres Ortamında Yönetim* (İstanbul: Hayat Yayınları, 2000), 259.’dan akt. Orhan Yılmaz, “Stresin Performans Üzerine Etkisi 40ıncı Piyade Eğitim Alay Komutanlığı Lider Personeli Üzerinde Bir Araştırma”, (Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, 2006), 42-43.; Stres belirtileri için ayrıca bk. Nevzat Tarhan, *Mutluluk Psikolojisi ve Stresle Başa Çıkma* (İstanbul: Timaş Yayınları, 28. Baskı, 2018), 18-20.

²⁰⁹ Ursula Markham, *Kadınlar İçin Stres El Kitabı*, çev: Türkan Tezcan (İstanbul: Alfa Yayınları, 1998), 22.

²¹⁰ Greenberg and Baron, *Behaviour in Organizations: Understanding-Meaning the Human Side of Work*, 252.; Ayrıca bk. Tutar, *Kriz ve Stres Ortamında Yönetim*, 257. ve Yılmaz ve Ekici, “Örgütsel Yaşamda Stresin Kamu Çalışanlarının Performansına Etkileri Üzerine Bir Araştırma”: 3.

²¹¹ Yılmaz ve Ekici, “Örgütsel Yaşamda Stresin Kamu Çalışanlarının Performansına Etkileri Üzerine Bir Araştırma”: 4-6.

²¹² Mustafa Okutan ve Dilaver Tengilimoğlu, “İş Ortamında Stres ve Stresle Başa Çıkma Yöntemleri: Bir Alan Uygulaması”, t.y., erişim tarihi: 23 Temmuz 2017, <http://www.koniks.com/data/pdf/4302.pdf>.

depresyon bu bağlamda değerlendirilebilir. Ayrıca bu kişilerde *kararsızlık, unutkanlık, eleştiriye tahammülsüzlük, kendi kendini aşırı eleştirme, sinirlilik, gerilim, kötü tavırlar, düşmanlık hissi, mutsuzluk, suçluluk, utanma, mizaç dengesizliği, yalnızlık hissi, kıskançlık* gibi durumlar da gözlenebilir.²¹³

Stres altındaki bireyin davranışlarında da bir takım farklılıklar gözlenebilir. En büyük farklılık; sigara kullanımı, alkol ve uyuşturucu alışkanlığı, düzensiz beslenme²¹⁴ ve uyku düzeninde görülmektedir.²¹⁵

Özellikle stresin psikolojik sonuçlarının üstesinden gelmek birey açısından önemlidir. Psikolojik stres ve başa çıkma modeline göre kişi ve çevre; dinamik, karşılıklı ve iki yönlü bir ilişki içerisinde hareket eder. Bu model, stresli kişi-çevre ilişkilerinin ve bunların yakın ve uzun vadeli sonuçlarının kritik arabulucuları olarak, bilişsel değerlendirme ve başa çıkma gibi iki süreci tanımlar.²¹⁶

1.3.2. Başa Çıkma

Yaşam boyunca insanlar aile bireylerinden birisini ya da sevilen birisini kaybetme, olağanüstü durumları tecrübe etme, aile içi şiddet, boşanma, trafik kazaları, çaresi olmayan hastalıklar gibi pek çok olumsuz hadise ile karşı karşıya kalmaktadır. İşte bu tür stresli durumların üstesinden gelebilme süreci “başa çıkma” olarak ifade edilmektedir.²¹⁷ Başa çıkma; bir takım stres yapıcıların uyandırdığı duygusal gerilimi azaltmak, yok etmek ya da söz konusu gerilime katlanmak amacı ile bireyin gösterdiği davranış ve duygusal tepkilerin bütünüdür.²¹⁸ Diğer bir ifadeyle başa çıkma; kişinin

²¹³ Zeynep Kalyoncu, “Duygusal Zekâ İle Örgütten Kaynaklanan Stres Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Hemşireler Üzerinde Bir Araştırma”, (Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, 2011), 104-105.; Detaylı bilgi için bk. Aydın, *İş Yaşamında Stres...*, 98., Walter Schafer, *Stres Management For Wellness* (New York: Mc.Graw Hill, 1987), 288., Donald Norfok, *İş Hayatında Stres Kaynakları*, çev: Leyla Serdaroglu (İstanbul: Form Yayınları, 1989), 37. ve Richard Gillet and Patric C. Pietroni, *Depresyon: Stresler-Bunalımlar*, çev: Ziya Kütevin ve Esra Kütevin (İstanbul: İnkılâp Kitapevi, 1990), 80.

²¹⁴ Yılmaz ve Ekici, “Örgütsel Yaşamda Stresin Kamu Çalışanlarının Performansına Etkileri Üzerine Bir Araştırma”: 6-7.; Ayrıca stresin fiziksel, psikolojik ve davranışsal etkilerinin yanı sıra yapılan bazı çalışmalarda öznal, davranışsal, bilişsel, fiziksel farklı etkilerine yönelik tanımlamalar için bk. Tokur, “Stres-Dindarlık İlişkisi Üzerine Bir Araştırma”, 45.

²¹⁵ Kalyoncu, “Duygusal Zekâ İle Örgütten Kaynaklanan Stres Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Hemşireler Üzerinde Bir Araştırma”, 106-107.

²¹⁶ Susan Folkman et.al., “Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms”, *Journal of Personality and Social Psychology* 50, No. 3 (1986): 572.

²¹⁷ Zeynep Sağır, “Suriyeli Mültecilerde Dinî Başa Çıkma ve Ruh Sağlığı”, (Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, 2014), 20.

²¹⁸ Perin Uçman, “Ülkemizde Çalışan Kadınlarda Stresle Başa Çıkma ve Psikolojik Rahatsızlıkları”, *Psikoloji Dergisi* 7, sy. 24 (1990): 61.

stres yaratan durumlarla uğraşma sürecidir²¹⁹ ve gerginliği azaltmaya yönelik davranışsal ve duygusal her türlü çabasıdır.²²⁰

Moss ve Billings, başa çıkma ile ilgili literatür incelemesine dayalı yaptıkları çalışmalarında, başa çıkmanın değerlendirildiği beş yaklaşım üzerinde durmuşlardır. Bunlar:

1. Psikoanalitik Yaklaşım: Psikoanalitik yaklaşım; başa çıkmada, iç ve dış gerçeklik arasındaki çatışmayı çözmek için ego süreçlerine vurgu yapan yaklaşımdır.

2. Gelişim Dönemleri Yaklaşımı: Başa çıkma kaynakları, Erikson'un "yaşam dönemleri" yaklaşımında söz ettiği gelişimsel geçişlerin başarılı bir şekilde gerçekleşmesiyle artar. Gelişimsel geçişlerde, özsaygı, özyeterlilik, egemenlik duygusu, sorumluluk ve içsel kontrol gibi kaynakların artması önemli görülmektedir.

3. Evrimsel Yaklaşım: Bu yaklaşım, başa çıkma mekanizmalarının yaşamda kalmayı sağlayıcı özelliklerine vurgu yapar ve davranışçı akımdaki problem çözme çabalarını destekler.

4. Kültürel ve Sosyo-Ekolojik Yaklaşım: Bu yaklaşımda başa çıkma, fiziksel ve kültürel çevre koşullarına uyum sağlama olarak değerlendirilmektedir.

5. Bütüncül Yaklaşım: Başa çıkma, diğer kaynaklarla birlikte yaşamda karşılaşılan olayları ve gerilimleri artırabilen ya da azaltabilen yeteneklerin bir boyutu şeklinde düşünülür. Bireyi zorlayan iç ve dış talepler karşısında, bireyin başa çıkmak için gösterdiği bilişsel ve davranışsal çabaları vurgulanır.²²¹

Çoğu araştırmacı stresin olumsuz etkilerini azaltmak için baş etme becerilerinin kullanılmasını incelemiştir. Lazarus ve Folkman, başa çıkmayı, "*kişinin kaynaklarını zorlayan veya aşan belirli dış ve/veya iç talepleri yönetmek için sürekli değişen bilişsel ve davranışsal çabalar*" olarak tanımlamışlardır.²²² Lazarus ve Folkman tarafından geliştirilen teori bilişsel değerlendirme ve başa çıkma olmak üzere iki süreci tanımlar ve bu teori birincil ve ikincil tip değerlendirme şeklinde iki tip değerlendirme biçimini içerir. Birincil değerlendirme, kişinin karşılaştığı durumun tehlikeli olup olmadığını değerlendirmesidir. Örneğin, olayın benlik saygısına potansiyel bir zararı ya da yararı

²¹⁹ Rita L. Atkinson vd., *Psikolojiye Giriş (12. Basımdan Çeviri)*, çev: Yavuz Alogan (İstanbul: Arkadaş Yay., 1999), 509.

²²⁰ Lazarus and Folkman, *Stress, Appraisal, and Coping*, 118.

²²¹ R.H. Moss and A.G. Billings, "Conceptualizing and Measuring Coping Resources and Processes", *Hanbook of Stress*, Eds. Goldberg, L. & Brenznitz, S. (London: Collier Macmillan Publishers, 1982). 'den akt. Ali Eryılmaz, "Başa Çıkma Stratejilerinin Kişilik Özellikleriyle Ergen Öznel İyi Oluşu Arasındaki Aracı Rolü", (Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, 2009), 29.

²²² Lazarus and Folkman, *Stress, Appraisal, and Coping*, 141.

var mıdır? Sevilen birinin sağlığı veya iyi oluşu tehlikede midir? Burada sahip olunan değerler, bağlılıklar, hedefler, bireyin kendisi ve dünyayla ilgili inançları da dâhil bir dizi kişilik özellikleri, belirli stresli işlemlerde kişinin riskleri tanımlanmasına yardımcı olmaktadır.²²³ Yani birincil değerlendirme tipleri tehlikenin ciddiyeti ve tehlike hassasiyeti doğrultusunda oluşan algılardır. İkincil değerlendirmeler ise kişinin stresli durum ile baş etmek için mevcut seçeneklerini ve kaynaklarını değerlendirmesidir. Bu değerlendirmeler; problem odaklı başa çıkma, duygusal adaptasyon ve anlam temelli başa çıkma gibi başa çıkma çabaları ve stratejilerini kapsar. İkincil değerlendirme evresi çevre, kişiler, başa çıkma stratejileri gibi kaynakların kullanımı; kendini koruma, karar verme, stresli durumda normal dengelerin korunması ya da stresli durum sırasında uyumu (adaptasyon) içermektedir.²²⁴

Ruh ve beden sağlığını korumak, üretici ve verimli bir yaşam sürdürebilmek için stres yönetimi ya da stresle başa çıkmak gerekli olan bir şeydir. Ancak başa çıkmanın amacı; stresin tamamen yok edilmesi değildir, kaldı ki bu zaten imkânsızdır. Asıl amaç, insan hayatını ve verimliliğini olumsuz etkileyen stres miktarını azaltmaktır.²²⁵

1.3.2.1. Başa Çıkma Stratejileri

Baş çıkmanın genellikle bireylerin yaşamlarında meydana gelen önemli kişisel ya da durumsal talepleri anlama ve üstesinden gelmeye çalışma süreci şeklinde görüldüğü ifade edilmişti. Teorisyenler başa çıkma sürecini oldukça interaktif ve dinamik olarak tanımlarken, sürecin önemli birkaç unsurunu da ifade etmişlerdir. Bunlar:

- Yaşam olayları; olağandışı, çok yönlü, giderek artan, olumlu ya da olumsuz, alışılmamış ya da bilindik, öngörülebilir ya da öngörülmez, kişisel ya da kişiler arası ve büyük ya da küçük farklı biçimlerde olabilir.
- Olayın nedeni, zararlı, tehdit edici ya da zorlayıcı olarak görülme düzeyi ile kişinin olayı ele alma alternatif ve kabiliyeti durum ve tepki arasındaki ilişkiye aracılık eden önemli hususlardır.

²²³ Folkman et.al., “Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms”: 572.

²²⁴ Sema Eryücel, “Yaşam Olayları ve Dini Başa Çıkma”, (Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, 2013), 5.; Richard S. Lazarus and Susan Folkman, “Transactional Theory And Research On Emotions and Coping”, *European Journal of Personality* 1 (1987): 141-170.

²²⁵ Schafer, *Stres Management For Wellness*, 310.

- Problemin üstesinden gelmeyi amaçlayan başa çıkma faaliyetleri, yaşam olaylarına verilen tepkiyi etkileyen temel öğelerden bir diğeridir. Araştırmacılar *problem odaklı, duygu odaklı, rasyonel eylem, yardım alma, olumlu düşünme, çekilme, kendini suçlama, sosyal karşılaştırma* gibi bir dizi farklı başa çıkma stratejisini vurgulamışlardır.²²⁶

Başta çıkma stratejileri istenmeyen durumu veya stres etkenini yok edebilir, kişinin strese neden olan durumu değerlendirmesini değiştirebilir, stresin etkisini azaltabilir ya da yönetebilir.²²⁷

Farklı biçimlerde sınıflandırılan başa çıkma tarzları içerisinde işlevleri bakımından en sık karşılaşılan tanımlama Lazarus ve Folkman tarafından yapılmıştır. Lazarus ve Folkman başa çıkmayı “problem odaklı başa çıkma” ve “duygu odaklı başa çıkma” şeklinde iki bileşene ayırmıştır.²²⁸ Problem odaklı başa çıkma stratejisi türünde kişi strese yol açan durumun etkisini azaltmak ya da ortadan kaldırmak suretiyle o durumu değiştirebileceğini değerlendirir ve problemin çözümüne yönelik adımlar atar. Diğer bir anlatımla problemi tanımlar, farklı çözümler üretir, avantajını değerlendirerek öne çıkan çözümü problemin çözümünde kullanır. Duygu odaklı başa çıkma stratejisinde ise kişi durumu değiştirmeye uğraşmaz. Bunun yerine kaçınma, küçültme, uzaklaşma, seçici dikkat ve olumlu karşılaştırma vb. yöntemler kullanarak yaşadığı duygusal sıkıntıyı azaltmaya çalışır.²²⁹ Kanserin ilk işaretini fark eden bir hastanın derhal muayene ve tedaviye yönelmesini probleme odaklanmış bir stratejinin kullanılmasına; hastanın hastalığın ilk belirtilerini inkâr etmesini, hastalığın yarattığı olumsuz duyguları en az düzeyde tutmaya çalışmasını da duyguya odaklanmış bir stratejinin kullanılmasına²³⁰ örnek olarak verebiliriz.

²²⁶ Kenneth I. Pargament et.al., “God Help Me: (I): Religious Coping Efforts as Predictors of the Outcomes to Significant Negative Life Events”, *American Journal of Community Psychology* 18, No. 6 (1990): 795.

²²⁷ Charles S. Carver et.al., “Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach”, *Journal of Personality and Social Psychology* 56, No. 2 (1989): 268-270. (Detaylı bilgi için bk. Carver vd. (1989) tarafından yapılan çalışmanın “Başa Çıkma İçin Önerilen Boyutlar” bölümü. Bu bölümde araştırmacılar strese başa çıkmanın farklı boyutlarını ele almış ve bu boyutlarla ilgili ölçeklerden söz ederek; *aktif başa çıkma, planlama, rakip faaliyetlerin bastırılması, mutedil baş etme, yardım alma amaçlı sosyal destek, duygusal nedenlerle sosyal destek ihtiyacı, davranışsal ayrılma (çaresizlik), zihinsel çekilme, olumlu yeniden değerlendirme, inkâr, kabul ve dine dönüş* gibi çeşitli başa çıkma boyutlarını belirtmişlerdir.)

²²⁸ Folkman et.al., “Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms”: 572.

²²⁹ Sueda Özcan Ceren, “*The Role of Hope and Coping Styles in Optimism*”, (Master Thesis, Middle East Technical University, 2013), 21-22.

²³⁰ Hülya Şahin, “Yetiştirme Yurtlarında Kalan ve Aileleriyle Yaşayan Liseli Gençlerin Stresle Başa Çıkma Stratejileri”, (Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, 1995), 22.

Duygulara yönelik söz konusu yaklaşımlar gerginliği azaltmada ve stres duygularını düzenlemede etkili olmaktadır. Duygu odaklı başa çıkma yaklaşımları olayla ilgili farklı değerlendirmeler yapmayı, olayla ilgili düşünmekten kaçınmayı ve tehdit içeren durumla ilgili olarak söz konusu durumun tehdit edici olmadığı yönünde yeniden değerlendirmeler yapmayı içerir.²³¹ Duygusal başa çıkma, genellikle zorlayıcı çevre şartlarını değiştirecek hiçbir kaynağın olmadığı algısı olduğunda, yani durum kontrol edilemez olarak algılandığı durumlarda kullanılmakta ve işlevsel olduğu görülmektedir. Muhtemelen kişi durumu değiştiremeyeceğini düşünmektedir.²³²

Folkman ve Lazarus, başa çıkma stratejilerine dair araştırmalarında problem çözme ve duygusal başa çıkma stratejilerinin yararlarını şu şekilde ifade etmişlerdir:

Problem Çözme Başa Çıkma Stratejisinin Yararları

- Davranış uygun olabilir ve stresörün etkisini azaltabilir.
- Harekete geçen duygu açığa vurulabilir.
- Geri getirilemeyecek kayıplar kabullenilebilir.
- Benlik saygısı yükseltilir.
- Duygusal kontrol yükseltilir.

Duygusal Başa Çıkma Stratejilerinin Yararları

- Stres tepkisi düşürülebilir.
- Yüksek umut ve cesaret korunabilir.
- Benlik saygısı geri kazanılabilir.²³³

Folkman ve Lazarus'a göre insanlar, stresli yaşam olaylarının iç ve dış kaynaklı taleplerinin üstesinden gelebilmek için problem odaklı ve duygu odaklı her iki stratejiyi de birlikte kullanmakta ve her iki yaklaşım da insanların yaşamına katkı sağlamaktadır.²³⁴ Pargament ise, bireyin başa çıkma sürecini değerlendirirken; insanların anlam arayışı içerisinde olduklarını ve her bireyin algısının farklı olması nedeniyle süreç içerisinde stres kaynaklarının değişebileceğinin göz ardı edilemeyeceğini vurgulamaktadır. Yine insanlar zor ve sıkıntılı zamanlarda var olan anlamı koruma çabası içerisine girerler. Bunun için önemli hususlardan birisi de bireyin kültür dünyasıdır. Çünkü kişi, başa

²³¹ Susan Folkman and Richard S. Lazarus, "If It Changes It Must Be A Process: Study of Emotion and Coping During Three Stages of A College Examination", *Journal of Personality and Social Psychology* 28, No. 1 (1985): 152-153.

²³² Bilge Çapoğlu, "Hemodiyaliz Hastalarında Başa Çıkma Tarzı, Benlik Saygısı ve Kontrol Odağının Yaşam Kalitesi İle İlişkisi", (Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, 2008), 32.

²³³ Ayşe Güner, "Lise Öğrencilerinde Stres Başa Çıkma ve Dinî Başa Çıkma", (Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi, 2006), 46-47.

²³⁴ Ceren, "The Role of Hope and Coping Styles in Optimism", 21-22.

çıkma etkinliklerini kullanırken kültürü içinde var olan unsurları kullanmaktadır. Bir başka deyişle başa çıkma kültürün bir parçası olarak kendisini göstermektedir. Ayrıca Pargament, bireyin başa çıkma süreci incelenirken, süreç ve sonucun birlikte ele alınması gerektiğini belirtir.²³⁵ Din ile kültürün karşılıklı ilişkisi ve dinin bireyler ve toplumlar üzerindeki etkileri dikkate alındığında kişinin başa çıkma süreçlerinde dinî kaynaklarına da başvurması kaçınılmazdır. Bu nedenle başa çıkmada sıkça karşılaşılan bir kavram da “dinî başa çıkma” kavramıdır.

1.3.3. Dinî Başa Çıkma

İnsanın hayata tutunmasını sağlayan en önemli unsur “anlam”dır. Kendi yaşamıyla ilgili kontrolü ve güven duygusunu kaybetmek istemeyen insan, sürekli anlamı koruma mücadelesi verir. Anlamın zayıfladığı ya da kaybolduğu zamanlarda ise yapılandırma ya da dönüştürme yoluna giderek bir şekilde anlamı korumak ister. Kontrol ve anlamın tehdit edildiği durumlarda, kişi yaşadığı sorunları çözmek için başa çıkma sürecine girer ve bu süreçlerde başvuracağı çeşitli destek unsurları içerisinde en önemlisi dinî inanç ve değerler olur. Çünkü dinî inanç ve değerlerin insanı hayata bağlayan, zorluklar karşısında dayanma gücü veren ve hayatı yaşanabilir kılan bir yönü vardır.²³⁶

İnsanlar herhangi bir kaynak olmadan stresli yaşam olaylarına göğüs geremezler. Zor durumlarda baş etme tarzlarını etkileyen bir inanç, uygulama ve ilişki sistemine güvenirlir. Başa çıkma sürecinde, bu ilişki sistemi somut duruma özgü değerlendirmeler, eylemler ve hedefler haline dönüştürülür. Din, bu genel yönlendirme sisteminin bir parçasıdır.²³⁷ Tarihsel olarak bakıldığında ise, araştırmacıların ve kuramcıların dinin baş etmede rolünü ihmal ettikleri ya da eleştirel bir bakış açısıyla konuya yaklaştıkları görülmektedir. Ancak son zamanlarda bu durum değişmeye başlamış ve son yirmi yılda sosyal bilimler ve sağlık bilimleri alanından araştırmacılar tarafından yapılan din ve başa çıkma çalışmalarında önemli bir artış olmuştur. Ayrıca sağlık çalışanları da çeşitli sorunlar ve durumları iyileştirme çabalarında dinî baş etme

²³⁵ Pargament, *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, and Practice*, 91-127.

²³⁶ Ali Ayten, *Mutluluğun Peşinde* (İstanbul: Çamlıca Yayınları, 2017), 18. ; Ayrıca bk. Malcolm B. Hamilton, “Din ve Anlam”, çev. A. Vahap Taştan, *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 1, sy. 9 (2000): 530-531. ve Kenneth I. Pargament, *The psychology of religion and coping: Theory, research, and practice* (New York: Guilford, 1997), 30-35.

²³⁷ Ralph W. Hood et. al., *The Psychology of Religion: An Empirical Approach*, 481.; Ayrıca bk. Eduardo Wills, “Spirituality and Subjective Well-Being: Evidences for a New Domain in the Personal Well-Being Index”, *Journal of Happiness Studies* 10 (2009): 52.

kaynaklarına yönelmeye başlamışlardır.²³⁸ Pargament'e göre, 1997 ile 2011 yılları arasında dinî başa çıkma üzerine 1.000'den fazla ampirik çalışmanın yayınlanmış²³⁹ olması bu ilginin kanıtıdır.

Başa çıkma perspektiften dini incelemek, belirli insanların karşı karşıya kaldıkları özel yaşam durumlarında dini somut olarak nasıl kullandıklarına dair ışık tutabilir.²⁴⁰ Koenig ve arkadaşlarına göre dinî başa çıkma, stresli hayat koşullarının yol açtığı olumsuz duygusal sonuçların etkilerini hafifletme ya da önlemede dinî inanç ya da davranışların kullanılmasıdır.²⁴¹ Pargament ve diğerlerine göre ise dinî başa çıkma, bireyin hayatında karşılaştığı kritik yaşam olaylarını anlama ve bunları ele almada dinin/maneviyatın sürecin bir parçası haline getirilme derecesidir.²⁴² Bu bağlamda yapılan bir çalışmada böbrek nakli olan hastalar ve hastalar için önemli olan kişilerde böbrek nakli ameliyatının stresiyle mücadele etme sürecinde dinî başa çıkmanın bilişsel yeniden yapılandırma, sosyal destek, algılanan kontrol gibi faktörlere yönelik etkileri araştırılmıştır. Araştırma iki aşamalı gerçekleştirilmiş; birinci aşamaya nakilden 3 ay sonra 232 hasta ve 171 önemli kişi ve çalışmanın ikinci aşamasına da nakilden 12 ay sonra 174 hasta ve 123 önemli kişi katılmıştır. Araştırma sonunda dinî başa çıkmanın eş zamanlı ve süreç içerisinde hem hastalar hem de hastaların önemli gördükleri kişiler için daha iyi psikolojik sonuçlara yol açtığı görülmüştür.²⁴³

1.3.3.1. Pargament'in Dinî Başa Çıkma Kuramı ve Özellikleri

Dinî başa çıkma konusundaki çalışmaların Amerikalı klinik psikolog Kenneth I. Pargament ile başladığı söylenebilir. Teorik çalışmaları, ölçek geliştirme ve uygulamaları ile ilgili çok sayıda çalışması bulunan Pargament'in dinî başa çıkma

²³⁸ Kenneth I. Pargament et.al., "The Religious Dimension of Coping Advances in Theory, Research, and Practice", *Handbook of The Psychology Of Religion And Spirituality*, Ed. Raymond F. Paloutzian and Crystal L. Park (New York: The Guilford Press, 2005), 480.

²³⁹ Kenneth I. Pargament, "Religion and coping: The current state of knowledge", *Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping*, Ed. S. Folkman, (New York: Oxford University Press, 2011)'den akt. Jianbin Xu, "Pargament's Theory of Religious Coping: Implications for Spiritually Sensitive Social Work Practice", *British Journal of Social Work* 46 (2016): 1398.

²⁴⁰ Kenneth I. Pargament and Gene G. Ano, "Empirical advances in the psychology of religion and coping", *Religious Influences on Health and Well-Being in the Elderly*, Eds. K. W. Schaie, N. Krause and A. Booth, (New York: Springer, 2004), 119.

²⁴¹ Fatma Gül Cirhinlioğlu, *Din Psikolojisi* (Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2010), 111.

²⁴² Pargament et.al., "The Religious Dimension of Coping Advances in Theory, Research, and Practice...", 482.

²⁴³ Andrew P. Tix and Patricia A. Frazier "The Use of Religious Coping During Stressful Life Events: Main Effects, Moderation and Mediation", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66 (2) (1998): 411.

kuramı, din ve başa çıkma alanına yerleşmiştir.²⁴⁴ Aşağıda belirtilen yedi özellik Pargament'in teorisi hakkında fikir vermesi açısından önemli görülmektedir.

Birincisi: Pargament dini, “*bir süreç, kutsala ilişkin anlam arayışı*”²⁴⁵ olarak tanımlar. Bu tanım iki önemli unsuru içerir: *anlam arayışı* ve *kutsallık*. *Arama*, kutsalı keşfetme sürecini, keşfedildikten sonra kutsalın korunmasını ve iç ya da dış baskılar nedeniyle bir değişiklik gerektirdiğinde de kutsalın dönüşümünü ifade eder. *Arama*, insanların amaçlarına ve hedeflerine ulaşması için birden fazla yol izlemesi şeklinde de anlaşılabilir. Dinî yollar; ideoloji, etik davranış, duygusal deneyimler, sosyal ilişki ve çalışma gibi kutsalın içinde bulunduğu çok boyutlu olarak tezahür edebilir. Ulaşılması gereken hedefler de aynı derecede çeşitlidir. Bunlar hayatın anlamı ve kendini geliştirme gibi *kişisel amaçlar*; başkalarıyla samimiyet ve dünyada adalet gibi *sosyal amaçlar* ile Allah'a yakınlık ve ahlaki ve etik bir hayat yaşamak gibi *kutsal amaçları* içerir. *Kutsal*, herhangi bir dinî başa çıkma çabasının tam merkezinde yer almaktadır. Ancak kutsal ne demektir? Oxford Sözlüğüne göre, kutsal; “tanrısal olan” anlamına gelir; olağandan ayrılmış, hürmet ve saygıyı hak eden şeyleri ifade etmek için kullanılan bir terimdir. Pargament ve Mahoney; kutsalı ilahi varlıklarla, yüksek güçlerle, Tanrı veya aşkın gerçeğe ve yaşamın ilahi karakterle olan ilişkisinden dolayı manevî karaktere sahip olan diğer yönleri olarak tanımlarlar. Bu tanıma göre, hayatın herhangi bir yönü, ilahi olanla ilişkisi ya da ilahi olanı temsil etmesi yoluyla olağanüstü bir karaktere kavuşabilir.²⁴⁶

Pargament'e göre maneviyat, “*kutsalın araştırılması*”dır, yaşamın ve insani potansiyelin kritik bir boyutunu oluşturmaktadır.²⁴⁷ Pargament başa çıkmayı da “*stresli zamanlarda anlam arayışı*” olarak değerlendirmiştir. Pargament ve Raiya'ya göre, dinî başa çıkma yöntemleri “*kutsalla ilişkili olumsuz yaşam olaylarını anlama ve bunları ele alma yolları*”dır.²⁴⁸ Pargament kutsal meseleleri benzersiz bir biçimde ele alması nedeniyle dinin, baş etmeye belirgin bir şekilde katkısının bulunabileceğini vurgulamıştır.

²⁴⁴ Xu, “Pargament’s Theory of Religious Coping: Implications for Spiritually Sensitive Social Work Practice”: 1398.

²⁴⁵ Pargament, *The psychology of religion and coping: Theory, research, and practice*, 32.

²⁴⁶ Kenneth I. Pargament and Hisham Abu Raiya, “A decade of research on the psychology of religion and coping: Things we assumed and lessons we learned”, *Psyche and Logos* 28 (2) (2007): 743-752.

²⁴⁷ Kenneth I. Pargament, *Spiritually Integrated Psychotherapy: Understanding and Addressing the Sacred* (New York: Guilford, 2007), 32.

²⁴⁸ Pargament and Raiya, “A decade of research on the psychology of religion and coping: Things we assumed and lessons we learned”: 743.

İkincisi: Başa çıkmada dinin yer alması, dinin hem “*kullanışlı bir yönlendirici sistem*” hem de “*ikna edici bir başa çıkma biçimi*” olmasından kaynaklanmaktadır.²⁴⁹ Yapılan araştırmalarda dinî yönelimi daha güçlü olanların (örneğin din görevlileri) daha çok dinî baş etme yöntemlerini kullandıkları tespit edilmiştir.

Üçüncüsü: Din, sadece bir savunma mekanizması olarak değil; insanların anlam bulmalarına, anlamı korumalarına ve dönüştürmelerine yardımcı olmak suretiyle başa çıkma sürecinin her aşamasında aktif ve dinamik bir şekilde yer alır. Dinamik bir süreç olarak dinî başa çıkma; *zamansal, bağlamsal ve çevresel* durumlarla değişir.

Dördüncüsü: Dinî başa çıkma beş ana işlevi yerine getirir. Bunlar detayları aşağıda verilen *anlam bulma, kontrolü kazanma, Tanrı'ya yakınlık sayesinde teselli bulma, başkalarıyla yakınlık kazanma ve yaşamı dönüştürmedir.*

Beşincisi: Din, genellikle baş etme sürecinde bir koruma gücü olarak da işlev görür ve yaşam krizi boyunca anlam, hâkimiyet ve manevî bağ duygularını korumaya yardımcı olur. Ancak; dayandığı anlam sorgulandığında, tehdit edildiği veya saldırıya uğradığında, koruma gücü uygulanabilirliğini bazen kaybedebilir. Bu durumda insanlar yeni bir anlam ve amaç bulmak için dinî dönüşüm gibi dönüşümsel dinî başa çıkma yöntemlerini kullanabilirler.

Altıncısı: Dinî başa çıkma yöntemleri “*olumlu dinî başa çıkma*” ve “*olumsuz dinî başa çıkma*” olmak üzere iki gruba ayrılabilir.²⁵⁰ Genel olarak, olumlu dinî başa çıkma stratejileri; aşkın bir güçle güvenli bir ilişki, başkalarıyla manevî bağ duygusu ve iyi niyetli bir dünya görüşüne sahip olmayı ifade eder. Stres verici unsuru hayırlı bir şey olarak yeniden yorumlayabilme ve müşfik Tanrı algısı (benevolent religious reappraisal), Tanrı'yı paydaş kabul etme ve Tanrı ile işbirliğine dayalı problem çözme (collaborative problem-solving with God), Tanrı'nın sevgisine ve korumasına talip olma ve Tanrı'ya minnettar olma, affetme (forgiveness), dinî arınma (religious purification) bu bağlamda değerlendirilebilir. Olumlu dinî başa çıkma stratejileri, stres altındaki bireyler için sağlıklı neticeler verebilir. Olumsuz dinî başa çıkma yaklaşımları ise; ruhsal gerginlikleri ve kişinin kendisiyle, başkalarıyla ve ilahi olanla mücadelelerini yansıtmaktadır. Stres verici olay ya da durumu Tanrı tarafından verilen bir ceza olarak değerlendirmek (punitive religious appraisal), stres faktörünü çözmek için pasif olarak Tanrı'ya güvenmek, Allah'ın yardımına güvenmeden kendi başına problemle baş etmeye

²⁴⁹ Pargament, *The psychology of religion and coping: Theory, research, and practice*, 144.

²⁵⁰ Kenneth I. Pargament et.al., “Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors”, *Journal for the Scientific Study of Religion* 37 (4) (1998): 710-724.

çalışmak, başına gelen olayın şeytandan kaynaklandığını düşünmek (demonic reappraisal) ve ruhsal tatminsizlik (spiritual discontent-Allah beni terk etti düşüncesi) olumsuz başa çıkma yaklaşımları olarak değerlendirilebilir. Bu tür yaklaşımların bireyin psikolojik yapısı üzerinde zararlı etkilere sahip olma olasılığı daha yüksektir.²⁵¹

Kesitsel bazı çalışmalar, olumlu dinî başa çıkmanın birey için olumlu sonuçlar ve yüksek psikolojik iyi oluş ile olumsuz dinî başa çıkma stratejilerinin de daha çok olumsuz sonuçlar ile ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Örneğin Ano ve Vasconcelles tarafından yapılan 49 araştırmanın meta analitik incelemesi sonuçları²⁵², pozitif ve negatif dinî baş etme biçimlerinin stresörün pozitif ve negatif sonuçları ile ilişkili olduğu hipotezini desteklemektedir.²⁵³

Ekşi tarafından üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmanın sonucunda olumlu dinî başa çıkma ve stres ile başa çıkma yöntemlerinden alkol/ilaç kullanımı arasında negatif ilişki, diğer başa çıkma yöntemleri arasında ise pozitif ilişki bulunmuştur. Olumsuz dinî başa çıkma ile kabullenme arasında negatif, diğer başa çıkma ile pozitif ilişki göstermiştir. Psikolojik rahatsızlık ile olumsuz dinî başa çıkma arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki görülmüştür. Gruplar olumsuz dinî başa çıkmayı oldukça olumsuz olaylarda kullanmaktadırlar. Dinî başa çıkma tarzları stres kaynağına göre farklılık göstermemiştir. İlahiyat fakültesi öğrencilerinin dinî başa çıkma tarzlarını daha fazla kullandıkları tespit edilmiştir.²⁵⁴

Yedincisi: Pergament, dinî başa çıkmanın stres faktörlerine ve sonuçlara nasıl müdahale edebileceğini açıklamak için *birleştirilmiş dinî arabulucu-caydırıcı modeli* önermiştir. Bu modele göre, dinî başa çıkma; stres seviyesi arttıkça, dindar insanları artan bir oranda stresin zararlı etkilerinden koruyarak arabulucu bir işlev görür. Aynı zamanda dinî başa çıkma, caydırıcı bir işlev görür. Çünkü stres ne kadar yoğun olursa olsun, daha olumlu sonuçların güvenilir bir yordayıcısıdır. Örneğin; dindar bir kişinin, hastalığının ölümcül olduğunu öğrendiğini ve bu nedenle daha fazla stres yaşadığını varsayalım. Bu şartlar altında, dinin arabulucu işlevi, kişinin hastalığının ölümcül doğasından habersiz

²⁵¹ Kenneth I. Pergament et.al., “The Brief RCOPE: Current Psychometric Status of a Short Measure of Religious Coping”, *Religions* 2 (1) (2011): 51.; Ayrıca bk. Christian S. Chan and Jean E. Rhodes, “Religious Coping, Posttraumatic Stress, Psychological Distress, and Posttraumatic Growth Among Female Survivors Four Years After Hurricane Katrina”, *Journal of Traumatic Stress* 26 (2013): 258.

²⁵² Gene G. Ano and Erin B. Vasconcelles, “Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis”, *Journal of Clinical Psychology* 61 (2005): 461.

²⁵³ Andrew M. Ward, “The Relationship Between Religiosity and Religious Coping to Stress Reactivity and Psychological Well-Being”, (Uzmanlık Tezi, Georgia State University, 2010), 45-46.

²⁵⁴ Ekşi, “Başa Çıkma, Dinî Başa Çıkma ve Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki...”, 224-227.

olduğu ve daha düşük bir stres yaşadığı zamandan çok daha fazla dinî başa çıkma biçiminden yararlanmasını sağlayacaktır. Öte yandan caydırıcı işlev, hastalığın ciddiyeti hakkında bir fikir sahibi olup olmadığına bakmaksızın, daha çok dinî başa çıkma biçimini kullanarak her zaman kişiyi daha iyi olacağı yolunda destekleyecektir.²⁵⁵

Yine Pargament, dinin başa çıkmada üç şekilde yer aldığını belirtmiştir:

Birincisi: Din, başa çıkma sürecinin her bir unsurunun parçası olabilmektedir. Pek çok olay doğası gereği dinsel bir şeyler içerir. Örneğin vaftiz, Bar Mitzvah (Yahudilerde yetişkinliğe kabul töreni), evlilik, boşanma, cenaze töreni, mistik tecrübe ve bir cemaate üyelik ya da cemaatten ayrılmada dinin etkisini görmek mümkündür.

İkincisi: Din, baş etme sürecine katkı sağlayabilmektedir. Araştırmalar dinî katılımın alkol ve madde bağımlılığı, evlilik dışı cinsel yaşam gibi önemli bazı olayların yaşanma olasılığını azaltan bir katkısının bulunduğunu ortaya koymuştur.

Üçüncüsü: Din, başa çıkma sürecinin ürünü olabilir. Pargament ve Hahn, üniversite öğrencilerinin belirlenen olumlu, olumsuz, adil dünya ve adaletsiz dünya şeklindeki dört tip yaşam olayına verdikleri dinî tepkilerini incelemişlerdir. Adaletsiz dünya olaylarını Tanrı'nın iradesine, olumlu sonuçlanan olayları Tanrı'nın sevgisine, olumsuz sonuçlanan olayları da Tanrı'nın öfkesine atfettiklerini tespit etmişlerdir. Yine ulusal çapta yetişkinler üzerinde yapılan ve inancı artırdığı söylenen yaşam olaylarını araştıran bir anket çalışmasında insanların inançlarının doğum sonrasında, yalnızlıkta, duygusal zorluklarda ve iş terfilerinde arttığı bulunmuştur.²⁵⁶

1.3.3.2. Başa Çıkmada Dinin İşlevsel Fonksiyonları

Dinî başa çıkma kriterlerinde dinin teorik olarak fonksiyonel görünümü ve baş etmede oynadığı roller temel alınmalıdır. Geçmişte, dinî başa çıkmayı ölçmek için dua etme sıklığı, cemaat üyeliği gibi dindarlığın küresel göstergeleri kullanılmıştı. Bu değerlendirme yöntemi etkili olmasına rağmen, dinin baş etmede işlevsel rolleri konusunda cevapsız önemli sorular bırakmaktadır. Bireyin dua ettiğini, kiliseye gittiğini veya dinî yayınları izlediğini bilmek yeterli değildir. Dinî başa çıkma kriterleri, bireyin dini kullanarak stresli yaşam durumlarını anlama ve bunları ele alma biçimlerini belirtmelidir. İşlevsel olarak düşünmek, sonuçların daha güçlü yordanmasına, önemli ve

²⁵⁵ Xu, "Pargament's Theory of Religious Coping: Implications for Spiritually Sensitive Social Work Practice": 1398-1399.

²⁵⁶ Pargament et.al., "God Help Me: (I): Religious Coping Efforts as Predictors of the Outcomes to Significant Negative Life Events": 796.

önemsiz sonuçların daha kolay yorumlanmasına ve dinin kritik yaşam durumlarında kendini ifade etme biçimindeki anlayışımızda gelişmelere yol açmalıdır.

Dinin işlevsel fonksiyonlarına yönelik araştırmalar dikkate alındığında; dinin ve dinî başa çıkma etkinliklerinin günlük yaşamın zor ve sıkıntılı zamanlarında ya da krizlerde yerine getireceği beş önemli fonksiyonunun olduğunu söylemek mümkündür. Pargament, Koenig ve Perez'e göre bu hedefler şunlardır:

1. Anlam: Clifford Geertz gibi teorisyenlere göre din, anlamı aramada önemli bir rol oynar. Acı ve zor yaşam tecrübeleri karşısında din, anlama ve yorumlama çerçeveleri sunar.

2. Kontrol: Erich Fromm gibi diğer teorisyenler, kontrol arayışında dinin rolünü vurgulamışlardır. Din, kişiye kendi kaynaklarının ötesine doğru iten olaylarla karşılaştığında, olaya hâkim olma ve kontrol hissi elde etmek için birçok yol önermektedir. Olayların daha üst bir kudret tarafından idare ediliyor olması bireye psikolojik bir kontrol hissi sunmaktadır.

3. Teselli/Maneviyat: Klasik Freudcu görüşe göre; din, her an bir felaketin ortaya çıkabileceği bir dünyada yaşamak zorunda olan bireyin endişesini azaltmak için tasarlanmıştır. Bununla birlikte, teselli yönelimli dinî başa çıkma stratejilerini gerçek bir manevî işleve sahip olabilecek yöntemlerden ayırmak zordur. Din perspektifinden maneviyat ya da kişiyi aşan bir güçle bağlantı kurma arzusu dinin en temel fonksiyonudur.

4. Yakınlık/Maneviyat: Durkheim gibi sosyologlar genellikle toplumsal kaynaşmayı kolaylaştırmada dinin rolünü vurgulamışlardır. Dinin toplumsal dayanışma ve toplumsal kimliği geliştiren bir mekanizma olduğu söylenmektedir. Ayrıca, başkalarıyla yakınlık kurma genellikle psikolojik yöntemlerle teşvik edilmektedir (örneğin başkalarına manevî yardım teklifleri ve din adamları veya üyelerden manevî destek talepleri). Bu nedenle, samimiyeti artıran yöntemlerin çoğunu daha Aşkın bir güçle yakınlığı artıran yöntemlerden ayırmak da zordur. Bu noktada Ayten, dinin getirdiği inanç esasları ve ibadetler yoluyla bireye Allah'a yakın olma hissi tattırdığını, dinin aynı zamanda başkalarına yakın olmayı ve yardım etmeyi de teşvik ettiğini söylemektedir.²⁵⁷ Yine İslam dini açısından sadaka ve zekât gibi yardımlaşmayı temin ve teşvik eden ibadet ve

²⁵⁷ Ali Ayten, *Tanrı'ya Sığınmak: Dinî Başa Çıkma Üzerine Psiko-sosyal Bir Araştırma* (İstanbul: İz Yayıncılık, 2010), 49.

uygulamaların toplumsal kaynaşma ve sosyal dayanışmada önemli roller üstlendiğini söylemek mümkündür.

5. Hayatı Dönüştürme: Kuramcılar geleneksel olarak dini; insanlara anlam, kontrol, teselli, yakınlık ve Tanrı ile yakınlığı sağlamaya yardımcı olarak görmüşlerdir. Bununla birlikte din, eski değer nesnelere bırakmak ve yeni önem kaynakları bulmak suretiyle insanlara önemli yaşam dönüşümlerini yapma konusunda yardımcı olabilmektedir.²⁵⁸

Din, yaşamın normal seyirinin yanı sıra zor ve sıkıntılı zamanlarında bireye hayatı dönüştürme imkânı sunar. Dinin mistik anlayışı kişinin yaşadığı olumsuz durumlara sabretmesini, problemlerin üstesinden gelebilmek için sürekli daha fazla gayret göstermesini tavsiye eder. Böylece birey, sadece hayatını dönüştürmek için bir motivasyona sahip olmuş olmaz, aynı zamanda kendini geliştirme süreçlerinde de önemli bir desteği bulmuş olur.²⁵⁹

1.3.3.3. Dinî Başa Çıkma Yöntemleri

Stresli zamanlarda birçok insanın bir baş etme aracı olarak dine yönelmesinin nedeni; insanların hayatta önemli buldukları şeyleri korumayı veya korumanın artık mümkün olmadığı durumlarda anlamı değiştirmeyi istemeleridir. Baş etme sürecinde din sadece pasif, duygu odaklı ya da inkâr gibi bazı basmakalıp yöntemler sunmaz. Anlamı koruma ya da dönüştürme bağlamında din bir dizi davranış, duygu, biliş ve ilişki örüntüleri sunar. Pargament ve arkadaşlarına göre bu durum ve açıklamaları aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.²⁶⁰

²⁵⁸ Kenneth I. Pargament et.al., “The Many Methods of Religious Coping: Development and Initial Validation of the RCOPE”, *Journal of Clinical Psychology* 56 (4) (2000): 520-521. Ayrıca bk. Clifford Geertz, “Religion as a cultural system”, *Anthropological approaches to the study of religion*, Ed. M. Banton (London: Tavistock, 1966), 1-46.; Erich Fromm, *Psychoanalysis and religion* (New Haven: Yale University Press, 1950)., P.E. Johnson, *Psychology of religion* (Nashville: Abingdon Press, 1959).; Emile Durkheim, *The elementary forms of religious life* (New York: Free Press, 1915).; Martin Buber, *I and Thou* (New York: Charles Scribner’s Sons, 1970). ve Kenneth I. Pargament, *The psychology of religion and coping: Theory, research, and practice* (New York: Guilford, 1997).

²⁵⁹ Ayten, *Tanrı’ya Sığınmak*, 49-50.

²⁶⁰ Kenneth I. Pargament et.al., “Religious Coping Among the Religious: The Relationships Between Religious Coping and Well-Being in a National Sample of Presbyterian Clergy, Elders, and Members”, *Journal for the Scientific Study of Religion* 40: 3 (2001): 498-499.

Tablo 1.2 : Dinî Başa Çıkma Yöntemleri

Dinî Başa Çıkma Yöntemleri	
Hayra Yorma	Stres faktörünü din vasıtasıyla hayırlı ve yararlı olarak değerlendirme.
Cezalandırıcı Allah Düşüncesi	Stresörleri, kişinin günahları için Allah'tan gelen bir ceza olarak görme.
Şeytan İşi Olarak Değerlendirme	Stres kaynağını şeytana atfederek şeytan işi olarak değerlendirme.
Allah'ın Kudretine Yorma	Allah'ın güç ve kudretinin stresli durumu etkilediğini düşünme.
İşbirlikçi Dinî Başa Çıkma	Sorunun çözümünde Allah ile işbirliğine giderek kontrolü sağlamaya çalışma.
Dinî Başa Çıkmanın Erteleenmesi	Pasif bir biçimde durumu Allah'ın kontrol etmesini bekleme, durumun kontrolünü Allah'a havale etme.
Özerk Dinî Başa Çıkma	Allah'ın yardımından ziyade bireysel inisiyatifle kontrolü sağlama çabası.
Yalvarış/Rica/Şefaât Dileme	Stresli olayın kontrolünün sağlanmasını umarak bir mucize ya da ilahi bir müdahale için Allah'a yalvarma.
Manevî Destek Arayışı	Allah sevgisi ve gözetimi ile teselli ve rahatlama arayışı.
Dinî Arınma	Dinî faaliyetler, ritüeller ve tövbe yoluyla manevî temizlik arayışı.
Manevî Bağ	Aşkın olanlara bağlılık duygusu.
Manevî Hoşnutsuzluk	Kişinin sıkıntılı durumlarda Allah'tan hoşnutsuzluk ifadeleri.
Din Görevlileri ya da Cemaat Üyelerinden Destek İsteme	Cemaat üyelerinin ve din adamlarının sevgisi ve ilgisi ile teselli ve rahatlama arayışı.
Dinî Yardım	Başkalarına manevî destek ve teselli sağlamaya çalışma.
Kişilerarası Dinî Hoşnutsuzluk	Sıkıntılı olayı yaşayan kişinin din adamları veya cemaat üyelerine karşı memnuniyetsizliği.
Dinî Bağışlama	Bir suçla bağlantılı olarak öfke, incinme ve huzura zarar veren korkudan kurtulmak için dine müracaat etme.

(Kaynak: Pergament ve arkadaşlarının "Religious Coping Among the Religious: The Relationships Between Religious Coping and Well-Being in a National Sample of Presbyterian Clergy, Elders, and Members" adlı makaleleri.)

Söz konusu başa çıkma etkinlikleri aktif, pasif, interaktif stratejileri, duygu odaklı ve problem odaklı yaklaşımları, bilişsel, davranışsal, kişiler arası ilişkileri ve manevî alanları kapsamaktadır.²⁶¹ Sayılan başa çıkma etkinlikleri dışında ayrıca "uğursuzluğa yorma, dinî odaklanma, dinî sınırlar çizme, dinî istikamet arayışı ve dinî dönüşüm" de sayılabilir.²⁶² Bununla birlikte "olayı kabullenme, tevekkül etme, itaat, sabır, alçakgönüllülük, şükür ve dua" dinî başa çıkmanın önemli unsurlarındandır.²⁶³

Ayten, 558 kişi üzerinde anket yöntemiyle yaptığı araştırmada bireylerin dindarlıkları arttıkça, zor zamanlarda Allah'tan af dileme, daha az günah işlemeye çalışma, ibadatlara yönelme, sadaka dağıtma, Allah'ın kendisiyle olduğunu hissetme, dua ile problemin çözümünde Allah'tan yardım dileme, başkalarından kendisi için dua

²⁶¹ Pergament et.al., "The Religious Dimension of Coping Advances in Theory, Research, and Practice...", 482-483.

²⁶² Ayten, *Tanrı'ya Sığınmak*, 50-52.

²⁶³ Pergament, *The psychology of religion and coping: Theory, research, and practice*, 178.

etmelerini isteme, din görevlileriyle konuşma, hayatını manevî bir üst gücün parçası olarak düşünme, başına gelenleri imtihan olarak algılama, hayra yorma ve çektiği sıkıntıların kendisini olgunlaştıracağını düşünme, “Mevla neylerse güzel eyler.”, “Sabrın sonu selamettir.”, “Her şeyde bir hayır vardır.” diyerek mistik bir tavır geliştirebilme tarzındaki dinî başa çıkma etkinliklerini kullanma sıklığının arttığını tespit etmiştir.²⁶⁴ Benzer sonuçları Batan’ın 512 kişilik bir araştırma grubu üzerinde anket tekniği ile yaptığı araştırmasında da görmek mümkündür. Araştırma sonunda Batan, katılımcıların dinî başa çıkma yöntemlerine başvurma sıklıklarının oldukça yüksek olduğunu tespit etmiştir. Katılımcıların hayra yorma/dinî yalvarma, Allah’a yönelme, dinî yakınlaşma ve dinî istikamet arayışı gibi olumlu dinî başa çıkma eğilimini yansıtan tutum ve davranışları, şerre yorma/manevî hoşnutsuzluk ve kişilerarası dinî hoşnutsuzluk gibi olumsuz dinî başa çıkma eğilimini yansıtan tutum ve davranışlara göre daha fazla kullandıklarını bulgulamış ve bu bulgulardan, katılımcıların başlarına gelen olumsuzluklarda bir hayır aramaları, dua etmeleri, günah işlememeye çalışmaları, sadaka dağıtmaları ve Allah’ın onlara bir amaç vermesini istemeleri gibi tutum ve davranışlarının; çevrelerindeki dindar insanlardan uzaklaşma, dualarını kabul etmediği için Allah’a kızma ve Allah’ın onları cezalandırdığını düşünme gibi eğilimlerinden daha baskın olduğu sonuçlarına ulaşmıştır.²⁶⁵

Dinî tecrübenin çoğu özel, öznel ve son derece sembolik bir özelliğe sahiptir. Bu nedenle sadece dışarıdan bir bakış açısı ile yapılan niceliksel çalışmalar ve elde edilen veriler dinî tecrübe ve boyutlarını kavrama konusunda yetersiz kalmaktadır. Konunun içsel bir perspektiften, sübjektif bakış açısıyla ve niteliksel değerlendirmelerle incelenmesi gerekmektedir. Böylece dinî başa çıkma sürecinin bağlamları, nüansları ve dinamikleri konusunda daha derin bir anlayışa ulaşılması mümkün olabilecektir.

1.3.4. Dinî Başa Çıkma ve Sağlık

Dinî inançlar ve uygulamalar tıbbi bakım alan hastalarda yaygındır. Peki, çoğu hastanın dindar olmasının nedeni nedir? Birinci neden; dinî inanç, dinî üyelik, dine verilen önem ve dinî katılım yaşla birlikte yaygınlaşmakta ve sürekli artmaktadır. Ciddi ya da kronik sağlık sorunları yaşayan hastaların çoğu yaşlı insanlar olduğu için

²⁶⁴ Ayten, *Tanrı'ya Sığınmak*, 131.

²⁶⁵ Sabriye Nazlı Batan, “Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık ve Dinî Başa Çıkmanın Yaşam Doyumuna Etkileri”, (Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, 2016), 207.

birçoğunun dindar olması da şaşırtıcı değildir. İkinci neden ise; insanlar hasta olduklarında, hastalığın yaşamlarında yol açtığı değişiklikler hastanın stres yaşamasına neden olmaktadır. Böylece hastalık öncesinde dindar olmayan pek çok kişi teselli için dine dönebilmektedir. İster yeni bir başa çıkma metodu olsun, isterse de hayat boyu süren bir inanç sistemi olsun din, hastalıkla boğuşan insanlar için önemini gittikçe artırmaktadır. Dinde teselli arayanlar birçok yönden dine yönelirler. Bu durum ABD’de çoğunlukla Tanrı’yı sevme, O’na karşı ilgi duyma, dua ve meditasyon gibi özel dinî etkinlikler, kutsal metinleri okuma, din adamı ya da inanç grubu üyelerinden destek alma şeklinde kendini göstermektedir.²⁶⁶

Duke Üniversitesi Tıp Merkezi'nin genel tıp kardiyolojisi ve nöroloji servislerine başvuran 60 yaş üstü 455 hasta ile yürütülen bir çalışmada hastaların dinî aidiyet, dinî katılım, özel dinî faaliyetler, içsel dindarlık ve dinî başa çıkma konularında bilgi toplanmıştır. Elde edilen bulgular örneklemin yarısından fazlasının (% 53,4) haftada bir kez ya da daha sık dinî törenlere katıldıklarını, % 58,7'sinin günlük ya da daha sıklıkla dua ettiklerini ya da İncil okuduklarını göstermektedir. Yine hastaların % 85'inden fazlasının dinî tutum sergiledikleri ve % 42,3'ünün de, dinî inançlarının baş etmesini sağlayan en önemli etken olduğunu söyledikleri tespit edilmiştir.²⁶⁷

Dinî başa çıkmanın sağlık üzerinde etkisine yönelik çeşitli araştırma sonuçları mevcuttur. Burada dinî başa çıkmanın bireyin ruh ve beden sağlığı üzerinde etkisine ilişkin bazı araştırmalar ve bu araştırmaların sonuçları paylaşılacaktır.

1.3.4.1. Dinî Başa Çıkma ve Ruh Sağlığı

Ruh sağlığı, bireyin kaygıdan ve işlev kaybının sebebi olan semptomlardan uzak olması, içinde yaşadığı topluma ve toplum tarafından kendisine yüklenen rollere uyum sağlaması, gündelik hayatın beklentileri ve olumsuzluklarıyla başa çıkabilmesi olarak tanımlanmaktadır.²⁶⁸ Ruhsal sağlık iki ana bileşene sahiptir: Birinci bileşen; olumsuz belirtilerin yokluğu ve psikolojik ve psikiyatrik işlevin olumlu belirtilerinin bulunmasıdır. İkinci bileşen, yüksek düzeyde uyum sağlama, diğer insanlarla uygun sosyal ilişkilere sahip olma, zihinsel denge, benlik saygısı, benlik kontrolü, olgunluk ve

²⁶⁶ Harold G. Koenig, “Religion, Spirituality and Medicine: Research Findings and Implications for Clinical Practice”, *Southern Medical Journal* 97, No. 12 (2004): 1194.

²⁶⁷ Harold G. Koenig, “Religious attitudes and practices of hospitalized medically ill older adults”, *Int. J Geriatr Psychiatry Med* 13, No. 4 (1998): 216-218.

²⁶⁸ Selçuk Budak, *Psikoloji Sözlüğü* (Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları, 2000), 646.

direnç gibi olumlu göstergeleri içermesidir. Ruh sağlığı, öznel iyi oluş için vazgeçilmezdir ve öznel iyi oluş, ruh sağlığının olumlu tarafıdır.²⁶⁹

Dinî başa çıkma ve ruh sağlığını konu eden araştırmalarda dinî başa çıkma; depresyon, kaygı, günlük stres, travma sonrası stres, umutsuzluk, otizm, bunaklık, psikotik rahatsızlıklar, mutluluk ve yaşam memnuniyeti bağlamında ele alınmıştır. Araştırmalarda söz konusu değişkenler ile dinî başa çıkma arasında, dinî başa çıkma etkinliklerinin türüne göre farklı ilişkiler tespit edilmiştir.²⁷⁰

Eskiden yapılan makro-analiz çalışmalarda araştırmacılar dindarlığın dinî başa çıkma üzerindeki etkisi konusunda birbirinden farklı sonuçlara ulaşmışlardı. Bu nedenle stresli yaşam olaylarında dinî başa çıkmanın fonksiyonu belirgin değildi. Bununla birlikte, dinî başa çıkma ölçümündeki gelişmeler, spesifik dinî başa çıkma stratejilerinin stresli durumların sonuçlarıyla ilişkilerine odaklanarak dinî başa çıkma etkinliğini netleştiren mikro analiz çalışmalarına yol açmıştır. Bu çalışmaların sonuçları, dinî başa çıkmanın, kullanılan dinî başa çıkma stratejisinin türüne bağlı olarak (olumlu/olumsuz dinî başa çıkma) yararlı ya da zararlı olabileceğini göstermektedir.²⁷¹

Dinî başa çıkmanın ruhsal sağlık üzerindeki etkisi konusunda farklı sonuçlar veren birçok çalışma da bulunmaktadır. Örneğin 130 çalışmanın % 34'ünde dinî başa çıkmanın depresyon, anksiyete vb. üzerinde anlamlı derecede olumlu etkisinin olduğu, yüzde 4'ünün olumsuz etkiye sahip olduğu ve geri kalanların da belirgin bir etkisinin bulunmadığı tespit edilmiştir.²⁷² Ancak genel olarak Allah'la güvenli bir ilişkiyi ve başkalarıyla manevî bağ duygusunu yansıtan olumlu dinî başa çıkma stratejilerinin stresli yaşam olaylarını geçiren insanlar için faydalı oldukları görülmektedir. Örneğin Ano ve Vasconcelles, dinî başa çıkma ve psikolojik uyum üzerine yapılan 105 araştırmayı meta-analitik bir yöntemle incelemiştir. Araştırmada manevî bağlılık, hayra yorma, işbirliğine dayalı dinî baş etme, manevî destek arama ve din görevlileri veya üyelerden destek alma gibi olumlu dinî başa çıkma stratejilerinin; stres gelişimi, manevî gelişim ve daha fazla yaşam doyumu gibi olumlu sonuçlar ile olumlu bir

²⁶⁹ Ahmed M. Abdel-Khalek and David Lester, "Mental health, subjective well-being, and religiosity: Significant associations in Kuwait and USA", *Journal of Muslim Mental Health* 7, Issue. 2 (2013): 64.

²⁷⁰ Ayten, *Tanrı'ya Sığınmak*, 81.

²⁷¹ Pargament et.al., "Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors": 721-723.

²⁷² Michael Argyle, *Psychology and Religion: An Introduction* (London-New York: Routledge, 2000), 123-124.

ilişkinin olduğu; buna karşın depresyon, kaygı, sıkıntı, umutsuzluk ve suçluluk gibi olumsuz sonuçlarla da negatif bir ilişkinin bulunduğu ortaya konulmuştur.²⁷³

Koenig; din, iyi oluş ve ruhsal sağlık konusunda 2000 yılı öncesinde yapılan 700 çalışmadan yaklaşık 500'ünde dinin daha iyi ruhsal sağlık, daha yüksek iyi oluş ve daha düşük madde bağımlılığı ile anlamlı pozitif bir ilişkinin bulunduğunu belirtmiştir. Bu çalışmalara depresyon, kaygı, ölüm nedeniyle kayıp tedavilerini içeren bir dizi tesadüfi ve klinik yöntemle yapılan çalışmalar dâhildir ve bulguların çoğunda dindar hastalarda dinî içerikli terapilerin, seküler terapilere göre daha hızlı sonuçlar verdiği tespit edilmiştir. Ayrıca dinî inanç ve uygulamaların, düşük depresyon oranı ve depresyondan daha çabuk iyileşme hızıyla (93 çalışmadan 60'ı), daha düşük intihar oranıyla (68 çalışmadan 57'si), daha düşük kaygı düzeyiyle (69 çalışmadan 35'i), daha az madde kullanımıyla (120 çalışmadan 91'i), daha yüksek iyi oluş, umut ve iyimserlikle (114 çalışmadan 91'i), daha fazla amaç ve hayatın anlamı ile (16 çalışmadan 15'i), evlilik doyumu ve istikrarıyla (38 çalışmadan 35'i) ve daha yüksek sosyal destekle (20 çalışmadan 19'u) ilişkili olduğu bulgulanmıştır.²⁷⁴ Bonelli ve diğerleri tarafından 1962'den 2011'e kadar son elli yıl süresince yapılan ve dinî/manevî bağlanma (involvement) ile depresif semptomlar ya da bozukluklar arasındaki ilişkileri inceleyen nicel araştırmalar gözden geçirilmiş ve 444 araştırma nicel olarak incelenmiştir. Yapılan sentez sonucunda bu araştırmaların % 60'ından fazlası, daha dindar/manevî bir yaşantıya sahip olanlarda daha az depresyonun olduğunu, buna karşın depresyondan daha hızlı bir şekilde iyileştiklerini ya da dinî/manevî bir müdahale sonucunda depresyon şiddetinde bir azalma olduğunu ortaya koymuştur. Daha fazla depresyonun oluştuğunu ortaya koyan araştırma oranı ise sadece % 6'dır. Metodolojik anlamda en titiz olarak kabul edilen 178 çalışmadan 119'unda (% 67), din/maneviyat ile depresyon arasında ters ilişki olduğu tespit edilmiştir. Dinî inançlar ve pratiklerin stresli yaşam koşulları ile daha iyi başa çıkmada insanlara yardım edebileceği, onlara umut ve anlam verebileceği ve destek verici bir toplulukla depresyonlu kimseleri çepeçevre kuşatabileceği belirtilmiştir.²⁷⁵

²⁷³ Ano and Vasconcelles, "Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis": 461.

²⁷⁴ Koenig, "Religion, Spirituality and Medicine: Research Findings and Implications for Clinical Practice": 1195.

²⁷⁵ Raphael Bonelli et.al., "Depresyonda Dinî ve Manevî Faktörler: Araştırmaları Biraraya Getirme ve Değerlendirme", çev. Nurten Kimter, *Dinî Araştırmalar* 16, sy. 43 (2013): 224- 225.

Dindarlık ve psikolojik uyum arasındaki ilişkiyi açıklığa kavuşturmak amacıyla yapılan bir meta analiz çalışmasında 34 araştırmada geçen farklı dindarlık ve ruh sağlığı tanımları incelenmiştir. Araştırmada herhangi bir dindarlık ve ruh sağlığı tanımına bakılmaksızın dindarlık ile psikolojik uyum arasında her koşulda genel ve sağlıklı bir ilişkinin olduğu bulgulanmıştır ($r=0,10$).²⁷⁶ Cook ve Wimberly, büyük bir çocuk hastanesinde kanser veya kan hastalıkları için tedavi görmüş ve 1975-79 yılları arasında ölmüş 145 çocuğun ebeveynleriyle derinlemesine görüşmeler yapmışlar ve anketler uygulamışlardır. Araştırma sonucunda dinî bağlılığın, ebeveynlerin çocuğun kaybedilmesine ilişkin uyumlarını etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca araştırmada üç tip ölüm *teodise*²⁷⁷ belirlenmiştir. Bunlar: 1) Öbür dünyada çocuğuyla yeniden bir araya gelme; 2) Çocuğunun ölümünün yüce bir amaca hizmet ettiği; 3) Ölümün ebeveynlerin hatalarına karşı bir ceza olarak başlarına geldiği²⁷⁸ düşüncesidir.

Gilbert, din ve ölüm arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla çocuklarının ölümünden sonra 27 çift ile görüşmüştür. Katılımcıların % 56'sı yaşadıkları travma süresince dinin destek sağlayan bir kaynak görevi gördüğünü belirtirken, % 22'si dinlerinin bir faydasını görmediklerini ve yine örneklemin % 22'sinin de yaşadıkları çileyle dinin bir bağlantısının bulunmadığını ifade etmişlerdir.²⁷⁹

Ardelt tarafından 58 yaş ve üzeri 103 yaşlı ile yapılan araştırmada, dış güdümlü dinî yönelimin ölüm korkusu ve ölümden kaçınma üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu, iç güdümlü dinî yönelimin de ölümün kabullenilmesi yaklaşımıyla pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.²⁸⁰ Bu sonuçlardan dindarlığın bir biçimde ölümü karşılamada, ölüm korkusuyla baş etmede ve yaşanan kaybın kabul edilmesinde olumlu bir etkisinin bulunduğu anlaşılmaktadır.

Kanser hastaları üzerine yapılan bir çalışmada, bazı hastaların kanseri bir meydan okuma ya da imanlarını güçlendirmek için Tanrı tarafından tasarlanmış bir şey olarak yorumlarken, diğerlerinin hastalığı bir tehdit olarak algıladıkları görülmüştür.

²⁷⁶ Charles Hackney and Glenn S. Sanders, "Religiosity and Mental Health: A Meta-Analysis of Recent Studies", *Journal for the Scientific Study of Religion* 42: 1 (2003):43-51.

²⁷⁷ **Teodise (Theodicy):** 1. En yüksek iyiliğin meydana gelebilmesi için fenalığın gerekli olduğunu iddia ederek Allah'ın tedbirlerini haklı çıkaran felsefe. (*Kötü şeylerin iyi insanların başına geldiği düşüncesi*) 2. (Felsefe) Felsefi tanrı bilimi.

²⁷⁸ Judith A. Cook and Dale W. Wimberley, "If I Should Die before I Wake: Religious Commitment and Adjustment to the Death of a Child", *Journal for the Scientific Study of Religion* 22 (1983): 222.

²⁷⁹ Pargament et.al., "God Help Me: (I): Religious Coping Efforts as Predictors of the Outcomes to Significant Negative Life Events": 798.

²⁸⁰ Monika Ardelt, "Effects of Religion and Purpose in Life on Elders' Subjective Well- Being and Attitudes Toward Death", *Journal of Religious Gerontology* 14 (4) (2003): 55.

Daha genel bir ifadeyle, bazı kişiler Tanrı'nın kendilerine zarar vermeyeceğine veya güçlerinin üzerinde bir yükü onlara yüklemeyeceğine inanmakta, bazıları da Tanrı'nın hastalık aracılığıyla kendilerine önemli bir şey iletmeye çalıştığını ya da hastalığın Tanrı'nın cezası olduğunu düşünmektedir.²⁸¹ Elbette değerlendirme tarzı kişinin ruhsal yaşantısında bir karşılık bulacak ve onun psikolojik hayatı üzerinde bu değerlendirme yaklaşımıyla doğru orantılı bir etkiye sahip olacaktır.

Jenkins ve Pargament, yaşamlarını Tanrı'nın kontrol ettiğini söyleyen kanser hastalarının önemli bir ölçüde daha az mutsuz olduğu ve benlik saygılarının da daha yüksek olduğu bulgusuna ulaşmışlardır.²⁸² İleri düzey kanser hastalarıyla yapılan mülakat türü bir çalışmada da dinî inançlarının ve dinî etkinliklere katılımlarının yüksek olduğunu söyleyen hastalarda ağrıların daha az, buna karşın mutluluk düzeylerinin daha fazla olduğu rapor edilmiştir.²⁸³

Pargament ve arkadaşları, manevî iyi oluş ölçeği ile genç ve yaşlı gruplar üzerinde yaptıkları araştırmada olumlu ve olumsuz dinî başa çıkma arasında bir ilişkinin bulunduğunu görmüşlerdir. Stresli yaşam olaylarını yaşayan üç farklı örneklem grubunun olduğu çalışmada birinci örneklem grubu federal bina bombalamasından sonra dinî baş etme durumları değerlendirilen Oklahoma City sakinlerinden, ikinci grup bir arkadaşının ölümü veya ailevi bir problem gibi önemli bir olumsuz olay yaşayan üniversite öğrencilerinden ve üçüncü örneklem grubu da orta şiddette tıbbi hastalığa yakalanmış ve hastaneye yatırılmış 55 yaş üstü hastalardan oluşmaktaydı. Katılımcıların farklı yaş ve çeşitli stres faktörlerini yaşayan kişilerden oluşmasına rağmen, bu üç grup arasında olumlu dinî başa çıkma biçimi tespit edilmiştir. Olumlu dinî baş etme paternleri olan katılımcılarda daha az psikolojik kaygı ve sıkıntı bulunurken, olumsuz dinî baş etmeye sahip olanların ise depresyon ve daha kötü yaşam kalitesi gibi duygusal sıkıntıya daha fazla maruz kaldıkları bulgulanmıştır.²⁸⁴

Gibbs ve Achterberg-Lawlis, ölüme yakın 16 hastayla görüşmüş ve bu görüşmelerden ölüm korkusuyla dinî inancın yüksek olması arasında negatif bir ilişkinin bulunduğunu tespit etmişlerdir. Yine hastalarda uyku bozukluğu ile önemli

²⁸¹ Crystal Park et.al, "Intrinsic Religiousness and Religious Coping as Life Stress Moderators for Catholics Versus Protestants", *Journal of Personality and Social Psychology* 59, No. 3 (1990): 562.

²⁸² RA Jenkins and Kenneth I. Pargament, "Cognitive appraisals in cancer patients", *Social Science and Medicine* 26, No. 6 (1988): 625.

²⁸³ Pargament et.al., "God Help Me: (I): Religious Coping Efforts as Predictors of the Outcomes to Significant Negative Life Events": 797.

²⁸⁴ Pargament et.al., "Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors": 720.

destek kaynağı olarak kiliseyi söyleyenler arasında negatif bir ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.²⁸⁵ Maton'a göre; genel sosyal desteğe kıyasla manevî destek, depresyonla negatif ve öz saygı ile de pozitif ilişkilidir.²⁸⁶

Siyahî yetişkin popülasyonu üzerinde yapılan ulusal bir çalışmada da örneklemin % 44'ü ciddi kişisel problemlerle baş etme yöntemi olarak en sık duaya yöneldiklerini ifade etmişlerdir.²⁸⁷ Amerikalı sosyal araştırmacı Sullivan, ciddi psikiyatrik hastalığı olan insanlar tarafından kullanılan başa çıkma stratejileri üzerine nitel bir araştırma yapmış ve 40 katılımcının 19'unun (% 48) manevî inançları iyileşmelerinin ayrılmaz bir parçası olarak nitelediklerini belirtmiştir. Katılımcılar, maneviyatın hastalıklarının öngörülemezliğine dair anlam sağladığına inandıklarını ifade etmişlerdir.²⁸⁸

Hayward ve arkadaşları, "Yaşlılarda Depresyonun Nörobilişsel Sonuçları (YDNS)" araştırması kapsamında, 1994-2008 yılları arasında yaşlılarda din ve depresyonun varlığı ve şiddeti konulu bir çalışma yapmışlardır. Gönüllülük esasına göre 58 yaş ve üstü depresyonlu 434 hasta ile depresyonlu olmayan 163 kişilik kontrol grubu ile yürütülen çalışmada; katılımcılara depresyon, dinî faktörler, demografik özellikler, vasküler sağlık, sosyal destek ve strese yönelik ölçekler uygulanmıştır. Araştırma sonucunda depresif katılımcıların daha az sosyal destek aldıkları ve öznel stres seviyelerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca ibadete devam etme sıklığı ile daha düşük depresyon arasında bir ilişki söz konusudur. Dinî faktörler baz alındığında; daha yoğun depresyon yaşayan hastaların ibadete katılım sıklıklarının düşük olduğu, buna karşın öznel dindarlıklarının yüksek olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Kilise/Camide ibadete az katılanlarda öznel dindarlık ve depresyon düzeyi daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.²⁸⁹ İbadetlere katılımın sık ya da daha az olması hastanın çevresinden alacağı sosyal destek düzeyini etkileyeceği ve depresyonla baş etmede ortaya çıkan farklılıkların da bundan kaynaklanabileceği düşünülebilir.

²⁸⁵ Harriett Weidman Gibbs and Jeanne Achterberg-Lawlis, "Spiritual Values and Death Anxiety: Implications for Counseling With Terminal Cancer Patients", *Journal of Counseling Psychology* 25, No. 6 (1978): 567-568.

²⁸⁶ Kenneth I. Maton, "The Stress-Buffering Role of Spiritual Support: Cross-Sectional and Prospective Investigations", *Journal for the Scientific Study of Religion* 28, No. 3 (1989): 310.

²⁸⁷ Pargament et.al., "God Help Me: (I): Religious Coping Efforts as Predictors of the Outcomes to Significant Negative Life Events": 797.

²⁸⁸ William Patrick Sullivan, "It helps me to be a whole person: The role of spirituality among the mentally challenged", *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16 (3) (1993): 125.

²⁸⁹ R. David Hayward et.al., "Religion and the Presence and Severity of Depression in Older Adults", *American Journal of Geriatric Psychiatry* 20, No. 2 (2012): 188-191.

Yapılan çalışmaların sonucunda dinî başa çıkma stratejilerinin genellikle uyum, yaşam doyumu, mutluluk, stresöre karşı direnç, ruhsal denge gibi olumlu ruh sağlığı özellikleri arasında güçlü ilişkilerin bulunduğu görülmüştür. Araştırmacıları, dinî-manevî temelli psikoterapik yaklaşımları araştırma ve geliştirmeye yöneltmiştir.²⁹⁰ Ayrıca dinî inanç ve uygulamalar hastalıkla baş etmede önemli kaynaklar olarak görülebilir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının ve psikiyatristlerin hastalarının dinî ve manevî inançlarının farkında olmaları ve bu inançların ne tür fonksiyonlara sahip olduklarını anlamaya çalışmaları yararlı olabilir. Maneviyat, iyi oluş ve ruhsal sağlık birbiri ile ilişkili kavramlar olduğundan bu kavramlar hakkında farkındalık oluşturulması, kronik hastalık teşhisi konulmuş hastalar için yaşamlarının manevî yönlerini keşfetmelerinin sağlanması hastaların iyi oluşlarına/mutluluklarına yardımcı olabilir. Böylece hastaların bütünüyle yaşam kalitelerine pozitif katkı sunulabilir.

1.3.4.2. Dinî Başa Çıkma ve Fiziksel Sağlık

Beden ve zihin sağlığı birbirinden ayrı düşünülemez ve sağlam kafa (akıl, zihin) ancak sağlam vücutta bulunur ya da tersi durumun da geçerli olduğu söylenebilir. O halde ruhsal sağlık ile bedensel sağlığın karşılıklı bir ilişkisinden söz edilebilir. Sağlıklı ve anlamlı bir yaşam dengesi için bu ikisi arasındaki uyum sadece yeterli değil, aynı zamanda gerekli bir şarttır.²⁹¹

Dinî katılım ile sağlık durumu arasında pozitif ilişki konusundaki tartışmalar, son zamanlarda sağlıkla ilgili mesleki söylemde de ortaya çıkmaya başlamıştır. Birçok yazar, "bütünsel sağlık" perspektifinden, dindarlığın sağlığı ve iyi oluşu teşvik ettiğini savunmaktadır.²⁹² Dinî inanç ve uygulamalar hastaların hastalıklarıyla daha iyi baş etmelerine yardım ettiğine, hastaların sosyal desteğini arttırdığına ve madde bağımlılığı gibi kendine zarar verici davranışlardan kaçınmalarına yardımcı olduğuna göre, dinin psikolojik, sosyal ve davranışsal yollarla fiziksel sağlığı nasıl etkilediğini anlamak da önemlidir. Psikososyal stresin fizyolojik işleyişi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerindeki etkileri giderek daha iyi belgelenmektedir. Şayet yüksek dindarlık stres düzeylerini düşürüyorsa ve sosyal desteği artırıyorsa, bu durumda fiziksel sağlığı da

²⁹⁰ Pargament et.al., "The Religious Dimension of Coping Advances in Theory, Research, and Practice...", 486.

²⁹¹ Renu Sodhi and Dr. Manju, "Spiritually and mental health among normal and chronic disease group", *International Journal of Research Studies in Psychology* 2, No. 1 (2013): 60.

²⁹² Jeffrey S. Levin and Preston L. Schiller, "Is there a religious factor in health?", *Journal of Religion and Health* 26, No. 1 (1987): 11.

etkilemelidir. Bunu net bir şekilde söylemek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulsa da, dindarlığın hastanın ruhsal sağlığı üzerindeki olumlu etkileri sayesinde fiziksel sağlığına fayda sağlayabileceğine dair artan kanıtlar mevcuttur. Dinin fiziksel sağlığa etkileri konusunda 2000 yılına kadar yapılan çalışmaların genel özeti şu şekilde verilebilir: Dinî inanç ve etkinliklerin; daha iyi bağışıklık işlevleriyle (5'te 5'i), kanserden daha düşük ölüm oranıyla (7'de 5), daha az kalp hastalığı ve daha iyi kalp sağlığıyla (11'de 7), daha düşük tansiyonla (23'de 14), daha düşük kolesterolle (3'te 3); daha iyi sağlıklı davranışla (25'te 23'ü daha az sigara içme oranı; 5'te 3'ü daha çok egzersiz; 2'de 2'si daha iyi uyku kalitesiyle) ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca ölüm oranı araştırmalarının % 75'inde (52'de 32'si) dindar insanların önemli ölçüde daha uzun yaşadıkları tespit edilmiştir.²⁹³

Ampirik çalışmalar birçok farklı dindarlık/maneviyat boyutları ile çok sayıda fiziksel sağlık sonuçları arasındaki doğrudan ilişkileri araştırmıştır.²⁹⁴ Örneğin Powell ve meslektaşları, dinî ibadetlere devam etmenin büyük popülasyon örneklerinde düşük mortalite ile ilişkili olduğunu gösteren geniş ve “ikna edici” kanıtlara ulaşmıştır. Sağlıklı katılımcılarda, kilise/ibadetlere katılanlar arasında mortalite riskinde güçlü, tutarlı, ileriye dönük ve genellikle dereceli bir azalma vardır. Bu azalma, değişkenler dâhil edildikten sonra yaklaşık % 25 olarak tespit edilmiştir. Büyük oranda teşvik ettiği sağlıklı yaşam tarzı sayesinde din veya maneviyat, insanları kardiyovasküler hastalığa karşı korumaktadır ve yazar ibadetlere katılımın sağlıklı insanları ölüme karşı koruduğu kanaatinde dir.²⁹⁵ Yine McCullough ve arkadaşları tarafından yapılan ve örneklem büyüklüğüne göre 125.826 çalışanın katıldığı başka bir araştırmada, 42 bağımsız örneklem üzerinde dinî katılım ile bağlantılı olarak ortalama ölüm oranında % 25'lik bir azalma olduğu bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada kadınlarda ölüm oranının erkeklere kıyasla daha az olduğu bulunmuştur.²⁹⁶ Levin ve Schiller, dinî bağlılık ile inme, kanser, kardiyovasküler hastalık, kolit (kalın bağırsak iltihabı), hipertansiyon, enterit (ince bağırsak iltihabı), genel sağlık durumu ve mortalite arasındaki ilişkiyi ele alan yaklaşık

²⁹³ Koenig, “Religion, Spirituality and Medicine: Research Findings and Implications for Clinical Practice”: 1195.

²⁹⁴ Doug Oman and Carl E. Thoresen, “Do Religion and Spirituality Influence Health?”, *Handbook of The Psychology Of Religion And Spirituality*, Ed. Raymond F. Paloutzian and Crystal L. Park (New York: The Guilford Press, 2005), 441.

²⁹⁵ Lynda H. Powell et.al., “Religion and spirituality: Linkages to physical health”, *American Psychologist* 58 (1) (2003): 36.

²⁹⁶ Michael E. McCullough et.al., “Religious involvement and mortality: A meta-analytic review”, *Health Psychology* 19, No. 3 (2000): 211-213.

250 araştırmayı inceledikten sonra dinî bağlılık ile bu sağlık değişkenleri arasında sürekli olarak pozitif bir korelasyon olduğunu bildirmişlerdir.²⁹⁷ Dinî katılım ile düşük tansiyon ve düşük hipertansiyonun ilişkili olduğunu ortaya koyan ampirik çalışmalar vardır.²⁹⁸ Seeman ve meslektaşları tarafından yapılan kritik inceleme buna örnek gösterilebilir. Araştırmada, dini/maneviyatı düşük tansiyonla bağdaştıran “makul” düzeyde kanıtlar bulunmuştur. Ayrıca araştırmacılar, dinin/maneviyatın daha iyi bir bağışıklık sistemine katkısı olduğunu da tespit etmişlerdir.²⁹⁹ Steffan, Hinderliter, Blumenthal ve Sherwood’un 77 Afrikalı Amerikalı (siyahî) ve 78 beyaz olmak üzere 155 kişinin dinî başa çıkma, etnisite ve ambulatuvar kan basıncını 24 saat boyunca inceledikleri araştırmalarında da daha yüksek dinî başa çıkma stratejilerini kullanan Afrikalı Amerikalıların tansiyonlarının uykuda ve uyanıkken daha düşük olduğu sonucuna ulaşmışlardır.³⁰⁰ Yine Larson ve arkadaşları kırsal kesimde yaşayan ve hipertansiyon veya kardiyovasküler hastalık bulunmayan 407 beyaz erkeğin kendi algıladıkları dinî önem, kiliseye katılım sıklığı ile tansiyon arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Veriler, her iki dinî değişkenin de tansiyon durumu üzerindeki etkileri arasında bir etkileşim olduğunu doğrularken, dine verilen önemin kilise katılımına kıyasla daha düşük tansiyonla daha çok ilişkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Kiliseye katılımın ve dine verilen önemin yüksek olduğu kişilerin küçük tansiyonları, düşük katılımı ve dine önem verme düzeyi düşük olan gruptaki katılımcılara kıyasla belirgin bir şekilde daha düşük çıkmıştır.³⁰¹

Yakın tarihli en kapsamlı araştırmalardan biri olan ve ABD nüfusunu temsilen 20.000'den fazla yetişkinin 8 yıllık süre ile izlenmesi sonucunda, ibadetlere hiç katılmayan kişilerle haftada bir defadan fazla katılanlar arasında ortalama yaşam süresinde 7 yılın üzerinde bir fark bulunmuştur. Afrikalı Amerikalılar arasında ise, dinî katılımı bağlantılı ortalama yaşam süresi farkı yaklaşık 14 yıldır.³⁰²

Dinî katılımın çeşitli boyutları, köklü davranışsal risk faktörleri ile de ilişkilendirilmiştir. Örneğin, katı mezhep ya da tarikatlar, sigara içmek ve alkol

²⁹⁷ Levin and Schiller, “Is there a religious factor in health?": 9.

²⁹⁸ Oman and Thoresen, “Do Religion and Spirituality Influence Health?”, 443.

²⁹⁹ T. E Seeman et.al., “Religiosity/spirituality and health: A critical review of the evidence for biological pathways”, *American Psychologist* 58, No. 1 (2003): 53-63.’den akt. Oman and Thoresen, “Do Religion and Spirituality Influence Health?”, 443.

³⁰⁰ Patrick R Steffen et.al., “Religious coping, ethnicity, and ambulatory blood pressure”, *Psychosomatic Medicine* 63 (2001): 527.

³⁰¹ David B. Larson et.al., “The impact of religion on men's blood pressures”, *Journal of Religion and Health* 28, No. 4 (1989): 265.

³⁰² Oman and Thoresen, “Do Religion and Spirituality Influence Health?”, 435.

almaktan alıkoyabilmekte veya iyi diyetleri teşvik edebilmektedir. Toplum temelli kesitsel araştırmalarda, daha sık dinî törenlere katılanların daha fazla egzersiz yapma, daha az sigara içme ve daha az içki içme eğiliminde oldukları bulunmuştur. Strawbridge vd., dinî katılımın fiziksel ve ruhsal sağlığa ve sosyal ilişkilere pozitif katkısı olduğu hipotezini test etmek için 1965-1994 yılları arasında 17-65 yaş aralığında bulunan ve 1994 yılına kadar hayatta kalan 2,676 katılımcıyı takip etmişlerdir. Çalışmada sigara içme, fiziksel etkinlikler, alkol tüketimi, sağlık kontrolü, depresyon, sosyal ilişkiler ve medeni durumu inceleyen araştırmacılar, dinî tören ve ibadetlere haftalık düzenli olarak katıldıklarını söyleyen katılımcıların olumlu sağlık davranışlarını benimseme ve sürdürme düzeylerinin daha yüksek olduğu, dinî katılımın sağlık davranışları üzerinde olumlu sonuçlarının kadınlarda erkeklere kıyasla daha güçlü olduğu görülmüştür. Ayrıca aynı grupta ruhsal sağlık, sosyal ilişkiler ve evliliğin devamlılığının da yüksek düzeyde olduğuna dair bulgulara ulaşılmıştır.³⁰³

Dinî etkinliklere, ibadetlere katılımın ve dindarlığın/maneviyatın kişinin fiziksel sağlığı üzerinde olumlu etkilerinin bulunduğu ilişkin çok sayıda araştırmanın yapıldığı görülmektedir. Din ve dinin talepleri, bireyin yeme içme alışkanlıklarından aile yaşamına ve sosyal ilişkilerine kadar tüm yaşamını düzenleyen talimat ve tavsiyeleri içermektedir. Dindar bir kişi, Allah'ın bu tür emir, yasak ve tavsiyelerini dikkate alarak hayatını tanzim eder. İçkiyi, zinayı yasaklayan, yakın ve uzak komşusuna, miskin ve yoksula, yolda kalmışlara yardım etmeyi emreden dinin emirlerine uygun bir yaşamı benimseyen kişilerin bu tür davranışları daha az sergileyenlere kıyasla bireysel sağlık, sağlıklı aile yaşamı, kişiler arası ilişki ve sosyal destek bağlamında daha avantajlı oldukları değerlendirilebilir. Ancak, stresli yaşam olaylarıyla mücadele ederken dinî ritüelleri yerine getiren, dinî başa çıkma stratejilerini daha fazla kullanan kişilerin bu tür davranışlarını daha derinlemesine anlamaya ihtiyaç vardır.

Din ile sağlığın ilişkisi üzerine yapılan araştırmalarda, daha çeşitlendirilmiş ve çoğulcu yöntemler benimsenmelidir. Bazı olguların mevcut yaklaşımlar yoluyla değerlendirilmesinin çok zor olabileceğini kabul edilmelidir. Çünkü çoğu değişkenin kendisi değişkendir ve zamanla değişme özelliğine sahiptir. Bu nedenle niteliksel ve

³⁰³ William J. Strawbridge et.al., "Religious attendance increases survival by improving and maintaining good health practices, mental health, and stable marriages", *Annals of Behavioral Medicine* 23, No. 1 (2001): 68-70.; Dindarlığın psikolojik iyilik ve beden sağlığı üzerinde etkileri için ayrıca bk. Mustafa Köylü, "Ruh ve Beden Sağlığı İle Din İlişkisi Üzerine Yapılan Araştırmaların Bir Değerlendirmesi", *Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* sy. 28 (2010): 17-20.

niceliksel yöntemlerin (sadece anket sorularının değil) birlikte ele aldığı, karşılaştırmalı ve birden fazla değerlendirmeleri kapsayan çalışmalara ihtiyaç vardır.

1.4. POZİTİF PSİKOLOJİ

İnsanı anlamaya yönelik çabaların bütünü olan psikoloji, son iki yüz yıldır gelişerek dönüşüm sergilemiş ve ilk başta insanı bir organizma olarak ele alırken; zamanla onu bağımsız, hür ve mantıklı davranışlar sergileyen bir varlık olarak değerlendirmeye başlamıştır. Bu dönüşümle psikopatoloji odaklı görüşün yerini pozitif odaklı görüş almıştır. Pozitif odaklı görüşün bir uzantısı olarak da pozitif psikoloji yaklaşımı, günümüzde gelişerek varlığını güçlendirmeye devam etmektedir.³⁰⁴

İkinci Dünya Savaşı öncesinde psikolojinin üç görevi vardı. Bunlar: (1) Akıl hastalığını tedavi etmek; (2) Normal insanların yaşamlarını iyileştirmek; (3) Üstün yetenekleri tespit etmek ve desteklemek. İki dünya savaşının ardından ve psikolojik bakımdan bozulmuş birçok askerin geri dönüşüyle birlikte, araştırma fonu ilk gündeme odaklanmış ve diğer iki amaç neredeyse unutulmuştu. Maalesef, patolojiye yapılan bu aşırı vurgu psikolojinin bir “mağdur bilimi” (victimology) haline gelmesine yol açtı. Psikologlar insanları proaktif, yaratıcı, kendi kararlarını bağımsız verebilen varlıklar olarak görmek yerine, onları dış güçlere maruz kalmış pasif bireyler olarak görüyorlardı.³⁰⁵ Bu dönemde psikologlar, ruhsal bozukluklardan kaynaklanan rahatsızlıkları tedavi etme çabasıyla bozulan alışkanlıkları, bozulan dürtüleri, bozulan çocuklukları ve bozulan beyinleri tedavi etmeye çalıştılar. Böylece psikolojinin odağını insanın yıkıcılığının tamir edilmesi oluşturdu.³⁰⁶ Sonuç olarak problem odaklı ve patoloji perspektifli çalışmalar, bireylerin yaşama yönelik işlevselliklerini açıklamada yetersiz kaldı.³⁰⁷ Bu noktadan hareketle Amerikan Psikoloji Derneği'nin başkanlığını da yapmış olan Martin E. P. Seligman psikolojinin ihmal edilen söz konusu amaçlarını

³⁰⁴ Ali Eryılmaz, “Pozitif Psikolojinin Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Alanında Gelişimsel ve Önleyici Hizmetler Bağlamında Kullanılması”, *The Journal of Happiness & Well-Being* 1 (1) (2013): 3.

³⁰⁵ Kate Hefferon and Ilona Boniwell, *Positive Psychology Theory, Research and Applications* (New York: The McGraw-Hill Companies, 2011), 5.

³⁰⁶ Martin E. P. Seligman and Mihaly Csikszentmihalyi, “Positive Psychology: An Introduction”, *American Psychologist* 55, No. 1 (2000): 6.

³⁰⁷ Mark D. Terjesen et.al., “Integrating positive psychology into schools: Implications for practice”, *Psychology in the School* 41 (1) (2004): 163.

gerçekleştirmeye yönelik bir değişim hareketi başlattı.³⁰⁸ Psikolojinin “olumsuz”la ilgilenmesine tepki olarak ortaya çıkan, bireyin güçlü yanlarını fark etmelerini ve geliştirmelerini ve aynı zamanda nitelikli bir yaşam sürmelerini sağlama amacı güden bu yaklaşım “pozitif psikoloji” olarak adlandırılmaktadır.³⁰⁹ Pozitif psikoloji, insanoğlunun hastalık, eksiklik ya da kusurla sınırlı bir varlık olmadığını savunur. Bu yaklaşım, insanın mutluluk, huzur ve sağlığa ulaşmasında azim, şükür, yardımseverlik, alçakgönüllülük gibi erdemlerin rolünün büyük olduğunu ileri sürer ve çaresizliğin öğrenilmesi gibi iyimserliğin de öğrenilebileceği görüşünü benimser.³¹⁰

Seligman’a göre şu andaki dogma, olumsuz motivasyonun insan doğasının temel taşı olduğunu ve olumlu motivasyonun sadece ondan kaynaklandığını söylemektedir; ancak buna inanmamızı gerekli kılacak yeterli kanıt yoktur. Bu nedenle, psikolojinin görevi olumlu bireysel ve toplumsal nitelik veya erdemleri tanımlamak ve incelemek olmalıdır.³¹¹ İnsanın “en kötü” ile birlikte “en iyi” taraflarının da görülmesi durumunda ancak onun doğası ve kaderi hakkında önemli ve yeni fikirler elde edilebilir.³¹² Seligman, psikolojinin sadece hastalık, zayıflık ve hasarın araştırılması olmadığını, tedavinin de yalnızca yanlış olanı düzeltmek olmadığını vurgulamış ve psikolojinin güç ve erdemi de incelemesi gerektiğini, tedavinin de aynı zamanda doğru olanı inşa etmek olduğunu belirtmiştir.³¹³ Bu bağlamda Peterson ve Seligman teologların, ahlak filozoflarının, eğitimcilerin ve tarihsel süreçte erdemle ilgili düşünce üretmiş kişilerin eserlerini inceleyerek 6 temel ve 24 alt erdem belirlemişlerdir. “High Six” adını verdikleri altı yüce erdem; **cesaret, adalet, insanlık, ölçülülük, aşkınlık ve bilgelik/hikmet**tir. Alt erdemler arasında da; bütünlük, sevgi, affetme ve merhamet, alçakgönüllülük, öz-denetim, şükran, ümit, vb. erdemler yer almaktadır.³¹⁴ Dinlerin de

³⁰⁸ Hefferon and Boniwell, *Positive Psychology Theory, Research and Applications*, 4.; Seligman and Csikszentmihalyi, “Positive Psychology: An Introduction”: 6.

³⁰⁹ Asude Malkoç, “Öznel İyi Oluş Müdahale Programının Üniversite Öğrencilerinin Öznel İyi Oluş Düzeylerine Etkisi”, (Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, 2011), 18.

³¹⁰ Ayten, *Mutluluğun Peşinde*, 140.

³¹¹ Martin E. P. Seligman, *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment* (New York: Free Press, 2002), 211.

³¹² Kennon M. Sheldon and Laura King, “Why positive psychology is necessary”, *American Psychologist* 56 (2001): 217.

³¹³ Martin E. P. Seligman, “Positive Psychology, Positive Prevention, and Positive Therapy”, t.y., erişim tarihi: 28 Ağustos 2017, <http://www-personal.umich.edu/~prestos/Downloads/DC/10-Seligman2002.pdf>.

³¹⁴ Christopher Peterson and Martin Seligman, *Character Strength and Virtues: A Handbook and Classification* (New York: Oxford University Press, 2004), 36-56.

vurguladıkları söz konusu erdemlerin, psikologlara göre sağlık ve mutluluk açısından insan yaşamına önemli katkıları bulunmaktadır.³¹⁵

Bununla birlikte, pozitif psikoloji; olumlu duyguların, olumlu karakter özelliklerinin ve pozitif kurumların incelenmesi için kullanılan şemsiye bir terimdir.³¹⁶ Pozitif psikoloji, ana akım psikolojinin marjinal ve dışlayıcı yaklaşımından farklı olarak insan doğasının olumlu sübjektif deneyimler, olumlu bireysel özellikler ve sivil erdemler gibi olumlu yönlerini yeniden canlandıran düzeltici bir yöntemi benimser. Pozitif psikoloji için *iyi karakter* (the good character) kavramı merkezi bir öneme sahiptir.³¹⁷

İkinci Dünya Savaşı sonrası psikoloji ile günümüzün pozitif psikolojisi arasındaki en büyük fark, önceden sorulan “*Bu insanlar neden yetersiz oluyor?*” sorusuna karşın şu anda “*Bazı bireyleri başarılı kılan nedir?*” sorusunun gündeme gelmiş olmasıdır.³¹⁸ Lyubomirsky’ye göre pozitif psikoloji, hayatı yaşamaya değer kılan şeylerle, yaşamın olumlu tarafıyla ilgilidir. Pozitif psikolojiden önce çoğu araştırmacı depresyon, boşanma, stres ve kötü durumların nasıl düzeltileceğine yoğunlaşmışlardı. Ancak pozitif psikologlar insanı mutsuz kılan şeylerle değil, mutlu eden şeylerle; insanların neden boşandıklarıyla değil, birlikte kalma nedenleriyle daha fazla ilgilenmektedirler.³¹⁹ Pozitif psikoloji, insanların, grupların ve kurumların gelişen veya en iyi çalışmasına katkıda bulunan koşulların ve süreçlerin incelenmesidir.³²⁰ Dolayısıyla bireylerin, grupların ve kurumların olumlu yönde gelişmelerine katkı sağlayan unsurlar pozitif psikolojinin çalışma alanına dâhil olan hususlardır. İyi yaşam vizyonunu vurgulayan pozitif psikoloji; ne tür eylemlerin bireyi refaha götüreceğini, ne tür eylemlerin olumlu bireylere ve gelişen topluluklara yol açabileceğini gösterir. Hangi aile modelinin çocukların gelişimi için en iyi ortamı hazırladığı, ne tür iş ortamlarının çalışanların en fazla iş doyumunu sağladığı, hangi politikaların vatandaşların buldukları topluma ait hissetmesi ve katılımlarını teşvik ettiği ve insanların

³¹⁵ Ayten, *Mutluluğun Peşinde*, 139.

³¹⁶ Martin E. P. Seligman et.al., “Positive Psychology Progress Empirical Validation of Interventions”, *Tidsskrift For Norsk Psykologforening* 42 (2005): 874.

³¹⁷ Ingvild S. Jørgensen and Hilde Eileen Nafstad, “Positive Psychology: Historical, Philosophical, and Epistemological Perspectives”, *Positive Psychology in Practice*, Ed. P. Alex Linley and Stephen Joseph (New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., 2004), 17.

³¹⁸ Hefferon and Boniwell, *Positive Psychology Theory, Research and Applications*, 4.

³¹⁹ Aaron Jarden, “Positive Psychologists on Positive Psychology”, *International Journal of Wellbeing* 2 (2) (2012): 79.

³²⁰ Shelly L. Gable and Jonathan Haidt, “What (and Why) Is Positive Psychology?”, *Review of General Psychology* 9, No. 2 (2005): 104.

yaşamlarını nasıl en çok yaşamaya değer bulacakları gibi sorular pozitif psikolojinin ilgi alanı içinde yer almaktadır. Pozitif psikoloji alandaki çalışmalar öznel düzeyde, iyi oluş, memnuniyet, geçmişle ilgili doyum, gelecek için umut ve iyimserlik ve şu an için ise akış ve mutluluk gibi bireyin öznel yaşantılarıyla ilgili kavramlar üzerine odaklanmaktadır. Ayrıca, bu çalışmaların bireysel düzeyde sevme kapasitesi, cesaret, kişilerarası ilişkiler, estetik duyarlılık, sebat, bağışlama, özgünlük, ileri görüşlülük, maneviyat, yüksek yetenek ve bilgelik gibi olumlu bireysel özelliklerle ilgili olduğu; grup düzeyinde de toplumsal değerler ve bireyleri daha iyi bir vatandaş olmaya yönlendiren sorumluluk, bakım ve ilgi, fedakârlık, nezaket ve incelik, ılımlı olma, hoşgörü ve iş ahlakı ile ilgili olduğu görülmektedir.³²¹

Söz konusu bütün bu çalışmaların bireylerin ruh sağlığı yerinde, mutlu ve nitelikli bir hayat sürmelerini sağlama amacı noktasında birleştiği görülmektedir.³²²

³²¹ Seligman and Csikszentmihalyi, “Positive Psychology: An Introduction”: 5.

³²² Malkoç, “Öznel İyi Oluş Müdahale Programının Üniversite Öğrencilerinin Öznel İyi Oluş Düzeylerine Etkisi”, 20.

1.5. ÖZNEL İYİ OLUŞ VE İLİŞKİLİ KAVRAMLAR

1.5.1. Mutluluk

Tarih boyunca pek çok filozof insanın mutlu olmak için var olduğunu ileri sürmüş ve insan eyleminin en önemli amacının mutluluğu aramak olduğunu belirtmişlerdir.³²³ İlk çağlardan itibaren tartışılmakta olan mutluluk, Sokrates ve Platon sonrasında Aristo tarafından ele alınmış ve sistematik bir biçimde incelenmiştir. Aristo mutluluğu ahlak felsefesi, ahlak felsefesini de siyaset bilimi içerisinde değerlendirmiştir. Onun kendisinden sonra benimsenen bu sistematığı hem batı hem de İslam dünyasındaki düşünürleri etkilemiştir. İslam dünyasında Aristo'nun mutluluk konusundaki düşüncelerinden etkilenerek mutluluğu İslami düşünce içerisinde ele alan filozof da Fârâbi'dir.³²⁴

Geçmişte mutluluk, bugün kullanılan “nesnel iyi oluş” terimiyle karşılaştırılabilir bir kavramı ifade ederdi. Antik Yunan'da ve hem Hristiyan hem de Doğu'nun bilgelik ve dinî literatüründe mutluluk, yaşamaya değer bir hayatı simgelemekte ve ömrü boyunca erdem arayan insan gerçekten mutlu bir insan olarak görülürdü. Mutluluk, Yunan şair Hesiod'un yaklaşımında bütüncül bir kavram, tarihçi Herodot'un *eudaimonia*'sı (erdemli ve gelişen bir hayat), Romalı filozof Cicero'nun *summum bonum* 'u (en yüksek iyilik) ve ortaçağ filozof ve teologu Thomas Aquinas'ın *sublime beatitudo*'su (İlahi yaşam) idi. Tarihsel olarak mutluluk, aynı zamanda şans, kader ve ilahi bir lütuf ile de ilişkilendirilirdi. Bu açıdan mutluluğun bir yönüyle kişinin kontrolü dışında geliştiğini düşünenler de vardı.³²⁵

Geleneksel mutluluk algısı, 18. yüzyılda Aydınlanma Dönemi'nde iki açıdan değişmeye başladı. Birincisi; sağlıklı olma ve iyi oluş için gerekli olduğu düşünülen erdem kavramına yapılan vurgu, Jeremy Bentham'ın Faydacılık Felsefesinde en belirgin şey olan haz ilkesi ve acının olmaması lehine azaldı. İkincisi; bu yeni mutluluk biçiminin peşinde gitmek, insan yaşamının başlıca amacı haline geldi. Bu fikirlerin bir sonucu olarak, mutluluk Bentham'da olduğu gibi, hoş bir duygu olarak daha dar bir

³²³ D. C. Shin and D. M. Johnson, “Avowed Happiness As An Overall Assessment Of The Quality Of Life”, *Social Indicators Research* 5 (1978): 475.

³²⁴ Mehmet Tuncer, “Aristo ve Farabi'de Mutluluk Düşüncesi”, (Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, 2006), 6.

³²⁵ D. M. McMahon, *Happiness: A history (1st ed.)* (New York: Atlantic Monthly Press, 2006).’dan akt. Robert J. Eger and J. Haavard Maridal, “A statistical meta-analysis of the wellbeing literature”, *International Journal of Wellbeing* 5 (2), (2015): 45-46.

anlamda tanımlandı. Nispeten bu yeni mutluluk anlayışı; mutluluğun, yaşam memnuniyetinin ve iyi oluşun nasıl sağlandığını keşfetmeye çalışan, giderek artan popüler ve akademik literatürü doğurdu. Mutluluk araştırmaları sosyal bilimlerin çoğunda gittikçe önem kazanmaya başladı.³²⁶

Yunancada *eudaimonia* kelimesi ile ifade bulan ve “büyük çapta zenginlik, zenginleşmek, gelişmek, iyi olmak”³²⁷ anlamlarına gelen “mutluluk” kelimesi, Latince *felicita* “refah, bolluk”³²⁸ ve İngilizcede *happiness* “mutluluk, saadet, bahtiyarlık”³²⁹ anlamlarında kullanılır. Yine “mutluluk” sözcüğü, Farsçada *nikbeht*³³⁰ kelimesi ile Arapçada da *saade* sözcüğü ile ifade edilir. Bu sözcükler ise “sıkıntıda olmamak, neşe, başarı, muvaffakiyet” anlamlarına gelmektedir.³³¹

Mutluluk kavramının felsefi temelleri ya da tarihsel süreçte düşünürlerin mutluluk hakkındaki görüşlerini sıralamak yerine detaya girmeden kavramı ve benzer anlamlı diğer kavramları psikoloji biliminde anlaşıldığı şekliyle ele almak çalışmanın konsepti ve hedefi açısından daha doğru olacaktır.

1.5.2. İyi Oluş

İyi oluş kavramı, en uygun psikolojik işlev ve yaşantıyı ifade eder. Bu, yalnızca günlük kişilerarası “Nasılsınız?” gibi basit sorguların değil, aynı zamanda yoğun bilimsel incelemelerin odağı olmuştur. “Nasılsınız?” sorusu yeterince basit görünse de, teorisyenler *iyi oluş* sorununu karmaşık ve tartışmalı bulmuşlardır. Nitekim entelektüel tarihin başlangıcından itibaren “en iyi yaşantı”yı tanımlayan şeylerin ne olduğu ve “iyi yaşam”ın nelerden meydana geldiği konusunda önemli bir tartışma olmuştur. Açıkçası, bu tartışmanın muazzam teorik ve pratik sonuçları da vardır. Zira “iyi oluş”u tanımlama şeklimiz hükümet icraatları, öğretim, terapi, ebeveynlik ve vaaz/öğüt uygulamalarımızı etkilemektedir. Çünkü tüm bu çabalar insanları daha iyi hale getirmeyi amaçlamakta ve bu da “daha iyi” nin vizyonunu gerekli kılmaktadır.³³²

³²⁶ Eger and Maridal, “A statistical meta-analysis of the wellbeing literature”: 46.

³²⁷ Robert Audi, *The Cambridge Dictionary of Philosophy* (New York: Cambridge University Press, Second Edition, 1999), 285-291.

³²⁸ Orhan Hançerlioglu, *Felsefe Ansiklopedisi Kavramlar ve Akımlar* (İstanbul: Remzi Kitabevi, Birinci Basım, 1978), 190.

³²⁹ Longman-Metro *Büyük İngilizce Türkçe-Türkçe Sözlük* (İstanbul: Metro Kitap Yayın Pazarlama, 1993), “happiness” md., 675.

³³⁰ Hasan Hüseyin Bircan, *İslam Felsefesinde Mutluluk* (İstanbul: İz Yayıncılık, 2001), 16.

³³¹ Serdar Mutçalı, *Arapça – Türkçe Sözlük* (İstanbul: Dağarcık Yayınları, 1995), 389.

³³² Richard M. Ryan and Edward L. Deci, “On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being”, *Annual Review of Psychology* 52 (2001): 142.

Anlamları arasında bir takım nüanslar olsa da, akademik ve popüler alanyazında “yaşam kalitesi, mutluluk, yaşam doyumu ve refah kavramları” “iyi oluş” ile birbirinin yerine kullanılabilir. ³³³ Ayrıca, literatürde “kendini gerçekleştirme, memnuniyet, uyum” ve “ekonomik refah” kavramları da “iyi oluş” ile eş anlamlı olarak kullanılmıştır. ³³⁴

Dost, insanın iyi oluşu ve mutluluğu ile ilgili çalışmalarda; “öznel iyi oluş, psikolojik iyi oluş, yaşam doyumu, yaşam kalitesi” ve “olumlu duygulanım” gibi kavramların tamamen aynı anlamda olmasalar da birbirleri ile ilişkili kavramlar olarak kullanılabilir. Bu kavramların tamamı bireyin olumlu işlevselliği ve mutluluğunu sağlayan koşullarla ilgilidir. ³³⁵

Ryan ve Deci’ye göre “iyi oluş” ve “ruhsal sağlık” terimlerini kullanan bir Psychinfo araştırması, son 5 yılda sırasıyla 28.612 ve 12.009 alıntı yapmıştır. Arama, sağlık, mutluluk, yaşam kalitesi ve diğer ilgili konular gibi terimleri içerecek şekilde genişletildiğinde, sayılar daha da şişmiştir. ³³⁶

Araştırmamızda yer yer kullanılan “iyi oluş” kavramı da, “*öznel iyi oluş, psikolojik iyi oluş, yaşam doyumu, olumlu duygulanım, mutluluk*” kavramlarının tamamını kuşatacak şekilde düşünülmüştür.

1.5.3. Öznel İyi Oluş

Öznel iyi oluş (ÖİO), pozitif psikolojinin üzerinde çalıştığı en temel kavramlardan birisidir. Binlerce yıldır düşünürlerin ilgisini çeken bir konu olmasına rağmen, öznel iyi oluşun sistematik olarak ölçülmesi ve çalışılması son yıllarda olmuştur. ³³⁷ Aslında tarih boyunca felsefeciler mutluluğu insan eylemlerinde en büyük fayda ve en belirgin güdüleyici olarak görmüşlerdir. Ancak psikologlar mutsuzluğu derinlemesine araştırmalarına rağmen onlarca yıl büyük oranda mutluluğu ya da öznel iyi oluşu ihmal etmişlerdir. 1973’te *Uluslararası Psikolojik Özetler*’in (Psychological Abstracts International) mutluluğu indeks terimi olarak listede göstermeye başlaması ve 1974’te makalelerinin çoğu öznel iyi oluş olan *Sosyal Gösterge Araştırması* (Social Indicator Research) dergisinin kurulması ile bu durum değişmeye başlamış ve öznel iyi

³³³ Eger and Maridal, “A statistical meta-analysis of the wellbeing literature”: 46.

³³⁴ Hefferon and Boniwell, *Positive Psychology Theory, Research and Applications*, 45.

³³⁵ Meliha Tuzgöl Dost, “Üniversite Öğrencilerinin Öznel İyi Oluş Düzeyleri”, (Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, 2004), 14.

³³⁶ Ryan and Deci, “On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being”: 142.

³³⁷ Diener et.al., “Recent Findings On Subjective Well- Being”: 25.

oluşa ilgi artmaya başlamıştır. ÖİÖ alanyazını, insanların kendi yaşamlarını neden ve nasıl olumlu yollardan değerlendirdikleri ile ilgilenmektedir. Yapılan öznel iyi oluş çalışmalarında mutluluk, doyum, moral ve olumlu duygu gibi çeşitli terimlerin kullanıldığı da görülmektedir.³³⁸ Bu çalışmalarda araştırmacılar mutluluğu/ÖİÖ'yu tanımlamışlardır. Örneğin Wilson'a göre mutlu bireyler; “genç, sağlıklı, eğitilmiş, geliri iyi olan, dışadönük, iyimser, kaygıdan uzak, dindar, özgüveni yüksek, evli, iş erdemine sahip, her iki cinsten de makul istekleri olan, zeki kişilerdir.”³³⁹

Filozof ve sosyal bilimciler de mutluluk ya da ÖİÖ'yu tanımlamaya ilgilenmişlerdir. Bu tanımlamalar üç grupta incelenebilir:

Birincisi; erdem ya da kutsallık gibi dışsal ölçütlere dayalı yapılan ÖİÖ tanımlarıdır. Bunlar Aristo'nun “eudaemonia” görüşünden yararlanmaktadır. Bu görüş mutluluğu elde etmenin yolunun erdemli bir yaşam sürmekten geçtiğini savunur. Ona göre “erdem” insanların yaşamlarını değerlendirmede normatif bir standarttır.

İkincisi; sosyal bilimcilerin insanların yaşamlarını olumlu olarak değerlendirmelerine yol açan şeylerin neler olduğu sorusuna odaklanmalarıdır. Bu grupta ÖİÖ, yaşam doyumunu olarak nitelendirilir ve iyi yaşamı belirleyen standartlara dayalı tanımlamaları içerir. Bu bağlamda; Shin ve Johnson'a göre ÖİÖ, kişinin kendi belirlediği kriterlere göre yaşam kalitesini genel olarak değerlendirmesidir.³⁴⁰

Üçüncüsü de; ÖİÖ'sü yüksek olan bireylerin günlük yaşamda olumlu duyguları olumsuz duygulara kıyasla daha fazla yaşadıkları görüşü üzerine temellendirilmiş tanımlardır.³⁴¹

Diener, öznel iyi oluşun olumlu duygular ve olumsuz duygular ve yaşam doyumunu kapsayan şemsiye niteliğinde bir kavram olduğunu belirtmektedir. Ona göre ÖİÖ, “bireyin sahip olduğu olumlu ve olumsuz duygulara ve yaşamdan aldığı doyuma ilişkin yaptığı öznel değerlendirmelerdir”.³⁴² Yani; ÖİÖ, insanların kendi yaşamlarını değerlendirmesi olarak tanımlanır.³⁴³ Subjective Well Being (öznel iyi oluş) şeklinde

³³⁸ Diener, “Subjective Well-Being”: 542.

³³⁹ Ed Diener et.al., “Subjective Well-Being: Three Decades of Progress”, *Psychological Bulletin* 125, N. 2 (1999): 276.

³⁴⁰ Shin and Johnson, “Avowed Happiness As An Overall Assessment Of The Quality Of Life”: 478.

³⁴¹ Diener, “Subjective Well-Being”: 543.

³⁴² Diener, “Subjective Well-Being”: 543-544.

³⁴³ Ed Diener, “Findings On Subjective Well-Being and Their Implications for Empowerment”, 2003, erişim tarihi: 11 Eylül 2017, <http://siteresources.worldbank.org/INTEMPowerment/Resources/486312-1095970750368/529763-1095970803335/diener.pdf>.

tanımlanması da bundan kaynaklanmaktadır.³⁴⁴ Diener ve arkadaşlarına göre; ÖİÖ'nun duygusal ve bilişsel olmak üzere iki ana bileşeni³⁴⁵ bulunmaktadır. Bilişsel alan kişinin bütünüyle hayattan memnuniyetini, duygusal alan da olumlu-olumsuz duyguların yoğunluğunu ifade etmektedir.³⁴⁶ Allport bireylerin kendi durumlarıyla ilgili söyleyecek şeylerinin olduğunu belirterek psikologların bu tür değerlendirmeleri dikkate almaları gerektiğini vurgulamış ve kişinin bilinçli değerlendirmelerini güvenilir olarak görmemeleri hususunda onları uyarmıştır.³⁴⁷ Bu değerlendirmeler insanların olaylara karşı duygusal tepkilerini, ruh hallerini, yaşam doyumlarına ilişkin sahip oldukları yargılarını, evlilik ve iş hayatı gibi yaşam alanlarında kişisel tatminlerini içermektedir.³⁴⁸

Deci ve Ryan'a göre burada iyi oluşun öznel değerlendirmesi ön plana çıkmaktadır. Operasyonel bir tanımlama yapmak gerekirse ÖİÖ; *kişinin genellikle yüksek seviyede olumlu duygu yaşaması, negatif duygu düzeyinin düşük olması ve hayatından büyük ölçüde memnuniyet duyması* şeklinde yorumlanabilir. Bu üç hususu tecrübe eden birisinin ÖİÖ düzeyinin yüksek olduğu söylenebilir. Bu bağlamda ÖİÖ "mutluluk" sözcüğü ile birbirlerinin yerine kullanılabilir ve iyi oluşun en üst düzeye çıkarılması mutluluğun da en üst düzeye çıkarılması anlamına gelmektedir.³⁴⁹ Aksine bir kişi yaşamından memnun değilse, duygulanım ve neşe düzeyi düşükse, öfke ve kaygı gibi olumsuz duyguları sık yaşıyorsa, böyle bir kişinin ÖİÖ düzeyinin düşük olduğu değerlendirilmektedir. Çünkü öznel iyi oluşun bilişsel ve duygusal boyutları birbiriyle yakından ilişkilidir.³⁵⁰ Yetim'e göre de ÖİÖ; yaşam doyumu, depresyon veya sıkıntının olmaması, olumlu duygulanım ve duygu durumları gibi pek çok değişkeni içermektedir. İyi oluş, iyi olduğunu söyleyen kişinin yaşadığı şeydir.³⁵¹

Diener'a göre ÖİÖ çalışmalarında göz önünde bulundurulması gereken üç önemli özellik vardır. Bunlardan birincisi; ÖİÖ çalışmalarının iyi oluşun tüm

³⁴⁴ Mustafa Türkmen, "Öznel İyi Oluşun Yapısı ve Anababa Tutumları, Özsaygı ve Sosyal Destekle İlişkisi: Bir Model Sınaması", *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 5/1 (2012): 43.

³⁴⁵ Diener et.al., "Subjective Well-Being: Three Decades of Progress": 277.

³⁴⁶ Nattavudh Powdthavee, "Would you like to know what makes people happy? An overview of the datasets on subjective well-being", *Australian Economic Review* 48, N. 3 (2015): 315.

³⁴⁷ Norman M. Bradburn, *The Structure of Psychological Well-Being* (Chicago: Aldine Publishing Company, 1969), 35.

³⁴⁸ Ed Diener et. al., "Personality, Culture, and Subjective Well-Being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life", *Annual Review of Psychology* 54, (2003): 404.

³⁴⁹ Edward L. Deci and Richard M. Ryan, "Hedonia, Eudaimonia, And Well-Being: An Introduction", *Journal of Happiness Studies* 9, (2008): 1.

³⁵⁰ Diener et.al., "Recent Findings On Subjective Well- Being": 26.

³⁵¹ Ünsal Yetim, *Toplumdan Bireye Mutluluk Resimleri* (İstanbul: Bağlam Yayıncılık, 2001), 134.

boyutlarını kapsamaktadır. ÖİÖ araştırmaları sadece depresyon ya da kaygının nedenlerine odaklanmaz, aynı zamanda çok az mutlu olan insanlarla kısmen ve çok mutlu olan insanlar arasında farklılıklara yol açan faktörleri de incelerler. İkinci önemli özellik özneliktir. Öznel iyi oluşun dışarıdan yapılan değerlendirmelerin değil, bireyin içsel deneyimleri bakımından tanımlanmasıdır. Her ne kadar dışsal değerlendirmeler (sağlık, teselli, erdem, varlık gibi) ÖİÖ üzerinde potansiyel bir etkiye sahip olsa da asıl olan bireyin kendi bakış açısıdır. ÖİÖ'un üçüncü önemli özelliği ise anlık duygu durumlarına değil, uzun dönemli durumlara ve bireyin yaşamının tüm yönlerini genel olarak değerlendirmeye odaklanmasıdır. Her yeni olay karşısında kişinin duygu durumu değişse de ÖİÖ araştırmacıları genellikle bireyin zaman içerisindeki ruh haliyle ilgilenmektedir.³⁵²

Peki “ÖİÖ ruh sağlığı için gerekli ve yeterli bir durum mudur?” Bu soruya karşılık olarak bazıları bunun gerekli olmadığını söylerken bazıları da ÖİÖ'nun ruh sağlığı için önemli ve gerekli olduğunu belirtmektedir. Çünkü uzun süreli depresyon ya da kaygı durumu yaşayan kişiler fonksiyonlarını yerine getirememektedirler. Ancak ne düzeyde bir ÖİÖ'nun ruh sağlığı ya da fonksiyonları yerine getirmede etkili olduğu henüz netlik kazanmamıştır. Yine de ÖİÖ, pek çok kişi tarafından arzu edilen bir özelliktir.³⁵³ Aslında ÖİÖ, ruh sağlığı ve psikolojik iyi oluş ile eş anlamlı olmadığı söylenebilir. Örneğin hezeyanlı bir kişi mutlu olabilir ve yaşamdan doyum alabilir. Ancak buna bakılarak bu kişinin ruh sağlığının yerinde olduğu iddia edilemez.³⁵⁴ Ryff ve Keyes, ruh sağlığı hakkında ÖİÖ'nun ötesinde çevre hâkimiyeti, kişisel gelişim ve yaşam amacı gibi ek bir takım özelliklerin önemini vurgulamışlardır.³⁵⁵ Bu yüzden ruh sağlığı için ÖİÖ önemli olsa da psikolojik sağlık ile özdeş değildir.³⁵⁶

Diener'a göre batı kültürlerinde mutluluk ya da özellikle olumlu duygu düzeyinin yüksek olması noktasında yapılan ÖİÖ çalışmaları, pek çok alanda güzel sonuçlar ortaya koymaktadır. Bu sonuçlardan mutlu bireylerin belirgin bazı özelliklerini aşağıdaki şekilde sıralamak mümkündür:

³⁵² Diener, “Subjective Well-Being”: 543-544.; Diener et.al., “Recent Findings On Subjective Well-Being”: 26.

³⁵³ Diener et.al., “Recent Findings On Subjective Well-Being”: 27.

³⁵⁴ Diener et.al., “Recent Findings On Subjective Well-Being”: 27.

³⁵⁵ Carol D. Ryff and Corey Lee M. Keyes, “The Structure of Psychological Well-Being Revisited”, *Journal of Personality and Social Psychology* 69, No. 4 (1995): 720.

³⁵⁶ Diener et.al., “Recent Findings On Subjective Well-Being”: 27.

1. Ortalama olarak mutlu insanların bağışıklık sistemleri daha güçlüdür ve bu insanların daha uzun yaşadıklarına ilişkin bulgular mevcuttur.
2. Mutlu insanlar daha yaratıcıdır.
3. İş ortamında daha uyumludurlar, iyi vatandaşlar, başkalarına daha fazla yardım etme eğiliminde olmakta ve işten daha az kaçmaktadırlar.
4. Daha başarılıdır, daha fazla gelir elde ederler, daha iyi evlilikleri vardır ve daha çok iş görüşmeleri yaparlar.
5. Sosyal ilişkilerde ve liderlik pozisyonlarında daha başarılı olurlar.
6. Zor durumlarla daha iyi başa çıkabilirler.
7. Kendilerini ve başkalarını severler ve karşılığında diğer insanlar tarafından sevilirler.
8. Genel olarak daha yardımsever ve fedakârdırlar.³⁵⁷

Diener ve diğerlerine göre; doyum ve olumlu duygunun yüksek ve olumsuz duyguların da düşük olması ÖİÖ'nün üç önemli ögesidir ve bu bileşenler kendi içinde alt başlıklara ayrılabilir. Buna göre; söz konusu öznel iyi oluşun bileşenleri Tablo 1.3.'de gösterilmiştir.³⁵⁸

Tablo 1.3: Öznel İyi Oluşun Bileşenleri

Hoş Duygulanım	Hoş Olmayan Duygulanım	Yaşam Doyumu	Doyum Alanları
Neşe	Suçluluk ve Utanç	Yaşamı değiştirme isteği	İş
Gurur	Üzüntü	Mevcut yaşamından doyum	Aile
Memnuniyet	Kaygı ve Endişe	Geçmişten doyum	Boş vakit
Öz saygı	Öfke	Gelecekte doyum	Sağlık
Şefkat	Stres	Önemli diğer kişilerin bireyin yaşamına dair görüşleri	Para
Mutluluk	Depresyon		Benlik
Coşkunluk	Kıskançlık		Kişinin grubu

(Kaynak: Ed Diener ve arkadaşlarının “Subjective Well-Being: Three Decades of Progress” adlı makaleleri.)

Myers ve Diener'a göre olumlu ve olumsuz duygular farklı yordayıcı değişkenlerle ilişkili iken bu duygular birbirleriyle zayıf ilişkilidir. Bir kişinin zaman içerisinde yaşadığı toplam iyi duyguları bilmek onun yaşadığı olumsuz duyguların geneline işaret etmez. ÖİÖ'nün tanımında ise sadece olumsuz duyguların yokluğuna değinilmemiş, olumlu duygu durumunun varlığı ayrıca zikredilmiştir. Bu durum, bu iki faktörün tamamen zıt faktörler olmadığını, birisinin olmaması durumunda diğerinin zorunlu olarak ortaya çıkmadığını göstermektedir. Yani; olumlu duyguların varlığı ve

³⁵⁷ Ed Diener, “Frequently Asked Questions (FAQs) About Subjective Well Being”, 2009, erişim tarihi: 16 Eylül 2017, <https://internal.psychology.illinois.edu/~ediener/faq.html#SWB>.

³⁵⁸ Diener et al., “Subjective Well-Being: Three Decades of Progress”: 277.

olumsuz duyguların yokluğu her ne kadar birbirleriyle ilişkili psikolojik durumları yansıtsa da farklı durumlara işaret eder ve olumsuz duyguların yokluğu olumlu duyguların varlığını garanti etmez. Kısacası pozitif ve negatif durumlar asimetrik, şekil ve sonuç bakımından ters ilişkili değildirler.³⁵⁹ Buna göre ÖİÖ'nun birbirinden farklı söz konusu üç ilişkili faktörle (olumlu duygunun varlığı, olumsuz duyguların yokluğu ve yaşam doyumu) tanımlandığı görülmektedir.³⁶⁰

ÖİÖ'nun bilişsel boyutuna işaret eden yaşam doyumu³⁶¹, kişinin kendi hayatı ile ilgili uygun standartlar olarak düşündüğü durumlar ile sahip olduğu hayatın özellikleri arasında yaptığı karşılaştırmaya dayanır. Böyle bir karşılaştırmada kişi ideal olarak gördüğü hayata ne kadar uygun bir yaşam sürdüğünü düşünüyorsa, yaşam doyumu da o oranda fazla olacaktır.³⁶²

Bütün bu açıklanan hususlara göre; ÖİÖ'nun yüksek olması için hoş olan duyguların olumsuz/nahoş duygulara göre daha yoğun yaşanması ve kişinin kendi yaşamına ilişkin bilişsel yargısının olumlu olması gerekmektedir. Olumlu duygular ve doyuma ilişkin bilişsel değerlendirmeler farklı yaşam alanlarıyla ilgili olabilmekte ve tüm bunların toplamı da yaşam doyumunu yansıtmaktadır.³⁶³

1.5.3.1. Öznel İyi Oluşu Açıklayan Kuramlar

Literatürde öznel iyi oluşu açıklamaya çalışan farklı kuramların olduğu görülmektedir. Bu bölümde insanın neden ve nasıl mutlu olduğunu ve ÖİÖ'nun hangi durumlarda gerçekleştiğini ortaya koyan “*erek kuramı, etkinlik kuramı, aşağıdan yukarı ve yukarıdan aşağı kuramları, uyum kuramı, çok yönlü uyumsuzluk kuramı, sabit nokta/denge kuramı*” ile “*psikolojik iyi oluş kuramı*”na yer verilmiştir.

³⁵⁹ Irina Khramtsova et.al., “Happiness, Life Satisfaction, and Depression in College Students: Relations with Student Behaviors and Attitudes”, *American Journal of Psychological Research* 3, No. 1 (2007): 9.

³⁶⁰ David G. Myers and Ed Diener, “Who is Happy?”, *American Psychological Society* 6, No. 1 (1995): 11.

³⁶¹ Ed Diener et.al., “The Satisfaction With Life Scale”, *Journal of Personality Assessment* 49, No.1 (1985): 71.

³⁶² Fatma Balcı, “Psikolojik ve Öznel İyi Olma Hali İle Dinî İnançlar Arasındaki İlişki Üzerine Bir İnceleme”, (Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi, 2011), 45.

³⁶³ Dost, “Üniversite Öğrencilerinin Öznel İyi Oluş Düzeyleri”, 17.

1.5.3.1.1. Erek Kuramı (Telic Theory)

TDK Büyük Türkçe Sözlükte “erek” sözcüğü; “gerçekleştirmek için tasarlanan ve erişmek istenilen şey, amaç, gaye, maksat, hedef” olarak tanımlanmaktadır.³⁶⁴ Erek kuramına göre mutluluğa, amaçlara ulaşıldığında ya da ihtiyaçlar giderildiğinde erişilebilmektedir.³⁶⁵ Wilson, ihtiyaçların doyurulmasının mutluluğa, yerine getirilmemiş ihtiyaçların ise mutsuzluğa neden olduğunu³⁶⁶ savunur. Yani ÖİÖ, amaç ve ihtiyaçlar ile ilişkilidir ve kişi amacına ulaştığında mutlu olur.³⁶⁷

Erek kuramlarında amaçlar, bireylerin farkında olduğu isteklerdir. Yani kişi, belli amaçları bilinçli bir şekilde aramakta ve bunlara ulaştığında mutlu olmaktadır. Amaç ve istekler ihtiyaçlara göre daha bilinçli yapılar olarak düşünülmektedir.³⁶⁸ Ormel ve diğerlerine göre, bu kuramda istenen son duruma ulaşmak iyi oluşun kaynağını oluşturmaktadır.³⁶⁹

Diener’in erek kuramına göre, amaçlar incelenerek bireylerin davranışları en iyi şekilde anlaşılabilir. Diğer bir ifadeyle bu, insanların genel anlamda yaşamda neler yapmaya çalıştıklarının ve bunları nasıl başardıklarının incelenmesidir. Kişinin amaçları, amaçlarının yapısı, hangi amaçlarına ulaşabildiği ve amaçlarına ulaşma oranı tümüyle kişinin duygularını ve yaşam doyumunu etkilemektedir. Genel kuramsal modele göre, insanlar amaçlarına doğru ilerlerken olumlu tepkiler vermekte, amaçlarına ulaşmada yetersiz olduklarında da olumsuz tepkiler vermektedir. Bu şekilde amaçlar, duygulanım sistemi için önemli bir referans standardı oluşturmaktadır.³⁷⁰

Erek yaklaşımında ÖİÖ’yu etkileyen birkaç faktör vardır. Birincisi; kişiler kısa süreli mutluluk getiren amaçları isteyebilirler. İkincisi; amaç ve istekler çelişkili olabilir. Bu yüzden bu istek ve ihtiyaçların tamamını tatmin etmek, yerine getirmek mümkün olmayabilir. Ayrıca çelişkili isteklerin tanımlanması da güçtür. Üçüncüsü;

³⁶⁴ TDK, “Erek”, t.y., erişim tarihi: 21 Eylül 2017, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.59c2daa6b01657.15297192.

³⁶⁵ Dost, “Üniversite Öğrencilerinin Öznel İyi Oluş Düzeyleri”, 23.

³⁶⁶ Warner Wilson, “Correlates of avowed happiness”, *Psychological Bulletin* 67, (1967): 294-306.’dan akt. Diener et.al., “Subjective Well-Being: Three Decades of Progress”: 278.

³⁶⁷ Diener et.al., “Recent Findings On Subjective Well-Being”: 37

³⁶⁸ Diener, “Subjective Well-Being”: 562.

³⁶⁹ Johan Ormel et.al., “Subjective Well-Being and Social Production Functions”, *Social Indicators Research* 46, (1999): 63.

³⁷⁰ Diener, “Subjective Well-Being”: 562-563’den akt. Diener et.al., “Subjective Well-Being: Three Decades of Progress”: 284.

amaç ya da istekleri olmaması nedeniyle bireyler mutluluktan mahrum kalmış olabilirler ya da kısıtlı koşullardan dolayı amaçlarına ulaşmayı başaramayabilirler.³⁷¹

İnsanlar farklı amaç ve güdülere sahip oldukları için, farklı kişiler için olaylar, koşullar ve demografik etkenler gibi çeşitli kaynaklar ÖİÖ'yu yordamaktadır. Diener ve Fujita insanların bireysel amaçlarını, kaynaklarını ve ÖİÖ'lerini ölçmek suretiyle bu görüşü sınımladılar. Kaynaklar ve amaçlar bağlantılı olduğunda, kaynakların ÖİÖ'yu daha fazla yordadığını tespit etmişlerdir. Yani bireyin sahip olduğu kaynak, kişinin ulaşılabilir ve gerçekçi amaçlar belirlemede etkili olan önemli bir faktördür. Sahip olduğu kaynakları göz önünde bulundurarak amaçlarını belirleyen bireylerin daha mutlu oldukları gözlenmiştir.³⁷²

İnsanların amaçları kültürden kültüre de farklılık göstermektedir. Mutluluk için bir kültürde önemli görülen şeye başka bir kültürde daha az önem atfedilebilir. Bu, o kültürde mutluluğun olmadığı anlamına gelmez; yaşamın belirli yönlerine farklı düzeylerde önem verdiklerine ve farklı kültürlerde amaçların da farklılaştığına işaret eder. Bireyci toplumlarda kişiler genellikle kendilerini başkalarından ayrı tutmaya çalışırlar ve bu tür toplumlarda bireye özgü olduğu düşünülen hisler, duygular yaşam doyumunun önemli yordayıcıları olarak değerlendirilir ve bu yüzden özellikle öz güvenin, yüksek ÖİÖ ile ilişkili olması şaşırtıcı değildir. Kolektivist toplumlarda ise bireyin esas amacı kendisini başkalarından ayrı tutmak değil, onlarla uyum içinde olmaya çalışmaktır. Bu yüzden özerk kişilik, his, duygu ve diğer düşünceler davranışın belirlenmesinde daha az etken bir işlev görürler. Bu kültürlerde birey; amaçlarını toplumdaki diğer bireyleri baz alarak, toplumun isteklerine ve yararına olacak biçimde oluşturmaktadır.³⁷³

Diener ve diğerlerine göre; amaçların ÖİÖ ile ilişkisine dair çalışmalar mutluluğun kuramsal anlamda kavramsallaştırılmasına önemli katkılar sağlamıştır. Ancak, amaçlar ve ÖİÖ ile ilgili önemli sorular bulunmaktadır. Örneğin; kişi farkında olmasa bile güdüler ÖİÖ'yu etkileyebiliyor mu? Kişinin yaşamını başkalarıyla ve kendi geçmişiyle karşılaştırması amaçlarını etkilediğinde, ÖİÖ'sunu da dolaylı olarak etkiliyor mu? Erek yaklaşımı pek çok ÖİÖ bulgusunu anlamada geniş bir kavramsal

³⁷¹ Diener, "Subjective Well-Being": 563.

³⁷² Ed Diener and Frank Fujita, "Resources, Personal Strivings and Subjective Well Being: A Nomothetic and Idiographic Approach", *Journal of Personality and Social Psychology* 68, No. 5 (1995): 934-935.

³⁷³ Diener et.al., "Subjective Well-Being: Three Decades of Progress": 284-285.

model sağlamaktadır, ancak bu modelin pek çok ayrıntısı henüz belirlenebilmiş değildir.³⁷⁴

1.5.3.1.2. Etkinlik Kuramı (Activity Theory)

Etkinlik kuramı amaçların değil, amaçlara ulaşma yolunda yapılan etkinliklerin daha doyum verici olduğunu ve mutluluğa yol açtığını savunur. Bireyin yeteneklerine uygun amaçlar belirlemesinin ve bu amaçlara ulaşmak için yaptığı eylemlerin bireye doyum sağladığı ileri sürülmektedir.³⁷⁵

Diener'a göre, erek kuramları mutluluğun odak noktasını bir takım son durumlara yerleştirirken, etkinlik kuramları mutluluğun insanın eylemlerinin yan ürünü olduğunu söyler. Örneğin bir dağa tırmanma etkinliği, zirveye ulaşmaktan daha büyük bir mutluluk getirebilir.³⁷⁶ Bir başka ifadeyle etkinlik kuramları; sonuca ulaşmaktan ziyade mutluluğun, süreçte yapılan etkinliklerden alınan haz olduğunu belirtir.³⁷⁷

Aristo etkinlik kuramlarının en eski ve en önemli temsilcisidir. Ona göre mutluluk, bireyin erdemli etkinliklerinden ve özellikle de güzel yapılan eylemlerinden beslenir. Aristo'nun kuramına göre; insanların belirli istidatları vardır ve mutluluk insanların yaptıkları etkinlikler sonucunda elde ettikleri bir ürün olarak ortaya çıkmaktadır. Örneğin; hobiler, sosyal etkileşim ve alıştırmalar birer etkinlik olarak görülür. Diener, etkinlik kuramlarında önemli bir temanın da öz farkındalığın mutluluğu azalttığı düşüncesi olduğunu belirtir. Kişinin mutluluğa ulaşmaya dikkatini vermesi kendi kendini engellemesine yol açabilir. Bu yaklaşıma göre, kişi önemli eylem ve amaçlara odaklanmalıdır. Bu durumda mutluluk kendiliğinden bir yan ürün olarak ortaya çıkacaktır. Etkinlik ve ÖİÖ ile ilgili belki de en net formülasyon akış kuramıdır.³⁷⁸ Akış, bireyin dâhil olduğu etkinlikle bilişsel ve içsel bütünleşmesini sağlayan ve yaptığı etkinlikten haz aldığı yoğun bir duygu durumudur. Kuram, kişinin karşılaştığı görevin çok zor olduğunu düşündüğü ve bu zor görevi başarmak için yüksek seviyede bir beceriye sahip olduğu etkinlikler sırasında akışın oluşma olasılığının daha

³⁷⁴ Diener et.al., "Subjective Well-Being: Three Decades of Progress": 285.

³⁷⁵ Dost, "Üniversite Öğrencilerinin Öznel İyi Oluş Düzeyleri", 26.

³⁷⁶ Diener, "Subjective Well-Being": 564.

³⁷⁷ Malkoç, "Öznel İyi Oluş Müdahale Programının Üniversite Öğrencilerinin Öznel İyi Oluş Düzeylerine Etkisi", 31.

³⁷⁸ Diener, "Subjective Well-Being": 564.

fazla olduğunu varsaymaktadır.³⁷⁹ Akış kuramına göre, etkinlikler kişinin beceri düzeyine uygun olduğunda keyif vermektedir. Bir etkinlik çok kolaysa sıkıcı olmakta, çok zor ise de kaygıyla sonuçlanmaktadır. Birey yoğun bir konsantrasyon gerektiren bir etkinliğe katıldığında, etkinlikte kişinin becerileri ve görevin zorluk düzeyi yaklaşık olarak birbirine eşitse haz veren bir akış tecrübesi ortaya çıkmaktadır. Kısacası; insanlar ilginç buldukları ve ilgili oldukları aktivitelerle uğraşmaları ölçüsünde daha mutlu olabilmektedirler.³⁸⁰ Örneğin; müziğe yeteneği olan bir birey için müzikle uğraşmak, sporla ya da daha başka bir alanda bir etkinliğe katılmaya kıyasla çok daha fazla keyif verecektir. Kişi müzikle ilgili herhangi bir etkinlikte başarılı olacağını düşündüğünden, bu etkinlikten daha çok zevk alacaktır.³⁸¹

Ormel ve diğerlerine göre erek ve etkinlik kuramları birbirinden çok farklı değildir³⁸² ve iki kuram bütünleştirilebilir.³⁸³ Özetle; etkinlik kuramı, bireylerin yetenek ve becerilerine uygun etkinlikleri yaptıklarında mutlu olduklarını ileri sürmektedir. Öte yandan bu etkinliklerin, amaçlara ulaşmak için yapıldıkları düşünüldüğünde, bu iki kuramın bütünleştirilebileceği savunulmaktadır.³⁸⁴

1.5.3.1.3. Aşağıdan Yukarı ve Yukarıdan Aşağı Kuramları (Bottom-Up and Top-Down Theories)

ÖİÖ'nun psikolojik kuramlarından aşağıdan yukarı ve yukarıdan aşağı yaklaşımı çağdaş psikolojide popüler iki yaklaşımdır ve bu iki yaklaşım ÖİÖ'nun felsefi köklerini, doğasını ve belirleyicilerini anlama açısından farklılık gösterir.³⁸⁵ Locke gibi bazı felsefeciler, mutluluğun küçük hazların toplamından oluştuğunu savunurlar. Aşağıdan yukarı kuramına (*bottom-up theory*) göre birey, mutlu bir yaşamı olup olmadığı yargısına varmak amacıyla hayatındaki haz ve acıların toplamına ilişkin zihinsel bir takım hesaplamalar yapar. Bu görüşe göre mutlu yaşam ancak mutlu anların toplamıdır.³⁸⁶

³⁷⁹ Giovanni B. Moneta, "The Flow Experience Across Cultures", *Journal of Happiness Studies* 5, (2004): 115.

³⁸⁰ Diener, "Subjective Well-Being": 564.

³⁸¹ Malkoç, "Öznel İyi Oluş Müdahale Programının Üniversite Öğrencilerinin Öznel İyi Oluş Düzeylerine Etkisi", 31-32.

³⁸² Ormel et.al., "Subjective Well-Being and Social Production Functions": 63.

³⁸³ Diener, "Subjective Well-Being": 564.

³⁸⁴ Dost, "Üniversite Öğrencilerinin Öznel İyi Oluş Düzeyleri", 28.

³⁸⁵ Arthur P. Brief et.al., "Integrating Bottom-Up and Top-Down Theories of Subjective Well-Being: The Case of Health", *Journal of Personality and Social Psychology* 64, No. 4 (1993): 646.

³⁸⁶ Diener, "Subjective Well-Being": 565.

Aşağıdan yukarıya kuramı (*bottom-up theory*); dışsal olaylar, durumlar ve demografik etkilerin mutluluğu ne şekilde etkilediğini sorar. Bu yaklaşım Wilson'ın temel ve evrensel insan ihtiyaçlarının olduğu ve “*kişinin koşulları söz konusu ihtiyaçları karşılamaya izin veriyorsa o kişi mutlu olur*” düşüncesine dayanmaktadır.³⁸⁷ Aşağıdan yukarıya (*bottom-up*) yaklaşımına göre, ÖİÖ hoş ve hoş olmayan deneyimlerin dengesi ve toplamı sonucu ortaya çıkar. “*Mutlu bir birey kesinlikle mutludur çünkü o çok mutlu anlar yaşamış olmalıdır*”.³⁸⁸ İyi oluş doğrudan doğruya olumsuz ve olumlu yaşantıların oranı ile ilgilidir.³⁸⁹ Bu kurama göre, mutlu bir bireyin mutlu olmasının nedeni pek çok mutlu anlar yaşamış olmasıdır. Kuram; bireyin aile, arkadaşlık, iş gibi önemli yaşam alanlarından memnun olması durumunda yüksek ÖİÖ duygusuna sahip olduğu görüşüne dayanır.³⁹⁰ Kısacası aşağıdan yukarıya kuramsal yaklaşımı yaşam doyumunun aile, evlilik, ekonomik durum ve barınma gibi birçok özel yaşam alanlarından memnuniyetin bileşimidir.³⁹¹

Aşağıdan yukarıya kuramına destek olmak için çeşitli haz veren durumların ÖİÖ ile ilişkili olduğu ortaya konulmuştur. Ancak araştırmalar dışsal ve objektif değişkenlerin ÖİÖ üzerindeki etkisinin az olduğunu göstermektedir. Örneğin bir çalışmada yaş, cinsiyet, gelir, ırk, eğitim ve medeni durum gibi demografik değişkenlerin ÖİÖ varyansının % 20'sini açıkladığı; başka bir çalışmada aynı değişkenlerin ÖİÖ'yu % 8 ve dışsal koşulların da ÖİÖ'yu % 15 etkilediği bulgulanmıştır. Söz konusu değişkenlerin ÖİÖ üzerindeki etkisinin az olması nedeniyle araştırmacılar ÖİÖ'yu daha etkin açıklayabilmek için yukarıdan aşağıya (*top-down*) alanlarına yönelmişlerdir.³⁹²

ÖİÖ'ya ilişkin yukarıdan aşağıya kuramı (*top-down theory*), kişide olayları olumlu değerlendirmeye yönelik genel bir eğilimin bulunduğunu ve bu eğilimin bireyin çevresiyle anlık ilişkisini etkilediğini varsayar. Diğer bir ifadeyle birey, mutlu olduğu için haz almaktan hoşlanır. Bu yaklaşımda kişiliğin genel görünümünün kişinin olaylara verdiği tepkiyi etkilediği düşünülmektedir. Örneğin; neşeli bir mizaca sahip birisi birçok olayı olumlu şekilde yorumlayabilir. Filozoflar da genellikle tutumlardaki mutluluk

³⁸⁷ Diener et.al., “Subjective Well-Being: Three Decades of Progress”: 278.

³⁸⁸ Brief et.al., “Integrating Bottom-Up and Top-Down Theories of Subjective Well-Being: The Case of Health”: 646.

³⁸⁹ Ormel et.al., “Subjective Well-Being and Social Production Functions”: 64.

³⁹⁰ Dost, “Üniversite Öğrencilerinin Öznel İyi Oluş Düzeyleri”, 31.

³⁹¹ Brief et.al., “Integrating Bottom-Up and Top-Down Theories of Subjective Well-Being: The Case of Health”: 646.

³⁹² Diener et.al., “Subjective Well-Being: Three Decades of Progress”: 278-279.

üzerinde durmuşlar ve bu yüzden yukarıdan aşağı yaklaşımını önermişlerdir. Demokritos “*mutlu bir yaşam iyi bir şansa ya da herhangi bir dışsal tesadüflere bağlı değildir; ama büyük oranda mutluluk kişinin düşünce tarzındadır*” demiştir.³⁹³ Yine Tatarkiewicz’e göre de “*önemli olan şey insanın sahip oldukları değildir, sahip olduğu şeylere nasıl tepki verdiği*dir.”³⁹⁴

Yukarıdan aşağı kuramları, bireylerin olayları ve koşulları olumlu veya olumsuz şekilde yaşama ve tepki vermeye eğilimli olduklarını savunur ve kişiliğin genel boyutlarının özünde ÖİO düzeylerini de belirlediğini ifade eder. Bu kuramlara göre; “koşullara rağmen, bazı insanlar mutlu, bazı insanlar da mutsuzdurlar” ve bu durum onların kişilik özellikleriyle yakından ilişkilidir.³⁹⁵ Ormel ve diğerlerine göre; bu iki kaynak (*aşağıdan yukarı ve yukarıdan aşağı*) bağımsız değildir ve genetik özellikler, kişiliği şekillendirmek için çevresel faktörlerle etkileşime girer. İnsanlar kendi kişiliklerine uyan ortamları seçme ve oluşturma eğiliminde oldukları için, genetik faktörler ve kontrol edilebilir yaşam olayları, kronik stresörler, sosyal destek gibi çevresel faktörler arasındaki ilişkilerin kişiliğin müdahaleci sonuçlarından doğma olasılığı bulunmaktadır.³⁹⁶ Saudino vd. tarafından yapılan bir araştırmada *bir ilişkinin kopması* gibi kontrol edilebilir yaşam olayları üzerinde önemli genetik etkiler bulunmuş, ancak *çocuğun ölümü* gibi kişinin kontrolü dışında kalan yaşam olaylarıyla herhangi bir ilişki bulunmamıştır. Genetik etkilere nevroitiklik, dışa dönüklük ve deneyime karşı açıklık aracılık etmiştir. Başka bir deyişle, insanlar kontrol edilebilir yaşam olaylarına maruz kalma bakımından, kısmen genetik olarak belirlenmiş kişilik farklılıklarının bir sonucu olarak farklılık göstermektedirler.³⁹⁷

Brief ve diğerleri, birbirine zıt gibi görünen bu iki ÖİO kuramının anlamlı bir şekilde bütünleştirilebileceğini ileri sürmüşlerdir. Yani hem objektif yaşam koşulları (bottom-up approaches) hem de genel kişilik boyutlarının (top-down approaches) her ikisi de ÖİO’yu etkilemektedir. Dahası, kişinin yaşam koşullarını yorumlayış biçimi

³⁹³ Diener, “Subjective Well-Being”: 565.

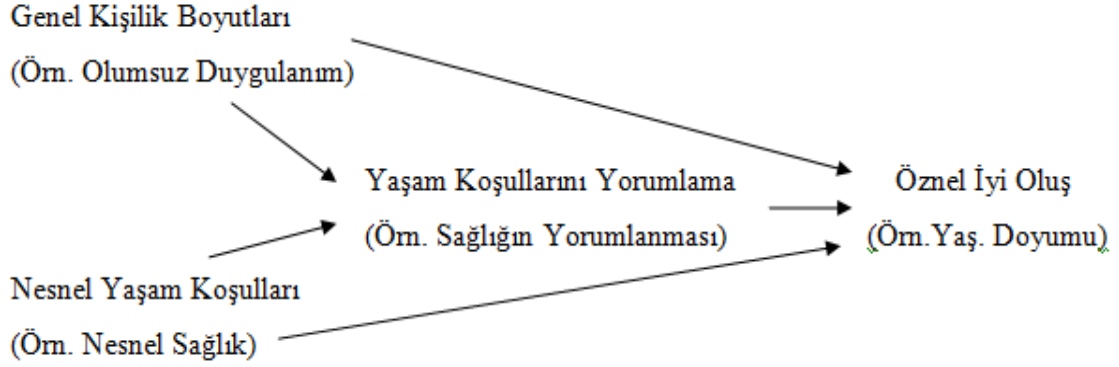
³⁹⁴ W. Tatarkiewicz, *Analysis of happiness* (The Hague, Netherlands: Martinus Nijhoff, 1976), 29.’dan akt. Diener, “Subjective Well-Being”: 565.

³⁹⁵ Brief et.al., “Integrating Bottom-Up and Top-Down Theories of Subjective Well-Being: The Case of Health”: 646.

³⁹⁶ Ormel et.al., “Subjective Well-Being and Social Production Functions”: 64.

³⁹⁷ Kimberly J. Saudino et.al., “Can personality explain genetic influences on life events?”, *Journal of Personality and Social Psychology* 72 (1) (1997): 196-206.’dan akt. Ormel et.al., “Subjective Well-Being and Social Production Functions”: 64.

ÖİÖ'yu dolaylı bir şekilde ve birlikte etkilemektedir.³⁹⁸ Brief ve diğerlerinin ÖİÖ'yu bütünlendirici yaklaşımlarının özeti aşağıdaki şekilde gösterilmiştir.³⁹⁹



Şekil 1.1 : Özel İyi Oluşa Bütünlendirici Bir Yaklaşım

(Kaynak: Brief ve diğerlerinin (1993) "Integrating Bottom-Up and Top-Down Theories of Subjective Well-Being: The Case of Health" adlı makaleleri.)

Şekil 1.1.'de olumsuz duygulanım gibi kişilik özellikleri, nesnel sağlık gibi nesnel yaşam koşulları ve sağlığın yorumlanması gibi yaşam koşullarının algılanış biçiminin ÖİÖ ile ilişkili olduğu görülmektedir. Araştırmacıların bakış açısına göre, yukarıdan aşağıya kuramında genel kişilik boyutlarının ÖİÖ üzerinde doğrudan ve dolaylı bir şekilde etkisi bulunmaktadır. Yine yukarıda gösterilen şekilde aşağıdan yukarı yaklaşımında da objektif yaşam koşullarının hem doğrudan hem de kişinin yaşam koşullarını algılamadaki farklılıkları bağlamında dolaylı olarak ÖİÖ'yu etkilediği düşüncesinin yansıtıldığı görülmektedir.

1.5.3.1.4. Uyum Kuramı (Adaptation Theory)

İnsan yaşamında karşılaşılan olaylar, iyi ya da kötü olmalarına göre mutluluk ya da mutsuzluğa yol açabilmektedir. Ancak olayların neden olduğu duygunun gücü zamanla azalır. Böylece kişi iyi ya da kötü duruma uyum sağlar. Diener'a göre; uyum kuramı bireyin kendi kişisel yaşantısından kaynaklanan bir standarda dayanır. Yani; şayet karşılaşılan olay kişinin standardından daha iyiye, bu durumda o kişi mutlu olmaktadır. Eğer iyi durumlar devam ederse kişinin standardı yükselerek yeni durumla

³⁹⁸ Brief et.al., "Integrating Bottom-Up and Top-Down Theories of Subjective Well-Being: The Case of Health": 650-651.

³⁹⁹ Brief et.al., "Integrating Bottom-Up and Top-Down Theories of Subjective Well-Being: The Case of Health": 648.

uyumlu hale gelir ve böylece uyum gerçekleşmiş olur. Aynı durum olumsuz durumlarda da geçerlidir.⁴⁰⁰ Bu kuram ÖİO'yu, yaşamda sürekli değişen olaylara alışma gücüne dayandırır. Böylece insanlar acı veren olaylardan sonra uzun süre mutsuz kalmazlar. Yine insanlar, haz veren hoş olaylardan sonra da mutluluklarını çok uzun süre devam ettiremezler. Bu durum, olumlu-olumsuz olaylara rağmen bireylerin dengelerini korumalarına yardım etmektedir.⁴⁰¹

Brickman ve arkadaşlarına göre, uyum kuramının temelinde yaşam olaylarının kişinin ÖİO ve duyguları üzerindeki etkilerinin kısa süreli olması bulunmaktadır. Piyango kazanan kişiler üzerinde yaptıkları araştırmalarında kontrol grubu ve felçli hastaları incelemişlerdir. Araştırma sonunda piyango kazananların kontrol grubundan daha mutlu olmadıklarını ve felçli kişilerin mutluluklarının da kontrol grubuna kıyasla çok da az olmadığını tespit etmişlerdir. Araştırmacılar bu durumu ister talihtli, isterse talihsiz olsun insanların tüm yaşam olaylarına uyum gösterebilmeleriyle açıklamışlardır.⁴⁰²

Devam eden durumlara karşı uyum ya da alışkanlık görüşü, günümüz ÖİO kuramlarının merkezi bir bileşenidir. Evrimsel bakış açısı bireyin hayatta kalabilmesi için çevre koşullarına uyum sağlaması gerektiğini ileri sürer. Örneğin; vücudumuz soğuğa, sığağa, çok az suya ve yüksek rakıma bizi intibak sağlatmak için uyum sistemini kullanır. Benzer bir şekilde coşku ya da umutsuzluk durumlarının kalıcı olmaması için belirli bir dereceye kadar iyi ya da kötü olaylara uyum sağlayabiliriz. Duygu sistemimiz en güçlü tepkiyi yeni olaylara verir ve bu tepkiler zamanla söner. İyi oluş bağlamında geçmişte yaşanmış olaylara kıyasla yeni olan olayların birey üzerindeki etkisi daha büyük olmaktadır.⁴⁰³ Suh vd. tarafından yapılan bir araştırmada yaşam olaylarının etkileri ve ÖİO incelenmiştir. 115 kişinin katılımıyla 2 yıl süren boylamsal çalışmanın sonunda araştırmacılar, insanların yaşam olaylarına oldukça kısa - 3 aydan daha az- bir sürede uyum sağladıklarını bulmuşlardır.⁴⁰⁴ Wortman ve Silver, omurilik yaralanması geçiren hastaların kazadan sonra çok mutsuz olduklarını tespit

⁴⁰⁰ Diener, "Subjective Well-Being": 567.

⁴⁰¹ Dost, "Üniversite Öğrencilerinin Öznel İyi Oluş Düzeyleri", 37.

⁴⁰² Philip Brickman vd., "Lottery Winners and Accident Victims: Is Happiness Relative?", *Journal of Personality and Social Psychology* 36, No. 8 (1978): 917, 924-925.

⁴⁰³ Bruce Headey and Alexander Wearing, "Personality, life events, and subjective wellbeing: Toward a dynamic equilibrium model", *Journal of Personality and Social Psychology* 57 (4) (1989): 731-739'dan akt. Diener et.al., "Subjective Well-Being: Three Decades of Progress": 285.

⁴⁰⁴ Eunkook Suh et.al., "Events and Subjective Well-Being: Only Recent Events Matter", *Journal of Personality and Social Psychology* 70, No. 5 (1996): 1091.

etmiş ve boylamsal çalışmalarının sonunda böylesine talihsiz bir olaya karşı bile insanların uyum sağlayarak mutluluğa doğru ÖİO'larında hızlı bir değişimin olduğunu belirlemişlerdir. Yine Cameron ve Feinman engelli bireylerin engelli olmayanlar kadar mutlu olduklarını gösteren bulgulara ulaşmışlardır.⁴⁰⁵

Malkoç'a göre, araştırmacılar uyum sürecinin üç önemli işleve hizmet ettiğine inanmaktadırlar. Bunlardan birincisi, uyum sürecinin bireyin karşılaştığı iyi ya da kötü olaylarla ilgili yaşadığı duygusal yoğunluğun uzun süreli olmasını engellemesi ve böylece onun ruh sağlığını korumaya yardımcı olmasıdır. İkincisi, değişmeyen uyarıcının bir süre sonra dikkatten düşmesine izin vermesidir. Üçüncüsü de, bireyin olaylar karşısında verdiği duygusal tepki şiddetinin zamanla azalmasını sağlayarak, başarıya ulaşma ihtimali olmayan amaçlardan vazgeçmesine yardımcı olmasıdır. Buradan hareketle uyum sürecinin kişinin yaşamını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmesinde önemli bir işleve sahip olduğu söylenebilir.⁴⁰⁶ Bununla birlikte bazı durumlara kişinin uyum sağlaması yavaş olmakta ve zaman alabilmektedir. Örneğin; Stroebe, Stroebe, Abakoumkin ve Schut tarafından yapılan araştırmada, dul kadınların dul kalmalarının ardından iki yıl geçmesine rağmen, depresyon düzeylerinin yüksek olduğu ve yalnızlık duygusundan kurtulamadıkları saptanmıştır.⁴⁰⁷ Araştırmalar insanların mahkûm olma ve gelirden artış gibi durumlara hızlı, sevdiği bir kişinin ölümü gibi bir duruma yavaş uyum sağladıklarını ortaya koymaktadır.⁴⁰⁸

Diener'a göre insanların yaşadıkları olayların tamamına tümüyle uyum sağlamaları pek olası görülmemektedir. İnsanların uyum sağlamalarının ne kadar süre aldığı, hangi olaylara uyum sağlayabildikleri, tamamen uyum sağlayıp sağlayamadıkları vb. konularda detaylı, tanımlayıcı ve boylamsal çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.⁴⁰⁹

1.5.3.1.5. Çok Yönlü Uyuşmazlık Kuramı (Multiple Discrepancy Theory)

Çok yönlü uyuşmazlık kuramı (*multiple discrepancy theory*) fikirlerini eski Yunanlılardan, Wilson, Campbell ve diğerlerinden alan Micholas tarafından geliştirilmiştir. Bu kurama göre; birey kendisini diğer insanlar, geçmiş durumlar,

⁴⁰⁵ Akt. Diener, "Subjective Well-Being": 567.

⁴⁰⁶ Malkoç, "Öznel İyi Oluş Müdahale Programının Üniversite Öğrencilerinin Öznel İyi Oluş Düzeylerine Etkisi", 39-40.

⁴⁰⁷ Wolfgang Stroebe et.al., "The role of loneliness and social support in adjustment to loss: A test of attachment versus stress theory", *Journal of Personality and Social Psychology* 70 (6) (1996): 1241.

⁴⁰⁸ Diener et.al., "Subjective Well-Being: Three Decades of Progress": 286.

⁴⁰⁹ Diener, "Subjective Well-Being": 567.

tutkular, doyumun ideal düzeyleri, ihtiyaçlar ve amaçlar dâhil çoklu ölçütlerle karşılaştırır. Buna göre bireyin mutluluğu içinde bulunduğu koşullar ve kendisine ölçüt aldığı kişiler ile belirlediği standartlar arasında yaptığı karşılaştırmalara bağlıdır. Doyuma ilişkin yargılar o anki koşullar ile bu standartlar arasındaki farklılığa dayanmaktadır. Koşullar ve standartlar arasındaki fark yüksekse doyum düşük, bu fark küçükse doyum yüksek olmaktadır.⁴¹⁰

Pek çok kuram mutluluğun bir takım standartlar ile gerçek koşullar arasında yapılan bir karşılaştırma sonucu ortaya çıktığını varsayar. Şayet gerçek koşullar standardı aşarsa, bu durum mutlulukla sonuçlanır.⁴¹¹ Uyuşmazlık kuramları içinde üzerinde önemle durulan yaklaşımlardan birisi *sosyal karşılaştırma* (social comparison) kuramıdır.⁴¹² Bu kuramın temelinde kişinin kendi durumunu karşılaştırmada başkalarını ölçüt olarak kullanması bulunmaktadır. Kişinin durumu yakın çevresindeki insanların durumlarına kıyasla daha iyiye, bireyin doyum ve mutluluğu daha fazla olmakta; çevresindekilerin durumu daha iyiye bu durumda kişi mutsuz olmaktadır.⁴¹³ Wood'a göre sosyal karşılaştırma kuramı; "*kişinin kendisiyle ilişkili olan diğer insanlar hakkında düşünme sürecidir*".⁴¹⁴ Sosyal karşılaştırmada *sosyal bilgi edinme*, *sosyal bilgi hakkında düşünme* ve *sosyal karşılaştırmalara tepki verme* olmak üzere üç önemli süreç bulunmaktadır. Bu süreçler bireyin kendisi ile diğerleri arasında benzerlikleri, farklılıkları ya da her ikisini gözlemlemesini içerir. Sonuçta bu karşılaştırmalara verilen tepkiler de bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkiler olarak ortaya çıkabilmektedir.⁴¹⁵

Seidman ve Rapkin, sosyal karşılaştırmaların ruh sağlığını etkileyebileceğine ilişkin kanıtlara ulaşmışlardır. Wills, kişinin kendisine göre daha az şanslı olanlarla aşağı yönlü karşılaştırma yapmasının ÖİÖ'yu artırabildiğini göstermiştir.⁴¹⁶ Genel olarak, yukarı yönlü karşılaştırmaların (kişinin kendisini belirli bir alanda daha iyi durumda olanlarla karşılaştırması) kıskançlık, hayal kırıklığı ve düşük öz-değerlendirme gibi olumsuz duygulara yol açabileceği varsayılmıştır. Özellikle, yetenek alanlarındaki yukarı doğru karşılaştırmalar mutsuzluğa yol açmaktadır. Seta, Seta ve McElroy, rekabetçi alanlardaki yukarı doğru karşılaştırma hedefleri arasındaki eşitsizliğin

⁴¹⁰ Diener et.al., "Subjective Well-Being: Three Decades of Progress": 282.

⁴¹¹ Diener, "Subjective Well-Being": 566.

⁴¹² Dost, "Üniversite Öğrencilerinin Öznel İyi Oluş Düzeyleri", 29.

⁴¹³ Diener et.al., "Subjective Well-Being: Three Decades of Progress": 282.

⁴¹⁴ Joanne V. Wood, "What is Social Comparison and How Should We Study it?", *Personality and Social Psychology Bulletin* 22, Issue. 5 (1996): 520.

⁴¹⁵ Akt. Diener et.al., "Subjective Well-Being: Three Decades of Progress": 282.

⁴¹⁶ Akt. Diener, "Subjective Well-Being": 567.

artmasının negatif etkilenme ile ilişkili olduğunu bulmuştur.⁴¹⁷ Bunun aksine, aşağı doğru karşılaştırmalar (kişinin kendisini daha kötü durumda olanlarla karşılaştırması), genellikle ÖİÖ düzeyini arttırmaktadır.⁴¹⁸ Aşağı doğru karşılaştırmaların, başarı algılarını doğurduğunu söyleyebiliriz. Çünkü birey akranlarından göreceli olarak daha iyidir (daha güzel, daha zengin vb.). Ancak yukarı doğru karşılaştırmalar başarısızlığın algılanmasına neden olmaktadır.

Sosyal karşılaştırma bir başa çıkma stratejisi olarak da kullanılabilir. Örneğin Brown ve Dutton, iyi hissettireceğini düşündüklerinde insanların kendilerini başkalarıyla kıyasladıklarını, ancak kötü hissettireceğini düşündüklerinde de karşılaştırma yapmaktan kaçındıklarını belirtmektedir. Ayrıca Lyubomirsky ve Ross, mutlu insanların yalnızca aşağı yönlü karşılaştırma yapma eğiliminde olduklarını, ancak mutsuz insanların aşağı yönlü karşılaştırmalar kadar yukarı yönlü karşılaştırmalar yapmaya da eğilimli olduklarını bulgulamışlardır. Benzer şekilde bireyin kendilerini başkalarıyla karşılaştırmasında kişilik özelliklerinin etkili olduğuna dair bulgular da vardır. McFarland ve Miller'a göre depresif olmayan ve iyimser bireyler karşılaştırma yaparken kendilerinden daha kötü durumda olan kişileri düşünerek kıyaslama yaparlar. Bu nedenle, bu bireyler karşılaştırma yaparken daha olumlu ve pozitif davranma eğilimindedirler. Depresif ve karamsar olan bireyler ise, kendilerinden daha iyi durumda olanları düşünerek kıyaslama yaparlar. Bu nedenle çoğunlukla mutsuz olurlar.⁴¹⁹

Sonuç olarak; çok yönlü uyumsuzluk kuramına göre mutluluk bireyin hâlihazırdaki durumunu belirlediği bir takım ölçütlere göre kıyaslaması sonucunda ortaya çıkmaktadır. Sosyal karşılaştırma kuramında ise birey, ÖİÖ'suna yarar sağlayacak karşılaştırmalar yapma eğiliminde olmaktadır. Bireyin bu tür yaklaşımlarını öz saygısını koruma çabası ve doyum isteği ile açıklamak mümkündür.

⁴¹⁷ John J. Seta et.al., "Better than better-than-average (or not): Elevated and depressed self-evaluations following unfavorable upward comparisons", *Self and Identity* 5, (2006): 68-69.

⁴¹⁸ Giovanni Garofalo, "The Effects Of Social Comparisons On Happiness In A Motivational Context", (Yüksek Lisans Tezi, Kent State University, 2008), 7-8.

⁴¹⁹ Jonathon D. Brown and Keith A. Dutton, "Truth and Consequences: The Costs and Benefits of Accurate Self-Knowledge", *Personality and Social Psychology Bulletin* 21, Issue. 12 (1995): 1288-1296 ve Cathy McFarland and Dale T. Miller, "The framing of relative performance feedback: Seeing the glass as half empty or half full", *Journal of Personality and Social Psychology* 66 (6) (1994): 1061-1073.'den akt. Diener et.al., "Subjective Well-Being: Three Decades of Progress": 283.

1.5.3.1.6. Dinamik Denge Kuramı (Dynamic Equilibrium)

Headey and Wearing'in dinamik denge modeli, kişilikle uyumu birleştirir. Bu kurama göre; avantajlı ve dezavantajlı olaylar, bireyleri geçici olarak kendi kişisel referans çizgilerinden uzaklaştırabilir; ancak, onlar zamanla referans çizgilerine geri dönerler. Örneğin, Winter ve ark., yeni evliliğin olumlu duygulara yol açtığını ve yeni ayrılıkların ise olumsuz duyguları tetiklediğini bulmuştur. Ancak araştırmacılar, uzun süreli evliliklerin ve dullukların olumlu ve olumsuz duygu düzeylerini etkilemediğini ve bu durumun uyum fikrini desteklediğini ifade etmişlerdir. Headey and Wearing, olumlu duygu ve olumsuz duygu için ayrı referans çizgilerinin sırasıyla dışa dönük ve nevroitik kişilik yapısıyla ilişkili olduğunu savunmaktadırlar. Örneğin, Lucas, Diener, Grob, Suh ve Shao, inceledikleri 40 ülkenin neredeyse tamamında dışadönüklük ile olumlu duygunun ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir. Headey ve Wearing, olayların ve durumların mutluluğu etkilediğini ancak uzun vadede kişiliğin kendi etkisini göstereceğini savunmaktadır.⁴²⁰

Dinamik denge kuramına göre normalden farklı olan yaşam olayları bireyin öznel iyi oluşunda değişikliğe neden olmaktadır. Kişi, normalin dışında olumlu ya da olumsuz bir olay yaşadığında, ÖİÖ düzeyi bu durumdan etkilenmekte; ancak, bir süre sonra duyguları sabit seviyesine geri dönerek dengelenmektedir. Ayrıca bu kuram, olumlu-olumsuz duygulanımın dengelenmesinde kişiliğin önemli bir faktör olduğunu vurgulamaktadır.⁴²¹

1.5.3.1.7. Ryff'nin Psikolojik İyi Oluş Kuramı

İnsanlık tarihi boyunca geleneksel felsefeler ve dinler tarafından vurgulanan insani karakter ve niteliklere dair normatif anlayışlar, çağdaş batı toplumunda büyük oranda psikolojik iyi oluş kavramı ile karşılık bulmaktadır. Psikolojik iyi oluş, danışmanlıkta en önemli kavramlardan birisidir ve psikopatolojinin değerlendirmesinde bir temel sağlar. Klinik çalışmalarda danışmana; danışanlarının sıkıntısını hafifletmede,

⁴²⁰ Bruce Headey and Alex Wearing, *Understanding happiness: A theory of subjective well-being* (Melbourne: Longman Cheshire, 1992.); Winter L., et.al., "The relationship between external events and affect states in older people", *International Journal of Human Development and Aging* 50 (1999): 1-12. ve Richard E. Lucas et.al., "Extraversion and pleasant affect: Analyses from 40 nations, Manuscript submitted for publication, University of Illinois, 1998."den akt. Ed Diener, "The Science of Happiness and a Proposal for a National Index", *American Psychologist* 55, No. 1 (2000): 38.

⁴²¹ Nergis Tülek, "Evli Bireylerin Öznel İyi Olma Düzeylerinin Yordanması", (Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, 2011), 23.

amaç ve anlam bulmalarında bir rehber görevi görür ve danışmanlık ile ilgili müdahaleler için amaçları ve hedefleri bildirir. Bununla birlikte psikolojik iyi oluş anlayışı varoluş için aşkın bir gereksinim olabilir. Bir başka deyişle, insanlar her zaman daha iyi, daha arzu edilen veya dünyada bulunmayı daha değerli kılan şeylerin arayışı içerisindeyler.⁴²²

Son zamanlarda sosyal psikologlar iyi oluş hakkında insanların kararlarını etkileyen faktörlerle ilgilenmeye başlamışlardır. Doğrusu, psikolojik iyi oluş çalışmalarına artan bu ilgi, psikoloji alanının başlangıcından bu yana olumlu işlevin nedenlerine ve sonuçlarına kıyasla insanın mutsuzluğuna ve acı çekmesine çok daha fazla önem vermiş olduğunu kabullenmesinden kaynaklanmaktadır. Bu konuda Ryff (1989), psikolojik iyi oluşun gerekli temel özelliklerini tanımlama görevinin yerine getirilmediğini, önceki literatürün çoğunun teorik gerekçelere sahip olmayan ve bu yüzden olumlu işlevin önemli yönlerini ihmal eden iyi oluş anlayışları üzerine kurulduğunu söylemektedir. Çeşitli teorik alanların entegrasyonuna dayanan alternatif bir anlayış sunan Ryff, bu formülasyon sayesinde daha sonra, teorinin yönlendirdiği kavramların, daha önce ampirik araştırmalarda belirgin olmayan olumlu işlevselliğin yeni boyutlarını tanımlayıp tanımlamadığını değerlendirmek için geçmiş literatürdeki iyi oluş göstergeleri ile karşılaştırılabileceğini belirtmiştir.⁴²³

Ryff'e göre, psikolojik iyi oluş hakkındaki bilgi daima psikolojik rahatsızlık hakkındaki bilginin gerisinde kalmıştır. Bu dengesizlik yapılan araştırmaların büyüklüğünde aşıkârdır. Psikolojik sorunlarla ilgili araştırmalar, olumlu psikolojik işlevsellik ve temel terimlerin anlamı üzerine literatürün gelişmesine engel olmaktadır. Bireyler kaygı, depresyon ya da diğer psikolojik belirtilerden rahatsız değilse; bu durumda ruhsal olarak sağlıklı görülmektedirler. Bu hâkim tanımlama hiçbir zaman iyilik hali ve ilgili diğer kavramları tanımlamada yeterli olmamıştır. O halde *ruh sağlığı, olumlu özelliklerin varlığı ile tanımlanmalıdır.*⁴²⁴ Bununla birlikte; Ryff ve Keyes, psikolojik iyi oluş çalışmalarının yirmi yıldan daha fazla bir süredir olumlu işlevselliğin iki temel kavram tarafından yönlendirildiğini söylemektedir. Bradburn'un çalışmasında

⁴²² John Chambers Christopher, "Situating Psychological Well-Being: Exploring the Cultural Roots of Its Theory and Research", *Journal Of Counseling & Development* 77 (1999): 141.

⁴²³ Carol D. Ryff, "Happiness Is Everything or Is It? Explorations on The Meaning of Psychological Well-Being", *Journal of Personality and Social Psychology* 57, No. 6 (1989): 1069.

⁴²⁴ Carol D. Ryff, "Psychological Well-Being in Adult Life", *Current Directions in Psychological Science* 4, No. 4 (1995): 99.

görülebilecek bir tanımlamaya göre, olumlu ve olumsuz duygular birbirinden ayrıdır⁴²⁵ ve mutluluk ikisi arasındaki dengeyi ifade eder. Kavramsal ve metodolojik incelikler, iyi oluşu bu ilk amaca uygun hale getirme üzerine kurulmuştur.⁴²⁶

Deci ve Ryan'a göre psikolojik iyi oluş; genellikle mutluluk (hedonik perspektif), bireysel ve toplumsal yaşamda (eudaimonik perspektif) en uygun etkililik gibi bir takım olumlu duygu durumları ile kavramsallaştırılmıştır.⁴²⁷ Huppert'a göre ise psikolojik iyi oluş, yaşamın iyi gidişiyile ilgilidir. Psikolojik iyi oluş, iyi hissetmek ve etkili bir işlev görmenin bileşimini ifade eder. Bu nedenle, yüksek psikolojik iyi oluş düzeyine sahip olan kişiler mutlu, becerikli, donanımlı olmakta, yaşamından memnun olduklarını belirtmektedirler. Aynı zamanda Huppert'in incelemesi, psikolojik iyi oluşun beyin aktivasyon desenlerinin sağladığı fiziksel sağlık, nörokimyasal etkiler ve genetik faktörlerde daha iyi sonuçlar verdiğini ortaya koymuştur.⁴²⁸ Örneğin olumlu duyguların yaşam süresi ve sağlık üzerindeki etkisi ile ilgili Xu ve Roberts tarafından 6856 kişi üzerinde 1965-1993 tarihleri arasında yapılan boylamsal çalışmada; yaş, cinsiyet, eğitim, sağlık, sosyal ilişkiler kontrol edildikten sonra olumlu duyguların yaşam süresini yordadığı tespit edilmiştir. Sonuçlar genç-yaşlı tüm gruplar için ve özellikle sağlıklı kişiler için aynı çıkmıştır ve araştırmacılar olumlu duyguların yaşam süresi ve sağlığı teşvik ettiğini belirtmişlerdir.⁴²⁹

Ryff ise mutluluğun, genel doyum ve duygulanım yerine psikolojik işlevlerin öznel belirleyicilerinin incelenerek belirlenmesi gerektiğini ifade etmektedir. Ayrıca öznel iyi oluş araştırmalarının teorik bir zemine ihtiyacı olduğunu söylemektedir.⁴³⁰ Alternatif yaklaşımında iyi oluşu psikolojik iyi oluş şeklinde niteleyen Ryff; Maslow, Jung, Rogers, Allport, Erikson, Bühler, Neugarten, Birren ve Jahoda'nın kişilik kuramlarını sentezleyerek “özerklik, çevre hâkimiyeti, başkaları ile olumlu ilişkiler, yaşam amacı, kişisel gelişim” ve “kendini kabul” gibi altı alt ölçek etrafında bir iyi oluş ölçümü geliştirmiştir. Ryff'in psikolojik iyi oluş ölçeğinin güçlü yanı; batılı kişilik

⁴²⁵ Bradburn, *The Structure of Psychological Well-Being*, 53.

⁴²⁶ Ryff and Keyes, “The Structure of Psychological Well-Being Revisited”: 719.

⁴²⁷ Deci and Ryan, “Hedonia, Eudaimonia, And Well-Being: An Introduction”: 3.

⁴²⁸ Felicia A. Huppert, “Psychological well-being: Evidence regarding its causes and consequences”, *Applied Psychology: Health and Well-Being* 1 (2009): 137-164.'dan akt. Helen R Winefield et.al., “Psychological well-being and psychological distress: is it necessary to measure both?”, *Psychology of Well-Being: Theory, Research and Practice* 2, No. 3 (2012): 2.

⁴²⁹ Jingping Xu and Robert E. Roberts, “The power of positive emotions: It's a matter of life or death- Subjective well-being and longevity over 28 years in a general population”, *Health Psychology* 29 (2010): 9-19.'dan akt. Winefield et.al, “Psychological well-being and psychological distress: is it necessary to measure both?": 2.

⁴³⁰ Ryff, “Happiness Is Everything or Is It? ..”: 1070.

teorisyenlerini bütünleştirmesi ve çalışmalarının altında yatan kültürel değerleri ve varsayımları da dikkate almış olmasıdır.⁴³¹ Onun bu yaklaşımında psikolojik iyi oluş, kişinin olumlu benlik saygısını, kendini kabul ve sınırlılıklarının farkında olmasını, insanlarla olumlu ve kaliteli ilişkiler kurabilmesini, çevresine hâkimiyetini ve çevresini değiştirebilmesini, özerk hareket edebilmesini, yaşam amacının ve anlamının olmasını ve sürekli gelişme duygusunu kapsamaktadır.⁴³² **Şekil 1.2.** psikolojik iyi oluşun söz konusu boyutları ve dayandığı kuramsal temelleri göstermektedir.⁴³³



Şekil 1.2 : Psikolojik İyi Oluşun Temel Boyutları ve Dayandığı Kuramsal Temeller

Ryff'nin psikolojik iyi oluş kavramlarını oluşturan bu altı alt boyut ve içerikleri aşağıda ayrıntılı bir şekilde anlatılmaktadır:⁴³⁴

Özerklik (Autonomy): Ryff ve Keyes'e göre özerklik, bireyin kendi davranışlarını belirlemede ve kararlarını vermede bağımsız olmasıdır.⁴³⁵ Christopher, Ryff'nin özerkliği; özgür irade (self-determination), bağımsızlık (independence), iç kontrol odağı, bireyselleşme ve davranışın içsel düzenlemesi gibi kavramlarla özdeşleştirdiğini belirtir. Bu özelliklerin altında yatan inanç, kişinin düşüncelerinin ve eylemlerinin kendisi tarafından belirlendiği ve kendisi dışındaki etkenler veya nedenler tarafından

⁴³¹ Christopher, "Situating Psychological Well-Being: Exploring the Cultural Roots of Its Theory and Research": 146.

⁴³² Corey L. M. Keyes et.al., "Optimizing Well-Being: The Empirical of Two Traditions", *Journal of Personality and School Psychology* 82, N. 6 (2002): 1008.

⁴³³ Ryff, "Psychological Well-Being in Adult Life": 100.

⁴³⁴ Teori Temelli Psikolojik İyi Oluş Boyutlarının Tanımlarına ilişkin detaylar için bk. Ryff, "Happiness Is Everything or Is It? ..": 1072.

⁴³⁵ Ryff and Keyes, "The Structure of Psychological Well-Being Revisited": 720.

belirlenmediğidir.⁴³⁶ Lukes'e göre bu inanç, batı psikolojisinde yaygındır ve aynı zamanda bireyciliğin temel ideallerinden ve tanımlayıcı değerlerinden birisidir. Ayrıca özerklik batı kavramlarından özgürlük/bağımsızlık (liberty and freedom) ile de ilişkilidir ve Kant'ın kuramlaştırdığı gibi, bize insan olarak onurumuzu getiren şey özerklik kapasitemizdir.⁴³⁷ Kendini gerçekleştiren bireyler özerk tutumlar sergilerler ve çevresindeki kültürden etkilenmeye karşı direnç gösterirler. Potansiyelini tam olarak ortaya koyan bireyler aynı zamanda içsel değerlendirme odağına sahip olan, kendilerini kendi kişisel standartlarına göre değerlendiren ve diğer insanların onayını aramayan kişilerdir. Bireyleşme; gelenekler, ortak korkular, ortak inançlar ve kitlelerin kanunlarından uzaklaşma olarak görüldüğünde, bu içe dönüş sürecinin ilerleyen yıllarda kişiye tüm yaşamı yöneten normlardan kurtularak özgürlük hissi verdiği düşünülmektedir.

Çevre Hâkimiyeti (Environmental Mastery): *“Bireyin kendi ruhsal koşullarına uygun çevreleri seçme ya da yaratma becerisi”* ruhsal sağlığın bir özelliği olarak tanımlanmaktadır. Gelişim kuramları kişinin dünyada ilerleme, sürekli değişen çevresine uyum sağlama ya da onu etkin bir şekilde kontrol edebilme, zihinsel ve fiziksel etkinliklerle çevresini yaratıcı biçimde değiştirebilme kabiliyetini ifade etmektedir. Çevresini bu şekilde etkin yönetebilme becerisine sahip, etkileşim içinde bulunduğu ortamları kontrol edebilen, çevresindeki imkânlardan uygun bir şekilde yararlanmayı bilen, kişisel ihtiyaçlarına ve değerlerine uygun ortamları seçebilen bireylerin çevre hâkimiyetinin olduğu belirtilmektedir. Ryff, bireyin aktif katılım ve çevre hâkimiyetini olumlu psikolojik iyi oluşun bir göstergesi olarak değerlendirmektedir.⁴³⁸

Başkaları İle Olumlu İlişkiler (Positive Relations With Others): Ryff'e göre; başkalarıyla sıcak ve güvenilir ilişkiler, güçlü empati ve sevgi duyguları olumlu ilişkilerdir. Sevme kabiliyeti ruh sağlığının merkezi bileşeni olarak görülür. Kendini gerçekleştiren bireyler, tüm insanlar için güçlü empati ve sevgi hisleri beslerler ve başkaları ile daha fazla sevgi, daha derin dostluk ve daha tam bir özdeşleşme kabiliyetine sahiptirler. Başkalarıyla sıcak ilişkiler, olgunluk için önemli bir ölçüttür.

⁴³⁶ Christopher, “Situating Psychological Well-Being: Exploring the Cultural Roots of Its Theory and Research”: 146.

⁴³⁷ Akt. Christopher, “Situating Psychological Well-Being: Exploring the Cultural Roots of Its Theory and Research”: 146.

⁴³⁸ Ryff, “Happiness Is Everything or Is It? ..”: 1071.

Ayrıca yetişkin gelişim kuramları da başkalarıyla yakın ilişkilerin (intimacy), onların rehberlik ve yönlendirmelerinde önemini vurgulamaktadır.⁴³⁹

Yaşam Amacı (Purpose in Life): Bireyin yaşamda ulaşmak istediği bir amacının olması, bu amacın kendisini yaşama bağladığına inanması ona hedeflerini gerçekleştirme yolunda yarar sağlamaktadır.⁴⁴⁰ Ruh sağlığı, bireye hayatta amaç ve anlam bulunduğunu hissettiren inançları içerecek şekilde tanımlanmaktadır. Yani ruh sağlığı ölçütlerinden bir tanesi de bireyin yaşamda ulaşmak istediği bir amacının olması ve yaşamının anlamlı olduğunu düşünmesidir. Yaşam amacı; hayatta bir yön ve maksatlılık duygusuna sahip olmakla da ilişkilidir. Yaşam boyu gelişim kuramları; üretken ve yaratıcı olma ya da ileriki yaşam dönemlerinde duygusal bütünlük gibi hayattaki amaç değişikliklerinin çeşitliliğini vurgularlar. Böylece, olumlu amaçlara ve ilerleyebileceği bir yön duygusuna sahip olma hayatı anlamlı bulma duygusuna katkı sağlamaktadır.⁴⁴¹

Kişisel Gelişim (Personal Growth): Kişisel gelişim, bireyin kişisel olarak sürekli bir değişim ve gelişim içinde olduğuna inanmasıdır.⁴⁴² Ryff kişisel gelişimi; *“kişi olarak bireyin gelişmesi ve büyümesi için potansiyellerini geliştirme becerisi”* şeklinde tanımlamaktadır. Ona göre kişisel gelişime devam etmek önemlidir ve bunun için deneyimlere açık olmak kilit rol oynayan bir özelliktir.⁴⁴³ Ryff ve Essex, kişinin en üst düzeyde psikolojik işlev ortaya koyabilmesi için gelişme ve büyümeyle ilgili potansiyellerini geliştirmeye devam etmesi gerektiğini düşünür. Maslow’a göre insanın gelişiminin en yüksek amacı, kişinin kendi potansiyelini keşfedebilmesi, yani; kendini gerçekleştirme çabasıdır. Bu konuda yaşam boyu gelişim kuramları da farklı yaşam dönemlerindeki gelişim ödevleri ve karşılaşılan krizlerle mücadele üzerinde durmuşlardır.⁴⁴⁴

Kendini Kabul (Self-acceptance): Kendini kabul; kişinin hem kendisini hem de geçmiş yaşantısını olumlu yönden değerlendirmesini içermektedir.⁴⁴⁵ Ryff kendini kabulü *“kişinin kendisine yönelik olumlu tutumlar takınması”* olarak tanımlamaktadır.

⁴³⁹ Ryff, “Happiness Is Everything or Is It? ..”: 1071.

⁴⁴⁰ Ryff, “Psychological Well-Being in Adult Life”: 101.

⁴⁴¹ Ryff, “Happiness Is Everything or Is It? ..”: 1071.

⁴⁴² Ryff and Keyes, “The Structure of Psychological Well-Being Revisited”: 720.

⁴⁴³ Ryff, “Happiness Is Everything or Is It? ..”: 1071.

⁴⁴⁴ Carol D. Ryff and Marilyn J. Essex, “Psychological Wellbeing In Adulthood and Old Age: Descriptive Markers and Explanatory Processes”, *Annual Review of Gerontology and Geriatrics* 11 (1991): 150.

⁴⁴⁵ Ryff and Keyes, “The Structure of Psychological Well-Being Revisited”: 720.

Bu kavram; olumlu psikolojik işlevin ve ruh sağlığının yanı sıra kendini gerçekleştirme, en uygun işlev ve olgunluğun merkezinde olan bir kavramdır. Kişinin kendini ve geçmiş yaşamını kabullenmesi ve kendisiyle ilgili olumlu tutumlara sahip olması bireyin olumlu psikolojik işlevine katkı sağlamaktadır.⁴⁴⁶ Ryff, psikolojik olarak iyi olmanın stressiz olmak ya da ruh sağlığı problemlerinin olmamasından çok daha fazlasını ifade ettiğini düşünmektedir. Ona göre psikolojik iyi oluş, yukarıda vurgulanan altı duyguyu içerir. İnsanın iyi oluşuna dair bu yönlerin bilimsel olarak incelemesi lüks bir gündem olarak görülebilir. Ancak büyük psikolojik rahatsızlıklardan muzdarip olan kişiler ve psikolojik iyi oluşa sahip olanlar belki de anlamlı ve ihmal edilen bir kategoridir. Şöyle ki, psikolojik işlev bozukluğu yüzünden rahatsızlık duymayan, fakat yine de hayatta olumlu pek çok şeyden yoksun olan kişiler bulunmaktadır. İnsanın güzel olan şeylerden mahrum olması, o insanın psikolojik durumuna ilişkin bize bir ipucu vermelidir ve bu durum aslında bu tür kişilerin ruhsal sağlıklarıyla ilgili bilimsel söylemde eksik olan bir hususu da göz önüne sermektedir.⁴⁴⁷

Özetle, psikolojik iyi oluş; bireyin kendini ve geçmiş yaşamını olumlu olarak değerlendirmesini, bireysel gelişimini devam ettirmesini, yaşamda bir amaca sahip olmasını ve yaşamının anlamlı olduğuna inanmasını, başka kişilerle olumlu ilişkilere sahip olmasını, kendi yaşamını ve çevresini etkili bir şekilde yönetebilmesini ve kararlarını bağımsız olarak verebilmesini içermektedir.⁴⁴⁸

1.5.3.2. Öznel İyi Oluşun Belirleyicileri

İnsanoğlu çeşitli güçlüklerle karşılaşmasına ve yüz yüze kaldığı zor durumlarla baş etmek zorunda olmasına rağmen, yaşamını sürdürmek ve bir şekilde bu yaşamından doyum almak durumundadır. Bu noktada; bireyi mutlu olmaya iten, onun olumlu duygular yaşamasında rol oynayan ve ÖİÖ'sunu artıran güdüleyiciler ya da ÖİÖ'sunda etkili olan faktörler araştırılan hususlardandır.

Bireyin mutlu olmasında rol oynayan değişkenlerin birey ve içinde yaşadığı toplumdan kaynaklanan bir takım belirleyicileri bulunmaktadır. Diğer bir ifadeyle; ÖİÖ'nun tek bir belirleyicisi yoktur, ancak pozitif ruhsal sağlık ve olumlu ilişkiler gibi bazı koşullar yüksek ÖİÖ için gereklidir. Ayrıca; araştırma bulguları olumlu ve olumsuz

⁴⁴⁶ Ryff, "Happiness Is Everything or Is It? ..": 1071.

⁴⁴⁷ Ryff, "Psychological Well-Being in Adult Life": 103.

⁴⁴⁸ Ryff and Keyes, "The Structure of Psychological Well-Being Revisited": 723-724.

duygu gibi kişilik özelliklerinin ve içe dönüklük-dışa dönüklük gibi mizaç faktörlerinin ÖİÖ değişkeninin çoğunu oluşturduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, olumlu toplumsal ilişkiler, genetik kaynaklı değişkenlik, çevre, istihdam, evlilik, yaş, kültür ve bireysel özellikler de diğer faktörler arasında yer almaktadır.⁴⁴⁹ ÖİÖ'yu etkileyen faktörlerden bazıları aşağıda özetlenmiştir.

1.5.3.2.1. Kişilik: ÖİÖ'nun belirleyicilerinden birisi olan ve bireyin duygu, düşünce ve davranış biçimlerini yansıtan kişilik; bireyin doğuştan getirdiği özellikleriyle, yaşantı sonucu elde ettiği özelliklerden oluşan ve onu başkalarından ayıran tüm özelliklerin bütünü olarak tanımlanmaktadır.⁴⁵⁰

ÖİÖ ile ilgili ilk çalışmalar mutlu bir yaşama yol açan dışsal koşulları belirlemeye odaklanmıştı. Ancak on yıllar süren araştırmalar sonucunda araştırmacılar iyi oluş üzerinde dışsal faktörlerin makul bir etkisinin olduğunu fark ettiler. Sağlık, gelir, eğitim ve medeni durum gibi demografik değişkenlerin iyi oluş ölçümlerinde varyansın küçük bir oranını açıklamaktaydı. Oysaki ÖİÖ; zaman içerisinde son derece istikrarlı bir hal almakta, önemli yaşam olaylarından sonra yeniden dengelenmekte ve çoğunlukla kararlı kişilik özellikleri ile güçlü bir şekilde ilişkili olmaktaydı. Bu nedenle, birçok araştırmacı dikkatini kişilik ve ÖİÖ arasındaki ilişkileri anlamaya yöneltti.⁴⁵¹

Yapılan araştırmalar kişiliğin; ÖİÖ'nun en güçlü ve en tutarlı yordayıcısı olduğunu göstermektedir. Bu nedenle ÖİÖ'nun kişilikle bağımlı açıklamaya çalışan birçok araştırma geleneği ortaya çıkmış ve çok sayıda kuram geliştirilmiştir. Bazı insanların mutlu ya da mutsuz olmak için genetik bir yatkınlığının olduğunu savunan model (*temperamental predisposition*) bunlardan birisidir. Örneğin Tellegen ve arkadaşları, birlikte büyütülen tek yumurta ikizleri ve ayrı yumurta ikizleri ile ayrı büyütülen diğerlerini incelemişlerdir. Farklı ailelerde büyütülen tek yumurta ikizlerinin aynı ya da farklı evlerde büyütülen ayrı yumurta ikizlerine göre birbirlerine daha fazla benzediklerini bulmuşlardır. Ayrıca; aynı ailede yetiştirilen ikizlerin birbirine benzerliklerinin farklı ailelerde yetiştirilen ikizlere kıyasla çok daha fazla olmadığını bulmuşlardır. Araştırmacılar bu durumu davranış-gen ilişkisiyle izah etmişler ve kalıtımın hâlihazırdaki olumlu duygusallık varyansının % 40'ını ve olumsuz duygusallık varyansının da % 55'ini açıkladığını; ancak, uzun süreli ÖİÖ'nun % 80'ini

⁴⁴⁹ Proctor, "Subjective Well Being", *ResearchGate*, 2016, erişim tarihi: 20 Haziran 2017, https://www.researchgate.net/publication/263919613_Subjective_well-being.

⁴⁵⁰ Jerry M. Burger, *Kişilik*, çev: İnan Deniz Erguvan Sarıoğlu (İstanbul: Kaknüs Yayınları, 2008), 23.

⁴⁵¹ Diener et.al., "Personality, Culture, and Subjective Well-Being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life": 406.

açıkladığını tahmin etmişlerdir. Bununla birlikte genetik yatkınlığın etki düzeyine ilişkin farklı bulgular da vardır.⁴⁵² Örneğin Veenhoven, mutluluğun bir karakter özelliği olduğuna karşı çıkmış ve mutluluğun şans ya da olumsuzluklar tarafından etkilenebileceğini ve bu yüzden zaman içerisinde değişebileceğini ileri sürmüştür.⁴⁵³ Ancak istikrarlı kişilik özellikleri ÖİÖ'yu etkileyebilmektedir ve bu yönüyle ÖİÖ'nun hem kişilik hem de durum kaynaklı özelliklerinin olduğu söylenebilir.

ÖİÖ ile ilişkisi bakımından kuramsal ve deneysel anlamda en fazla üzerinde durulan özellikler *dışadönüklük* (extraversion) ve *nörotizmdir* (neuroticism).⁴⁵⁴ *Dışadönüklük* bireyin neşeli ve enerjik olması ve daha kolay sosyal ilişkiler kurabilmesini ifade eder. *Nörotizm* ise bireyin endişeli, sinirli, kaygılı ve daha içe kapanık olmasını belirtir.⁴⁵⁵ Yapılan araştırmalar *dışadönüklüğün* olumlu duygulanımı pozitif yönde yordadığını; *nörotizmin* ise olumsuz duygulanımı pozitif yönde yordadığını göstermektedir.⁴⁵⁶ Örneğin, Lucas ve Fujita, bir meta-analitik inceleme yapmış ve ortalama olarak, dışa dönüklüğün % 38, sıfır düzey seviyesinde olumlu duygu ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Dahası, dışa dönüklük ve olumlu duygu arasındaki ilişkiyi modellemek için çoklu ve çeşitli ölçüm yöntemleri kullanıldığında korelasyon çoğunlukla % 80'e yaklaşmıştır.⁴⁵⁷ Yine Fujita, nörotiklik ve olumsuz etki arasındaki korelasyonun gücünü değerlendirmek için yapısal eşitlik modelleme tekniklerinde benzer şekilde güçlü korelasyonlar bulmuştur. Bu bulguların tutarlılığı nedeniyle birçok araştırmacı, dışa dönüklük ve nörotizm kişilik ile ÖİÖ arasında birincil bağlantıların bulunduğunu öne sürmüştür.⁴⁵⁸

ÖİÖ ile ilişkisi sık sık araştırılan ve ÖİÖ'yu güçlü olarak yordadığı düşünülen diğer kişilik özellikleri ise denetim odağı, iyimserlik ve öz saygıdır.⁴⁵⁹

1.5.3.2.2. Yaş: Yaş ile ÖİÖ ilişkisini ele alan ilk çalışmalarda gençlerin yaşlılara kıyasla daha mutlu oldukları ifade edilmekteydi. Ancak son yıllarda yapılan

⁴⁵² Diener et.al., "Subjective Well-Being: Three Decades of Progress": 279.

⁴⁵³ Ruut Veenhoven, "Is Happiness A Trait?", *Social Indicators Research* 32 (1994): 101.

⁴⁵⁴ Diener et.al., "Subjective Well-Being: Three Decades of Progress": 280.

⁴⁵⁵ Paul T. Costa and Robert R. McCrae, "Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory", *Psychological Assessment* 4 (1) (1992): 7.

⁴⁵⁶ Kristina M. DeNeve and Harris Cooper, "The Happy Personality: A Meta-Analysis of 137 Personality Traits and Subjective Well-Being", *Psychological Bulletin* 124 (2) (1998): 197.

⁴⁵⁷ Richard E. Lucas and Frank Fujita, "Factors influencing the relation between extraversion and pleasant affect", *Journal of Personality and Social Psychology* 79 (2000): 1039.

⁴⁵⁸ Frank Fujita, "An investigation of the relation between extraversion, neuroticism, positive affect, and negative affect", (Master's Thesis, University Ill., 1991).den akt. Diener et.al., "Personality, Culture, and Subjective Well-Being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life": 407.

⁴⁵⁹ Dost, "Üniversite Öğrencilerinin Öznel İyi Oluş Düzeyleri", 20-21.

araştırmaların birçoğunda yaş ile ÖİÖ arasında neredeyse hiç ilişki bulanamazken birkaç araştırmada ise yaş ile yaşam doyumunu arasında olumlu ilişkilerin olduğu tespit edilmiştir. Bazı araştırma bulguları genç katılımcıların daha güçlü olumlu ve olumsuz duygu düzeyine sahip olduklarını, yaşlı bireylerin ise genel mutluluk düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir.⁴⁶⁰

Yaşla birlikte yaşam doyumunda küçük bir miktar düşüşün olduğuna dair nadir bulgular olsa da gelir gibi başka değişkenlerle birlikte düşünüldüğünde, yaşam doyumunda genellikle bir artışın olduğu ya da en azından düşüşün olmadığı tespit edilmiştir.⁴⁶¹ Günümüzde pek çok araştırma Campbell'ın "*hiçbir şeyden memnun olmayan, huysuz bir yaşlı kişi imgesi, yaşlı insanların durumunu yansıtan gerçekçi bir resim değildir.*" görüşünü destekler sonuçlara ulaşmıştır.⁴⁶² Bu durum önceki kuşak yaşlılarla kıyaslandığında günümüzde yaşlı insanların daha sağlıklı olmaları ve çeşitli yaşam alanlarında daha fazla yer bulmalarıyla izah edilebilir.

Diener ve Suh, yapmış oldukları bir çalışmada 40 milletten 60,000 örneklemin yaşam doyumunu, olumlu ve olumsuz duygu bağlamında ÖİÖ ile yaş ilişkisini incelemişlerdir. Araştırma sonunda ÖİÖ'nun sadece olumlu duygulanım boyutunda yaş ilerledikçe düşme meydana geldiğini, ÖİÖ'nun diğer bir boyutu olan yaşam doyumunun 20'li yaşlardan 80'li yaşlara kadar yükseldiğini, olumsuz duygulanım boyutunun ise yaş ilerledikçe çok az bir değişme uğradığını saptamışlardır.⁴⁶³

Satıcı, Wilson'un çalışmasındaki gençlerin öznel iyi oluşlarının daha yüksek olmasının⁴⁶⁴ günümüzde geçerliğini kaybettiği görüşündedir. Yaşlı bireylerin de ÖİÖ'ları yüksek olabilir. Yaş bireye olgunluk ve bilgelik getirmektedir. Gençler yaşamlarında zevk ve eğlenceyi merkeze alarak ÖİÖ'larını arttırabilmekte, ileri yaşa sahip bireyler ise bilgeliklerini kullanıp başkalarına fayda sağlayarak ve sosyal bütünleşmelerini tamamlayarak ÖİÖ'larını koruyabilmektedirler. Böylece hem genç

⁴⁶⁰ Diener, "Subjective Well-Being": 554.

⁴⁶¹ Diener et.al., "Subjective Well-Being: Three Decades of Progress": 291.

⁴⁶² Angus Campbell, *The sense of well-being in America: Recent patterns and trends* (New York: McGraw-Hill, 1981), 203.

⁴⁶³ Ed Diener and Eunkook M. Suh, "Subjective well-being and age: An international analysis", *Annual Review of Gerontology and Geriatrics* 17 (1998): 304.

⁴⁶⁴ Wilson, "Correlates of avowed happiness": 294-306.

hem de yaşlı bireyler öznel yaşantılarında hayata uyum sağlayıp, olumlu duygular yaşayabilmekte ve mutlu olabilmektedirler.⁴⁶⁵

1.5.3.2.3. Cinsiyet: Literatürde cinsiyet ile ÖİÖ arasındaki ilişki sıkça araştırılan konular arasında olmasına rağmen kadınların mı yoksa erkeklerin mi ÖİÖ'lerinin daha yüksek olduğu net bir şekilde ayrılamamıştır.⁴⁶⁶ Gurin vd. tarafından yapılan araştırmada, kadın ve erkeklerin ÖİÖ'leri arasında bir fark bulunamamıştır. Haring vd., kadınlara kıyasla erkeklerin birazcık daha fazla mutlu olduklarını; ancak aradaki farkın çok az olduğunu bulmuşlardır. İki kapsamlı çalışmadan elde edilen veri seti analizi sonucunda Lucas ve Gohm kadınların olumsuz duyguları erkeklere oranla daha fazla yaşadıklarını tespit etmişlerdir. Sonraki araştırmalarda kadınların erkeklere kıyasla daha mutlu olduklarını ifade ettikleri görülmüştür.⁴⁶⁷

Bununla birlikte Fujita ve diğerlerine göre kadınlar erkeklere kıyasla hem olumlu hem de olumsuz duyguları daha uçlarda ve daha yoğun olarak yaşama potansiyeline sahiptirler. Bu onları pek çok olumsuz ve kontrol edilemeyen durumlar karşısında daha savunmasız ve depresyona açık hale getirmekle beraber yaşamları yolunda gittiğinde, yoğun bir mutluluk yaşamalarına da imkân sağlamaktadır.⁴⁶⁸ Diener ve diğerlerine göre, kadınların erkeklere oranla duyguları aşırı ve uçlarda yaşamalarının bir nedeni sosyal çevrenin kadınlara yüklediği rol ile açıklanabilmektedir.⁴⁶⁹

1.5.3.2.4. İşsizlik ve Gelir: ÖİÖ ile ilgili bir diğer değişken de gelir ya da maddi refaktır. Bu konuda Bradburn işsizliğin hem kadın hem de erkeklerin iyi oluşunu etkilediğine dair kanıtların bulunduğunu ifade etmektedir. Örneğin; gelir farklılıkları kontrol edildiğinde bile en mutsuz grubun işsizler olduğu tespit edilmiştir.⁴⁷⁰ İşsizliğin ÖİÖ üzerinde tutarlı ve tartışılmaz bir etkisinin olduğu ifade edilmektedir. Araştırmalarda insanların işsiz kalmaya alışamadıkları ve özellikle erkeklerin işsiz kalmalarının üçüncü yıllarının ilk yıl kadar zor olduğu ortaya konulmuştur. Bu durum

⁴⁶⁵ Seydi Ahmet Satıcı, "Üniversite Öğrencilerinin Affetme, İntikam, Sosyal Bağlılık ve Öznel İyi Oluşları: Farklı Yapısal Modellerin Denenmesi Üzerine Bir Araştırma", (Doktora Tezi, Anadolu Üniversitesi, 2016), 41.

⁴⁶⁶ Ed Diener and Katherine Ryan, "Subjective well-being: A general overview", *South African Journal of Psychology* 39 (4) (2009): 396.

⁴⁶⁷ Gerald Gurin et al., *Americans view their mental health* (Ann Arbor: University of Michigan, Survey Recent Center, 1960).; Marilyn J. Haring et al., "A Research Synthesis of Gender and Social Class as Correlates of Subjective Well-Being", *Human Relations* 37, Issue. 8 (1984): 645-657.'den akt. Diener et al., "Subjective Well-Being: Three Decades of Progress": 292.

⁴⁶⁸ Frank Fujita et al., "Gender Differences in Negative Affect and Well-Being: The Case for Emotional Intensity," *Journal of Personality and Social Psychology* 61, No. 3 (1991): 427.

⁴⁶⁹ Diener et al., "Subjective Well-Being: Three Decades of Progress": 293.

⁴⁷⁰ Diener, "Subjective Well-Being": 555.

insanların yeniden iş bulduklarında da önceki doyum düzeyine ulaşamadıklarını söyleyen diğer araştırmalarla tutarlılık göstermektedir. Kısa süreli işsizliğin bile bireyin uzun süreli mutluluğu üzerinde kalıcı bir etkisinin olduğu ifade edilmektedir.⁴⁷¹

Gelir ve ÖİÖ ilişkisini konu alan araştırmalar, paranın ÖİÖ üzerinde olumlu ancak miktarı arttıkça azalan bir etkisinin olduğunu ortaya koymaktadır. Yüksek gelir büyük oranda fakirlik düzeyinde yaşayan bireylerde ya da gelişmemiş ülkelerde mutluluk üzerinde etkiliyken, bu ilişkinin etkisi daha yüksek gelir guruplarında düşüktür. Örneğin en zengin Amerikalıların ÖİÖ düzeyleri ortalama Amerikalılardan yalnızca biraz daha fazla yüksek bulunmuş, bu gruptaki zengin bireylerin % 37'sinin de ortalama Amerikalılardan daha az mutlu oldukları tespit edilmiştir. Hatta aşırı derecede paraya ve maddi mal varlıklarına yatırım yapan bireylerin yaşamlarında daha az doyum hissettikleri, daha az olumlu duygu ve daha çok olumsuz duygu yaşadıkları bulgulanmıştır.⁴⁷² Yine Biswas-Diener ve diğerlerine göre, Kanada ve İsveç gibi zengin ve sanayileşmiş ülkelerde insanlar Kenya ve Bangladeş gibi yoksulluk problemi yaşayan ülkelerin bireyelerine kıyasla daha yüksek ÖİÖ düzeyine sahiptirler. Ulusal düzeyde bu bulgu daha fazla paranın daha fazla olanak, daha iyi altyapı ve sağlık hizmetleri, etkili yiyecek dağılımı, iş fırsatları ve daha az suç gibi imkânlar şeklinde yorumlanabildiğini göstermektedir.⁴⁷³

Diener ve diğerlerine göre, barınma, yeme-içme gibi temel ihtiyaçları karşılayacak düzeyde maddiyatın, bireyelerin ÖİÖ'su üzerinde olumlu yönde etkisinin olabileceği söylenebilir. Ancak, maddi durumu yerinde olan bir kişi ile maddi refah düzeyi daha ileri olan bir kişinin mutlulukları arasında bir farklılık bulunmamaktadır.⁴⁷⁴ Dahası ÖİÖ açısından yüksek gelirli bireyelerin mutluluklarını korumak için dezavantajlı oldukları dahi belirtilmektedir.⁴⁷⁵ Bu durum maddi refahla doğru orantılı olarak bireyelerde beklentilerin, isteklerin ve yaşam standartlarının artmasıyla açıklanabilir.

1.5.3.2.5. Eğitim: Birçok alanda etkisi kabul edilen eğitim, ÖİÖ bağlamında ele alındığında her ikisi arasındaki ilişki açısından farklı sonuçların bulunduğu görülmektedir. Örneğin Witter ve arkadaşlarına göre, bireyin eğitim düzeyi ile

⁴⁷¹ Diener and Ryan, "Subjective well-being: A general overview": 398.

⁴⁷² Diener and Ryan, "Subjective well-being: A general overview": 399.

⁴⁷³ Robert Biswas-Diener, Ed Diener & Maya Tamir, "The psychology of subjective wellbeing", *Daedalus* 133, No. 2 (2004): 23.

⁴⁷⁴ Ed Diener and Robert Biswas-Diener, "Will money increase subjective well-being?", *Social Indicators Research* 57 (2) (2002): 139.

⁴⁷⁵ Satıcı, "Üniversite Öğrencilerinin Affetme, İntikam, Sosyal Bağlılık ve Öznel İyi Oluşları: ..", 38.

ÖİÖ'sunun doğrudan ilişkisi oldukça düşüktür. Araştırmacılar gerçekleştirdikleri meta-analiz çalışması sonucunda eğitimin ÖİÖ'nun yalnızca % 1 ile % 3'ünü açıkladığını ileri sürmüşlerdir.⁴⁷⁶ Diener ve diğerlerine göre ise, bireylerin ÖİÖ'ları üzerinde eğitimin doğrudan etkisinden ziyade dolaylı bir etkisinden söz edilebilir.⁴⁷⁷ Eğitim sayesinde bireyler kariyerlerinde ilerleyebilir, üretkenliklerini ve gelirlerini artırabilirler. Böylece yaşamlarından daha fazla doyum almaya başlayabilir ve yaşamının iyiye gittiğine yönelik bir algı geliştirerek ÖİÖ düzeylerini yükseltebilirler.⁴⁷⁸

Eğitimin beklentileri artırmak suretiyle ÖİÖ üzerinde zaman zaman olumsuz yansımaları da bulunmaktadır. Eğitimli bireylerin dünya görüşleri ve bakış açıları zenginleşmekte, beklentileri farklılaşmaktadır. Ancak işsizlik ya da dışsal faktörler nedeniyle bu beklentiler karşılanamadığında eğitimli bireylerin ÖİÖ'ları düşmektedir.⁴⁷⁹ Clark ve Oswald (1994) yaptıkları çalışmada, eğitim düzeyi yüksek olan işsizlerin eğitim düzeyi düşük olan işsizlere göre daha stresli ve düşük düzeyli ÖİÖ'ya sahip olduklarını tespit etmişlerdir. Bu da eğitimin ÖİÖ'ya olan olumsuz etkisini destekler niteliktedir.⁴⁸⁰

1.5.3.2.6. Evlilik ve Aile: ÖİÖ ile ilişkisi incelenen bir diğer değişken de evlilik ve aile doyumudur. Diener, her zaman güçlü olmasa da evliliğin ÖİÖ üzerinde etkisinin olumlu olduğunu belirtmekte; eğitim, gelir, mesleki statü gibi değişkenler kontrol altına alındığında bile, aile ve evlilik doyumunun ÖİÖ'nun en güçlü yordayıcısı olduğunu söylemektedir.⁴⁸¹

Diener ve diğerlerine göre, kültürel değişkenlerden dolayı küçük farklılıklar olsa da, medeni durum ile ÖİÖ arasındaki ilişki dünyada benzerlik göstermektedir. Örneğin; yaşam doyumunu açısından evliliğin bireyci uluslardan ziyade toplumcu kültürlerde birlikte yaşamaya oranla faydasının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Yine aynı çalışmada evli bireylerin daha önce hiç evlenmemiş bireylere kıyasla ÖİÖ düzeylerinin tutarlı bir biçimde daha fazla olduğunu bildirdikleri söylenmektedir. Bu noktada evliliğin temel ve evrensel insani ihtiyaçları karşılaması, arkadaşlık sağlaması ve kişiyi yalnızlıktan kurtarması gibi çeşitli faydaları ileri sürülmüştür. Bununla birlikte

⁴⁷⁶ Robert A. Witter et.al., "Education and subjective well-being: A meta-analysis", *Educational Evaluation and Policy Analysis* 6 (2) (1984): 165.

⁴⁷⁷ Diener et.al., "Subjective Well-Being: Three Decades of Progress": 293.

⁴⁷⁸ Satıcı, "Üniversite Öğrencilerinin Affetme, İntikam, Sosyal Bağlılık ve Öznel İyi Oluşları: ..", 42.

⁴⁷⁹ Diener et.al., "Subjective Well-Being: Three Decades of Progress": 293.

⁴⁸⁰ Andrew Clark and Andrew Oswald, "Unhappiness and unemployment", *The Economic Journal* 104 (424) (1994): 656.

⁴⁸¹ Diener, "Subjective Well-Being": 556.

bir eşe güvenmek, yaşamda karşılaşılan zorlukları azaltmakta ve bu tür zorluklarla baş etmeyi de artırmaktadır. Yine, eş rolünü başarıyla yerine getirmek kişinin benlik saygısını ve yeterlik duygusunu olumlu yönde etkilemekte ve böylece başa çıkmada bireyin etkinliğini teşvik etmektedir.⁴⁸²

1.5.3.2.7. Sosyal İlişkiler: Bir kişinin sahip olduğu sosyal ilişkilerin sayısı ve kalitesi, o kişinin yüksek ÖİÖ'sü ile ilişkilidir ve ÖİÖ'sunun öncüllerini doğrular niteliktedir. Genel olarak, insanlar diğer insanlarla birlikteyken daha mutlu olurlar ve günümüzde başkalarıyla birlikte zaman geçirme anlamında sosyal etkileşimler keyif verici noktadır. Ayrıca insanlar başkaları ile olduklarında daha çok olumlu duyguları ifade etme eğiliminde olmaktadır. Araştırmalar algılanan yalnızlık duygusunun depresyon ile kuvvetli şekilde ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Sosyal etkileşim ise bireyin sadece iyi oluş düzeylerini arttırmakla kalmamakta, aynı zamanda yaşamda karşılaşılabilen ölüm, tecavüz ve işsizlik gibi önemli yaşam stresörlerinin de önünü tıkamaktadır.⁴⁸³ Biswas- Diener ve diğerlerine göre, sosyal ilişkiler ÖİÖ için çok önemli bir faktördür. Yakın ve güvenli sosyal ilişkilere sahip olmak mutluluk için gereklidir. Çok mutlu ve çok az mutlu olan insanlar karşılaştırıldığında, mutlu insanların arkadaşlık ilişkilerinde, aile destekleri ve romantik ilişkilerinde daha iyi oldukları görülmüştür. Mutlu olan kişilerin tamamında sosyal bağın güçlü olduğu bulunmuştur. Bir araştırmada Calcutta'nın kaldırım sakinlerinin ÖİÖ düzeyleri ile Amerikalı evsizlerin ÖİÖ düzeyleri karşılaştırılmıştır. Calcutta'da kenar mahalle sakinleri, sert hava koşullarına dayanmak durumunda, mahremiyetten ve kaliteli sağlık hizmetlerinden, temiz su ve yiyecekten ve birçok maddi imkândan yoksun bir yaşam sürmek zorundaydılar. Amerikalı evsizler ise kalacak yer, bedava yiyecek, giysi, battaniye ve hijyen imkanlarına sahipti. Araştırmada maddi refaha sahip olmalarına rağmen Amerikalıların ÖİÖ düzeylerinin, Calcutta'da yaşayan kenar mahalle sakinlerine kıyasla daha düşük olduğu görülmüştür. Yaşam doyumlarının nispeten daha fazla olması Calcutta'da yaşayan insanların kuvvetli sosyal ilişkileriyle açıklanmıştır.⁴⁸⁴

1.5.3.2.8. Kültür: Bireylerin ÖİÖ'larını belirleyecek bir diğer unsur da içinde yaşanılan toplum tarafından oluşturulan kültürdür. Kültür hakkında yapılan araştırmaların çoğunda kültürün bireycilik ve toplumculuk boyutlarına odaklanıldığı

⁴⁸² Ed Diener et.al., "Similarity of the relations between marital status and subjective well-being across cultures", *Journal of Cross-Cultural Psychology* 31, No. 4 (2000): 419.

⁴⁸³ Diener and Ryan, "Subjective well-being: A general overview": 397-398.

⁴⁸⁴ Biswas-Diener et.al, "The psychology of subjective wellbeing": 22.

görülmektedir.⁴⁸⁵ Bireyci (individualistic) toplumlarda bireysel tercihler ve bireysel iyi oluşa büyük bir önem verilirken, toplumcu (collectivistic) kültürlerde grup bireylerden daha önemli görülmektedir. Araştırmalarda her iki tür kültür anlayışının maliyet ve faydalarının olduğu ortaya konulmuştur. Bireyci toplumlar kişiye büyük bir bireysel özgürlük sunmakta ve bu toplumlarda insanlar yüksek bir ÖİÖ'ya sahip olduklarını ifade etmektedirler. Ancak; bu toplumlarda boşanma, intihar ve suç gibi belirli patolojilerin yüksek olduğu da bir vakıadır. Öte yandan toplulukçu kültürlerin geniş aile anlayışı bireyin özgürlüğünü kısıtlarken, yalnızlık ve anormal davranışlardan etkilenmeye karşı bir koruma sağlamaktadır.⁴⁸⁶

Diener vd., 55 ülkeden 100,000'den fazla bir örneklem üzerinde yaptıkları araştırmanın sonucunda, bireyciliğin ve insan haklarına verilen değerin tutarlı ve anlamlı bir şekilde ÖİÖ'yu yordadığını bulmuşlardır. Analizlerde bireycilik, diğer değişkenler kontrol altına alındığında bile ÖİÖ'nun çok güçlü bir yordayıcısı olmaya devam etmektedir. Araştırmacılar bu durumun, bireyci toplumların kendi yaşamları üzerinde daha fazla tercih özgürlüğüne sahip bireylerden oluşmaları ve bu tür toplumlardaki bireylerin başarıyı kendilerine atfetmeye daha meyilli olmalarıyla açıklamışlardır. Ayrıca üzüntülü zamanlarında daha zayıf bir sosyal bağa sahip olan bireyci insanlar, kendilerini mutlu hissettikleri zamanlarda ise bireysel amaçlarını izlemek için kendilerini daha özgür hissetmekte ve bu şekilde yaşadıkları özerklik duygusu onların ÖİÖ'larına olumlu katkı sunmaktadır.⁴⁸⁷

“Toplulukçu kültürde yaşayan birey mi, yoksa bireysel kültür içerisinde yetişen birey mi daha mutludur?” sorusuna net bir cevap vermek güçtür. Çünkü birey hangi kültürde yetişirse o kültürün kaynakları ile mutlu olup olmadığını sorgulayacaktır. Diğer bir deyişle, toplulukçu kültürde yetişen birey; grup ve toplumun isteklerini yerine getirebildiği ve sosyal bir uyum içinde yaşadığı ölçüde mutlu olacaktır. Ancak bireyci anlayışın hâkim olduğu bir kültürde yetişen birey için, toplulukçu kültürün normları ve grubun istekleri onu mutlu edemeyecektir. Hatta birey sosyal olarak kısıtlanmış hissedeceğinden mutsuz olma olasılığı belirecektir. Diğer taraftan bireyci kültürde

⁴⁸⁵ Dost, “Üniversite Öğrencilerinin Öznel İyi Oluş Düzeyleri”, 21.

⁴⁸⁶ Ed Diener, “Findings On Subjective Well-Being and Their Implications for Empowerment”, 2003, erişim tarihi: 11 Eylül 2017, <http://siteresources.worldbank.org/INTEMPowerment/Resources/486312-1095970750368/529763-1095970803335/diener.pdf>.

⁴⁸⁷ Ed Diener et.al., “Factors predicting the subjective wellbeing of nations”, *Journal of Personality and Social Psychology* 69, No. 5 (1995): 853, 858-859.

yetişen kişiyi mutlu eden kişisel haklar, özerklik, yeterlik, kendini yönlendirebilme ve yönetebilme gibi durumlar da toplulukçu kültürde yetişen bireyi mutlu edemeyecektir.

1.5.3.2.9. Din: ÖİÖ üzerinde etkili olan diğer bir faktör de dindir. Olumlu ruh sağlığının göstergesi olarak kabul edilen yaşamından doyum almak, neşe, memnuniyet, iyimserlik, öz saygı, mutluluk, iyi oluş vb. duygular ile dindarlık arasındaki ilişki din psikologlarının ilgi alanını oluşturmakta ve bunun sonucu olarak da özellikle son çeyrek yüzyılda iyi oluş, mutluluk ve öznel iyi oluş çalışmalarında bir artış gözlenmektedir.⁴⁸⁸

Genelde dindar insanların ÖİÖ düzeylerinin daha yüksek olduğu değerlendirilmekte; dinî törenlere katılım, dinî aidiyet gücü, Tanrı ile ilişki ve dua etme düzeyleri ile ÖİÖ seviyeleri ilişkilendirilmektedir. Ulusal düzeyde yapılan araştırmalarda, yüksek dindarlık düzeyinin; daha yüksek yaşam doyumunu ve daha düşük intihar oranları ile bağlantılı olduğu tespit edilmiştir. Yüksek iyi oluş ile dindarlık arasındaki olumlu bağ, anlam ve amaç duygusu ile kiliseler ve örgütlü dinin diğer kurumları tarafından oluşturulan sosyal paylaşım ağları ve destek sistemlerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca dine karşı dışsal motivasyon yerine içselliğin, bağın pozitifliğinde önemli bir faktör olduğu da dile getirilmekte ve bu bağın kadınlarda, Afrikalı Amerikalılar ve yaşlılarda daha güçlü olduğu ifade edilmektedir.⁴⁸⁹

Myers'a göre din, bireylerin sosyal destek algılarının güçlenmesine katkı sağlamaktadır. Sosyal destek algısının güçlü olması ise bireylerin acılarını hafifleterek sevinçlerini çoğaltabilmekte⁴⁹⁰ ve bu durum bireylerin ÖİÖ'lerini artırabilmektedir.

Bununla birlikte çeşitli fiziksel rahatsızlıklara neden olan sigara, alkol, uyuşturucu gibi maddelerin dinler tarafından yasaklanmış olması, bu maddelere bağlı olarak ortaya çıkabilecek ruhsal sorunları da ortadan kaldırmaktadır.⁴⁹¹ Fiziksel ve ruhsal anlamda sağlıklı, dengeli kişilerin yaşam kalitelerinin daha yüksek olacağı, yaşamdan daha fazla doyum alacağı ve sonuçta bu kişilerin ÖİÖ düzeylerinin de yüksek olacağı değerlendirilebilir.

Yine dindarlık bireyin mutluluğunu ve yaşam doyumunu yordayan bir etken olarak değerlendirilmektedir. Örneğin; Kuzey Amerika ve Avrupa'da dindar bireyler

⁴⁸⁸ Ali Ayten, *Din ve Sağlık (Kavram, Kuram ve Araştırma)* (İstanbul: Marmara Akademi Yayınları, 2018), 110.

⁴⁸⁹ Diener and Ryan, "Subjective well-being: A general overview": 397.

⁴⁹⁰ David G. Myers, "Religion and Human Flourishing", *The Science of Subjective Well-Being*, Ed. M. Eid and R.J. Larsen (New York: The Guilford Press, 2008), 327.

⁴⁹¹ Halil Apaydın, "Ruh Sağlığı-Din İlişkisi Araştırmalarına Bir Bakış", *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi* 10, sy. 2 (2010): 74.

kendilerinin daha mutlu ve yaşam doyumlarının daha yüksek olduğunu ifade etmektedirler. Bu konuda Gallup kuruluşu tarafından yapılan bir araştırmada çarpıcı bulgular elde edilmiştir. Araştırma sonucunda “yaşamlarının en önemli kaynağının dinî inançları” olduğunu belirten dindar bireylerin daha düşük dindarlık düzeyine sahip bireylere kıyasla iki kat daha fazla mutlu oldukları tespit edilmiştir. Amerika ve 14 batılı ülkede yapılan araştırmalar, mutluluk ve yaşam doyumunun dinî bağlılık ve ibadetlere katılımı ile doğru orantılı olarak arttığını ortaya koymaktadır.⁴⁹² Aghili ve Kumar da, “Rajmanickam Dinî Tutum Ölçeği” ve “Oxford Mutluluk Anketi”ni kullanarak doktor, avukat, mühendis ve eğitimci gibi 1491 kişiden oluşan profesyonel çalışanların dinî tutumlarıyla mutlulukları arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Araştırmacılar; çalışma sonucunda dinî tutum ve mutluluk arasında tutarlı bir pozitif ilişki tespit etmişlerdir. Ayrıca dinî tutumun alt ölçekleri ve toplam dinî tutum da öznel iyi oluşla yüksek düzeyde ilişkili çıkmıştır.⁴⁹³

Cezayir’de 2909 katılımcı üzerinde yapılan bir çalışmada; sağlık sorunları yaşayan kişilerde dinî uygulama düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu kişilerde günlük ağrı ve kaygı azaldıkça öznel iyi oluşta tutarlı bir artışın olduğu gözlenmiştir. Bunun bir açıklaması, sağlık sorunlarına direnen kişilerin dinî uygulamalara ve ibadetlere bir baş etme stratejisi olarak yönelmeleri ve ayrıca ibadet etmenin onlara huzur sağlaması olabilir. Sağlık problemi yaşayanların sağlık sorunu olmayanlara kıyasla dinî uygulamalara/ibadetlere daha fazla yönelmeleri batı ülkelerindeki bulguları doğrulamaktadır.⁴⁹⁴ Kişisel problemler veya zorluklar ile karşı karşıya kalındığında; dinî ya da manevî anlam, rahatlık ve ilham arayanlar için din bir başa çıkma aracı⁴⁹⁵ olarak işlev görmektedir. Zira “İnsanın gücünü aşan, onu acz ve çaresizlik içinde bırakan tehlikeler ve felaketler karşısında çoğu insanda tabiatüstü bir kurtarıcı ve ilahi yardıma başvurma eğiliminin kendiliğinden uyanması sık karşılaşılan bir durumdur.”⁴⁹⁶ Din; hayatın korkutucu, endişe verici yanlarını dile getiren dramatik olaylara, ölüm ve ölüm sonrası hayat gibi anlaşılması zor bir takım tecrübelerle karşı

⁴⁹² Myers and Diener, “Who is Happy?”: 16.

⁴⁹³ Mojtaba Aghili and G. Venkatesh Kumar, “Relationship Between Religious Attitude and Happiness Among Professional Employees”, *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology* 34, Special Issue (2008): 66.

⁴⁹⁴ Habib Tiliouine et.al., “Islamic religiosity, subjective well-being, and health”, *Mental Health, Religion & Culture*, 12, No. 1 (2009): 70.

⁴⁹⁵ Joaquin Tomas Sabado and Joaquin T. Limonero, “Religiousness and Death Anxiety”, *Religion and Psychology*, Ed. D. Ambrose Sylvan (New York: Nova Science Publisher Inc., 2006), 111.; Ayrıca bk. Köktaş, *Türkiye’de Dinî Hayat*, 78, 130-132.

⁴⁹⁶ Hayati Hökelekli, *Din Psikolojisi* (Ankara: TDV Yayınları, 2008), 87.

açıklamalarıyla birey için eşsiz telafi mekanizmaları sunmakta ve böylece hayatı yaşamaya değer kılmada yardımcı olmaktadır.⁴⁹⁷ Ayrıca hastalara kendilerini denetleme duygusu, güçlü hissetme, hastalıkla baş etme, ait olma ve yakınlık hissi sağlamaktadır.⁴⁹⁸

Bu açıklamalardan yaşamda anlam ve amacın iyi oluşu artırdığı ve bu ikisine de insanların dinî inanç ve pratikleri sayesinde ulaşabildikleri⁴⁹⁹ anlaşılmaktadır. Diğer bir ifadeyle din, bireylerin yaşamlarında anlam bulmalarına katkı sağlamaktadır. Yaşam anlamını kaybetmiş olan bireylerin daha fazla depresyon yaşayabildikleri ve bu durumda ÖİÖ düzeylerinin de zayıflayabildiği tespit edilmiştir. Dindar bireylerin ise depresyona karşı daha dirençli oldukları⁵⁰⁰ dikkate alındığında dindarlığın ÖİÖ'yu yordayan bir etken olduğu yorumu yapılabilir.

1.5.3.2.10. Sağlık: İnsanın yaşamı boyunca karşılaştığı iyi ya da kötü olaylar onun ruhsal yaşantısında olumlu ya da olumsuz duyguların oluşmasına yol açabilir. Bununla birlikte; kişinin olaylara karşı harekete geçebilme ve onları kontrol edebilme becerisi, karşı karşıya kalınan durumların kişiyi etkileme düzeyini belirlemektedir.⁵⁰¹ Sağlık durumları da bireyin algısıyla doğru orantılı olarak ÖİÖ'su ve yaşam kalitesi üzerinde bir etkiye sahip olabilmektedir. Bu bağlamda Wilson, sağlığın ÖİÖ ile güçlü bir ilişkisinin bulunduğu sonucuna ulaşmıştır. Araştırmalarda bu ilişkinin bireyin sağlığı hakkında kendi değerlendirmesi için geçerli olduğu, doktorlarca yapılan nesnel değerlendirmelerde ise bu ilişkinin zayıf olduğu ifade edilmektedir. Sağlığı hakkında olumlu değerlendirmeler yapabilen hastaların, hastalıklarının yaşam doyumları üzerindeki olumsuz etkilerini azaltabildikleri tespit edilmiştir. Bu tür durumlar bireyin başa çıkma stratejilerini, aşağı doğru değerlendirmeleri de içeren bilişsel yaklaşımları etkili kullanabilmeleriyle izah edilmektedir.⁵⁰²

Kısacası insanın ÖİÖ'sunu etkileyen birçok faktör bulunmaktadır ve ÖİÖ'yu sadece tek bir kaynağa indirgeyerek onun mutluluğu hakkında sağlıklı bir

⁴⁹⁷ Abdülkerim Bahadır, "Ergen Kişiliği Bağlamında Din-Kişilik İlişkisi", *Selçuk Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* sy.14 (2002):117-118.

⁴⁹⁸ P. A. Frazier, A. S. Krasnoff and C. L. Port, "The role of religion in coping with chronic medical conditions" *Paper presented at the 103rd Annual Convention of the American Psychological Association*, New York (1995)'den akt. Tix and Frazier "The Use of Religious Coping During Stressful Life Events...": 412.

⁴⁹⁹ Abdulaziz Aflakseir, "Religiosity, Personal Meaning, and Psychological Well-being: A Study among Muslim Students in England", *Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology* 10, No. 1 (2012): 29-30.

⁵⁰⁰ Myers, "Religion and Human Flourishing", 327.

⁵⁰¹ Diener, "Subjective Well-Being": 558.

⁵⁰² Diener et.al., "Subjective Well-Being: Three Decades of Progress": 287.

değerlendirme yapılamaz. Bazen bir belirleyici kaynağın farklı bir kaynağı etkilemesi de bireyin ÖİÖ düzeyini artırabilir ya da azaltabilir. Bu nedenle; ÖİÖ'yu etkileyebilecek söz konusu kaynakların incelenmesi ve sonuçlarının karşılaştırılmasına yönelik çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

1.6. DİNLERDE ÖZNEL İYİ OLUŞ (MUTLULUK)

Araştırmanın bu bölümünde insan yaşamı üzerinde doğumdan ölüme ve ölüm sonrasına kadar birçok noktada etkisi olan, hayat ve ölüme dair söyleyecek pek çok sözü bulunan dinlerin, ÖİÖ/mutluluk kavramına nasıl yer verdikleri hususu ele alınacaktır. Burada dünya dinlerinin tamamının mutluluğa bakışının yansıtılması mümkün olamayacağından, tarih boyunca insan yaşamına etki etmiş büyük dinlerden bir kaçının ele alınması yeterli görülmüştür. Bu bağlamda kısaca İslamiyet, Yahudilik, Hristiyanlık ve belli başlı Uzak Doğu dinlerinde mutluluk olgusu incelenecektir.

1.6.1. İslam Dininde Öznel İyi Oluş (Mutluluk)

İslam dininin temel kaynağı olan Kur'an-ı Kerim'de "mutluluk", farklı kavramlarla ifade edilen önemli bir konudur. Bu kavramlardan "*felah, sürur, fevz*" gibi terimler sadece uhrevî mutluluğa, "*hasene, tayyib, rızk, hayr*"⁵⁰³ gibi terimler de hem dünyevî hem de uhrevî mutluluğa işaret etmektedir.⁵⁰⁴ Dünyevî ve uhrevî mutluluk ile ilgili terimlerin; genel olarak Kur'an-ı Kerim'de "salih amel" (iyi işler) çerçevesinde değerlendirilebilecek olumlu niteliklerle birlikte zikredildiği de görülmektedir.⁵⁰⁵ "*Erkek veya kadın, kim mü'min olarak iyi iş işlerse, elbette ona hoş bir hayat yaşatacağız ve onların mükâfatlarını yapmakta olduklarının en güzeli ile vereceğiz.*"⁵⁰⁶ ayeti, inanarak güzel işler yapanların dünyada mutlu bir yaşam süreceklerini, ahirette ise yaptıklarının karşılığını en iyisiyle alacaklarını ifade etmektedir.

İslam'ın en temel inanç sistemi olan Allah inancı; bireye derin bir birliktelik duygusu vermekte ve ona güven sunmaktadır. Yüce olan ve kendisine yakın olduğuna inandığı bir varlığa bağlanma ve sığınma, bireyi yalnızlık duygusundan kurtarmaktadır.⁵⁰⁷ Böylece Allah inancı, sunduğu olumlu psikolojik hal ile kişinin daha

⁵⁰³ Bakara 2/83, 168, 245; A'l-i İmran 3/37; Nisa 4/2, Maide 5/4, 5; Araf 7/157; İsra 17/18, 53.

⁵⁰⁴ Bircan, *İslam Felsefesinde Mutluluk*, 38-43.

⁵⁰⁵ Bircan, *İslam Felsefesinde Mutluluk*, 43.

⁵⁰⁶ Nahl 16/97.

⁵⁰⁷ Sefa Saygılı, *Strese Son* (İstanbul: Türdav Yayınları, 2001), 16.

rahat ve huzurlu bir hale gelmesini kolaylaştırmaktadır.⁵⁰⁸ Bu bağlamda, Allah inancının yanı sıra İslam'ın ahiret inancı da bireyin mutluluğuna olumlu katkı sağlamaktadır. Ahiret inancı, ölümün kabullenilmesini kolaylaştırmakta; bireye iyimserlik, umut gibi ruh sağlığı açısından olumlu duygular kazandırmaktadır.⁵⁰⁹ Yine insanın denetimi dışında gerçekleşen durumlarla karşılaştığı ya da varoluşsal sorgulamaların yükü altında ezildiği zamanlarda onu rahatlatan kader inancı⁵¹⁰ da, kişinin yaşantısında uyumu temin eden ve onun mutlu kalmasına katkı sunan bir diğer İslam inanç sistemidir.

El-Attâs, mutluluk kavramını açıklarken “saadet” ve “şekâvet” terimlerini kullanmış ve bu terimlerin Kur'an'ın Hûd Suresi 105-108. ayetlerinden çıkarıldığını ifade ederek şöyle demiştir:

Mutluluk İslam'da *saadet* terimiyle karşılanmakta ve varlığın iki boyutuna işaret etmektedir: *Uhrevî* ve *dünyevî*. Saadetin karşıtı, genel anlamıyla büyük bir sefalet ve bedbahtlığı ifade eden *şekâvet*dir. Ahirete ilişkin boyutunda saadet, en yüksek noktası kendisini Allah'a iradi bir teslimiyette gösteren ve de bilinçli bir yaşam sürerek O'nun emir ve yasaklarına itaat edenlere vaat edilen Allah'ın cemalini görme ebedi huzur ve neşesini de içinde barındıran nihai mutluluğa işaret etmektedir.⁵¹¹

Bu yönüyle; uhrevî ve nihai mutluluğun dünyevî yaşantılarla, tutum ve davranışlarla yakın bir ilişkisi bulunduğu anlaşılmaktadır. İslam'a göre din; bir kavram olmasının yanı sıra, tecrübe edilerek derinden ve yakinen yaşanan bir gerçekliği de ifade eder. Ancak asıl mutluluğa ise ahiret yurdunda erişilecektir. Bu husus ayet-i kerimede şu şekilde belirtilir: “*Allah'a karşı gelmekten sakınan kimselere, “Rabbimiz ne indirdi?” denildiğinde, “Hayr indirdi” derler. Bu dünyada iyi ve yararlı işleri en güzel şekilde yapanlara iyilik vardır. Ahiret yurdu ise daha hayırlıdır. Allah'a karşı gelmekten sakınanların yurdu ne güzeldir.*”⁵¹²

El- Attâs'a göre saadetin ne anlama geldiğini kavramak için, bu terimin tam karşıtı olan şekâvetin anlaşılması gerekir. El- Attâs, bu dünyada şu ya da bu şekildeki bir ıstırapı anlatmak için başkaca terimlerin de bulunduğunu belirtmiş ve sonrasında şekâveti şu şekilde tanımlamıştır:

⁵⁰⁸ Balcı, “Psikolojik ve Öznel İyi Olma Hali İle Dinî İnançlar Arasındaki İlişki Üzerine Bir İnceleme”, 80.

⁵⁰⁹ Talip Küçükcan ve Ali Köse, *Doğal Afetler ve Din* (Ankara: Türkiye Diyanet Vakfı Yayınları, 2000), 154.

⁵¹⁰ Hayati Hökelekli, *İslam Psikolojisi Yazıları* (İstanbul: Dem Yayınları, 2009), 146-147.

⁵¹¹ Nakîb Muhammed el-Attâs, “İslam'da Mutluluğun Anlamı ve Tecrübesi”, çev. Şaban Ali Düzgün, *Kelam Araştırmaları* 9 (2) (2011): 219.

⁵¹² Nahl 16/30.

İlk dönemlerden bu tarafa Arapça lügatler ve Kur'an, *şekâvet* terimini, İngilizcedeki karşılığı ile "büyük talihsizlik, sefalet, ümitsizlik, zorluk, ıstırap" gibi anlamlarda kullanmaktadır. Aslında *şekâvet*, bütün sefalet türlerini kapsayan bir cins isimdir ve bu yüzden benzer şartları açıklayan ama kendi bağlamları içinde daha özel bir anlama sahip olan diğer terimler, *şekâvetin* oluşturucu unsurlarıdır. Bunlar, başka örneklerinin yanında, şunları içermektedir: *korku (havf)* (bilinmeyen, bütün bir yalnızlığın, ifade edilemezliğin, ölümün ve ölüm ötesinde yatan şeyin yarattığı kaygı verici hal); *hüzün* (elem, keder, üzüntü, nefis katılığı); *darlık (dank)* (darlık ve sıkıntı hissi, insanın içinde ve zihnindeki keder, bu halin zihni bir şeyi anlayıp kavrayamayacak hale getirmiş olmasının yarattığı ıstırap); *büyük elem (hasret)* (elden uçup giden ve bir daha bulunamayacak olana karşı duyulan büyük elem ve pişmanlık) -ahiretle ilgili kullanıldığında- Rabbinden yüz çevirip de hayatını heba eden birinin, ölümünden sonra ruhunu nasıl kaybettiğini anladığında ve bir daha geriye dönüp de kaybettiklerini telafi etmesinin imkânsızlığını fark ettiğinde yaşadığı hali ifade eder. Bu terimler özellikle Allah'tan yüz çeviren ve O'nun rehberliğini reddedenler için kullanılmakta ve hem dünyevî hem de uhrevî hayata uygulanmaktadır.⁵¹³

Allah'tan yüz çeviren ve O'nun hidayetini reddeden bu kimseler dünyevi hayatlarında yapıp etmekte olduklarının kendilerini mutlu ettiğini düşünüyor olabilirler, ama gerçek bunun tam tersidir ve benliklerini kaybeden bu kişiler hakikatin farkına ancak ahirette varacaklardır.⁵¹⁴ Orada onları, iç çekişlerin ve hıçkırıkların hâkim olduğu bir elem günü beklemektedir.⁵¹⁵

Kur'an'a göre ise, iman sahibi olanlar, iyi işler yapanlar ve birbirlerine hakikati ve sabrı tavsiye edenler hariç, bütün insanlık büyük bir kayıp içindedir.⁵¹⁶ Burada iman etmek, iyi işler yapmak⁵¹⁷, hakkı ve sabrı tavsiye etmek kurtuluş vesilesi olarak ve tabii ki saadet kaynağı olarak ortaya konulmaktadır. Aynı şekilde İslam'a göre iman eden birisinin (mü'min); Allah'ın emir ve yasaklarına teslim olması⁵¹⁸, O'na tevekkül etmesi⁵¹⁹, verdiği nimetlere şükretmesi⁵²⁰, Allah'ı

⁵¹³ el-Attâs, "İslam'da Mutluluğun Anlamı ve Tecrübesi": 227-228.

⁵¹⁴ el-Attâs, "İslam'da Mutluluğun Anlamı ve Tecrübesi": 232.

⁵¹⁵ Meryem 19/39. ("Onları, gaflet içinde bulunup iman etmezlerken için bitirileceği o pişmanlık günüyle uyar.")

⁵¹⁶ Asr 103/2, 3.

⁵¹⁷ Ra'd 13/29 ("İnanan ve salih amel işleyenler için, mutluluk ve güzel bir dönüş yeri vardır.")

⁵¹⁸ Ahzâb 33/36: "Allah ve Resûlü bir iş hakkında hüküm verdikleri zaman, hiçbir mü'min erkek ve hiçbir mü'min kadın için kendi işleri konusunda tercih kullanma hakları yoktur."; Nisâ 4/59: ".....Herhangi bir hususta anlaşmazlığa düştüğünüz takdirde, Allah'a ve ahiret gününe gerçekten inanıyorsanız, onu Allah ve Resûlüne arz edin. Bu, daha iyidir, sonuç bakımından da daha güzeldir." denilmektedir.

⁵¹⁹ Dünya ve ahiret mutluluğunu kazanmanın bir diğer şartı da insanın çaresizlikleri karşısında acziyetinin farkına vararak Allah'a tevekkül etmesi yani O'nu vekil kılması ve O'na güvenmesidir. "Allah bize yeter, O ne güzel vekildir! ayeti buna işaret eder (Âl-İ İmrân 3/173). Bu şekilde davranış sergileyen birisinin aşkın bir güce dayanmak suretiyle yaşadığı kaygı sebebi olan olayın olumsuz etkisini azaltabileceği ve böylece daha çok olumlu duygu yaşayabileceği değerlendirilebilir.

⁵²⁰ Sözlükte "Mutlu bir olay veya durumdan, yapılan bir iyilikten duyulan hoşnutluğu bildirme ve Tanrı'ya duyulan minneti dile getirme" anlamlarına gelen şükür, kişide sahip olduklarına ilişkin

zikretmesi⁵²¹, her daim ümitli olması⁵²², dünya ile ilgili işlerde kendinden daha yukarı olan insanlara bakmaması⁵²³, kanaatkâr olması⁵²⁴, dua etmesi⁵²⁵ ve Hz. Peygamberin ifadesiyle başkalarına karşı faydalı işler yapması⁵²⁶ onun dünya ve ahirette daha mutlu olmasını sağlayacak tutum ve davranışlarına örnekler olabilir.

1.6.2. Diğer Dinlerde Öznel İyi Oluş (Mutluluk)

Klasik Yahudi edebiyatında Tevrat için kullanılan “su, ateş, ışık” gibi ifadelerin yanı sıra başlıca tanımlamalardan birisi de “hayat”tır ve hahamlara göre Tevrat ‘hayat’ ile eş anlamlıdır. Bu yüzden onu incelemek, onunla ilgilenmek hayat ile iç içe olmak demektir.⁵²⁷ *"Onu tutanlar için bir hayat ağacıdır ve onu sıkı tutanlar mutludur"*⁵²⁸ ifadesinden Tevrat’a inananlar ve onun öğretilenlerine uyanlar için mutlu bir yaşam vaat edildiği anlaşılmaktadır.

Tevrat'ın incelenmesi (talmud torah) Tanrısal Varlık'la duaya koşut (paralel) bir iletişim olmanın yanı sıra, aslında Tanrı'yı tanımanın karşılığıdır. Uygulama yönünden

farkındalığı artırma işlevini yerine getirmektedir. (TDK, “Şükür”, t.y., erişim tarihi: 22 Ekim 2017, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.59ebe065730401.29715232. İslam’ın şükre verdiği önemi şu ayetlerden anlayabiliriz: “Ey iman edenler! Eğer siz ancak Allah’a kulluk ediyorsanız, size verdiğimiz rızıkların iyi ve temizlerinden yiyin ve Allah’a şükredin.” (Bakara 2/172.) ve “Eğer şükreder ve iman ederseniz, Allah size niye azab etsin ki? Allah, şükürün karşılığını verendir, hakkıyla bilendir.” (Nisâ 4/147.)

⁵²¹ Allah’ı anmak, O’na yönelmek insanın huzurlu ve mutlu olmasına yol açar. Kur’an’da şöyle denilmektedir: “Onlar, inananlar ve kalpleri Allah’ı anmakla huzura kavuşanlardır. Biliniz ki, kalpler ancak Allah’ı anmakla huzur bulur.” (Ra’d 13/28)

⁵²² Sıkıntı ve olumsuzluklar karşısında mü’min tavrı karamsarlığa düşmemek, her zaman ümidini korumaktır. İnanan kişi her zorluktan sonra bir kolaylığın geleceğini düşünerek olumsuzluklara karşı daha dirençli bir tavır ortaya koyar. Aynı şey yapılan hatalar ya da günahkârlık duygusu için de geçerlidir. Bu hususlar için şu ayetler örnek verilebilir: “De ki: “Bizim başımıza ancak, Allah’ın bizim için yazdığı şeyler gelir. O, bizim yardımcımızdır. Öyleyse mü’minler, yalnız Allah’a güvensinler.” (Tevbe 9/51.), “Şüphesiz, güçlülükle beraber bir kolaylık vardır. Gerçekten, güçlülükle beraber bir kolaylık vardır.” (İnşirah, 94/5-6), “De ki: Ey kendilerinin aleyhine aşırı giden kullarım! Allah’ın rahmetinden ümidinizi kesmeyin. Şüphesiz Allah, bütün günahları affeder. Çünkü O, çok bağışlayandır, çok merhamet edendir.” (Zümer 39/53.)

⁵²³ “Onlardan bazı kesimlere, kendilerini sınamak için dünya hayatının süsü olarak verdiğimiz şeylere gözünü dikme. Rabbinin rızkı daha hayırlı ve daha kalıcıdır.” (Tâ Hâ 20/131)

⁵²⁴ Sözlükte “kanaat”, “*Elindekenden hoşnut olma durumu, kanıklık, yeter bulma, yetinme, fazlasını istememe, doyum*” anlamlarına gelmektedir. (TDK, “Kanaat”, t.y., erişim tarihi: 22 Ekim 2017, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.59ebee7ba5566.70740454.)

⁵²⁵ “Rabbimiz şöyle dedi: “Bana dua edin, duanıza cevap vereyim..” (Mü’min 40/60) ve “Yahut kendisine dua ettiği zaman zorda kalmışa cevap veren ve başa gelen kötülüğü kaldıran, sizi yeryüzünün halifeleri kılan mı? Allah ile birlikte başka ilâh mı var? Ne kadar az düşünüyorsunuz!” (Neml 27/62)

⁵²⁶ Buhârî, Mağâzî, 35. (“İnsanların en hayırlısı insanlara faydalı olandır.”)

⁵²⁷ Charlotte Elisheva Fonrobert, “Tevrat’ı Çoğaltmak Hayatı Çoğaltmaktır: Yahudi Kültüründe Akıl Yaraticılığı ve Her Günün Yaraticılığı”, *Dünya Dinlerinde Hayatın Anlamı*, Ed. J. Runzo-N.M. Martin, çev: Gamze Varım (İstanbul: Say Yay., 2002), 126.

⁵²⁸ *Kitab-ı Mukaddes*, Kitab-ı Mukaddes Şirketi, İstanbul 1993, Süleymanın Meselleri 3/18.

Tevrat kavramı ise birey ve toplum yaşamını düzenleyen törenleri ifade eder. Törenler Tevrat'ın öğeleridir ve hayata değer katar. Sabahtan akşama kadar söz konusu törenler, hayatın anlamını tanımlar ve hayatın dokusunu yeniden oluşturur.⁵²⁹

Diğer dinlerin öğretilerinde olduğu gibi Tevrat'ın öğretilerinden birisi de dünyaya meyletme ve biriktirme hırsından sakınılmasına yönelik uyarılarıdır. Kitab-ı Mukaddeste İsrailoğullarına bir lütuf olarak Allah'ın akşamları bildircin eti sabah da ekmek vermesiyle ilgili Musa'nın onlara bu nimetlerden yiyecekleri kadar almalarını, asla hırsa kapılıp biriktirmemelerini söylemesi⁵³⁰ buna örnek olarak gösterilebilir. Yine Yahudi öğretisinde Tanrı gökleri ve yeri altı günde yaratmış ve yedinci günde istirahat çekilmiştir. Tanrı yedinci günü mübarek kılmış ve takdis etmiştir.⁵³¹ Bu inanca göre; cumartesiye denk gelen “Sebt” gününü Yahudiler dinlenmeye ve ibadete ayırırlar.⁵³² O günde ibadet dışında başka bir iş yapılmaz.⁵³³ Fromm bu fikrin özünde, insanın her türlü hırstan arınmasının olduğunu, diğer insanlar ve doğa ile olan ilişkisindeki uyum ile ortaya çıkan huzur ve sükûnetin bulunduğunu⁵³⁴ savunur.

Hristiyan öğretilerde İsa'nın yeryüzündeki yaşamı inanan için tipik örnektir ve her Hristiyan hayatını onunla benzerlik içinde biçimlendirmeye gayret eder. Burada kastedilen İsa'yı taklit eden kişinin alçak gönüllülüğü ve aşağılanmışlığının içindeki İsa'yla uyuşmasıdır. Bu bir anlamda İsa'nın acı çektiği gibi acı çekmeye hazır olmayı ifade etmektedir. Bu öğretilerde Hristiyan bir kişi insanlar için iyilik yapmayı seçer ve bu yönde çaba harcar. Karşılığında ise bir şey beklemez. Bu durumda diğerleri tarafından hakir görülebilir ve aşağılanabilir. Ancak o; kararlı bir biçimde ahlak felsefesiyle ve vecibelerle ilgili Hristiyan öğretilerine, Hristiyanlığın dünyaya kayıtsız kalma, dünyevi olandan vazgeçme ve kendini çeşitli zevklerden alıkoyma koşuluna uyacak biçimde hareket eder.⁵³⁵

Yine Hristiyan temel inançlarından birisi İsa'nın yaşamının bedeninin ölümüyle bitmediği, dirilişinden sonra da sürdüğü, mutlu bir zafer için geri dönene kadar da süreceği ve genel olarak onun için iyi bir hayatın söz konusu olduğudur. Bu yüzden

⁵²⁹ Fonrobert, “Tevrat'ı Çoğaltmak Hayatı Çoğaltmaktır..”, 121-122.

⁵³⁰ *Kitab-ı Mukadde*, Çıkış 16/13-20.

⁵³¹ *Kitab-ı Mukadde*, Tekvin 2/1-3.

⁵³² *Kitab-ı Mukadde*, Çıkış 16/23.

⁵³³ Mahmut Aydın, *Anahatlarıyla Dinler Tarihi: Tarih, İnanç ve İbadet* (Samsun: Ensar Neşriyat, 2011), 304.

⁵³⁴ Erich Fromm, *Sahip Olmak Ya Da Olmak*, çev: Aydın Arıtan (İstanbul: Arıtan Yay., 2003), 80.

⁵³⁵ Philip L. Quinn, “Hristiyanlık Hayatın Anlamını Nasıl Güvenceye Alır?”, *Dünya Dinlerinde Hayatın Anlamı*, Ed. J. Runzo-N.M. Martin, çev. Gamze Varım (İstanbul: Say Yay., 2002), 110-111.

İsa'ya uyanların yaşamlarının onun yaşamına uygunluğu nispetinde bedensel olarak ölümden sonraki yaşamın sürmesini güvence altına alabilir.⁵³⁶

Matta İncilinin “gerçek mutluluk” isimli bölümüne göre; acıdan kurtularak mutluluğa erişmenin yolunun da fakir olmaktan, yaslı olmaktan, yumuşak huyluluktan, doğruluktan, merhamet duygusundan, barışçı ve temiz yürekli olmaktan ve barış uğruna eza çekmiş olmaktan geçtiği ifade edilir. Bu bölümde acıyı sevinçle karşılayanların yanı sıra merhametli, temiz kalpli ve yumuşak huylu olmak şeklinde sayılan güzel ahlaki bir takım niteliklere sahip olanlara da dünya ve ahiret mükâfatları vaat edilmiştir.⁵³⁷ Kutsal Kitapta söz konusu ahlaki erdemler ile mutluluk arasında bir ilişkinin kurulmuş olması, Hristiyanlığın ahlaki erdemleri garanti altına aldığını ve bu şekilde inananlarını hem dünyada hem de ahirette saadete erdirmeye çalıştığını göstermektedir.⁵³⁸

Hristiyanlıkta İsa, hem yüzde yüz bir insan, hem de yüzde yüz bir tanrıdır. Tanrı kavramı; Baba (öz), Oğul (söz) ve Kutsal Ruh (eylem) şeklinde “üçlü birlik” diye açıklanır. Bu öğretiyi kabul edenler Tanrı'nın krallığında sonsuz mutluluğa ve kurtuluşa ulaşırken, kabul etmeyenler ateş gölüne, cehenneme atılacak ve kurtuluşu kazanamamanın cezası olarak sonsuz cezaya çarptırılacaklardır.⁵³⁹

Hint alt kıtasında ortaya çıkan inanç sistemleri arasında tarihi bakımdan en eski olan Hinduizm'de⁵⁴⁰ de yaratıcı bir Tanrı anlayışı bulunmaktadır. Bu dinin temel öğretisi sonsuza dek gerçek olan, Brahman denen yalnız bir tek gerçekliğin olduğudur. Hinduizm'e göre, hayatın amacı; uygun ahlaki yaşam tarzına dayanarak yaratıcı Tanrı Brahman'ı ve onun her şeyin altında yatan kimliğini kavramaktır. Bu durum varlığın tamamı Brahman için düpedüz ve saydam bir hale gelinceye kadar devam eder. Bu tarifsiz ve bölünmez bir varlık, bilinç ve sonsuz mutluluk durumudur.⁵⁴¹

Hinduizm, insanın sürekli olarak yükselmeye çalışması ve Tanrı'ya ilişkin bilgisini geliştirmesi konusunda ısrar eder. Bu öğretiye göre "Mutlak'a tapanlar en yüksek düzeydedirler."⁵⁴² Hinduizm “bilgi yolu” anlamına gelen cayna margayı kurtuluş yolu olarak öngörür. Bu yolun amacı talipli kişiye eşyanın ve isimlerin boş ve aldatıcı

⁵³⁶ Quinn, “Hristiyanlık Hayatın Anlamını Nasıl Güvenceye Alır?”,..., 113.

⁵³⁷ *Kitab-ı Mukaddes*, Matta 5/3-12.

⁵³⁸ Balcı, “Psikolojik ve Öznel İyi Olma Hali İle Dinî İnançlar Arasındaki İlişki Üzerine Bir İnceleme”, 74.

⁵³⁹ Musa Akpınar, “Kur'an'da Kurtuluş Öğretisi”, (Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi, 2008), 148.

⁵⁴⁰ Ali İhsan Yitik, “Hinduizm”, *Yaşayan Dünya Dinleri*, Ed. Şinasi Gündüz (Ankara: DİB Yayınları, 2010), 277.

⁵⁴¹ Julius Lipner, “Hinduların Hayata Bakış Açısı”, *Dünya Dinlerinde Hayatın Anlamı*, Ed. J. Runzo-N.M. Martin, çev. Gamze Varım (İstanbul: Say Yay., 2002), 180.

⁵⁴² Lipner, “Hinduların Hayata Bakış Açısı”,.: 182.

özelliğini idrak ettirerek Brahman-Atman gerçeğinin farkına vardırarak ve kişiyi gerçek mutluluğa ulaştırmaktır. Bu yolun yolcuları duygu ve düşüncelerini kontrol etmelidirler. Zira kişi kesintisiz bir tefekkür ile tüm evren ve bütün varlığın bir ve aynı Brahman olduğunun farkına varır.⁵⁴³ Kurtuluşa erenler Aşkın Varlığın huzurunda tam bir mutluluk içinde hayatlarından zevk alırken, kurtuluşa ermeyenler de cehennemde ya da sonsuz yeniden doğum-ölüm girdabı içinde sonsuza dek mahkûm olurlar.⁵⁴⁴

Hinduizm’de olduğu gibi Budizm’de de kurtuluş kavramı, sonu gelmeyen karma- tenasüh çemberinden sıyrılmayı ifade etmektedir. Buda dünya hayatını tamamen olumsuz görmüş ve bu hayattan bir an önce kurtulmak gerektiğini belirtmiştir. Bu ise ancak nirvanaya ulaşmakla mümkündür. Budizm’de “nirvana” nihai kurtuluşu ifade eder. “Nirvana” eşyanın mahiyetinin kavrandığı, dünyevi varoluş çarkının sona erdiği “mutlak aydınlanma” ve “mutlak huzur” hali anlamına gelmektedir. Bu hal gelip geçici olmayıp sürekli bir haldir ve dinî metinlerde bazen “karşı sahil”, “fırtınalı denizdeki sakin ada”, “serin mağara” ve “kutsal şehir” şeklinde sembolik ifadelerle, bazen de “ölümsüzlük”, “değişmezlik”, “samsara çarkından ebedi kurtuluş” ve “sonsuz barış ve mutluluk” olarak tanımlanmıştır.⁵⁴⁵

Budizmde Nirvana doktrini dinin mutluluk olgusuna bakışı açısından oldukça önemlidir. En yüce mutluluğun yakalandığı nirvana durumunda acı çekmekten kurtulmak gibi geçici hazlardan da kurtulmak vaat edildiği için, tam bir ruh dinginliğine ulaşmadan söz dilmektedir.⁵⁴⁶

Buda’nın Sarnath’daki ilk vaazında dile getirdiği dört temel hakikat vardır. Bunlar:

- 1) Hayat acı ve ıstırap doludur. Acı ve ıstırap dünyevi varoluşun temel özelliğidir.
- 2) Acı ve sıkıntıların nedeni arzulardır.
- 3) Acı ve sıkıntıları sona erdirmek, arzu ve isteklerden vaz geçmeye bağlıdır.
- 4) Arzu ve isteklerin üstesinden gelmek Sekiz Dilimli Yolu izlemekle mümkündür.

İnsan her zaman mutluluk, servet, güvenlik, başarı, uzun ömür ve haz peşinde koşar. Ancak her zaman şansına acı-ıstırap, hastalık veya başarısızlık düşer. Aslında biz hayata sarılmakla kendimizi samsaranın acı-ıstırap deryasına atmaktayız. Bu nedenle,

⁵⁴³ Aydın, *Anahatlarıyla Dinler Tarihi: Tarih, İnanç ve İbadet*, 83.

⁵⁴⁴ Aydın, *Anahatlarıyla Dinler Tarihi: Tarih, İnanç ve İbadet*, 85.

⁵⁴⁵ Ali İhsan Yitik, “Budizm”, *Yaşayan Dünya Dinleri*, Ed. Şinasi Gündüz (Ankara: DİB Yayınları, 2010), 324.

⁵⁴⁶ Alan Watts, *Mutluluğun Anlamı*, çev. Semih Aközlü (Ankara: İmge Kitabevi, 1992), 54.

tüm sıkıntılardan kurtuluşun yegâne yolu her türlü arzuyu bırakmaktır. Bu tek gerçek ve temel hikmettir.⁵⁴⁷

Budizmin “karma” inancına göre de birey dünyevi var oluşunu iradi eylemlerinin ahlaki sonuçlarına göre belirler. Yani; insanın şu anki yaşamı geçmiş yaşamlarındaki eylemlerinin bir sonucu olduğu gibi gelecekteki yaşamları da şuanda yapıp ettiklerine göre belirlenecektir. Buna göre insanın kaderi Tanrı tarafından değil, kendi iradi eylemleri tarafından çizilir ve bu süreç Nirvana’ya ulaşmaya kadar devam eder.⁵⁴⁸ İnsanın eylemlerinin bu tür sonuçları (karma yasası) Budist metinlerde yer almaktadır. Örneğin; *“Eğer insan kötülük yaparsa, tıpkı sabanın adım adım öküzdün ardından gittiği gibi acı ve elemle karşılaşır.”*, *“Eğer insan iyilik yaparsa ve iyi düşünürse; mutluluk ve haz onu izler, tıpkı gölgenin insanı izlemesi gibi.”*, *“Fazıl insan, hem bu dünyada hem de ötekinde mutludur. Her ikisinde de haz duyar. O kendi eyleminin güzel sonucuyla karşılaşınca sevinir ve mutlu olur.”*⁵⁴⁹

Budizm ve Hindu geleneklerinde yeniden doğuş ve karma, evrensel zaman çevrimleri ve bu dünyanın geçiciliği kavramları gibi ortak niteliklerin paylaşıldığı görülmektedir.⁵⁵⁰

İyi ile kötünün, acı ile hazzın karşılıklı etkileşimi söz konusudur. Bu sebeple dünyevi acıya yapılan vurgunun düalist anlayış bağlamında değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu anlayışta ideal olan, hayat çemberinde (samsara) yaşamaya devam eden insanın acı ve arzularını kontrol etmek suretiyle samsaradan kurtulması ve nirvanaya ulaşmasıdır. Nirvanaya ulaşmak ise ebedi ve en yüksek mutluluğa erişmek ile açıklanmaktadır. Uzak doğu dinlerinde acının bir amaç değil nihai mutluluk için bir araç olarak görüldüğü ve diğer dinlerde olduğu gibi inananlarına ebedi mutluluğu vaat ettiği sonucuna ulaşılabilir.⁵⁵¹

Konfüçyüsçü öğretilerde ise “Gök” önemli kabul edilir. Bu yüzden göğün anlaşılması, hoşnut edilmesi ve ona itaat edilmesi tavsiye edilmektedir. Bu öğretinin en önemli yanı kişinin diğer kişilere karşı empatiyle yaklaşmasını öngören hümanist yönüdür. Buna göre *“kişi kendisine yapılmasını istemediği şeyi başkasına*

⁵⁴⁷ Yitik, “Budizm”, *Yaşayan Dünya Dinleri*, 321.

⁵⁴⁸ Yitik, “Budizm”, *Yaşayan Dünya Dinleri*, 323.

⁵⁴⁹ *The Dhammapada*, çev. F. Max Fuller, Sacred Books of East, X, 3-5.

⁵⁵⁰ J. Runzo ve N.M. Martin, “Anlam ve Asya Dini”, *Dünya Dinlerinde Hayatın Anlamı*, Ed. J. Runzo-N.M. Martin, çev. Gamze Varım (İstanbul: Say Yay., 2002), 172.

⁵⁵¹ Balcı, “Psikolojik ve Öznel İyi Olma Hali İle Dinî İnançlar Arasındaki İlişki Üzerine Bir İnceleme”, 78.

yapmamalıdır”. Herkes özünde iyidir ve diğerlerine karşı empatiyle yaklaşma eğilimindedir. Bu eğilimin farkına varan ve ona göre eylemde bulunanlar üstün insan konumundadır. Kofüçyüs’e göre gerçek erdemli kişi doğuştan aristokrat olanlar değil, özündeki hümanist karakteri geliştirerek ahlaki olgunluğa ulaşandır.⁵⁵² Yine ona göre ideal insan akıllı, cesur, kibar, müzik ve törenlere bağlı; hırslı olmayan, mütevazı bir kimsedir. Onun sisteminin amaçları arasında bilgi, samimiyet, kişisel hayatı geliştirme, aile ve sosyal ilişkilerde uyum ve dünya barışını sağlama yer almaktadır. Konfüçyüs’ün ahlak sistemi toplum ve millet içindir ve amacı da halkını mutluluğa kavuşturmadır.⁵⁵³

Görüldüğü gibi pek çok dinî gelenek insanın mutluluğunun bazen hırslardan arınmasında ve her türlü arzuyu terk etmesinde, diğer insanlarla ve doğa ile uyumunda; bazen çekilen acılar sayesinde ortaya çıkan manevî gelişimin sonucunda; bazen bedensel olarak ölmenin ötesinde ebedi bir varoluş anlayışına sahip olarak yaşamı yorumlamasında, yoksul olmada, doğrulukta, temiz kalpli ve yumuşak huylu olmasında, bazen ahlaki kabul edilen yaşam tarzı sayesinde bilgili, akıllı, samimi ve empatik yaklaşımı benimsemesinde olduğunu vurgulamıştır. Yine mutluluğun insanın Aşkın varlığına iman etmesi ve iyi işler yapmasıyla, hesap verme anlayışıyla aşırılıklardan kaçınarak dengeli bir yaşam sürmesiyle, zorluklar karşısında inancına sığınarak inancında teselli bulmasıyla, sahip olduklarına şükretmesi ve kanaatkâr olmasıyla elde edilebileceğini talim etmektedir. Söz konusu öğretiler bireyin sağlıklı ve dengeli bir yaşam sürmesine katkı sağladığı gibi verdikleri esenlik, güven, huzur ve teselli gibi duygularla da onun psikososyal yaşantısına ayrıca olumlu boyutlar kazandırmaktadır.

⁵⁵² Aydın, *Anahatlarıyla Dinler Tarihi: Tarih, İnanç ve İbadet*, 205-206.

⁵⁵³ Ahmet Güç, “Konfüçyanizm”, *Yaşayan Dünya Dinleri*, Ed. Şinasi Gündüz (Ankara: DİB Yayınları, 2010), 384-395.

İKİNCİ BÖLÜM MATERYAL VE YÖNTEM

Seyidoğlu, bilimsel çalışmalarda “yöntem”in öneminin büyük olduğunu ve bir araştırmanın bilimselliğinin araştırmada kullanılan yöntemle doğru orantılı olduğunu söylemektedir. Seyidoğlu, bilimsel araştırmalarda konunun özelliği ve araştırmacının ilgisine göre kütüphane araştırması, anket, gözlem, mülakat, istatistik bilgileri, deney vb. yöntemlerden biri ya da birkaçının tercih edilebileceğini ifade etmekte ve araştırmacının çalışmasında kullanacağı yöntem veya yöntemleri önceden belirlemesi gerektiğini vurgulamaktadır.⁵⁵⁴ Arseven’e göre ise “yöntem” bölümü; araştırmanın problemine uygun olarak araştırma türünün belirlenmesi, söz konusu çalışma kapsamına giren birey, olgu ve evrenin saptanması ve bu evrenden örneklemin seçilmesi ile temel ve alt problemlere cevap olacak istatistiksel bulguların elde edilmesi için kullanılacak analiz tekniklerinden oluşmaktadır.⁵⁵⁵

Bu bağlamda hemodiyaliz hastalarında dindarlık ve öznel iyi oluş arasındaki ilişkinin incelendiği bu araştırmanın da yöntem bölümü sırasıyla; araştırmanın modeli, evren ve örneklemi, veri toplama teknikleri, verilerin analizi ve istatistiksel işlemlere dair bilgileri içermektedir.

2.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Araştırmanın “*Sınırlılıklar ve Dışlama Kriterleri*” bölümünde ifade edildiği gibi, bu çalışmada çoklu-strateji (karma yöntem) desenlerinden “*ardışık açıklayıcı desen*” yöntemi benimsenmiştir.⁵⁵⁶ Bu yöntemi benimsememizin temel nedeni sadece nicel verilere ya da sadece nitel verilere bağımlı kalmamaktır. Çünkü hem nicel hem de nitel çalışma yaklaşımlarının kendi içlerinde bir takım avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır. Robson’a göre, 1950’li yıllardan 1970’lerin ortalarına kadar baskınlığını korumuş olan pozitivist nicel paradigmayı, 1970’lerin ortalarından 1990’lara kadar ki geçen sürede nitel/yorumsamacı/yapılandırmacı araştırma paradigması izlemiştir. 1990’lı yıllardan itibaren de üçüncü bir yöntem olarak karma yöntem araştırmaları gelişmeye başlamış ve araştırma dünyasındaki yerini almıştır. Bu desen nicel ve nitel

⁵⁵⁴ Halil Seyidoğlu, *Bilimsel Araştırma ve Yazma El Kitabı* (İstanbul: Güzem Yayınları, 8. Baskı, 2000), 99.

⁵⁵⁵ Ali Doğan Arseven, *Alan Araştırma Yöntemi* (Ankara: Gül Yayınları, 1993), 89.

⁵⁵⁶ “*Ardışık açıklayıcı desen*” yöntemi açıklaması için bk. 28. Dipnot.

veri toplama yöntemlerinin bir projede bir araya getirilmesini ifade eder.⁵⁵⁷ Bilimsel çalışmalar açısından araştırma yaklaşımlarının birleştirilmesinin birçok yararı bulunmaktadır. Örneğin; nicel-nitel veriler arasındaki desteğin bulguların geçerliğini artırması, araştırma konusunun tam bir resmini ortaya koyması, her yaklaşımın güçlü yönlerini kullanarak zayıf yönlerin dengelenmesi ve daha güçlü çıkarımların yapılabilmesi, araştırma sorularının daha geniş yelpazede ve daha kapsamlı ele alınabilmesi, olguların karmaşık doğasını anlamaya yönelik daha geniş bir bakış açısı sunması, bulguları açıklamadaki faydası (özellikle beklenmeyen ve olağandışı bulgulara ulaşılması durumunda bu bulguların açıklanması ve yorumlanması), verilerin tanımlanması ve olgunun daha iyi betimlenmesi (nicel bulgular nitel verilerle örneklendirilebilmektedir), araştırma sorularını (hipotez geliştirme ve test etme) geliştirme, araç geliştirme ve test etme⁵⁵⁸ bunlardan bazılarıdır. Söz konusu gerekçelerden hareketle bir saha çalışması olan araştırmamızın verileri nicel (anket) ve nitel (gözlem ve mülakat) yaklaşımların her ikisi de kullanılarak karma yöntemle elde edilmiştir. Ayrıca anket ve mülakat Din Psikolojisi alanında yapılan çalışmalarda kullanılan yöntemler arasında olup; özellikle dinî tecrübeler, dinî inanç ve tasavvurlar ve dinî tutumların araştırılmasında başvurulan tekniklerdendir.⁵⁵⁹

Araştırmanın modeli de “*ardışık açıklayıcı desen*” yöntemine uygun olduğunu düşündüğümüz *ilişkisel tarama modelidir*. Tarama modeli, geçmişte ya da halen var olan bir durumu aynen betimlemeyi esas alır. Bu modelde araştırmaya konu olan olay, birey ya da nesne kendi koşulları kapsamında yansız olarak tanımlanır. İlişkisel tarama modelinde ise, iki ya da daha fazla değişken arasında birlikte değişimin varlığını ve/veya derecesini belirleme amaçlanmaktadır. Bu modelde değişkenler arası ilişkiler; değişkenlerin birlikte değişip değişmediğinin, değişim söz konusu ise bu durumun nasıl olduğunun saptanmaya çalışıldığı *korelasyon türü ilişkisel tarama* ve en az iki değişkenin bulunarak bunlardan sınanacak bağımsız değişkene göre gruplar oluşturup diğer değişkene -bağımlı değişken- göre aralarında bir farklılaşma olup olmadığının incelendiği *karşılaştırma türü ilişkisel tarama* modeli ile tespit edilebilmektedir.⁵⁶⁰

İki ilişkisel tarama modeline de uygun olan bu araştırmada katılımcıların dindarlık düzeyleri ve öznel iyi oluşları arasındaki ilişkiler korelasyon türü tarama

⁵⁵⁷ Robson, *Bilimsel Araştırma Yöntemleri: Gerçek Dünya Araştırması*, 202.

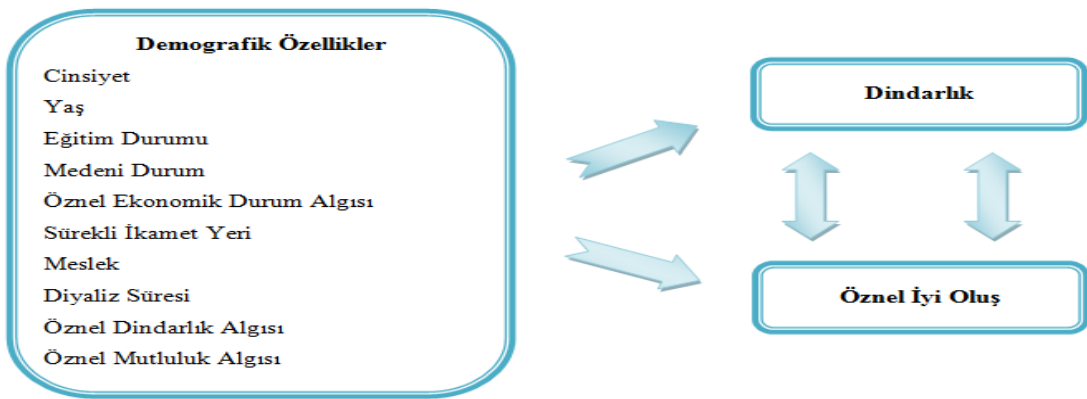
⁵⁵⁸ Robson, *Bilimsel Araştırma Yöntemleri: Gerçek Dünya Araştırması*, 206.; Ayrıca bk. Karaca, *Din Psikolojisi*, 48-49.

⁵⁵⁹ Hayati Hökelekli, *Din Psikolojisine Giriş* (İstanbul: Dem Yayınları, 2012), 23.

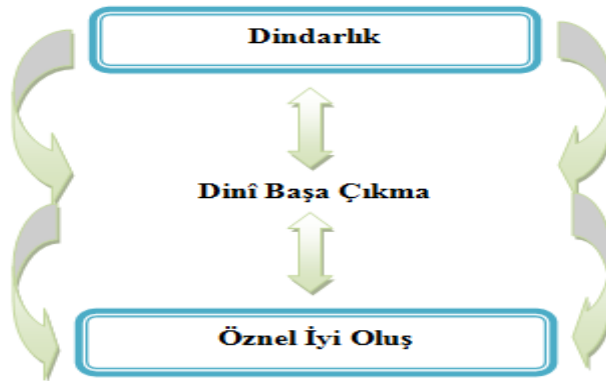
⁵⁶⁰ Karasar, *Bilimsel Araştırma Yöntemi...*, 77-84.

modelinde incelenmiştir. Bağımsız değişken olarak ele alınan cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, öznel ekonomik durum algısı, sürekli ikamet edilen yer, meslek, diyaliz süresi, öznel dindarlık algısı ve öznel mutluluk algısının hastaların dindarlık düzeyleri ve öznel iyi oluşları üzerinde herhangi bir farklılaşmaya neden olup olmadıkları da karşılaştırma türü ilişkisel tarama modeli bağlamında araştırılmıştır.

Bununla birlikte; dinî başa çıkma tarzlarına ilişkin nitel araştırmanın verileri ayrıca tartışılmış ve gerektiği yerlerde nicel verilerle kıyaslanarak yorumlanmıştır. Nicel ve nitel araştırmaların modelleri de **Şekil 2.1.** ve **Şekil 2.2.**'de gösterilmiştir.



Şekil 2.1 : Nicel Araştırma Modeli



Şekil 2.2 : Nitel Araştırma Modeli

Şekil 2.1.'deki modele göre; araştırmada demografik değişkenler ile dindarlık ilişkisi ve demografik değişkenler ile öznel iyi oluş ilişkisi ele alınmış ve sonrasında örneklemin dindarlık düzeyi ile öznel iyi oluş düzeyi arasındaki korelasyon araştırılmıştır. Şekil 2.2.'deki modelde ise; bireylerin dindarlık düzeylerinin ve dinî başa

çıkma yaklaşımlarını kullanmalarının öznel iyi oluşları üzerinde etkili olduğu öngörüsü incelenmiştir.

2.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Evren, araştırma sonucunun genellenmek istendiği gerçek ya da hipotetik insan, olay ya da objelerin bütünüdür. Örneklem ise, hedef evrenden belirli kurallara göre seçilen ve her bakımdan evreni temsil eden küçük bir kümedir.⁵⁶¹

Evrenin büyüklüğü ilgilenilen özelliğe (değişkene) göre değişir. Araştırma evreni, araştırmanın amacına uygun olarak bir okul, mahalle, köy, ilçe, il ya da ülkenin tamamı olabilir. Diğer bir ifadeyle araştırma evreni sınırlı ya da sınırsız olabilmektedir.⁵⁶² Bu araştırmanın evreni de 2017-2018 yılında Çorum il merkezi ve ilçelerindeki hastanelerde hemodiyaliz tedavisi gören 621 hastadan oluşmaktadır. Evrene kıyasla örneklem büyüklüğünü belirlemek amacıyla öncelikle “Power Analysis” (Güç Analizi) yöntemi kullanılmış ve analiz sonucunda araştırma için 160 kişilik bir örneklem yeterli olduğu tespit edilmiştir (bk. **Ek-1**). Ancak araştırmanın güvenilirlik düzeyini artırmak için örneklem sayısının çoğaltılması istenmiş, bunun için de “*tabakalı rastgele örnekleme*” yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntemde, araştırmada incelenen değişkenin evrendeki deneklerin yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik, kültürel özellikler vb. herhangi bir özelliğine göre değişiklik göstermesi durumunda başvurulmaktadır. Yöntemin etkin olabilmesi için tabakalardaki birimlerin kendi içinde homojen olması ve tabakalar arasında gerçek bir farklılık bulunması gerekmektedir. Her tabakadan kaç bireyin örnekleme alınacağını belirlemek için “*orantısız tabakalı örnekleme*” ya da “*orantılı tabakalı örnekleme*” yollarına başvurulur. Birincisinde, tabakalardaki birey sayısı göz önüne alınmadan her tabakadan eşit sayıda birey örnekleme alınır. İkincisinde ise çok kişi içeren tabakadan çok, az kişi içeren tabakadan da az kişi örneklem olarak alınır. Bu yöntemde tabakalardaki birim sayısı evrendeki birim sayısına bölünerek her tabakanın ağırlığı bulunur. Bulunan tabaka ağırlıkları örnekleme alınacak birim sayısı ile çarpılır ve böylece her tabakadan kaç denek alınacağı belirlenir.⁵⁶³ Buna

⁵⁶¹ Ali Balcı, *Sosyal Bilimlerde Araştırma: Yöntem, Teknik ve İlkeler* (Ankara: 72TDFO Bilgisayar Yayıncılık, 2. Baskı, 1997), 92-93.

⁵⁶² Nilgün Köklü vd., *Sosyal Bilimler İçin İstatistik* (Ankara: Pegem A Yayıncılık, Geliştirilmiş 2. Baskı, 2006), 3.

⁵⁶³ Sağlık Hizmetleri Sekreterliği: *Örnekleme*, (Ankara: Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları, 2011), 15-16.; Ayrıca bk. Balcı, *Sosyal Bilimlerde Araştırma: Yöntem, Teknik ve İlkeler*, 100-101.

göre; araştırmamızın 621 kişilik evreni⁵⁶⁴ tedavi alınan yere göre (il merkezi ve ilçeler) iki tabakaya ayrılmıştır. Betimsel araştırmalarda alınacak örneklem oranı minimum %10 olabilmektedir.⁵⁶⁵ Araştırmanın sınırlılıkları da dikkate alınarak gönüllülük esasına göre çalışmada yer almak isteyen tüm hastalar belirlenmiş ve böylece bu oranın üzerinde bir örneklem birim sayısı olan toplam 205 deneğin nicel araştırmaya dâhil edilmesi kararlaştırılmıştır. Tabakalara düşen birim sayısına göre tabaka ağırlığı tespit edilmiş ve her bir tabakada bulunan kişi sayısı örneklem birim sayısı (205 hasta) ile çarpılarak tabakalardan alınması gereken denek sayısına ulaşılmıştır. Bu durum **Tablo 2.1.**'de gösterilmiştir.

Tablo 2.1 : Tabakalı Rastgele Örnekleme Yöntemi ile Seçilen Örnekleme Tablosu

Tedavi Görülen Yer	Hasta Sayısı	Tabaka Ağırlığı	Örnekleme Seçilecek Hasta Sayısı
İl Merkezi	320	320/621	0,516 x 205 = 106
İlçeler	301	301/621	0,484 x 205 = 99
Toplam	621	-	205

Ayrıca araştırmanın nitel verileri de amaçlı örnekleme yöntemlerinden “ölçüt örnekleme yöntemi” ile belirlenen 20 kişi ile yapılan görüşme sonucu elde edilmiştir. Ölçüt örneklemedeki temel anlayış, önceden belirlenmiş bir dizi ölçütü karşılayan bütün durumların çalışılmasıdır. Söz konusu ölçüt ya da ölçütler araştırmacı tarafından oluşturulabileceği gibi daha önceden hazırlanmış bir ölçüt listesi de kullanılabilir.⁵⁶⁶ Araştırmanın bu kısmında ilk koşul nicel çalışmada yer alan 205 kişilik katılımcının yaklaşık % 10'unun çalışmaya dâhil edilmesidir. Diğer koşullar ise cinsiyet, yaş ve yerleşim yeri olarak belirlenmiştir. Araştırmanın amacı doğrultusunda mülakat için il merkezi ve ilçelerden 45 yaş altı 10 kişi ve 45 yaş üstü 10 kişi tespit edilmiştir. 10 kadın ve 10 erkekten oluşan bu kişilerin özellikleri **Tablo 2.2**'de verilmiştir.

Tablo 2.2 : Mülakat Yapılan Örnekleme ve Özellikleri

İkamet Yeri	Kişi Sayısı	Erkek	Kadın
İl Merkezi	10	5	5
İlçeler	10	5	5
Toplam	20	10	10

⁵⁶⁴ Hasta sayısı Hitit Üniversitesi Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Bölümünden alınmıştır.

⁵⁶⁵ Mine Arlı ve Hamil Nazik, *Bilimsel Araştırmaya Giriş* (Ankara: Gazi Kitabevi, 2001), 77.

⁵⁶⁶ Ali Yıldırım ve Hasan şimşek, *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri* (Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2006), 112.

Araştırmanın, hastanelerin hemodiyaliz ünitesinde tedavi gören hastalar üzerinde yapılabilmesi için anket formları ve ekleri ile birlikte Çorum İli Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliğine ön izin başvurusunda bulunulmuş ve 20.07.2017 tarih ve 72743589-799-E.615/49378427 sayılı onay ile gerekli izinler alınmıştır (bk. **Ek-2**). Anket uygulaması Ağustos 2017 ile Ocak 2018 tarihleri arasında, mülakat ise Ocak 2018-Haziran 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Uygulama sürecinde hazırlanan “Onam Formu” (bk. **Ek-3**) aracılığıyla hastaların onayları alınmış, çalışma hakkında gerekli bilgilendirmeler yapılmış ve çalışma tamamen gönüllülük esasına göre yürütülmüştür. Araştırmanın bilimsel amaçlı yapıldığı anlatılmasına rağmen; özellikle dindarlık ölçeğinin bulunduğunu gören bazı hastalar çalışmaya katılmak istemediklerini belirtmiş ve bu hastalar kapsam dışı tutulmuşlardır. Anketler hastane ortamında bazen hafta içinde bazen de cumartesi günlerinde hastalarla yüz yüze görüşmeler yapmak suretiyle araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Hemodiyaliz ünitesi doktoru ile birlikte ilçe ziyaretleri yapılarak tedavisini ilçelerde alan hedef kitleye ulaşılmıştır. Hastalığın zorlu koşulları zaman zaman anket çalışmasını kesintiye de uğratmış, zorlanılan yerlerde hastalarla birebir diyalogu bulunan hemşirelerden yardım alınmıştır. Özellikle okuryazar olmayan ve ileri yaştaki bazı hastaların anketi doldurmalarına yardım edilmiştir. Uygulama sonunda anketler teker teker incelenmiş, tutarlı doldurulup doldurulmadıkları, eksiklerin olup olmadığı kontrol edilmiştir. Gerekli kontroller sonrasında uygun görülen anketler değerlendirilmeye alınmıştır.

2.2.1. Nicel Örneklem Grubunun Genel Özellikleri

Araştırmanın nicel kısmının örnekleme, T.C. Sağlık Bakanlığı Hitit Üniversitesi Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Çorum İli İlçe Diyaliz Ünitelerinde tedavi gören 205 hastadan oluşmaktadır. Buna göre; ankete katılan bireylerin bağımsız değişkenlere göre istatistiksel dağılımları aşağıda tablolar halinde gösterilmiştir.

Tablo 2.3 : Cinsiyete Göre Dağılım

Seçenekler	N	%
Kadın	94	45,9
Erkek	111	54,1
Toplam	205	100

Tablo 2.3’de görüldüğü gibi örneklem grubunun % 45,9’unu kadınlar, % 54,1’ini ise erkekler oluşturmaktadır.

Tablo 2.4, örneklem grubunun yaş dağılımını göstermektedir. Buna göre; katılımcıların % 3,4'ü 18-30 yaş aralığında, % 4,9'u 31-40 yaş aralığında, % 8,8'i 41-50 yaş aralığında, % 22,9'u 51-60 yaş aralığında, % 46,3'ü 61-75 yaş aralığında ve % 13,7'si de 76 ve üzeri yaş aralığındadır.

Tablo 2.4 : Yaşa Göre Dağılım

Seçenekler	N	%
1. 18-30 yaş arası	7	3,4
2. 31-40 yaş arası	10	4,9
3. 41-50 yaş arası	18	8,8
4. 51-60 yaş arası	47	22,9
5. 61-75 yaş arası	95	46,3
6. 76 yaş ve üzeri	28	13,7
Toplam	205	100

Tablo 2.4'deki verilerden, 75 yaşa kadar hasta sayısında yaşla doğru orantılı bir artışın olduğu anlaşılmaktadır. Özellikle 51-75 yaş aralığındaki orta yaş üstü denekler arasında oranın yüksek olduğu görülmektedir. 76 yaş ve üzerinde ise hasta sayısındaki düşüş dikkat çekmektedir.

Tablo 2.5 : Eğitim Durumuna Göre Dağılım

Seçenekler	N	%
1. Okuma Yazması Yok	48	23,4
2. Okur-Yazar	35	17,1
3. İlkokul Mezunu	75	36,6
4. Orta ve Dengi Okul Mezunu	16	7,8
5. Lise ve Dengi Okul Mezunu	18	8,8
6. Yüksek Okul/Üniv. Mezunu	13	6,3
Toplam	205	100

Tablo 2.5'de katılımcıların eğitim düzeylerine göre dağılımı yer almaktadır. Eğitim düzeyi değişkeni açısından araştırmaya katılanların, 23,4'ünün okuma ve yazmasının olmadığı, % 17,1'inin de okur-yazar olduğu görülmektedir. Örneklem % 36,6'sı ilkokul mezunu, % 7,8'i orta ve dengi okul mezunu, % 8,8'i lise ve dengi okul mezunu ve % 6,3'ü ise yüksek okul veya üniversite mezunudur.

Tablo 2.6 : Medeni Durumuna Göre Dağılım

Seçenekler	N	%
1. Hiç Evlenmemiş	13	6,3
2. Evli	137	66,8
3. Dul veya Boşanmış	55	26,8
Toplam	205	100

Medeni duruma göre istatistiksel dağılımda görüldüğü üzere, katılımcıların % 6,3'ü hiç evlenmemiş, % 66,8'i evli ve % 26,8'i ise dul veya boşanmış kişilerdir.

Tablo 2.7 : Özel Ekonomik Durum Algısına Göre Dağılım

Seçenekler	N	%
1. Düşük	42	20,5
2. Ortanın Altı	39	19,0
3. Orta	107	52,2
4. Ortanın Üstü	17	8,3
Toplam	205	100

Örnekleme “*Ekonomik olarak kendinizi nasıl hissediyorsunuz?*” sorusu yöneltmiştir. Katılımcıların kendi algılamalarına göre ekonomik durumlarına ilişkin veriler toplanmış ve dağılımları Tablo 2.7’de gösterilmiştir. Buna göre, örneklemin, % 20,5’i kendi ekonomik durumunu düşük, % 19’u ortanın altı, % 52,2’si orta, % 8,3’ü ise ortanın üstü olarak değerlendirmektedir. Ekonomik durum algısına göre, katılımcıların büyük çoğunluğu, % 52,2’lik oranla orta gelir düzeyi dediğimiz grupta toplanmıştır.

Tablo 2.8 : Sürekli İkamet Yeri ve Diyaliz Tedavisi Alınan Yere Göre Dağılım

Seçenekler	Tedavi Yeri	N	%
1. Köy	İl Merkezi	53	25,9
2. İlçe	İl Merkezi	9	4,4
3. İlçe	İlçe	99	48,2
4. İl Merkezi	İl Merkezi	44	21,5
Toplam		205	100

Tablo 2.8, örneklemin ikamet yerini ve diyaliz tedavisini aldıkları yere göre dağılımını göstermektedir. Tabloya göre; katılımcıların % 25,9’u köyde yaşamakta ve tedaviyi il merkezinde almakta; % 4,4’ü ilçede ikamet etmekte ve tedavisini il merkezinde almakta; % 48,2’si ilçede yaşamakta ve tedaviyi de ilçede almakta; % 21,5’i ise il merkezinde yaşamakta ve tedaviyi il merkezinde almaktadır. Tablodaki veriler tedavi alınan yer açısından genel olarak değerlendirildiğinde ise örneklemin % 51,8’inin il merkezinde, % 48,2’sinin de ilçede tedavi gördüğü anlaşılmaktadır.

Tablo 2.9 : Mesleklere Göre Dağılım

Seçenekler	N	%
1. Memur	5	2,4
2. Esnaf, Zanaatkâr	5	2,4
3. İşçi	11	5,4
4. Emekli	44	21,5
5. Serbest Meslek (Av., Dr, Müh. vb.)	8	3,9
6. Ev Hanımı	80	39,0
7. Çiftçi	32	15,6
8. İşsiz	20	9,8
Toplam	205	100

Tablo 2.9, katılımcıların meslek gruplarına göre dağılımlarını göstermektedir. Bu grup çok geniş bir yelpazeyi oluşturduğundan araştırmada seçeneklerin sekiz başlıkta toplanması gereği ortaya çıkmıştır. Buna göre; çalışmada ev hanımları, % 39'luk oranla en büyük grubu oluşturmaktadır. İkinci sırada % 21,5 oranla emekliler ve üçüncü sırada % 15,6 oranla çiftçiler bulunmaktadır. Son sıralarda ise aynı katılım oranıyla memur, esnaf ve zanaatkârlar (% 2,4) yer almaktadır.

Tablo 2.10 : Diyaliz Süresine Göre Dağılım

Seçenekler	N	%
1. 6 ay-5 yıl arası	146	71,2
2. 6-10 yıl arası	43	21,0
3. 11-15 yıl arası	9	4,4
4. 16 yıl ve üzeri	7	3,4
Toplam	205	100

Tablo 2.10'da hastaların diyaliz süresi dağılımı gösterilmektedir. Buna göre; katılımcıların büyük çoğunluğunun (% 71,2) tedavi süresi 6 ay-5 yıl arasındadır. % 21'inin 6-10 yıldır tedavi gördüğü, % 4,4'ünün 11-15 yıl ve % 3,4'ünün ise 16 yıl ve üzerinde tedavi gördüğü ve halen tedaviye devam ettiği anlaşılmaktadır.

Tablo 2.11 : Öznel Dindarlık Algısına Göre Dağılım

Seçenekler	N	%
1. Hiç Dindar Değil	3	1,5
2. Biraz Dindar	39	19,0
3. Dindar	115	56,1
4. Çok Dindar	48	23,4
Toplam	205	100

Katılımcılara “*Dini açıdan kendinizi nasıl tanımlarsınız?*” sorusu yöneltilerek örneklemin öznel dindarlık algısı anlaşılmasına çalışılmıştır. Tablo 2.11'e göre; katılımcıların % 56,1'i kendisini “dindar” olarak tanımlarken, % 23,4'ü “çok dindar” şeklinde tanımlamıştır. “Dindar” ve “çok dindar” grubu birlikte değerlendirildiğinde örneklemin kendisini dindar görme oranı toplamda % 79,5 olmaktadır. Dinî açıdan biraz dindar olanların oranı % 19, hiç dindar olmayanların oranı ise % 1,5'tir.

Tablo 2.12 : Öznel Mutluluk Algısına Göre Dağılım

Seçenekler	N	%
1. Hiç Mutlu Değil	14	6,8
2. Biraz Mutlu	77	37,6
3. Mutlu	97	47,3
4. Çok Mutlu	17	8,3
Toplam	205	100

Örnekleme “*Mutlu hissetme açısından kendinizi nasıl tanımlarsınız?*” sorusu yöneltmiş ve verilen yanıtlar tabloda gösterilmiştir. Tablo 2.12’de görüldüğü gibi katılımcıların % 47,3’ü kendisini “mutlu” olarak tanımlarken, “çok mutlu” olarak tanımlayan kişilerin oranı 8,3’tür. Ayrıca biraz mutlu olanların oranının % 37,6 ve hiç mutlu olmayanlarının oranının ise % 6,8 olduğu görülmektedir.

2.2.2. Nitel Örneklem Grubunun Genel Özellikleri

Araştırmanın nitel kısmının örnekleme il merkezi ve ilçe diyaliz ünitelerinde tedavi gören ve nicel çalışmada da yer alan 20 hastadan oluşmaktadır. Buna göre; mülakata katılan bireylerin bağımsız değişkenlere göre istatistiksel dağılımları aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 2.13. Bağımsız Değişkenlere Göre Örneklem Grubunun Genel Nitelikleri

Değişken	Seçenekler	N	%
Cinsiyet	Kadın	10	50,0
	Erkek	10	50,0
Yaş	18-30	2	10,0
	31-40	4	20,0
	41-50	6	30,0
	51-60	2	10,0
	61-75	5	25,0
	76 ve üzeri	1	5,0
Eğitim	Okuma Yazması Yok	1	5,0
	Okur-Yazar	1	5,0
	İlkokul Mezunu	7	35,0
	Orta ve Dengi Okul Mezunu	5	25,0
	Lise ve Dengi Okul Mezunu	3	15,0
	Yüksek Okul/Üniv. Mezunu	3	15,0
Gelir	Düşük	6	35,0
	Orta	11	55,0
	Ortanın Üstü	3	15,0
Meslek	Memur	2	10,0
	Emekli	4	20,0
	Ev Hanımı	8	40,0
	Çiftçi	2	10,0
	İşsiz	4	20,0
İkamet Yeri	Köy	6	30,0
	İlçe	4	20,0
	İl Merkezi	10	50,0
Tedavi Süresi	6 ay-5 yıl arası	11	55,0
	6-10 yıl arası	7	35,0
	11-15 yıl arası	1	5,0
	16 yıl ve üzeri	1	5,0

Tablo 2.13 incelendiğinde; farklı eğitim düzeyinde olan katılımcıların % 50’sinin kadın ve % 50’sinin erkek olduğu; 41 yaş ve üzeri katılımın yüksek olduğu (% 70) ve öznel gelir algısına göre çoğunluğun ekonomik durumlarını orta düzeyde

gördükleri anlaşılmaktadır. Meslek durumu değişkenine göre; en fazla katılımın ev hanımı grubunda olduğu (% 40) ve bu gurubu eşit oranla (% 20) emekli ve işsizlerin takip ettiği görülmektedir. Ayrıca araştırmaya dâhil olan katılımcıların % 50'sinin il merkezinde, % 50'sinin de köy ve ilçelerde yaşadığı; 11 yıl ve üzerinde tedavisi devam eden hastaların oranının toplamda % 10 olduğu, 6 ay-10 yıl arasında tedavisi süren kişilerin oranının ise % 90 olduğu tabloda gösterilmektedir.

2.3. VERİ TOPLAMA TEKNİKLERİ

Araştırma teorik ve uygulamalı olmak üzere iki temel bölümden oluşmaktadır. Teorik bölüme ait veriler araştırmanın konusuyla ilgili psikoloji ve din psikolojisi literatüründe geçen nicel ve nitel çalışmaların yanı sıra ilgili kitap, dergi, makale, belirli kurum ve kuruluşlar tarafından hazırlanan raporlar ve istatistiksel verilerin taranmasıyla oluşturulmuştur. Yine teorik kısımda konuyu ilgilendiren ve tıp alanyazında geçen ilişkili bazı araştırma bulgularına da yer verilmiştir.

Uygulama kısmı olan saha çalışması ise, iki aşamada yürütülmüştür. Birinci aşamada temel veri toplama aracı olarak “anket” tekniği kullanılmıştır. Araştırmanın amacına yönelik hazırlanan anket formu; “Kişisel Bilgi Formu”, “Dindarlık Envanteri” ve “Öznel İyi Oluş Ölçeği” olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Nitel kısımda ise, nicel yöntemle elde edilen verilerin derinlemesine betimlenmesi, olay örüntülerinin ortaya çıkarılarak daha detaylı yorumlanması ve verilerin tutarlılığının karşılaştırılması için “katılımcı gözlem ve mülakat” teknikleri kullanılmıştır. Böylece anket tekniğinin riskleri ve eksiklikleri giderilmeye çalışılmıştır. Aşağıda bu veri toplama araçları hakkında detaylı bilgi verilmiştir.

2.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Anket formunun birinci bölümü “Kişisel Bilgi Formu” olarak sınıflama ölçeği⁵⁶⁷ şeklinde araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Bu bölümde örnekleme oluşturan bireylerin araştırmanın temel değişkenleri ile ilişkili olduğu düşünülen ve bağımsız değişken olarak hazırlanan demografik özelliklerinin (cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, öznel ekonomik durum algısı, sürekli ikamet yeri, meslek) yanı sıra

⁵⁶⁷ Karasar, *Bilimsel Araştırma Yöntemi...*, 143-144.

diyaliz süresi, öznel dindarlık algısı ile öznel mutluluk algısını belirlemeye yönelik toplam 10 anket sorusu bulunmaktadır (bk. **Ek-4**).

2.3.2. Dindarlık Envanteri

Geçmişte din ve dindarlık tanımlanırken, dindarlığın tek bir göstergesine istinaden yapılan çalışmalar günlük yaşamda karşılaşılan dine ilişkin problemlerin açıklanmasında yeterli olmadığı için, sosyal bilimciler çok boyutlu dindarlık teorisini gündeme getirmişlerdir. Dünya dinleri açısından ayrıntıya girildiğinde çok farklılık olsa da⁵⁶⁸ dindarlık tezahürlerinin benzerlik arz ettiği düşüncesinden hareketle, çeşitli dünya dinlerinin kabul edebileceği dindarlık boyutları geliştirme çabası sonucunda⁵⁶⁹ Glock tarafından birbirini tamamlayan beş dindarlık boyutu ileri sürülmüş ve *inanç, duygu, davranış, bilgi ve etki*⁵⁷⁰ boyutlarının genel olarak dindarlığın göstergesi olduğu kabul edilmiştir.

Bu araştırmanın amacı ölçek ya da envanter geliştirme olmadığından, çalışmanın ikinci bölümünde Kula tarafından geliştirilmiş⁵⁷¹ ve Aydemir tarafından da geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olan envanterin araştırma içeriğine uygun olduğu düşünülmüştür. Bu şekilde, literatürdeki dindarlık boyutlarını da kapsayan 5’li Likert tipi 25 soruluk “Dindarlık Envanteri” örneklemin dindarlık düzeylerini belirlemede kullanılmış ve araştırmada geçen “dindarlık” kavramı bu ölçeğin ölçtüğü özellik olarak ele alınmıştır (bk. **Ek-5**). Envanterin söz konusu boyutları ve maddeleri şu şekildedir: İnanç boyutu ile ilgili maddeler: 1, 5, 8, 15; inancın kişi açısından önemini belirten maddeler: 2, 16,17,21; ibadet boyutu ile ilgili maddeler: 4, 9, 13, 24; duygu boyutu ile ilgili maddeler: 7, 19, 22; bilgi boyutu ile ilgili maddeler: 3, 6, 11, 12, 23, 25; etki boyutu ile ilgili maddeler: 10, 14, 18, 20. Dindarlık envanterinde 21 ve 22. maddeler olumsuz, diğer maddeler ise olumlu olarak ifade edilmiştir. Cevap şıkları her maddenin karşısına “Kesinlikle Katılıyorum”, “Katılıyorum”, “Kararsızım”, “Katılmıyorum”, “Kesinlikle Katılmıyorum” şeklinde beşli likert olarak yerleştirilmiştir. Dindarlık envanterinin puanlanmasında olumlu maddelerde “Kesinlikle Katılıyorum” seçeneğine

⁵⁶⁸ Öznur Özdoğan, “Dindarlıkla İlgili Bazı Faktörlerin Kendini Gerçekleştirme Düzeyine Etkisi”, (Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, 1995), 11.

⁵⁶⁹ Yıldız, “Dindarlığın Tanımı ve Boyutları Üzerine Psikolojik Bir Çalışma”: 29.; Ayrıca bk. Necdet Subaşı, “Türkiye Dindarlığı: Yeni Tipolojiler”, *İslamiyat Dergisi* 5, sy. 4 (2002): 25. ve Necmi Karslı, “Dindarlık ve Öfke Kontrolü İlişkisi Üzerine Tecrübî Bir Araştırma”: 60.

⁵⁷⁰ Hökelekli, *Din Psikolojisine Giriş*, 51.

⁵⁷¹ Naci Kula, *Kimlik ve Din* (İstanbul: Ayışığı Kitapları, 2001), 30.

5, “Katılıyorum” seçeneğine 4, “Kararsızım” seçeneğine 3, “Katılmıyorum” seçeneğine 2, “Kesinlikle katılmıyorum” seçeneğine 1 puan verilmiştir. Olumsuz maddelerde ise ters yönlü olacak şekilde “Kesinlikle Katılıyorum” seçeneğine 1, “Katılıyorum” seçeneğine 2, “Kararsızım” seçeneğine 3, “Katılmıyorum” seçeneğine 4, “Kesinlikle Katılmıyorum” seçeneğine 5 puan verilmiş ve bu sisteme göre, veriler SPSS istatistik programına kodlanmıştır. Dindarlık envanterinin genelinden alınabilecek en yüksek puan (25x5) 125, en düşük puan da (25x1) 25’tir. Dindarlık envanteri üzerinde yapılan faktör analizi sonucunda ise faktör yüklerinin 0,30 ile 0,78 arasında değiştiği görülmüştür. Envanterin test-yarı test yöntemi ile kontrol edilmiş olan güvenilirlik katsayısı .84, Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı da .86 olarak hesaplanmıştır.⁵⁷² Araştırmamızda inanç ile inancın kişi açısından önemi boyutu “inanç ve önemi” adı altında tek başlıkta toplanmış ve envanterin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı da .91 olarak hesaplanmıştır.

2.3.3. Öznel İyi Oluş Ölçeği

Araştırmanın üçüncü bölümünde hastaların ÖİÖ düzeylerini belirlemek amacıyla Meliha Tuzgöl Dost tarafından üniversite öğrencilerine yönelik geliştirilen “Öznel İyi Oluş Ölçeği” kullanılmıştır. Çalışmada ÖİÖ söz konusu ölçeğin ölçtüğü özellik olarak ele alınmıştır.

Tuzgöl-Dost, bireylerin yaşamları hakkındaki bilişsel değerlendirmeleri ile yaşadıkları olumlu ve olumsuz duyguların sıklığı ve yoğunluğunu belirleyerek öznel iyi oluş düzeylerini saptamak amacıyla 46 maddeden oluşan bir ÖİÖ ölçeği geliştirmiştir. ÖİÖ ölçeği, yaşam alanlarına ilişkin kişisel yargılar ile olumlu ve olumsuz duygu ifadelerinden oluşmaktadır. Cevaplama sistemi her ifade için “(5) Tamamen Uygun”, “(4) Çoğunlukla Uygun”, “(3) Kısmen Uygun”, “(2) Biraz Uygun” ve “(1) Hiç Uygun Değil” olarak beşli Likert ölçeği şeklindedir. Her bir maddenin puanları “5 ile 1” arasında değişmektedir. Ölçek maddelerinin 26’sı olumlu 20’si olumsuz ifade şeklindedir. Olumsuz ifadeler 2, 4, 6, 10, 13, 15, 17, 19, 21, 24, 26, 28, 30, 32, 35, 37, 38, 40, 43 ve 45. maddelerdir. Olumsuz ifadelerin puanlaması tersine çevrilerek

⁵⁷² Rüyeyda Efdal Aydemir, “Dindarlık ve Mutluluk İlişkisi (İlk Yetişkinlik Dönemi)”, (Yüksek Lisans Tezi, Ondokuzmayıs Üniversitesi, 2008), 35-38.

yapılmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 46, en yüksek puan 230'dur. Yüksek puan öznel iyi oluş düzeyinin yüksek olduğuna işaret etmektedir.⁵⁷³ (bk. **Ek-6**)

2.3.3.1. ÖİÖ'nün Geçerlik Çalışması

ÖİÖ'nün geçerlik çalışması faktör analizi, ölçeğin madde toplam puan korelasyonlarının incelenmesi ve ölçeğin ayırt ediciliğini tespit etmek amacıyla alt ve üst % 27'lik puan grupları t testi ile karşılaştırılmasıyla gerçekleştirilmiştir. Ayrıca ÖİÖ'nün Beck Depresyon Envanteri (BDI) ile arasındaki ilişki incelenerek benzer ölçekler geçerliği belirlenmiştir.

Faktör analizi çalışmasında ÖİÖ'ye ilişkin KMO katsayısı .861 olarak bulunmuş, Barlett testi de anlamlı çıkmıştır. Faktörlerin her bir değişken üzerindeki ortak varyansının .51 ile .75 arasında değiştiği görülmüştür. ÖİÖ'nün özdeğeri 1'den büyük 12 faktör verdiği, birinci faktörün tek başına toplam varyansın % 24.52'sini açıkladığı, açıklanan toplam varyansın ise % 63.83 olduğu görülmüştür. Maddelerin faktör yüklerinin birinci faktörde .30 ile .66 arasında değiştiği belirlenmiştir. Varimax eksen döndürme tekniği sonrasında birinci faktörün 6 maddeden (4, 17, 32, 35, 37, 40), ikinci faktörün 5 maddeden (3, 11, 19, 21, 23), üçüncü faktörün dört maddeden (22, 27, 30, 38), dördüncü faktörün dört maddeden (7, 34, 42, 46), beşinci faktörün altı maddeden (5, 8, 12, 14, 16, 31), altıncı faktörün dört maddeden (2, 9, 15, 28), yedinci faktörün dört maddeden (6, 29, 36, 45), sekizinci faktörün üç maddeden (1, 20, 41), dokuzuncu faktörün üç maddeden (18, 39, 43), onuncu faktörün iki maddeden (24, 26), on birinci faktörün üç maddeden (25, 33, 44) ve on ikinci faktörün ise iki maddeden (10, 13) oluştuğu belirlenmiştir. Daha sonra madde içerikleri incelenerek sırasıyla faktörlere *yaşamını kendi geçmişi ve başkalarının hayatı ile kıyaslama, olumlu ve olumsuz duygular, amaçlar, kendine güven, iyimserlik, ilgi duyulan etkinlikler, arkadaşlık ilişkileri, geleceğe bakış, aile ilişkileri, başkalarının yaşamına imrenme, yaşamın zorluklarıyla baş etme ve karamsarlık* isimleri verilmiştir.

Ölçek maddeleri, ölçeğin güvenilirliğini etkileme dereceleri bakımından incelenmiş, ölçekten çıkarıldığında ölçeğin güvenilirliğini anlamlı olarak yükselten bir maddenin bulunmadığı görülmüştür. Ayrıca ölçeğin düzeltilmiş madde toplam

⁵⁷³ Meliha Tuzgöl Dost, "Öznel İyi Oluş Ölçeği'nin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması", *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 3, sy. 23 (2005), 108.

korelasyonları incelendiğinde, madde toplam korelasyonlarının .32 ile .63 arasında değiştiği gözlenmiştir.

ÖİÖ ile Beck Depresyon Envanteri, 58 kişilik bir gruba aynı oturumda art arda uygulanmış ve grup üyelerinin her iki ölçekten aldığı puanlar arasındaki korelasyon Spearman'ın rho katsayısı hesaplanarak bulunmuştur. Sonuç olarak, her iki ölçekten alınan puanlar arasında .01 düzeyinde -.70 değerinde negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Bu sonuçtan ÖİÖ puanları ile depresyon puanları arasında negatif yönde bir ilişki olduğu anlaşılmaktadır.⁵⁷⁴

2.3.3.2. ÖİÖ'nün Güvenirlik Çalışması

Tuzgöl-Dost, ÖİÖ'nün güvenilirliğini iki yolla saptamıştır. İlk olarak faktör analizi sonucu geçerli olan 46 maddenin aynı uygulamadaki verilerini kullanarak ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirliğini hesaplamıştır. Toplam 209 kişilik grup üzerinde yaptığı uygulama sonuçlarına göre araştırmacı ÖİÖ'nün Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısını .93 olarak bulmuştur.

İkinci yol test-tekrar test yöntemini uygulamasıdır. Araştırmacı ölçeğin kararlılık katsayısını bulmak amacıyla örnekleme yer alan 39 kişilik bir gruba ölçeği iki hafta ara ile iki kez uygulamış ve Pearson momentler çarpım korelasyon katsayısını .86 olarak saptamıştır. ÖİÖ'nün güvenilirlik katsayıları ölçeğin, üniversite öğrencilerinin öznel iyi oluş düzeylerini ölçmek amacıyla güvenle kullanılabilceğini göstermektedir.⁵⁷⁵

2.3.3.3. ÖİÖ'nün Yetişkinler İçin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

ÖİÖ'nün yetişkinler için geçerlik ve güvenirlik çalışması da Tülek tarafından evli bireylerin öznel iyi oluş düzeylerinin yordanması konulu araştırmayla gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin yapı geçerliğini belirlemek amacıyla açıklayıcı faktör analizi yapılmış, faktör analizinin ilk aşaması olarak ölçeğin tek boyutlu olup olmadığı temel bileşenler analizi ile test edilmiş ve ölçekte bulunan maddelerin birinci faktör yük değerleri incelenmiştir.

Analiz sonucunda .30 ve üzerindeki faktör yük değerleri esas alınmıştır. Madde seçiminde ise maddelerin buldukları yük değerleriyle, diğer faktör yük değerleri arasındaki farkın .10 ve daha yukarı olmasına dikkat edilmiştir. Başlangıçta uygulanan

⁵⁷⁴ Dost, "Öznel İyi Oluş Ölçeği'nin Geliştirilmesi: ..": 106-107.

⁵⁷⁵ Dost, "Öznel İyi Oluş Ölçeği'nin Geliştirilmesi: ..": 107-108.

temel bileşenler analizi sonucunda özdeğeri 1'in üzerinde olan ve varyansın % 32, 71'ini açıklayan 11 faktör elde edilmiştir. Varimax eksen döndürme tekniği sonrasında birinci faktörün on iki maddeden (17, 18, 21, 26, 28, 32, 35,37, 38, 40, 42, 43), ikinci faktörün sekiz maddeden (22, 23, 25, 27, 29, 31, 33, 41), üçüncü faktörün yedi maddeden (33, 34, 36, 41, 42, 44, 46), dördüncü faktörün beş maddeden (12, 14, 16, 18, 23), beşinci faktörün dört maddeden (2, 4, 9, 15), altıncı faktörün üç maddeden (13, 17, 24), yedinci faktörün üç maddeden (1, 8, 20), sekizinci faktörün iki maddeden (3, 5), dokuzuncu faktörün bir maddeden (6), onuncu faktörün iki maddeden (11, 19), on birinci faktörün bir maddeden (7) oluştuğu belirlenmiştir. Aynı zamanda, özdeğerlere ilişkin özdeğer-bileşen grafiği incelenmiştir. Grafikte, birinci faktörden sonra önemli bir düşüş olduğu görülmüştür. Özdeğer-bileşen grafiğinde birinci faktörden sonraki hızlı düşüş, ortak faktör varyansına ilişkin değerler ve birinci faktördeki yük değerleri göz önüne alındığında ÖİÖ'nün 11 faktörlü olmasının yanında genel bir faktöre sahip olduğunu göstermektedir. Faktör analizi çalışmasında ÖİÖ'ye ilişkin KMO katsayısı .90 bulunmuş, Barlett testi anlamlı çıkmıştır. Faktörlerin her bir değişken üzerindeki ortak varyansının .58 ile .81 arasında değiştiği görülmüştür. Ölçek tek faktörlü modelde sınanmış ve ölçeğin orijinaline bağlı kalmak amacıyla ölçek tek faktörlü olarak kabul edilmiştir.

Ölçek maddeleri, ölçeğin güvenilirliğini etkileme dereceleri bakımından incelenmiştir. Ayrıca ölçeğin düzeltilmiş madde toplam korelasyonları incelenmiş, korelasyonlarının .25 ile .71 arasında değiştiği gözlenmiştir. Ölçeğin yetişkinler için güvenilirlik çalışmasında iç tutarlık katsayısı hesaplanmıştır. 174 yetişkin birey üzerinde ölçeğin toplam puana yönelik iç tutarlık katsayısı Cronbach Alpha yöntemiyle hesaplanmıştır. ÖİÖ için bu değer .95 olarak bulunmuştur. Yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları incelenip orijinaliyle karşılaştırıldığında, ÖİÖ'nün yetişkin bireyler için uygun olduğu söylenebilir.⁵⁷⁶ 205 HD hasta üzerinde uygulanan ölçeğin iç tutarlık katsayısı da .95 olarak hesaplanmıştır.

2.3.4. Nitel Araştırma Soru Listesi

Saha araştırmasının bu bölümünde de HD hastalarının dinî başa çıkma tarzlarının belirlenmesi ve olumlu-olumsuz dinî başa çıkma yaklaşımlarının öznel iyi oluş düzeylerine ne tür etkilerinin olduğunun tespit edilebilmesi amaçlanmıştır. Bu

⁵⁷⁶ Tülek, "Evli Bireylerin Öznel İyi Olma Düzeylerinin Yordanması", 61-63.

amaca uygun olarak soru listesi hazırlanmıştır. Soru listesinin hazırlanmasında kriz, travma ve geçişlerle ilgili en çok kullanılan; Pargament ve arkadaşlarının “Kısa Dinî Başa Çıkma Tarzları Ölçeği”nden (The Brief RCOPE)⁵⁷⁷ ve Çufta’nın kanser hastalığıyla başa çıkmada dinî inanç ve tutumların rolünü incelediği nitel araştırmasında kullandığı sorulardan yararlanılmıştır.⁵⁷⁸

Buna göre; yarı yapılandırılmış görüşme tekniğine uygun olarak, araştırmacı tarafından önceden belirlenmiş aşağıdaki sorular örnekleme yöneltmiştir. Ayrıca görüşme sırasında ortaya çıkan durumlara göre alternatifli yeni sorularla detaylı bilgiler alınabilmektedir. Mülakatlarda bu şekilde sonda sorularla daha nitelikli verilere ulaşılması hedeflenmiştir.

1. Hemodiyaliz hastası olduğunuzu duyduğunuzda ilk tepkiniz ne oldu?

2. “Bu hastalık neden benim başıma geldi?” diye hiç düşündünüz mü?

Sonda Soru: Böyle bir hastalığın sizin başınıza gelmesini nasıl değerlendiriyorsunuz?

3. Geçen süre zarfında dinî duygu ve düşüncelerinizde herhangi bir değişiklik oldu mu? Oldu ise nasıl bir değişiklik oldu?

4. Hastalıkla başa çıkma yöntemleriniz nelerdir?

Sonda Soru: Hastalığın üzerinizdeki olumsuz etkilerini azaltmak için neler yapıyorsunuz?

5. İbadet eder misiniz? Bu süreçte ibadet/dua sizin için bir anlam ifade ediyor mu? Nasıl?

6. Hastalıktan dolayı ibadetlerinizi yerine getiremediğiniz zamanlar oluyor mu? Böyle durumlarda kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

7. Öncesine kıyasla hastalık sonrası süreçte hayata bakışınızda bir değişiklik oldu mu? Oldu ise nasıl bir değişiklik oldu?

Sonda Soru: Yaşam sizin ne ifade ediyor?

8. Kendinizi iyi bir dindar olarak görüyor musunuz? Neden öyle düşünüyorsunuz?

Sonda Soru: “Dindarlık” ne demektir? Sizce dindarlığın göstergeleri nelerdir?

9. Dindar olmanın mutluluk üzerinde bir etki yaptığını düşünüyor musunuz? Nasıl?

Sonda Soru: Dindarlıkla mutluluk arasında bir ilişki var mıdır? Nasıl?

10. Ölüm sizce ne anlam ifade ediyor?

⁵⁷⁷ Pargament et.al., “The Brief RCOPE: Current Psychometric Status of a Short Measure of Religious Coping”: 51

⁵⁷⁸ Çufta, “Kanser Hastalığı İle Başa Çıkmada Dini İnanç ve Tutumların Rolü..”, 10.

Sonda Soru: Ölüm korkusunu nasıl hafifletiyorsunuz?

2.4. VERİLERİN ANALİZİ VE İSTATİSTİKSEL İŞLEMLER

Veri toplama işlemi tamamlandıktan sonra nicel veri toplama aracı olarak kullanılan ölçeklerin puanlamasına geçilmiş, veriler sayısal değere dönüştürülerek bilgisayar girdisine uygun hale getirilmiştir. Eksik, hatalı ya da özensiz doldurulan ölçekler puanlamaya dâhil edilmemiştir. Verilerin bilgisayara aktarılmasında ve değerlendirilmesinde, sosyal bilimlerde sıkça tercih edilen SPSS 16.0 (Statistical Package for Social Science) adlı hazır paket programı⁵⁷⁹ kullanılmıştır.

İstatistiksel çözümlerinde öncelikle HD hastalarının “Kişisel Bilgi Formu”ndaki sorulara verdikleri cevaplar doğrultusunda demografik değişkenlere ilişkin grubun genel yapısını tanıtıcı frekans ve yüzde dağılımları çıkartılmıştır. Yine veri analizi sonucunda, Dindarlık Envanteri ve Öznel İyi Oluş Ölçeğinde alınan puanların ortalaması (\bar{x}) ve standart sapma değerleri (ss) bağımsız değişkenlere göre hesaplanarak tablolar oluşturulmuştur. Söz konusu betimsel istatistik işlemlerinden sonra araştırmanın amaç ve değişkenlerine uygun olarak geliştirilen aşağıdaki ilişkiyel çözümler gerçekleştirilmiştir:

- İki ayrı örneklem grubundan elde edilen ortalamalar arasındaki farkın anlamlılığını karşılaştırmada parametrik bir teknik olan t-testi kullanılmaktadır.⁵⁸⁰ Çalışmada da araştırmanın desenine uygun olarak cinsiyet ile dindarlık ve cinsiyet ile ÖİÖ değişkenlerinde, iki bağımsız örneklem grubundan elde edilen iki ortalama arasındaki farkın anlamlılığı *bağımsız örneklem için t-testi* (independent samples t-test) kullanılarak sınanmıştır. T-testi raporunda iki yönlü anlamlılık (Sig. 2-tailed) değerinin 0.05'ten küçük olup olmadığına bakılmış, bu değer 0.05'ten küçük olduğu durumlarda alt değişken grupları için öz yeterlik puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı yorumlanmış ve her iki gruba ait ortalamaların istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- İki ya da daha fazla örneklem grubunun ortalamaları arasında fark olup olmadığı ile ilgili hipotezleri test etmek için tek yönlü Varayns analizi (ANOVA) kullanılır. Varyans analizinin sonucu ortalamalar arasında fark olup olmadığı F değerinin

⁵⁷⁹ Robson, *Bilimsel Araştırma Yöntemleri: Gerçek Dünya Araştırması*, 510.

⁵⁸⁰ Köklü vd., *Sosyal Bilimler İçin İstatistik.*, 155-161.

anlamli bulunmasiyla anlasilir. F degerinin anlamli cikmasi, analize katilan gruplardan en az ikisinin farkli oldugunu gosterir. Bu durumda hangi gruplari ortalamalari arasinda anlamli fark oldugu t puanini ile gruplari ikişerli olarak karšılařtırılmasıyla saptanir. F puanini anlamli değilse genellikle t testi yapmaya gerek gürulmez.⁵⁸¹ Varyans analizi sonucunda hangi ortalamalari birbirinden farkli oldugunu gormek için “post-hoc” de çoklu karšılařtırma testlerinden (Post Hoc Multiple Comparisons Tests) yararlanilir. Bunlar Fisher LSD, Tukey HSD, Tukey-Kremer, Scheffe, Newman-Keuls ve Duncan gibi testlerdir.⁵⁸² Araştırmada hastalari eğitim düzeyi, öznel gelir algısı, tedavi alınan yer gibi bağımsız değişkenlere göre HD hastalari dindarlık ve öznel iyi oluř puan ortalamalari farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmek istenmiş; bağımsız değişkenlerden örnekleri yukarıda verilenler gibi değişken düzeyi ikiden fazla olan gruplarda ortalamalar arasindaki farklari anlamlılığını sınamak için F testi kullanılmıştır. F degerinin anlamli ciktiği durumlarda ise farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemede ikili karšılařtırmalar için en muhafazakâr test olarak kabul edilen Scheffe testinin⁵⁸³ yanı sıra LSD testi ve Tamhane’s T2 testi kullanılmış, ortalamalar arasindaki anlamli farklılıklar tablolarda gsterilmiştir. Varyanslari homojen oldugu durumlarda Scheffe testi gruplar arasinda mümkün olan bütün doğrusal kombinasyonlari karšılařtırmayı mümkün kılan, esnek olan ve karšılařtırılacak grup sayılarının çok olması durumunda α hata payını kontrol altında tutabilen (conservative) ve ayrıca eęit olmayan örneklem gruplarında da kullanılabilen bir post-hoc türüdür. Varyanslari homojen olmadığı ($p < 0.05$) ve örneklemin de eęit olmadığı durumlarda ise Tamhane’s T2 karšılařtırma tekniği kullanılmıştır.⁵⁸⁴

- İki sürekli değişken arasindaki doğrusal ilişkiyi açıklamak için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısının (r) hesaplanması⁵⁸⁵ gerekmektedir. Bu araştırmada

⁵⁸¹ Saim Kaptan, *Bilimsel Araştırma ve İstatistik Teknikleri* (Ankara: Rehber Yayınevi, 1995), 259.

⁵⁸² Köklü vd., *Sosyal Bilimler İçin İstatistik..*, 180-193.

⁵⁸³ Mustafa Ergün, *SPSS for Windows* (Ankara: Ocak Yayınları, 1995), 177.

⁵⁸⁴ Murat Kayri, “Araştırmalarda Gruplar Arası Farkın Belirlenmesine Yönelik Çoklu Karšılařtırma (Post-Hoc) Teknikleri”, *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 19, sy.1 (2009), 54-56.

⁵⁸⁵ **Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi:** Aralıklı ya da oranlı ölçek düzeyinde ölçülen iki sürekli değişken arasindaki doğrusal ilişkiyi açıklamak için kullanılan bir analiz tekniğidir. Bu yöntemin kullanılması için değişkenlerin normal dağılımı gerekmektedir. Korelasyon analizi sonucunda hesaplanan korelasyon katsayısı “ r ” ile gösterilir ve “ r ” -1 ile +1 arasında değerler alabilir. Katsayının +1 olması iki değişken arasinda mükemmel bir pozitif ilişki; -1 olması da iki değişken arasinda mükemmel bir negatif ilişki olduğunu gösterir. Katsayını 0 (sıfır) olması ise iki değişken arasinda herhangi bir ilişkinin olmadığını göstermektedir. “ r ” degerinin 0.30-0.70 arasında olması ilişkinin orta (moderate) düzeyde olduğunu, 0.70’den yüksek olması durumunda ilişkinin yüksek

dindarlık ve öznel iyi oluş her birisi sürekli değişken olup arasındaki ilişkiyi tespit etmek için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı tekniği kullanılmıştır. Bununla birlikte; bağımsız değişken ya da değişkenlerin bağımlı değişkende gözlenen değişimlerin ne kadarını açıkladıklarını belirlemek için bağımsız değişkenler olan dindarlık ve alt boyutlarının ÖİÖ üzerindeki etkisine yönelik Basit Doğrusal Regresyon analizi yapılmış⁵⁸⁶ ve bu oran determinasyon katsayısı⁵⁸⁷ ile belirlenmiştir.

Elde edilen istatistiklerin anlamlılığı ya da diğer bir ifadeyle hipotezlerin doğrulanıp doğrulanmadığı 0.05 düzeyinde ve çift yönlü olarak sınanmış ve analiz değerleri araştırma amaçlarına uygun bir biçimde sıralı olarak tablolar halinde sunulmuştur.

Araştırmanın nitel verileri ise hastalarla yapılan mülakat/görüşmeler sonucunda elde edilmiştir. Örneklemi oluşturan bireylerle önceden hazırlanmış plan çerçevesinde görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Gözlem ve görüşme sırasında örnekleme yöneltile sorulara verilen cevaplar katılımcıların izni dâhilinde sesli kayıt altına alınmıştır. Görüşme esnasında yer yer kısa notlar tutulmuştur. Alınan notlar/ses kayıtları metin olarak bilgisayar ortamına ve sonra da nitel analiz yapma imkanı tanıyan NVivo 9.0 programına aktarılmıştır. NVivo yazılı dokümanların, video kayıtlarının, ses kayıtlarının, görsellerin analizinde kullanılan ve birbiri ile ilişkili birçok bilgi ve dokümanın organize edilmesine, yönetilmesine yardımcı olan bir programdır. NVivo ile kodlama yapma, tema oluşturma, sınıflandırma, verileri ve dokümanları ilişkilendirme, dipnot ve yorum yapma, veri ve sonuçları görselleştirme, doküman ve verilerde arama ve sorgulama yapma ve paylaşma yapılmaktadır. NVivo'da üretilen her doküman diğer uygulamalara da ihraç edilebilmektedir.⁵⁸⁸

(high) ve 0.30'dan küçük ise düşük (low) düzeyde olduğunu ifade edebilir. Benzer yorum ilişkinin negatif tarafı için de yapılabilir. (bk. Köklü vd., *Sosyal Bilimler İçin İstatistik...*, 93-94.

⁵⁸⁶ Köklü vd., *Sosyal Bilimler İçin İstatistik...*, 124.

⁵⁸⁷ **Determinasyon Katsayısı:** Değişkenlerin birbirlerinde açıkladıkları varyans miktarı korelasyon katsayısının karesine (r^2) eşittir ve bu değere “*Determinasyon Katsayısı*” denilir. Regresyon analizinde de yapılan tahminin ne kadar güçlü olduğu, yani modelin Y'deki değişmelerin ne kadarını açıkladığı r^2 ile bulunur. Diğer bir ifadeyle; determinasyon katsayısı (r^2), X'in Y'de açıkladığı değişme oranını gösterir. (bk. Köklü vd., *Sosyal Bilimler İçin İstatistik...*, 94, 127.)

⁵⁸⁸ Pat B. Azeley and Kristi Jackson, *Qualitative Data Analysis With NVIVO* (London: SAGE Publications, Second Edition, 2013), 3. Ayrıca bk. Sevilay Karamustafaoğlu vd., “8.Sınıf Öğrencilerinin Temel Eğitimdeki Astronomi Konuları Hakkındaki Görüşleri”, *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi* 5, sy. 1 (2016): 390.

Bu çalışmada da görüşme metinleri Nvivo 9.0 yardımıyla kodlanmış ve bu kodlar, yöneltilen sorulara verilen cevaplardan yola çıkılarak 6 tema üzerinde toplanmıştır. Kodlardan faydalanılarak matrix tablolar oluşturulmuştur. Bu sayede hangi katılımcının, hangi konuya kaç defa vurgu yaptığı anlaşılmıştır. Ayrıca kodlardan faydalanılarak modeller geliştirilmiştir. Katılımcı görüşleri aktarılırken her bir katılımcıya K-1, K-2, K-3 şeklinde sıra numarası verilmiş ve ilk isimleri kullanılmıştır (Örnek K-3 Serap).

Nicel ve nitel araştırma bulguları ve istatistiksel yorumu “Üçüncü Bölüm”de yer almaktadır. Nicel bulgular bağlamında örneklem grubunun, bir taraftan demografik değişkenlere göre dindarlık ve öznel iyi oluş düzeylerinde herhangi bir farklılaşmanın olup olmadığı incelenirken, diğer taraftan da dindarlığın ÖİÖ üzerindeki etki düzeyi analiz edilmeye çalışılmıştır. Bununla birlikte; bu bölümde birincil kaynaklardan elde edilen nitel bulgular da ayrıca tablolar halinde verilmiş ve yorumlanmıştır. Nitel verilerin yorumlanması aşamasında da zaman zaman ikincil kaynaklardan elde edilen araştırma bulgularına yer verilmiştir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI, YORUMLAR VE TARTIŞMA

3.1. BULGULAR

3.1.1. Bağımsız Değişkenlere Göre Dindarlık İle İlgili Bulgular (Nicel Örneklem Grubu)

Araştırmanın bu bölümünde, örneklem grubunun demografik değişkenleri olan “cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, öznel ekonomik durum algısı, sürekli ikamet yeri, meslek, diyaliz süresi, öznel dindarlık algısı ve öznel mutluluk algısı” ile “dindarlık” arasındaki ilişkiye yönelik bulguların analizine yer verilmektedir. Bu aşamada, demografik değişkenlerle dindarlık arasındaki ilişki ele alınırken demografik değişkenler bağımsız, dindarlık ise bağımlı değişken olarak kabul edilmiştir.

“Cinsiyet ve dindarlık” arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığını test etmek için “Bağımsız Örneklem T-Testi” (Independent-Samples T-Test) uygulanmıştır. Yaş değişkeni gibi grup sayısının fazla olduğu durumlarda ise gruplar arası farklılığı tespit etmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. ANOVA sonrası hangi post-hoc çoklu karşılaştırma tekniğinin kullanılacağına karar vermek için öncelikle Levene’s testi ile grup dağılımlarının (varyanslarının) homojen olup olmadığı hipotezi sınanmış, varyansların homojen olduğu durumlarda ($p>0.05$), Scheffe çoklu karşılaştırma tekniği ve LSD tekniği, varyansların homojen olmadığı ($p<0.05$) durumlarda da Tamhane’s T2 karşılaştırma tekniği tercih edilmiştir.

Araştırmaya katılanların genel dindarlık düzeyi ile ilgili bulgular Tablo 3.1’de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde, “Dindarlık Envanteri”nden alınan toplam puan ortalamasının 109,2825 (SS=,48173) olduğu görülmektedir. Ölçekten alınacak puanların maksimum 125, minimum 25 olduğu göz önünde bulundurulduğunda dağılımın homojen olduğu ve katılımcıların yüksek bir dindarlık düzeyine sahip oldukları görülmektedir.

Tablo 3.1 : Dindarlık Envanterine Göre Örneklemin Genel Dindarlık Düzeyi

Bağımlı Değişken	N	Minimum	Maximum	X	SS
Dindarlık	205	25	125	109,2825*	,48173

*Ortalama (X) puan hesaplanırken, ölçekten elde edilen toplam ortalama ($x=4,3713$) değeri ölçek maddeleriyle çarpılarak puana dönüştürülmüştür.

3.1.1.1. Cinsiyete Göre Dindarlık Düzeyleri

Alt Problem 1. HD hastalarının dindarlık puanlarında cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılaşma var mıdır?

HD hastalarının dindarlık puanlarının cinsiyetlerine göre anlamlı farklılaşma gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan bağımsız örneklem için t testi sonuçları Tablo 3.2’de verilmiştir.

Tablo 3.2 : Cinsiyet ve Dindarlık İlişkisine Yönelik Analiz

	Cinsiyet	N	X	SS	t	p
Genel Dindarlık	Kadın	94	4,4766	,43100	2,933	,004*
	Erkek	111	4,2822	,50579		
İnanç-Önemi	Kadın	94	4,5944	,41058	2,591	,010*
	Erkek	111	4,4336	,46856		
İbadet Boyutu	Kadın	94	3,9122	,79878	3,939	,000*
	Erkek	111	3,4437	,88849		
Duygu Boyutu	Kadın	94	4,3546	,69097	1,674	,096
	Erkek	111	4,1802	,78468		
Bilgi Boyutu	Kadın	94	4,6720	,37663	1,576	,117
	Erkek	111	4,5781	,47611		
Etki Boyutu	Kadın	94	4,6037	,51249	2,050	,042*
	Erkek	111	4,4505	,55064		

* p<0.05

Yukarıdaki tablodan elde edilen verilere göre, örneklem grubunun cinsiyet değişkeni bağlamında dindarlık ortalamaları farklılık göstermektedir. Dindarlık envanterinin genelinden alınan puanların ortalamaları incelendiğinde, kadınların puan ortalamasının ($X=4,4766$), erkeklerin puan ortalamasından ($X= 4,2822$) daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum örneklem grubunun dindarlık düzeyi ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak ($t=2,933$; $p=,004$) kadınlar lehine anlamlı bir farkın varlığını ortaya koymaktadır. Ayrıca HD hastalarının dindarlık puanlarının inanç ve önemi alt boyutunda ($t=2,591$, $p<.05$), ibadet alt boyutunda ($t=3,939$, $p<.05$) ve etki alt boyutunda ($t=2,050$, $p<.05$) cinsiyetlerine göre kadınlar lehine anlamlı farklılaşma gösterirken; duygu alt boyutunda ($t=1,674$, $p>.05$) ve bilgi alt boyutunda ($t=1,576$, $p>.05$) ise anlamlı bir farklılaşmanın bulunmadığı görülmektedir.

Elde edilen verilere göre cinsiyetin bilgi ve duygu boyutları dışında HD hastalarının dindarlıklarını farklılaştıran bir faktör olduğu söylenebilir.

3.1.1.2. Yaş Gruplarına Göre Dindarlık Düzeyleri

Alt Problem 2. HD hastalarının dindarlık puanlarında yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılaşma var mıdır?

Örneklemin dindarlık puanları arasında yaşlarına göre anlamlı farklılaşma olup olmadığını belirlemek için tek yönlü varyans analizi yapılmış ve elde edilen bulgular Tablo 3.3’de verilmiştir. Tek yönlü varyans analizinin ön koşullarından biri olan Homojenlik analizi için öncelikle Levene homojenlik testi yapılmış ve veri setinin homojenliğe sahip olduğu belirlenmiştir (Genel Dindarlık Lev.T.=,453, $p>.05$, İnanç ve Önemi Lev.T.=,983, $p>.05$, İbadet Lev.T.=,772, $p>.05$, Duygu, Lev.T.=,535, $p>.05$, Bilgi Lev.T.=,547, $p>.05$, Etki: Lev.T.=,480, $p>.05$).

Tablo 3.3 : Yaş ve Dindarlık İlişkisine Yönelik Analiz

	Grup	N	X	SS	F	p
Genel Dindarlık	1. 18-30 yaş arası	7	4,1829	,41367	,483	,789
	2. 31-40 yaş arası	10	4,2400	,39328		
	3. 41-50 yaş arası	18	4,3400	,49870		
	4. 51-60 yaş arası	47	4,3881	,51886		
	5. 61-75 yaş arası	95	4,3781	,48832		
	6. 76 yaş ve üzeri	28	4,4343	,44418		
İnanç-Önemi	1. 18-30 yaş arası	7	4,3036	,40734	,702	,623
	2. 31-40 yaş arası	10	4,3750	,37731		
	3. 41-50 yaş arası	18	4,4306	,46814		
	4. 51-60 yaş arası	47	4,5106	,48048		
	5. 61-75 yaş arası	95	4,5342	,44790		
	6. 76 yaş ve üzeri	28	4,5580	,42829		
İbadet Boyutu	1. 18-30 yaş arası	7	2,8571	,83986	1,864	,102
	2. 31-40 yaş arası	10	3,3000	,78881		
	3. 41-50 yaş arası	18	3,6389	,89205		
	4. 51-60 yaş arası	47	3,8138	,94907		
	5. 61-75 yaş arası	95	3,6632	,82010		
	6. 76 yaş ve üzeri	28	3,7232	,90865		
Duygu Boyutu	1. 18-30 yaş arası	7	4,0000	,69389	,322	,899
	2. 31-40 yaş arası	10	4,3000	,65640		
	3. 41-50 yaş arası	18	4,2222	,66667		
	4. 51-60 yaş arası	47	4,1986	,76663		
	5. 61-75 yaş arası	95	4,2947	,77774		
	6. 76 yaş ve üzeri	28	4,3214	,73413		
Bilgi Boyutu	1. 18-30 yaş arası	7	4,7857	,24934	,443	,818
	2. 31-40 yaş arası	10	4,5667	,43176		
	3. 41-50 yaş arası	18	4,6852	,40378		
	4. 51-60 yaş arası	47	4,5887	,47884		
	5. 61-75 yaş arası	95	4,6053	,44500		
	6. 76 yaş ve üzeri	28	4,6667	,39284		

Tablo 3.3 : Yaş ve Dindarlık İlişkisine Yönelik Analiz (Devam)

Etki Boyutu	1. 18-30 yaş arası	7	4,5000	,35355	,560	,730
	2. 31-40 yaş arası	10	4,3750	,42898		
	3. 41-50 yaş arası	18	4,4306	,58035		
	4. 51-60 yaş arası	47	4,5585	,49786		
	5. 61-75 yaş arası	95	4,5026	,59530		
	6. 76 yaş ve üzeri	28	4,6339	,44348		

p>0.05

Tablo 3.3’de geçen yaş değişkeni ile genel dindarlık düzeyi arasındaki ilişkiye yönelik veriler incelendiğinde, puan ortalamalarının sırasıyla 18-30 yaş grubunda $X=4,1829$, 31-40 yaş grubunda $X=4,2400$, 41-50 yaş grubunda $X=4,3400$, 51-60 yaş grubunda $X=4,3881$, 61-75 yaş grubunda $X=4,3781$ ve 76 yaş ve üzeri grupta da $X=4,4343$ olduğu görülmektedir. Konuyla ilgili yapılan istatistiksel analiz sonucunda ise örneklem grubunun yaşlara göre dağılımı ile genel dindarlık puanları arasında anlamlı ($F=,483$; $p>0.05$) bir farklılık bulunmamıştır. Ancak genel dindarlık puan ortalamasının 76 yaş üzeri grupta en yüksek olduğu gözle çarpıcıdır. HD hastalarının dindarlık alt boyutlarında da yaşa göre anlamlı bir farklılaşma görülmemektedir. Bu durum F ve p değerlerinden anlaşılmaktadır. Değerler sırasıyla inanç ve önemi boyutu için $F=,702$, $p>.05$, ibadet boyutu için $F=1,864$, $p>.05$, duygu boyutu için $F=,322$, $p>.05$, bilgi boyutu için $F=,443$, $p>.05$ ve etki boyutu için de $F=,560$, $p>.05$ şeklindedir.

Elde edilen bulgulardan hareketle yaşın HD hastalarının dindarlık puanları üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı söylenebilir.

3.1.1.3. Eğitim Durumuna Göre Dindarlık Düzeyleri

Alt Problem 3. HD hastalarının dindarlık puanlarında eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılaşma var mıdır?

HD hastalarının dindarlık puanları arasında eğitim düzeylerine göre anlamlı farklılaşma olup olmadığını belirlemek için varyans analizi yapılmış ve elde edilen bulgular Tablo 3.4’de verilmiştir. Yapılan Levene homojenlik testi sonucu veri setinin homojenliğe sahip olduğu belirlenmiştir (Genel Dindarlık Lev.T.=1,133, $p>.05$, İnanç ve Önemi Lev.T.=,691, $p>.05$, İbadet Lev.T.= 1,477 $p>.05$, Duygu, Lev.T.=1,390, $p>.05$, Bilgi Lev.T.=2,133, $p>.05$, Etki: Lev.T.=,490, $p>.05$).

Tablo 3.4 : Eğitim Düzeyi ve Dindarlık İlişisine Yönelik Analiz

	Eğitim Durumu	N	X	SS	F	p	Fark (Scheffe/LSD)
Genel Dindarlık	1. Okuma Yazması Yok	48	4,5183	,40900	6,146	,000*	<i>(Scheffe)</i> 1** > 5 ve 6 3** > 5 ve 6
	2. Okuryazar	35	4,3909	,48236			
	3. İlkokul Mezunu	75	4,4613	,47934			
	4. Orta ve Dengi Okul Mez.	16	4,1475	,42098			
	5. Lise ve Dengi Okul Mez.	18	4,0467	,49301			
	6. Yüksek Okul/Üniv. Mez.	13	3,9815	,34665			
İnanç ve Önemi	1. Okuma Yazması Yok	48	4,6562	,36874	5,744	,000*	<i>(Scheffe)</i> 1** > 5 ve 6
	2. Okuryazar	35	4,5250	,43280			
	3. İlkokul Mezunu	75	4,5733	,46093			
	4. Orta ve Dengi Okul Mez.	16	4,3516	,40881			
	5. Lise ve Dengi Okul Mez.	18	4,2014	,44791			
	6. Yüksek Okul/Üniv. Mez.	13	4,1442	,36029			
İbadet Boyutu	1. Okuma Yazması Yok	48	3,8333	,86192	8,754	,000*	<i>(Scheffe)</i> 1** > 5 ve 6 2** > 4, 5 ve 6 3** > 5 ve 6
	2. Okuryazar	35	3,9286	,85011			
	3. İlkokul Mezunu	75	3,8367	,81838			
	4. Orta ve Dengi Okul Mez.	16	3,1094	,67681			
	5. Lise ve Dengi Okul Mez.	18	3,0833	,61835			
	6. Yüksek Okul/Üniv. Mez.	13	2,7308	,73924			
Duygu Boyutu	1. Okuma Yazması Yok	48	4,5625	,64194	4,705	,000*	<i>(Scheffe)</i> 1** > 6
	2. Okuryazar	35	4,1429	,78084			
	3. İlkokul Mezunu	75	4,3511	,72471			
	4. Orta ve Dengi Okul Mez.	16	3,8958	,78617			
	5. Lise ve Dengi Okul Mez.	18	3,9630	,75744			
	6. Yüksek Okul/Üniv. Mez.	13	3,7949	,55341			
Bilgi Boyutu	1. Okuma Yazması Yok	48	4,6910	,39047	1,697	,137	-
	2. Okuryazar	35	4,5476	,43268			
	3. İlkokul Mezunu	75	4,6889	,42653			
	4. Orta ve Dengi Okul Mez.	16	4,5312	,46833			
	5. Lise ve Dengi Okul Mez.	18	4,4444	,56592			
	6. Yüksek Okul/Üniv. Mez.	13	4,5256	,32522			
Etki Boyutu	1. Okuma Yazması Yok	48	4,6354	,49989	3,503	,005*	<i>(LSD)</i> 1** > 5 ve 6 2** > 5 3** > 5 ve 6
	2. Okuryazar	35	4,5357	,54281			
	3. İlkokul Mezunu	75	4,6033	,54073			
	4. Orta ve Dengi Okul Mez.	16	4,3906	,43750			
	5. Lise ve Dengi Okul Mez.	18	4,1667	,60025			
	6. Yüksek Okul/Üniv. Mez.	13	4,2308	,38813			

* $p < 0.05$ ** Gruplar arası karşılaştırmalarda anlamlı farklılık koyu yazılan rakamlara denk gelen grup lehinedir.

Tablo incelendiğinde, genel dindarlık puanları açısından en yüksek puan ortalamasına okuma yazması olmayan grubun sahip olduğu ($X=4,5183$), en düşük ortalamaya ise yüksek okul/üniversite mezunu grubun sahip olduğu görülmektedir ($X=3,9815$). Ayrıca, eğitim durumu değişkeni ile örneklemin dindarlığı arasında anlamlı ($F=6,146$; $p=0.000$, $p < 0.05$) bir fark tespit edilmiş ve bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için gruplar birbirleriyle karşılaştırılmıştır. Yapılan Scheffe testi sonucunda, okuma yazması olmayanlar ile lise ve dengi okul mezunları ve yüksek okul/üniversite mezunları arasında okuma yazması olmayanlar lehine; ilkokul mezunları ile lise ve dengi okul mezunları ve yüksek okul/üniversite

mezunları arasında ilkokul mezunları lehine anlamlı bir fark belirlenmiştir. Elde edilen verilerden hareketle, söz konusu gruplar içerisinde okuma yazması olmayanların dindarlıkları en yüksek ve buna karşılık yüksek okul/üniversite mezunu olan katılımcıların da dindarlıkları en düşük düzeyde olduğu söylenebilir.

Örneklemin dindarlık alt gruplarına ait puanlarının inanç ve önemi, ibadet, duygu ve etki alt boyutlarında ($p < .05$) eğitim düzeyine göre anlamlı farklılaşma gösterdiği görülmektedir. Ortalamalar arasındaki farkın kaynağını belirlemek için çoklu karşılaştırma testlerinden Scheffé ve LSD testleri yapılmış ve inanç ve önemi boyutunda okuryazar olmayan grup (1. grup) ile lise (5. grup) ve yüksek okul/üniversite mezunu grup (6. grup) arasında 1. grup ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

İbadet alt boyutunda 1., 2. ve 3. gruptakilerin ortalamalarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu; duygu alt boyutunda 1. grup ortalamasının 6. grup ortalamasından daha yüksek olduğu; etki boyutunda ise 1., 2. ve 3. grupta bulunanların ortalamalarının 5. ve 6. gruptakilere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak bilgi boyutunda eğitim durumu değişkenine göre gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma tespit edilmemiştir ($p = .137, p > .05$).

Bu verilerden HD hastalarının eğitim düzeylerinin bilgi alt boyutu dışında genel dindarlık ve diğer alt boyutlar bakımından etkileyen bir faktör olduğu değerlendirilebilir.

3.1.1.4. Medeni Duruma Göre Dindarlık Düzeyleri

Alt Problem 4. HD hastalarının dindarlık puanlarında medeni duruma göre anlamlı bir farklılaşma var mıdır?

Tablo 3.5 örneklemin medeni durumları ile genel dindarlık ve dindarlık alt gruplarına ilişkin verileri göstermektedir. Gruplar arası farklılaşma olup olmadığı Levene homojenlik testi sonrasında (Genel Dindarlık Lev.T.=,364, $p > .05$, İnanç ve Önemi Lev.T.=,260, $p > .05$, İbadet Lev.T.=,442 $p > .05$, Duygu, Lev.T.=1,465, $p > .05$, Bilgi Lev.T.=2,245, $p > .05$, Etki: Lev.T.=,1471, $p > .05$) yapılan varyans analizi sonuçlarına göre yorumlanmıştır.

Tablo incelendiğinde, genel dindarlık puanı açısından en yüksek ortalamanın ($X=4,4377$) evli gruba ait olduğu, bunu sırasıyla dul veya boşanmış olanlar ($X=4,2480$) ve hiç evlenmemiş olanların ($X=4,1938$) izlediği görülmektedir. Bu bulguların anlamlı olup olmadığına yönelik yapılan varyans analizi, medeni durum değişkeni ile

örneklem dindarlığı arasında anlamlı ($F=4,105$; $p=0.18$, $p<0.05$) bir fark olduğunu ortaya koymuştur. Söz konusu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan Scheffe testi sonucunda, evli olan katılımcılar ile dul veya boşanmış olanlar arasında evliler lehine anlamlı bir farkın bulunduğu; hiç evlenmemişler ile diğer gruplar arasında ise bir farklılığın olmadığı görülmüştür.

Tablo 3.5 : Medeni Durum ve Dindarlık İlişikisine Yönelik Analiz

	Grup	N	X	SS	F	P	Fark (Scheffe/LSD)
Genel Dindarlık	1. Hiç Evlenmemiş	13	4,1938	,42516	4,105	,018*	(Scheffe) $3^{**} > 2$
	2. Dul veya Boşanmış	55	4,2480	,49402			
	3. Evli	137	4,4377	,47079			
İnanç ve Önemi	1. Hiç Evlenmemiş	13	4,3077	,42883	3,373	,036*	(LSD) $3^{**} > 2$
	2. Dul veya Boşanmış	55	4,4205	,44835			
	3. Evli	137	4,5611	,44353			
İbadet Boyutu	1. Hiç Evlenmemiş	13	3,0000	,81650	8,252	,000*	(Scheffe) $3^{**} > 1$ ve 2
	2. Dul veya Boşanmış	55	3,4273	,87754			
	3. Evli	137	3,8139	,83964			
Duygu Boyutu	1. Hiç Evlenmemiş	13	4,1538	,68874	1,277	,281	-
	2. Dul veya Boşanmış	55	4,1394	,67187			
	3. Evli	137	4,3187	,77741			
Bilgi Boyutu	1. Hiç Evlenmemiş	13	4,7308	,29296	1,576	,209	-
	2. Dul veya Boşanmış	55	4,5394	,47787			
	3. Evli	137	4,6436	,42549			
Etki Boyutu	1. Hiç Evlenmemiş	13	4,3846	,41603	4,051	,019*	(Scheffe) $3^{**} > 2$
	2. Dul veya Boşanmış	55	4,3682	,59484			
	3. Evli	137	4,5949	,51103			

* $p<0.05$ ** Gruplar arası karşılaştırmalarda anlamlı farklılık koyu yazılan rakamlara denk gelen grup lehinedir.

Grupların dindarlık alt boyutlarına göre farklılıkları karşılaştırıldığında ise; inanç ve önemi boyutunda evliler ile dul ya da boşanmış olanlar arasında evliler lehine, ibadet boyutunda evlilerin diğer iki grup arasında evliler lehine ve etki boyutunda da yine evliler ile dul ya da boşanmış olanlar arasında evliler lehine anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Ancak duygu ve bilgi boyutunda gruplar arasında bir farklılığa rastlanmamıştır.

3.1.1.5. Öznel Ekonomik Durum Algısına Göre Dindarlık Düzeyleri

Alt Problem 5. HD hastalarının dindarlık puanlarında öznel ekonomik durum algılarına göre anlamlı bir farklılaşma var mıdır?

Katılımcıların öznel ekonomik durum algıları ile genel dindarlık ve dindarlık alt gruplarına ilişkin veriler Tablo 3.6'da gösterilmektedir. Varyans analizi öncesinde Levene homojenlik testi yapılmış (Genel Dindarlık Lev.T.= 1,716, $p>.05$, İnanç ve Önemi Lev.T.= 1,927, $p>.05$, İbadet Lev.T.=,204 $p>.05$, Duygu, Lev.T.=,214, $p>.05$,

Bilgi Lev.T.=2,376, $p>.05$, Etki: Lev.T.=,754, $p>.05$), grupların homojen olduğu görüldükten sonra tek yönlü varyans analizine geçilmiştir. Gruplar arası farklılaşmaya yönelik bilgiler tabloda verilmiştir.

Tablo 3.6 : Öznel Ekonomik Durum Algısı ve Dindarlık İlişisine Yönelik Analiz

	Grup	N	X	SS	F	p	Fark (LSD)
Genel Dindarlık	1. Düşük	42	4,4400	,51019	1,906	,130	-
	2. Ortanın Altı	39	4,4154	,36541			
	3. Orta	107	4,3675	,50576			
	4. Ortanın Üstü	17	4,1247	,44517			
İnanç ve Önemi	1. Düşük	42	4,5952	,48358	2,930	,035*	1** > 4 2 ve 3** > 4
	2. Ortanın Altı	39	4,5641	,30869			
	3. Orta	107	4,4953	,46926			
	4. Ortanın Üstü	17	4,2353	,42362			
İbadet Boyutu	1. Düşük	42	3,6310	,81570	2,934	,035*	1** > 4 2** > 4 3** > 4
	2. Ortanın Altı	39	3,6667	,87233			
	3. Orta	107	3,7570	,88118			
	4. Ortanın Üstü	17	3,0882	,87474			
Duygu Boyutu	1. Düşük	42	4,4524	,68202	1,754	,157	-
	2. Ortanın Altı	39	4,3162	,74515			
	3. Orta	107	4,1994	,76323			
	4. Ortanın Üstü	17	4,0392	,74426			
Bilgi Boyutu	1. Düşük	42	4,6587	,49790	,293	,830	-
	2. Ortanın Altı	39	4,6453	,32932			
	3. Orta	107	4,6075	,45283			
	4. Ortanın Üstü	17	4,5588	,38614			
Etki Boyutu	1. Düşük	42	4,6012	,54677	1,255	,291	-
	2. Ortanın Altı	39	4,5962	,45384			
	3. Orta	107	4,4883	,56467			
	4. Ortanın Üstü	17	4,3529	,50046			

* $p<0.05$

** Gruplar arası karşılaştırmalarda anlamlı farklılık koyu yazılan rakamlara denk gelen grup lehinedir.

Tablo 3.6'daki bulgulara dayanarak örneklemin öznel ekonomik durum algısı ile genel dindarlıkları arasındaki ilişkiye bakıldığında, en yüksek puan ortalamasına ($X=4,4400$) düşük gelir grubunda olanlar, en düşük puan ortalamasına ($X=4,1247$) da ortanın üstü grubunda olanların sahip olduğu görülmektedir. Alınan puanlar bakımından katılımcıların gelir düzeyi arttıkça, dindarlık puan ortalaması düşmektedir. Ancak konuya ilişkin yapılan ANOVA testinde, öznel ekonomik durum değişkeni ile genel dindarlık arasında istatistiksel olarak ($F= 1,906$; $p=,130$, $p>.05$) anlamlı bir farklılık ortaya çıkmamıştır.

Bununla birlikte dindarlığın alt boyutlarından inanç ve önemi ($F=2,930$, $p<.05$) ile ibadet boyutu ($F=2,934$, $p<.05$) puanları arasında anlamlı bir farklılığın olduğu yapılan LSD post-hoc analiz sonuçlarından anlaşılmaktadır. Duygu boyutu, bilgi ve etki boyutları ile ($p>.05$) ekonomik durum arasında ise anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır.

Bu verilerden ekonomik durum algısının örneklemin inanç ve önemi ile ibadet boyutları dışında dindarlık özelliklerini anlamlı düzeyde etkileyen bir faktör olmadığı söylenebilir.

3.1.1.6. Sürekli İkamet Yerine Göre Dindarlık Düzeyleri

Alt Problem 6. HD hastalarının dindarlık puanlarında sürekli yaşadıkları yer değişkenine göre anlamlı bir farklılaşma var mıdır?

HD hastalarının dindarlık düzeylerinin ikamet edilen yere göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan varyans analizi sonuçlarından elde edilen bulgular Tablo 3.7’de gösterilmiştir. Yapılan Levene homojenlik testi sonuçlarından ibadet alt boyutu (Lev.T=2,180, $p>.05$) dışındaki grupların homojen olmadığı ($p<.05$) anlaşılmış; homojen dağılım gösteren ibadet boyutunda fark analizi Scheffe yöntemi ile yapılmış, diğer boyutlar ile genel dindarlık puan ortalamalarındaki farklılıklar ise Tamhane’s T2 yöntemiyle analiz edilmiştir.

Tablo 3.7 : Sürekli İkamet Yeri ve Dindarlık İlişkisine Yönelik Analiz

	İkamet Yeri	N	X	SS	F	p	Fark (Tamhane’s T2/ Scheffe)
Genel Dindarlık	1. Köy	53	4,4694	,40437	11,921	,000*	1*** > 2
	2. İlçe**	108	4,2296	,52594			3*** > 2
	3. İl Merkezi	44	4,6009	,31407			
İnanç ve Önemi	1. Köy	53	4,5920	,37910	10,207	,000*	1*** > 2
	2. İlçe**	108	4,3843	,49640			3*** > 2
	3. İl Merkezi	44	4,7074	,28650			
İbadet Boyutu	1. Köy	53	3,8160	,83227	11,814	,000*	(Scheffe)
	2. İlçe**	108	3,4051	,87789			1*** > 2
	3. İl Merkezi	44	4,0909	,72154			3*** > 2
Duygu Boyutu	1. Köy	53	4,3899	,62953	6,133	,003*	1*** > 2
	2. İlçe**	108	4,0957	,81274			3*** > 2
	3. İl Merkezi	44	4,5076	,60782			
Bilgi Boyutu	1. Köy	53	4,6761	,39415	10,880	,000*	3*** > 1 ve 2
	2. İlçe**	108	4,5046	,47930			
	3. İl Merkezi	44	4,8409	,22434			
Etki Boyutu	1. Köy	53	4,6274	,47944	3,127	,046*	-
	2. İlçe**	108	4,4329	,60528			
	3. İl Merkezi	44	4,6080	,37509			

* $p<0.05$

** Ankette yer alan hastaların tedavi gördükleri yer çıkartılarak dindarlık düzeyinin ikamet yerine göre analiz edilebilmesi için 2. ve 3. maddeler yeniden kodlanmış ve birleştirilmiştir.

*** Gruplar arası karşılaştırmalarda anlamlı farklılık koyu yazılan rakamlara denk gelen grup lehinedir.

Örneklemin sürekli ikamet yeri ile genel dindarlık ve alt boyutların puan ortalamalarına ilişkin dağılımın yer aldığı Tablo 3.7 incelendiğinde; ikamet edilen yere göre, ankete katılanların genel dindarlık puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın ($F=11,921$; $p=,000$, $p<0.05$) bulunduğu görülmektedir. Dindarlık alt boyutlarında da gruplar arası anlamlı bir farklılaşma ($p<0.05$) söz konusudur. Bu farklılıkların hangi gruplar arasında olduğu yapılan Tamhane's T2 ve Scheffe testi ile belirlenmiştir. Buna göre; genel dindarlık, inanç ve önemi, ibadet ve duygu boyutlarında farklılığın köyde yaşayan kişiler ile ilçede yaşayanlar arasında köyde yaşayanlar lehine; ilçede ikamet edenler ile il merkezinde yaşayanlar arasında il merkezinde yaşayanlar lehine; il merkezinde ikamet eden hastalar ile ilçede ikamet edenler arasında il merkezinde yaşayan hastalar lehine olduğu tespit edilmiştir. Diğer bir ifadeyle; yaşanan yer ve dindarlık puan ortalamasının söz konusu boyutları arasında önemli bir değişim gözlemlenmektedir.

Bilgi boyutuna ilişkin farklılık incelendiğinde ise; il merkezinde yaşayan grup lehine anlamlı bir farklılık belirlenmiştir. Ancak analiz sonuçları dindarlığın etki boyutu ile ikamet yeri değişkeni arasında anlamlı bir farklılığı ($p=,046$, $p<0.05$) gösterse de fark testleri gruplar arası bir farklılaşmayı ortaya koymamıştır.

3.1.1.7. Meslek Grubuna Göre Dindarlık Düzeyleri

Alt Problem 7. HD hastalarının dindarlık puanlarında mesleki durum değişkenine göre anlamlı bir farklılaşma var mıdır?

Örneklemin dindarlık puanları arasında mesleklerine göre anlamlı bir farklılığın olup olmadığını belirlemek için tek yönlü varyans analizi yapılmış ve bulgular Tablo 3.8'de verilmiştir. Levene homojenlik testi, veri setinin tamamının homojenliğe sahip olduğunu göstermiştir (Genel Dindarlık Lev.T.= 1,730, $p>.05$, İnanç ve Önemi Lev.T.= ,800, $p>.05$, İbadet Lev.T.=,1596, $p>.05$, Duygu, Lev.T.=,2005, $p>.05$, Bilgi Lev.T.=,764, $p>.05$, Etki: Lev.T.=,846, $p>.05$).

Tablo 3.8 incelendiğinde, ankete katılan hastaların meşgul oldukları meslek gruplarına göre, genel dindarlık ($F=2,877$; $p=0.007$, $p<0.05$) ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunduğu görülmektedir. Bu farklılığın yönüne ilişkin yapılan LSD testi, genel dindarlık puan ortalamaları bakımından işçi, emekli, ev hanımı, çiftçi ve işsiz grubunda olan örneklem ile diğer gruplar arasında anlamlı farklılığın olduğunu göstermektedir. Ayrıca söz konusu meslek gruplarının genel dindarlık puan ortalamaları

memur, esnaf/zanaatkâr ile serbest meslek grubunun ortalamalarına kıyasla daha yüksektir.

Tablo 3.8 : Meslek ve Dindarlık İlişisine Yönelik Analiz

	Meslek	N	X	SS	F	p	Fark (LSD)
Genel Dindarlık	1. Memur	5	4,2000	,39900	2,877	,007*	3** > 2
	2. Esnaf/Zanaat.	5	3,7440	,26922			4** > 2
	3. İşçi	11	4,5236	,46971			6** > 2, 4 ve 5
	4. Emekli	44	4,2718	,53732			7** > 2
	5. Ser. Meslek	8	4,1100	,24819			8** > 2
	6. Ev Hanımı	80	4,4810	,43818			
	7. Çiftçi	32	4,3412	,52695			
	8. İşsiz	20	4,4200	,41008			
İnanç ve Önemi	1. Memur	5	4,2500	,41458	2,339	,026*	3** > 2
	2. Esnaf/Zanaat.	5	4,0250	,28504			6** > 2 ve 4
	3. İşçi	11	4,6023	,41010			7** > 2
	4. Emekli	44	4,4091	,50819			8** > 2
	5. Ser. Meslek	8	4,2969	,32690			
	6. Ev Hanımı	80	4,6047	,41120			
	7. Çiftçi	32	4,5117	,46702			
	8. İşsiz	20	4,5438	,41808			
İbadet Boyutu	1. Memur	5	3,4500	,41079	4,490	,000*	3** > 2, 4, 5 ve 8
	2. Esnaf/Zanaat.	5	2,5500	,44721			4** > 2 ve 5
	3. İşçi	11	4,0909	,91017			6** > 2, 4, 5, 7, 8
	4. Emekli	44	3,5284	,92795			7** > 2 ve 5
	5. Ser. Meslek	8	2,8750	,68139			8** > 2
	6. Ev Hanımı	80	3,9344	,80322			
	7. Çiftçi	32	3,5469	,87630			
	8. İşsiz	20	3,4250	,75699			
Duygu Boyutu	1. Memur	5	4,2000	,86923	1,904	,071	
	2. Esnaf/Zanaat.	5	3,5333	,64979			
	3. İşçi	11	4,3939	,66363			
	4. Emekli	44	4,0606	,81736			
	5. Ser. Meslek	8	4,0000	,43644			
	6. Ev Hanımı	80	4,3750	,69835			
	7. Çiftçi	32	4,2500	,85927			
	8. İşsiz	20	4,4833	,55646			
Bilgi Boyutu	1. Memur	5	4,6000	,40139	1,333	,236	
	2. Esnaf/Zanaat.	5	4,2000	,36132			
	3. İşçi	11	4,7273	,39632			
	4. Emekli	44	4,5795	,44821			
	5. Ser. Meslek	8	4,5000	,39841			
	6. Ev Hanımı	80	4,6542	,39224			
	7. Çiftçi	32	4,5729	,54037			
	8. İşsiz	20	4,7583	,40636			
Etki Boyutu	1. Memur	5	4,2500	,39528	1,867	,077	
	2. Esnaf/Zanaat.	5	3,8500	,33541			
	3. İşçi	11	4,5909	,43693			
	4. Emekli	44	4,4375	,54219			
	5. Ser. Meslek	8	4,4688	,47127			
	6. Ev Hanımı	80	4,6000	,53011			
	7. Çiftçi	32	4,5156	,65972			
	8. İşsiz	20	4,6125	,35795			

* p<0.05

** Gruplar arası karşılaştırmalarda anlamlı farklılık koyu yazılan rakamlara denk gelen grup lehinedir.

Dindarlık alt boyutlarından inanç ve önemi ($F=2,339$; $p=,026$, $p<.05$) ile ibadet boyutunda ($F=4,490$; $p=,000$, $p<.05$) meslek durumuna göre anlamlı farklılaşma söz konusudur. Ortalamalar arasındaki farkın kaynağını belirlemek için yapılan karşılaştırma testi inanç ve önemi ile ibadet alt boyutlarında puan ortalamalarının işçi, emekli, ev hanımı, çiftçi ve işsiz meslek gruplarında diğerlerine göre anlamlı düzeyde yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Buna karşın; duygu ($F=1,904$; $p=,071$, $p>.05$), bilgi ($F=1,333$; $p=,236$, $p>.05$) ve etki ($F=1,867$; $p=,077$, $p>.05$) alt boyutlarında meslek durumuna göre gruplar arasında anlamlı bir farklılaşmanın bulunmadığı anlaşılmıştır.

Meslek değişkenine göre, kişilerin genel dindarlık düzeylerinde ve özellikle inanç ve ibadet boyutlarında birtakım farklılaşmalar ortaya çıkmaktadır. Buna göre, mesleki etkenlerin, kişilerin dinî inanç ve uygulamalarını etkilediği söylenebilir.

3.1.1.8. Diyaliz Süresine Göre Dindarlık Düzeyleri

Alt Problem 8. HD hastalarının dindarlık puanlarında alınan tedavinin süresine göre anlamlı bir farklılaşma var mıdır?

Tablo 3.9, katılımcıların dindarlık puanları arasında diyaliz süresine göre anlamlı bir farklılığın olup olmadığını gösteren bilgileri içermektedir.

Tablo 3.9 : Diyaliz Süresi ve Dindarlık İlişkisine Yönelik Analiz

	Diyaliz Süresi	N	X	SS	F	p
Genel Dindarlık	1. 6 ay-5 yıl arası	146	4,3786	,46125	,400	,753
	2. 6-10 yıl arası	43	4,3144	,52681		
	3. 11-15 yıl arası	9	4,4844	,58222		
	4. 16 yıl ve üzeri	7	4,4229	,55419		
İnanç ve Önemi	1. 6 ay-5 yıl arası	146	4,5265	,42146	,443	,723
	2. 6-10 yıl arası	43	4,4390	,50546		
	3. 11-15 yıl arası	9	4,5417	,54127		
	4. 16 yıl ve üzeri	7	4,4821	,58376		
İbadet Boyutu	1. 6 ay-5 yıl arası	146	3,6592	,85796	,307	,820
	2. 6-10 yıl arası	43	3,6105	,92631		
	3. 11-15 yıl arası	9	3,9167	1,08253		
	4. 16 yıl ve üzeri	7	3,6071	,86431		
Duygu Boyutu	1. 6 ay-5 yıl arası	146	4,2831	,72116	,496	,686
	2. 6-10 yıl arası	43	4,1473	,79782		
	3. 11-15 yıl arası	9	4,2963	,99225		
	4. 16 yıl ve üzeri	7	4,4286	,68622		
Bilgi Boyutu	1. 6 ay-5 yıl arası	146	4,6142	,42784	,790	,501
	2. 6-10 yıl arası	43	4,5891	,49112		
	3. 11-15 yıl arası	9	4,8148	,30556		
	4. 16 yıl ve üzeri	7	4,7143	,34311		
Etki Boyutu	1. 6 ay-5 yıl arası	146	4,5205	,52728	,311	,818
	2. 6-10 yıl arası	43	4,4826	,58604		
	3. 11-15 yıl arası	9	4,5833	,48412		
	4. 16 yıl ve üzeri	7	4,6786	,59010		

$p>0.05$

Varyans analizi öncesinde verilerin homojen dağılıp dağılmama durumu incelenmiş ve Levene homojenlik testi veri setinin tamamının homojen dağılım gösterdiğini ortaya koymuştur (Genel Dindarlık Lev.T.=,712, $p>.05$, İnanç ve Önemi Lev.T.=1,452, $p>.05$, İbadet Lev.T.=,591, $p>.05$, Duygu, Lev.T.=1,511, $p>.05$, Bilgi Lev.T.=1,014, $p>.05$, Etki: Lev.T.=,173, $p>.05$). Sonrasında da ANOVA testi uygulanarak elde edilen veriler tabloda gösterilmiştir.

Tedavi süresi ile dindarlık arasındaki ilişkiye dair verileri gösteren Tablo incelendiğinde, 11-15 yıl arasında diyaliz tedavisi gören hastaların genel dindarlık puan ortalaması ($X=4,4844$) ile 16 yıl ve üzerinde tedavi görenlerin ortalamasının ($X=4,4229$) 10 yıl ve aşağıda olan gruplara kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak bu ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığına yönelik yapılan varyans analizi sonuçları ($F=,400$; $p=,753$, $p>0.05$) söz konusu ilişkinin anlamlılık düzeyinde olmadığını göstermektedir. Bununla birlikte; dindarlığın alt boyutlarında da iki değişken arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

3.1.1.9. Öznel Dindarlık Algısına Göre Dindarlık Düzeyleri

Alt Problem 9. HD hastalarının dindarlık puanlarında öznel dindarlık algısına göre anlamlı bir farklılaşma var mıdır?

Örneklemin dindarlık puanları ile öznel dindarlık algıları arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığını belirlemek için tek yönlü varyans analizi yapılmış ve bulgular Tablo 3.10'da verilmiştir. Tek yönlü varyans analizinin ön koşullarından biri olan Homojenlik analizi için yapılan Levene homojenlik testi, veri setinin ibadet alt boyutu dışında diğer alt boyutlar ile genel dindarlık grubunun homojen dağılmadığını göstermiştir. Bu nedenle homojen olmayan grupların farklılıkları Tamhane's T2 testi ile, homojen dağılım gösteren ibadet alt boyutuna (Lev. T.=1,618; $p=,186$, $p>.05$) göre gruplar arası farklılıklar ise Scheffe çoklu karşılaştırma testi ile incelenmiştir. (Genel Dindarlık Lev.T.=8,648, $p<.05$, İnanç ve Önemi Lev.T.=4,439, $p<.05$, Duygu, Lev.T.=3,025, $p<.05$, Bilgi Lev.T.=12,670, $p<.05$, Etki: Lev.T.=10,155, $p<.05$).

Çıkan istatistiksel sonuçlara göre; katılımcıların öznel dindarlık algıları ile genel dindarlık puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık ($F=29,818$; $p=,000$, $p<0.05$) tespit edilmiştir. Ortalamalar incelendiğinde; kendilerini, sırasıyla, hiç dindar değil ($X=3,4400$), biraz dindar ($X=3,9015$), dindar ($X=4,4605$) ve çok dindar ($X=4,5975$)

olarak algılayan hastaların dindarlık tutum puan ortalamalarının da buna paralel olarak yükseldiği görülmektedir. Tamhane's T2 testi de bu farklılığı desteklemektedir.

Tablo 3.10 : Öznel Dindarlık Algısı ve Dindarlık İlişkisine Yönelik Analiz

	Özn. Dindr. Alg.	N	X	SS	F	p	Fark (Tamhane's T2/Scheffe)
Genel Dindarlık	1. Hiç Dindar Değil	3	3,4400	,94319	29,818	,000*	Tamhane's T2 3** > 2 4** > 2
	2. Biraz Dindar	39	3,9015	,45244			
	3. Dindar	115	4,4605	,40862			
	4. Çok Dindar	48	4,5975	,29778			
İnanç ve Önemi	1. Hiç Dindar Değil	3	3,6250	,81968	23,632	,000*	Tamhane's T2 3** > 2 4** > 2
	2. Biraz Dindar	39	4,1122	,46841			
	3. Dindar	115	4,5902	,37775			
	4. Çok Dindar	48	4,6849	,30834			
İbadet Boyutu	1. Hiç Dindar Değil	3	2,6667	,72169	13,194	,000*	Scheffe 3** > 2 4** > 2
	2. Biraz Dindar	39	2,9936	,83012			
	3. Dindar	115	3,7978	,83436			
	4. Çok Dindar	48	3,9271	,72742			
Duygu Boyutu	1. Hiç Dindar Değil	3	3,2222	1,17063	16,166	,000*	Tamhane's T2 3** > 2 4** > 2
	2. Biraz Dindar	39	3,6752	,69031			
	3. Dindar	115	4,3594	,70524			
	4. Çok Dindar	48	4,5625	,54645			
Bilgi Boyutu	1. Hiç Dindar Değil	3	3,7222	1,25093	29,488	,000*	Tamhane's T2 3** > 2 4** > 2 ve 3
	2. Biraz Dindar	39	4,2222	,42463			
	3. Dindar	115	4,6797	,35054			
	4. Çok Dindar	48	4,8611	,24392			
Etki Boyutu	1. Hiç Dindar Değil	3	3,5833	1,42156	19,386	,000*	Tamhane's T2 3** > 1 ve 2 4** > 1 ve 2
	2. Biraz Dindar	39	4,0769	,55058			
	3. Dindar	115	4,6109	,47201			
	4. Çok Dindar	48	4,7240	,31891			

* p<0.05

** Gruplar arası karşılaştırmalarda anlamlı farklılık koyu yazılan rakamlara denk gelen grup lehinedir.

Öznel dindarlık algısı ile dindarlığın alt boyutlarının tamamı arasında da anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<.05). İnanç ve önemi, ibadet, duygu ve bilgi boyutlarında “hiç dindar değil” grubunda kendisini gören kişilerle kendisini “biraz dindar”, “dindar” ve “çok dindar” olarak tanımlayanlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Ancak bu boyutlarda “biraz dindar”, “dindar” ve “çok dindar” grupları arasında anlamlı fark söz konusudur. Tabloda kişinin kendisini dindar görme düzeyi arttıkça dindarlık puan ortalamalarının da arttığı görülmektedir. Etki boyutunda ise tüm gruplar arasında anlamlı bir farklılık mevcuttur.

3.1.1.10. Öznel Mutluluk Algısına Göre Dindarlık Düzeyleri

Alt Problem 10. HD hastalarının dindarlık puanlarında öznel mutluluk algısına göre anlamlı bir farklılaşma var mıdır?

Tablo 3.11, katılımcıların öznel mutluluk algıları ile dindarlık düzeyleri arasında ilişkiye yönelik bilgileri içermektedir. Söz konusu analiz öncesinde verilerin homojen dağılıp dağılmama durumu incelenmiş ve Levene homojenlik testi sonuçları veri setinin inanç ve önemi haricinde (İnanç ve Önemi Lev.T.= 3,846, p<.05) genel dindarlık değişkeni ile dindarlığın alt boyutlarının homojen dağılım gösterdiğini ortaya koymuştur (Genel Dindarlık Lev.T.=1,486, p>.05, İbadet Lev.T.=,913, p>.05, Duygu, Lev.T.=1,008, p>.05, Bilgi Lev.T.=1,368, p>.05, Etki: Lev.T.=,586, p>.05). Sonrasında da veriler ANOVA testi kullanılarak analiz edilmiştir.

Tablo 3.11 : Öznel Mutluluk Algısı ve Dindarlık İlişkisine Yönelik Analiz

	Özn. Mutl. Alg.	N	X	SS	F	p	Fark (LSD)
Genel Dindarlık	1. Hiç Mutlu Değil	14	4,2171	,63143	3,458	,017*	3** > 2
	2. Biraz Mutlu	77	4,2644	,48023			4** > 2
	3. Mutlu	97	4,4466	,45028			
	4. Çok Mutlu	17	4,5529	,42148			
İnanç ve Önemi	1. Hiç Mutlu Değil	14	4,3750	,66506	2,631	,051	
	2. Biraz Mutlu	77	4,4188	,43716			
	3. Mutlu	97	4,5747	,42184			
	4. Çok Mutlu	17	4,6324	,37362			
İbadet Boyutu	1. Hiç Mutlu Değil	14	3,4286	1,03044	1,214	,306	
	2. Biraz Mutlu	77	3,5617	,86712			
	3. Mutlu	97	3,7294	,88143			
	4. Çok Mutlu	17	3,8824	,75061			
Duygu Boyutu	1. Hiç Mutlu Değil	14	4,0714	,71824	4,388	,005*	3** > 2
	2. Biraz Mutlu	77	4,0606	,77935			4** > 2
	3. Mutlu	97	4,3883	,70494			
	4. Çok Mutlu	17	4,5882	,61835			
Bilgi Boyutu	1. Hiç Mutlu Değil	14	4,5476	,55635	3,775	,011*	3** > 2
	2. Biraz Mutlu	77	4,5065	,45277			4** > 2
	3. Mutlu	97	4,6942	,39137			
	4. Çok Mutlu	17	4,7843	,37158			
Etki Boyutu	1. Hiç Mutlu Değil	14	4,3036	,65176	2,231	,086	
	2. Biraz Mutlu	77	4,4481	,55360			
	3. Mutlu	97	4,5799	,51608			
	4. Çok Mutlu	17	4,6912	,41012			

* p<0.05

** Gruplar arası karşılaştırmalarda anlamlı farklılık koyu yazılan rakamlara denk gelen grup lehinedir.

Ankete katılanların mutluluklarına ilişkin kendi değerlendirmelerine göre mutluluk düzeylerini algılama biçimleri ile dindarlık tutum puanları arasında herhangi bir farklılaşma olup olmadığını test etmek için yapılan varyans analizi sonuçları tabloda

verilmiştir. Buna göre; katılımcıların öznel mutluluk algıları ile genel dindarlık puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık ($F=3,458$; $p=.017$, $p<0.05$) bulunmaktadır.

Ortalamalar incelendiğinde; kendilerini, sırasıyla, hiç mutlu değil ($X=4,2171$), biraz mutlu ($X=4,2644$), mutlu ($X=4,4466$) ve çok mutlu ($X=4,5529$) olarak algılayan hastaların genel dindarlık tutum puan ortalamalarının da buna paralel olarak yükseldiği görülmektedir. Yapılan LSD testi ise farklılığın kendisini “mutlu” ve “çok mutlu” olarak değerlendiren gruplarla “biraz mutlu” olarak değerlendiren grup arasında olduğunu göstermektedir.

Bununla birlikte; dindarlığın duygu ve bilgi alt boyutları ile öznel mutluluk algı düzeyine ilişkin bazı grupların puan ortalamaları arasında anlamlı farklılıklar bulgulanmış ($p<.05$); inanç ve önemi, ibadet ve etki boyutları ile mutluluk algısı arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>.05$). Anlamlı ilişkinin bulunduğu gruplarda farklılığın hangi gruplar arasında olduğuna dair yapılan post-hoc testi (LSD) de gruplar arasındaki bu farklılığı desteklemektedir.

İnanç ve önemi alt boyutunda anlamlılık değerinin sınırda olması ($F=2,631$; $p=.051$, $p>.05$) da manidar bulunmuş, ortalamalar incelendiğinde de öznel mutluluk algı düzeyi arttıkça puan ortalamasının da arttığı görülmüştür.

3.1.2. Bağımsız Değişkenlere Göre Öznel İyi Oluş İle İlgili Bulgular (Nicel Örneklem Grubu)

Bu bölümde, örneklem grubunun demografik değişkenlerinden olan “cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, öznel ekonomik durum algısı, sürekli ikamet yeri, meslek, diyaliz süresi, öznel dindarlık algısı ve öznel mutluluk algısı” ile “öznel iyi oluş” arasındaki ilişkisi incelenmektedir. Demografik değişkenlerle ÖİÖ arasındaki ilişki ele alınırken demografik değişkenler bağımsız, ÖİÖ ise bağımlı değişken olarak kabul edilmiş ve bağımsız değişken gruplarının özelliklerine uygun olan analiz teknikleriyle veriler yorumlanmıştır.

Tablo 3.12 : ÖİÖ Ölçeğine Göre Örneklem Genel ÖİÖ Düzeyi

Bağımlı Değişken	N	Minimum	Maksimum	X	SS
Öznel İyi Oluş	205	46	230	173,2958*	,68230

* Ortalama (X) puan hesaplanırken, ölçekten elde edilen toplam ortalama ($X=3,7673$) değeri ölçek maddeleriyle çarpılarak puana dönüştürülmüştür.

Araştırmaya katılanların genel öznel iyi oluş düzeyi ile ilgili bulgular Tablo 3.12’de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde, “Öznel İyi Oluş Ölçeği”nden alınan toplam puan ortalamasının 173,2958 (SS=,68230) olduğu görülmektedir. Ölçekten alınacak minimum ve maksimum puanlar düşünüldüğünde dağılımın homojen olduğu ve örneklem ortanın üzerinde bir ÖİÖ düzeyine sahip olduğu değerlendirilebilir.

3.1.2.1. Cinsiyete Göre Öznel İyi Oluş Düzeyleri

Alt Problem 11. HD hastalarının öznel iyi oluş puanlarında cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılaşma var mıdır?

HD hastalarının ÖİÖ puanlarının cinsiyetlerine göre anlamlı farklılaşma gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla bağımsız örneklem için t testi yapılmış ve elde edilen bulgular Tablo 3.13’de verilmiştir.

Tablo 3.13 : Cinsiyet ve ÖİÖ İlişkisine Yönelik Analiz

	Cinsiyet	N	X	SS	Sd	t	p
ÖİÖ	Kadın	94	3,8309	,68891	203	1,230	,220
	Erkek	111	3,7135	,67508			

$p > 0.05$

ÖİÖ ölçeğinden alınan puanların ortalamalarının gösterildiği tablo cinsiyet değişkeni bağlamında incelendiğinde, kadınların puan ortalamasının ($X=3,8309$),

erkeklerin ortalamasından ($X=3,7135$) daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak t ve p değerleri ($t=1,230$; $p=,220$), iki grup arasındaki bu farkın istatistiksel düzeyde olmadığını göstermektedir.

Buna göre; kadınlar ve erkeklerin birbirine benzer ÖİO düzeylerine sahip oldukları yorumu yapılabilir.

3.1.2.2. Yaş Gruplarına Göre Öznel İyi Oluş Düzeyleri

Alt Problem 12. HD hastalarının öznel iyi oluş puanlarında yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılaşma var mıdır?

HD hastalarının ÖİO puanları arasında yaşlarına göre anlamlı farklılaşma olup olmadığını belirlemek için tek yönlü varyans analizi yapılmış ve elde edilen bulgular Tablo 3.14'de verilmiştir. Tek yönlü varyans analizinin ön koşullarından biri olan Homojenlik analizi için yapılan Levene homojenlik testi sonuçları veri setinin homojenliğe sahip olduğunu göstermiştir (ÖİO Lev.T.=1,194, $p>.05$).

Tablo 3.14 : Yaş ve ÖİO İlişisine Yönelik Analiz

	Yaş	N	X	SS	Std. H	F	p
ÖİO	1. 18-30 yaş arası	7	3,8634	,91008	,34398	,1222	,300
	2. 31-40 yaş arası	10	3,6609	,72175	,22824		
	3. 41-50 yaş arası	18	4,0640	,58129	,13701		
	4. 51-60 yaş arası	47	3,8538	,65248	,09517		
	5. 61-75 yaş arası	95	3,7055	,67373	,06912		
	6. 76 yaş ve üzeri	28	3,6553	,73251	,13843		

$p>0.05$

Tablo 3.14 örneklemin yaş gruplarına göre ÖİO düzeylerine ilişkin verilerini göstermektedir. Tablo incelendiğinde; ÖİO puan ortalaması bakımından en düşük ortalamanın 76 yaş ve üzeri grupta ($X=3,6553$), en yüksek ortalamanın ise 41-50 yaş arası grupta ($X=4,0640$) olduğu görülmektedir. 41-50 yaş ve üzeri grupların puan ortalamalarının giderek düştüğü (51-60 yaş arası $X=3,8538$, 61-75 yaş arası $X=3,7055$) göze çarpmaktadır. Ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiyi yansıtmadığı yapılan varyans analizi sonuçlarından ($F=,1222$; $p=,300$, $p>0.05$) anlaşılmaktadır.

ANOVA sonuçları katılımcıların yaş gruplarına göre birbirine benzer ÖİO düzeylerine sahip olduklarını göstermektedir.

3.1.2.3. Eğitim Durumuna Göre Öznel İyi Oluş Düzeyleri

Alt Problem 13. HD hastalarının öznel iyi oluş puanlarında eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılaşma var mıdır?

Örneklemin ÖİO puanları arasında eğitim düzeylerine göre anlamlı farklılaşma olup olmadığını belirlemek için varyans analizi yapılmış ve elde edilen bulgular Tablo 3.15’de verilmiştir.

Tablo 3.15 : Eğitim Düzeyi ve ÖİO İlişkisine Yönelik Analiz

	Eğitim	N	X	SS	Std. H	F	p
ÖİO	1. Okuma Yazması Yok	48	3,7808	,73849	,10659	1,805	,113
	2. Okuryazar	35	3,6801	,65806	,11123		
	3. İlkokul Mezunu	75	3,9209	,67878	,07838		
	4. Orta ve Dengi Okul Mezunu	16	3,4851	,45736	,11434		
	5. Lise ve Dengi Okul Mezunu	18	3,6727	,73010	,17209		
	6. Yüksek Okul/Üniv. Mezunu	13	3,5452	,59153	,16406		

p>0.05

Tablo 3.15’deki değerler incelendiğinde; grupların puan ortalamalarının birbirinden farklı olduğu, ancak bu farklılığın eğitim düzeyiyle paralel bir artış/azalış göstermediği ve varyans analizi sonuçlarına göre de değişkenler arasında istatistiksel bir anlamlılığın bulunmadığı (F=1,805; p=,113, p>0.05) görülmektedir.

Bu verileri katılımcıların ÖİO’ları üzerinde eğitim seviyesinin önemli ve belirleyici bir etkisinin olmadığı şeklinde yorumlamak mümkündür.

3.1.2.4. Medeni Duruma Göre Öznel İyi Oluş Düzeyleri

Alt Problem 14. HD hastalarının öznel iyi oluş puanlarında medeni duruma göre anlamlı bir farklılaşma var mıdır?

HD hastalarının ÖİO puanları arasında medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılaşma olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizine ilişkin bulgular Tablo 3.16’da gösterilmiştir.

Tablo 3.16 : Medeni Durum ve ÖİO İlişkisine Yönelik Analiz

	Medeni Durum	N	X	SS	Std. H	F	p
ÖİO	1. Hiç Evlenmemiş	13	3,8428	,88644	,24585	,150	,861
	2. Dul veya Boşanmış	55	3,7340	,68349	,09216		
	3. Evli	137	3,7736	,66517	,05683		

p>0.05

Tablo 3.16'daki bulgulara göre medeni durum ve ÖİÖ arasındaki ilişkiye bakıldığında, en yüksek puan ortalamasına ($X=3,8428$) hiç evlenmemiş grubunda olanların sahip olduğu anlaşılmaktadır. İkinci sırayı evli grubunda bulunanların aldığı ($X=3,7736$) ve en düşük puan ortalamasının ($X=3,7340$) da dul veya boşanmış olanlar grubunda bulunan katılımcılara ait olduğu görülmektedir. Konuya ilişkin yapılan ANOVA Testi sonuçları ise, medeni durum değişkeni ile ÖİÖ arasındaki ilişkide istatistiksel düzeyde ($F=,150$; $p=,861$, $p>0.05$) anlamlı bir farklılaşmanın bulunmadığını ortaya koymaktadır.

3.1.2.5. Öznel Ekonomik Durum Algısına Göre Öznel İyi Oluş Düzeyleri

Alt Problem 15. HD hastalarının öznel iyi oluş puanlarında öznel ekonomik durum algılarına göre anlamlı bir farklılaşma var mıdır?

Örneklemin ÖİÖ puanları arasında öznel ekonomik durum algılarına göre anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını belirlemek için yapılan varyans analizinden elde edilen bulgular Tablo 3.17'de gösterilmektedir.

Tablo 3.17 : Öznel Ekonomik Durum Algısı ve ÖİÖ İlişkisine Yönelik Analiz

	Ekonomik Durum	N	X	SS	Std. H	F	p
ÖİÖ	1. Düşük	42	3,8680	,77022	,11885	,827	,480
	2. Ortanın Altı	39	3,6823	,68181	,10918		
	3. Orta	107	3,7838	,65466	,06329		
	4. Ortanın Üstü	17	3,6100	,63219	,15333		

$p>0.05$

Örneklemin grubunun öznel ekonomik durum algıları ile ÖİÖ düzeyleri arasındaki ilişkiye bakıldığında, grupların aldığı ortalamalar şu şekildedir: Düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip olanların puan ortalamaları en yüksek ($X=3,8680$), ortanın üstü sosyo-ekonomik düzeye sahip olanların puan ortalamaları en düşüktür ($X=3,6100$). Ortanın altı sosyo-ekonomik düzeye sahip olanların puan ortalamaları ($X=3,6823$) en yüksek ve en düşük puan ortalamalarına sahip olanların arasında yer almaktadır. Bu değerler arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığına yönelik yapılan ANOVA testinde, ekonomik düzey ile örneklemin ÖİÖ düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($F=827$; $p=,480$, $p>0.05$).

3.1.2.6. Sürekli İkamet Yerine Göre Öznel İyi Oluş Düzeyleri

Alt Problem 16. HD hastalarının öznel iyi oluş puanlarında sürekli yaşadıkları yer değişkenine göre anlamlı bir farklılaşma var mıdır?

HD hastalarının ÖİÖ düzeylerinin ikamet edilen yere göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan varyans analizi sonuçlarından elde edilen bulgular Tablo 3.18’de gösterilmiştir. Tek yönlü varyans analizinin ön koşullarından olan Levene homojenlik testi sonuçlarından grupların homojen olmadığı (ÖİÖ Lev. T: 3,191; $p=.043$, $p<.05$) anlaşılmış ve bu nedenle de gruplar ile ÖİÖ puan ortalamalarındaki farklılıklar Tamhane’s T2 yöntemiyle analiz edilmiştir.

Tablo 3.18 : Sürekli İkamet Yeri ve ÖİÖ İlişisine Yönelik Analiz

	İkamet Yeri	N	X	SS	Std. H	F	P	Fark (Tamhane’s T2)
ÖİÖ	1. Köy	53	3,7592	,61008	,08380	40,698	,000*	1*** > 2
	2. İlçe**	108	3,4998	,52243	,05027			3*** > 1 ve 2
	3. İl Merkezi	44	4,4338	,66709	,10057			

* $p<0.05$

** Ankette yer alan hastaların tedavi gördükleri yer çıkartılarak ÖİÖ düzeyinin ikamet yerine göre analiz edilebilmesi için 2. ve 3. maddeler yeniden kodlanmış ve birleştirilmiştir.

*** Gruplar arası karşılaştırmalarda anlamlı farklılık koyu yazılan rakamlara denk gelen grup lehinedir.

ÖİÖ ölçeğinden alınan puan ortalamalarına göre; en yüksek öznel iyi oluş düzeyinin ($X=4,4338$) il merkezinde yaşayan hastalar arasında olduğu, en düşük ortalamanın ise ($X=3,4998$) ilçede yaşayan hasta grubuna ait olduğu görülmektedir. Bu durumun sürekli ikamet edilen yer ile ÖİÖ puanları arasında anlamlı bir ilişkinin varlığına işaret ettiği varyans analizi sonuçlarıyla ($F=40,698$; $p=,000$, $p<0.05$) da teyit edilmektedir. İlişkinin hangi gruplar arasında olduğu ve yönü hakkında yapılan Tamhane’s T2 testi sonuçları da köyde yaşayanlar ile ilçede yaşayanlar arasında köyde yaşayanlar lehine; il merkezinde yaşayanlarla köy ve ilçede ikamet edenler arasında da il merkezinde yaşayan hastalar lehine bir farklılaşmanın olduğunu göstermektedir. En düşük puan ortalaması ($X=3,4998$) ilçede ikamet eden hasta grubuna aittir.

3.1.2.7. Meslek Grubuna Göre Öznel İyi Oluş Düzeyleri

Alt Problem 17. HD hastalarının öznel iyi oluş puanlarında mesleki durum değişkenine göre anlamlı bir farklılaşma var mıdır?

Örneklemin ÖİÖ puanları arasında mesleklerine göre anlamlı bir farklılığın olup olmadığını belirlemek için tek yönlü varyans analizi yapılmış ve bulgular Tablo 3.19’da

gösterilmiştir. Tablo 3.19'deki bulgulara göre, meslek grubu değişkeni ile ÖİÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı ($F=1,231$; $p=,287$, $p>0.05$) bir farklılık ortaya çıkmamıştır. Örneklem grubunun konuya ilişkin aldıkları puanların ortalamalarına bakıldığında ise; en yüksek puan ortalamasına ($X=4,0830$) işçilerin, en düşük puan ortalamasına ($X=3,3587$) da, serbest meslek grubunda bulunanların sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 3.19 : Meslek ve ÖİÖ İlişisine Yönelik Analiz

	Meslek	N	X	SS	Std. H	F	p
ÖİÖ	1. Memur	5	3,9652	,88098	,39399	1,231	,287
	2. Esnaf/Zanaat.	5	3,5217	,61985	,27721		
	3. İşçi	11	4,0830	,52587	,15856		
	4. Emekli	44	3,7292	,73052	,11013		
	5. Serbest Meslek	8	3,3587	,42994	,15201		
	6. Ev Hanımı	80	3,8071	,68068	,07610		
	7. Çiftçi	32	3,6399	,62783	,11099		
	8. İşsiz	20	3,8978	,74413	,16639		

$p>0.05$

Diğer meslek gruplarının puanlarına bakıldığında; esnaf/zanaatkârların ($X=3,5217$) ve çiftçilerin puan ortalamalarının ($X=3,6399$) göreceli olarak düşük; memur ($X=3,9652$), ev hanımları ($X=3,8071$) ve işsizlerin ($X=3,8978$) puan ortalamalarının ise göreceli olarak daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Ancak bu veriler, istatistiksel düzeyde anlamlı bir farklılığı göstermemektedir.

3.1.2.8. Diyaliz Süresine Göre Öznel İyi Oluş Düzeyleri

Alt Problem 18. HD hastalarının öznel iyi oluş puanlarında alınan tedavinin süresine göre anlamlı bir farklılaşma var mıdır?

Örneklemin ÖİÖ puanları arasında diyaliz tedavisinin süresine göre anlamlı bir farklılığın olup olmadığını belirlemek için tek yönlü varyans analizi yapılmış ve bulgular Tablo 3.20'de gösterilmiştir.

Tablo 3.20: Diyaliz Süresi ve ÖİÖ İlişisine Yönelik Analiz

	Diyaliz Süresi	N	X	SS	Std. H	F	p
ÖİÖ	1. 6 ay-5 yıl arası	146	3,7887	,69065	,05716	1,780	,152
	2. 6-10 yıl arası	43	3,5996	,61864	,09434		
	3. 11-15 yıl arası	9	4,1039	,78793	,26264		
	4. 16 yıl ve üzeri	7	3,9193	,62007	,23436		

$p>0.05$

Tedavi süresiyle hastaların ÖİÖ düzeyleri arasındaki ilişkiye dair verilerin olduğu tablo incelendiğinde; 11 yıl ve üzeri tedavi gören kişilerde ÖİÖ puanlarının

($\bar{X}=4,1039$, $\bar{X}=3,9193$) 6 ay-5 yıl arası grupta bulunan hastaların puanlarının ($\bar{X}=3,7887$) ve 6-10 yıl arası grupta bulunanların puanlarına ($\bar{X}=3,5996$) kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir. Tablo verilerinden yola çıkılarak genelde tedavinin ilk on (10) yılında kişilerin mutluluk düzeylerinin daha düşük olduğu düşünülebilir. Ancak bu durum istatistiksel olarak desteklenmemektedir. Zira; varyans analizi sonuçlarına göre ($F=1,780$; $p=,152$, $p>0.05$) gruplara ait ortalamalar arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

3.1.2.9. Öznel Dindarlık Algısına Göre Öznel İyi Oluş Düzeyleri

Alt Problem 19. HD hastalarının öznel iyi oluş puanlarında öznel dindarlık algısına göre anlamlı bir farklılaşma var mıdır?

Örneklemin öznel dindarlık algısı ile ÖİÖ düzeyleri arasında anlamlı bir farklılaşmanın olup olmadığını belirlemek için tek yönlü varyans analizi yapılmış ve bulgular Tablo 3.21’de verilmiştir. Tek yönlü varyans analizinin ön koşullarından biri olan Homojenlik analizi için yapılan Levene homojenlik testi, veri setinin homojen dağılmadığını (ÖİÖ Lev. $T= 6,156$; $p=.001$, $p<.05$) göstermiştir. Bu nedenle homojen olmayan grupların farklılıkları Tamhane’s T2 testi ile incelenmiştir.

Tablo 3.21 : Öznel Dindarlık Algısı ve ÖİÖ İlişkisine Yönelik Analiz

	Özn. Dindr. Alg.	N	X	SS	Std. H	F	p	Fark (Tamhane’s T2)
ÖİÖ	1. Hiç Dindar Değil	3	3,1232	,58910	,34012	12,345	,000*	3** > 2
	2. Biraz Dindar	39	3,3439	,48727	,07803			4** > 2 ve 3
	3. Dindar	115	3,7737	,63629	,05933			
	4. Çok Dindar	48	4,1363	,71938	,10383			

* $p<0.05$

** Gruplar arası karşılaştırmalarda anlamlı farklılık koyu yazılan rakamlara denk gelen grup lehinedir.

Tablo incelendiğinde; grupların öznel dindarlık değerlendirmelerinin yönü ile ÖİÖ ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Buna göre; en düşük öznel iyi oluş skoru, kendi değerlendirmelerine göre kendilerini hiç dindar görmeyen gruba ($\bar{X}=3,1232$) aittir. Buna karşın; kendi tanımlamalarına göre çok dindar olduklarını düşünen grubun ÖİÖ puan ortalaması ($\bar{X}=4,1363$) en yüksek düzeydedir. Bu ortalamaların istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı ise varyans analizi sonucunda elde edilen verilerde görülmektedir. Yapılan tek yönlü varyans analizi sonucundan ilişkinin anlamlılık düzeyinde olduğu ($F=12,345$; $p=,000$, $p<0.05$)

anlaşılmıştır. Farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan Tamhane's T2 testi sonucunda da kendisini “dindar” gören grupla “biraz dindar” gören grup arasında “dindar” olanlar lehine ve kendisini “çok dindar” olarak gören grup ile “biraz dindar” ve “dindar” grup arasında “çok dindar” olan katılımcılar lehine bir farklılaşmanın söz konusu olduğu görülmüştür.

Elde edilen verilere göre; kişinin öznel algı bakımından kendisini dindar görme düzeyi arttıkça, ÖİÖ düzeyinin de arttığı değerlendirilebilir.

3.1.2.10. Öznel Mutluluk Algısına Göre Öznel İyi Oluş Düzeyleri

Alt Problem 20. HD hastalarının öznel iyi oluş puanlarında öznel mutluluk algısına göre anlamlı bir farklılaşma var mıdır?

Tablo 3.22, katılımcıların öznel mutluluk algıları ile ÖİÖ düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığını gösteren bilgileri içermektedir. Söz konusu analiz öncesinde verilerin homojen dağılıp dağılmama durumu incelenmiş ve Levene homojenlik testi sonuçları veri setinin homojen dağılım gösterdiğini ortaya koymuştur (ÖİÖ Lev.T.=2,344; $p=.074$, $p>.05$). Sonrasında da uygulanan ANOVA testinden elde edilen veriler tabloda gösterilmiştir.

Tablo 3.22: Öznel Mutluluk Algısı ve ÖİÖ İlişisine Yönelik Analiz

	Özn. Mutl. Alg.	N	X	SS	Std. H	F	p	Fark (Scheffe)
ÖİÖ	1. Hiç Mutlu Değil	14	3,7298	,85548	,22864	5,718	,001*	4** > 2 ve 3
	2. Biraz Mutlu	77	3,6135	,66566	,07586			
	3. Mutlu	97	3,7947	,62454	,06341			
	4. Çok Mutlu	17	4,3389	,65516	,15890			

* $p<0.05$

** Gruplar arası karşılaştırmalarda anlamlı farklılık koyu yazılan rakamlara denk gelen grup lehinedir.

Katılımcıların öznel mutluluk algıları ile ÖİÖ puanları arasındaki ilişkiyi gösteren veriler incelendiğinde; kendisini “çok mutlu” olarak tanımlayan hasta grubunun ÖİÖ ölçeğinden aldığı puan ortalamasının da en yüksek olduğu ($X=4,3389$) görülmektedir. Yine puan ortalamalarının “hiç mutlu değil” grubunun puanı haricinde ($X=3,7298$) düşüş eğiliminde belirli bir paralellik gösterdiği (3. Grup $X=3,7947$, 2. Grup $X=3,6135$) anlaşılmaktadır. Puanlar arası paralel artış/düşüş ilişkisinin anlamlı olup olmadığı ise varyans analizi sonucunda görülmüştür. Tek yönlü varyans analizi sonuçları kişilerin öznel mutluluk algıları ile ÖİÖ puanları arasında anlamlı bir farklılığın ($F=5,718$; $p=.001$, $p<0.05$) bulunduğunu göstermektedir. Yapılan Scheffe testi bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu ortaya koymuştur. Buna göre;

kendisini “çok mutlu” gören grup ile “biraz mutlu” ve “mutlu” olarak gören gruplar arasında farklılık göze çarparken bu gruplarla “hiç mutlu değil” düşüncesine sahip grup arasında önemli bir farklılık bulunmamaktadır. Farklılığın yönü ise grupların tablodaki ÖİO puanlarından anlaşılmaktadır. İstatistiksel analiz sonucu gruplar arasında anlamlılık düzeyinde ($p=,001$, $p<0.05$) bir ilişkiye işaret etse de bu ilişkinin tüm grupları kapsamadığı görülmektedir.

3.1.3. Dindarlık ve Alt Boyutları İle Öznel İyi Oluş ve Alt Faktörleri Arasındaki İlişki İle İlgili Bulgular

Alt Problem 21. HD hastalarının dindarlık puanları ile öznel iyi oluş puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Araştırmanın bu bölümünde dindarlık, dindarlığın alt boyutları olan inanç, ibadet, duygu, etki ve bilgi ile genel öznel iyi oluş arasında ilişki olup olmadığı incelenmiştir. Ayrıca ölçüm aracında geçen öznel iyi oluşun alt faktörleri de analiz edilmiş ve söz konusu faktörlerin dindarlık ile ilişkisi anlaşılmasına çalışılmıştır. Dindarlık ve dindarlığın alt boyutları ile ÖİO ve alt faktörleri arasında bir ilişkinin bulunup bulunmadığını anlamak amacıyla Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon analizi uygulanmıştır.

Tablo 3.23 : Dindarlık - Öznel İyi Oluş İlişkisi

Değişken	ÖİO Genel	Öznel İyi Oluşun Alt Faktörleri					
		OLD	KG	İDE	GB	BYİ	YK
İnanç Boyutu	,521**	,434**	,456**	,414**	,441**	,424**	,273**
İbadet Boyutu	,541**	,419**	,379**	,451**	,375**	,400**	,360**
Duygu Boyutu	,542**	,384**	,464**	,472**	,448**	,428**	,307**
Bilgi Boyutu	,410**	,388**	,437**	,340**	,381**	,266**	,170*
Etki Boyutu	,347**	,308**	,415**	,269**	,296**	,278**	,138*
Dindarlık Genel	,565**	,462**	,502**	,465**	,459**	,430**	,305**

N=205 (*) $p<0.05$ (**) $p<0.01$

OLD - Olumlu Duygular GB - Geleceğe Bakış
 KG - Kendine Güven BYİ - Başkalarının Yaşamına İmrenme
 İDE - İlgili Duyulan Etkinlikler YK - Yaşamımı Kendi Geçmiş ve Başkalarının Hayatı ile Kıyaslama

Tablo 3.23 : Dindarlık - Öznel İyi Oluş İlişkisi (Devamı)

Değişken	Öznel İyi Oluşun Alt Faktörleri					
	YZB	A	İ	ARİL	AİL	KRM
İnanç Boyutu	,406**	,320**	,542**	,431**	,389**	,277**
İbadet Boyutu	,346**	,388**	,477**	,470**	,360**	,391**
Duygu Boyutu	,429**	,396**	,515**	,413**	,381**	,297**
Bilgi Boyutu	,418**	,272**	,491**	,288**	,312**	,110
Etki Boyutu	,352**	,190**	,445**	,221**	,278**	,122
Dindarlık Genel	,455**	,375**	,582**	,445**	,409**	,298**

N=205 (**) $p<0.01$

YZB	- Yaşamın Zorluklarıyla Baş Etme	ARİL	- Arkadaşlık İlişkileri
A	- Amaçlar	AİL	- Aile İlişkileri
İ	- İyimserlik	KRM	- Karamsarlık

Tablo 3.23, örneklemin genel dindarlık ve alt boyutları ile ÖİÖ ve alt boyutları arasındaki ilişkiyi göstermektedir. HD hastalarının dindarlık ile ÖİÖ'larına inanç alt boyutu bağlamında bakıldığında; inanç boyutu ile ÖİÖ'nun tüm alt faktörleri arasında pozitif yönlü ve $p<0.01$ önem düzeyinde anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Alt faktörlerden yaşamını kendi geçmişi ve başkalarının hayatı ile kıyaslama (YK) $r=,273$ ve karamsarlığın (KRM) $r=,277$ korelasyon değerleri inanç boyutu ile pozitif yönlü ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişkiyi gösterirken; diğer alt faktörler ile inanç boyutu arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı bir ilişkinin bulunduğunu göstermektedir. Özellikle kendine güven ($r=,456$) ve iyimserlik ($r=,542$) alt faktörlerinin diğerlerine göre inanç alt boyutu ile yüksek korelasyon değeri yüklendiği görülmektedir.

İbadet boyutu ile ÖİÖ'nun tüm alt faktörleri arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı ($p<0.01$) bir ilişkinin olduğu görülmektedir. İyimserlik ($r=,477$) ve arkadaşlık ilişkileri ($r=,470$) alt faktörlerinin korelasyon değerlerinin diğerlerine göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

Dindarlığın duygu boyutu ile ÖİÖ'nun alt faktörleri arasındaki ilişki incelendiğinde; duygu boyutu ile karamsarlık (KRM) alt faktörü arasında ($r=,297$) pozitif yönde ancak düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu; duygu boyutu ile diğer faktörler arasında ise pozitif yönde, orta düzeyde ve $p<0.01$ önem düzeyinde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Bununla birlikte duygu boyutu ile iyimserlik ($r=,515$), ilgi duyulan etkinlikler ($r=,472$) ve kendine güven ($r=,464$) arasındaki ilişkinin diğerlerine göre yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Bilgi boyutu ile ÖİÖ'nun alt faktörleri arasındaki korelasyon değerleri incelendiğinde; bilgi boyutu ve OLD arasındaki korelasyon değerinin $r=,388$, bilgi boyutu ve KG arasındaki korelasyon değerinin $r=,437$, bilgi boyutu ve İDE arasındaki korelasyon değerinin $r=,340$, bilgi boyutu ve GB arasındaki korelasyon değerinin $r=,381$, bilgi boyutu ve YZB arasındaki korelasyon değerinin $r=,418$, bilgi boyutu ve İ arasındaki korelasyon değerinin $r=,491$, bilgi boyutu ve AİL arasındaki korelasyon değerinin de $r=,312$ olduğu görülmektedir. Diğer bir ifadeyle bilgi boyutu ile sayılan faktörler arasında pozitif yönde, orta düzeyde anlamlı ($p<0.01$) bir ilişki bulunmaktadır. Dindarlığın bilgi boyutu ile ÖİÖ'nun başkalarının yaşamına imrenme ($r=,266$),

yaşamını kendi geçmişi ve başkalarının hayatı ile kıyaslama ($r=,170$), amaçlar ($r=,272$) ve arkadaşlık ilişkileri ($r=,288$) alt faktörleri arasında düşük düzeyde anlamlı bir ilişki varken; karamsarlık ($r=,110$) alt faktörü ile arasında ise anlamlı bir ilişki yoktur. Ayrıca bilgi boyutu ile kendine güven ($r=,437$) ve iyimserlik ($r=,491$) arasındaki ilişkinin diğer faktörlere göre yüksek düzeyde olduğu söylenebilir.

Dindarlığın etki alt boyutu ile ÖİÖ'nun alt faktörleri arasındaki ilişki incelendiğinde; etki boyutu ile OLD ($r=,308$), KG ($r=,415$), YZB ($r=,352$), ve İ ($r=,445$) arasında pozitif yönde ve orta düzeyde anlamlı ($p<0.01$) bir ilişki söz konusudur. Etki boyutu ile İDE ($r=,269$), GB ($r=,296$), BYİ ($r=,278$), YK ($r=,138$, $p<0.05$), A ($r=,190$), ARİL ($r=,221$) ve AİL ($r=,278$) arasında pozitif yönde ve düşük düzeyde anlamlı ($p<0.01$) bir ilişki bulunurken; KRM ($r=,122$) arasında ise anlamlı bir ilişki bulgulanmamıştır.

Tablo 3.23'deki veriler dindarlık alt boyutları ve genel dindarlık ile genel ÖİÖ arasındaki ilişki bağlamında incelendiğinde; ÖİÖ ile dindarlığın inanç boyutu arasındaki ilişkiye ait korelasyon değerinin $r=,521$; ÖİÖ ile ibadet boyutu arasındaki ilişkiye ait korelasyon değerinin $r=,541$; ÖİÖ ile dindarlığın duygu boyutu arasındaki ilişkiye ait korelasyon değerinin $r=,542$; ÖİÖ ile dindarlığın bilgi boyutu arasındaki ilişkiye ait korelasyon değerinin $r=,410$; ÖİÖ ile dindarlığın etki boyutu arasındaki ilişkiye ait korelasyon değerinin $r=,347$, ÖİÖ ile dindarlığın geneli arasındaki ilişkiye ait korelasyon değerinin de $r=,565$ olduğu ve aralarındaki ilişkinin $p<0.01$ önem düzeyinde anlamlı olduğu bulunmuştur. Bu bulgular ÖİÖ ile dindarlığın inanç, ibadet, duygu, bilgi ve etki boyutları ve genel dindarlık skorları arasında pozitif yönde ve orta düzeyde anlamlı⁵⁸⁹ bir ilişkinin olduğunu göstermektedir.

Öte yandan genel dindarlık düzeyi ile ÖİÖ'nun alt faktörleri arasındaki ilişki incelendiğinde de dindarlık ile iyimserlik ($r=,582$), kendine güven ($r=,502$), ilgi duyulan etkinlikler ($r=,465$), olumlu duygular ($r=,462$), geleceğe bakış ($r=,459$) ve yaşamını kendi geçmişi ve başkalarının hayatı ile kıyaslama ($r=,455$) alt faktörleri arasında pozitif yönde, orta düzeyde olmakla birlikte diğerlerine göre daha yüksek önemde anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Buna karşın dindarlığın karamsarlık ($r=,298$) ile düşük düzeyde anlamlı ($p<0.01$) bir ilişkiye sahip olduğu saptanmıştır.

⁵⁸⁹ Ömay Çokluk vd., *Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve Lisrel Uygulamaları* (Ankara: Pegem A Yayıncılık, 2. Baskı, 2016), 52.

3.1.4. Dindarlığın Öznel İyi Oluş Üzerindeki Etkileri İle İlgili Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde de öznel iyi oluş üzerinde toplam dindarlık bağımsız değişkeninin etkisinin olup olmadığı ele alınmıştır. ÖİÖ üzerinde dindarlığın etkisini anlamak amacıyla dindarlık genel değişkeni “Basit Doğrusal Regresyon” analiz yöntemiyle incelenmiştir.

Alt Problem 22. HD hastalarının dindarlık düzeyi, öznel iyi oluşun anlamlı bir yordayıcısı mıdır?

HD hastalarının genel dindarlıklarının öznel iyi oluşun anlamlı bir yordayıcısı olup olmadığını belirlemek için “Basit Doğrusal Regresyon” analizi yapılmış ve elde edilen bulgular Tablo 3.24’de verilmiştir.

Tablo 3.24 :Dindarlığın Öznel İyi Oluş Üzerindeki Etkisine İlişkin Basit Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	B	Std. H.	β	t	p
Genel Dindarlık	,800	,082	,565	9,759	,000
R=,565	R ² =,319	F=95,241	p=,000	p<0.05	

Tablo 3.24 incelendiğinde; örneklemin dindarlık özelliklerinin öznel iyi oluştaki varyansın % 31,9’unu açıkladığı görülmektedir (R=,565, R²=,319, F=95,241, p=,000). Bu bulgular, HD hastalarının dindarlık özelliklerinin öznel iyi oluşları üzerinde anlamlı ve pozitif yönlü bir etkiye sahip olduğu ve dindarlık özelliklerinin artmasının hastaların öznel iyi oluş düzeylerine de olumlu bir katkı sağlayacağı şeklinde yorumlanabilir. Diğer bir ifadeyle; dindarlığın öznel iyi oluşu pozitif yönlü olarak yordadığı söylenebilir.

3.1.5. Dinî Başa Çıkma Yaklaşımları ve Öznel İyi Oluş İle İlgili Bulgular

Bu bölümde yirmi (20) kişilik nitel örneklem grubunun hastalığı öğrendiklerinde verdikleri tepkileri, hastalığı algılama biçimleri, hastalık sonrasında dinî duygu ve düşüncelerindeki değişimler, başa çıkma yöntemleri, ibadet/duanın hasta açısından ifade ettiği anlam ve dindarlık ile ÖİÖ ilişkisine yönelik görüşlerinden elde edilen bulgular yer almaktadır. Örneklemin düşünceleri tablolarda tekrar sayısı ile ve buna göre oluşturulan modeller şeklinde sunulmuştur.

Alt Problem 23. HD hastalarının dinî başa çıkma yaklaşımlarındaki dinî motifler ile öznel iyi oluş arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

3.1.5.1. Hastalık Teşhisi Sonrası İlk Tepkiler

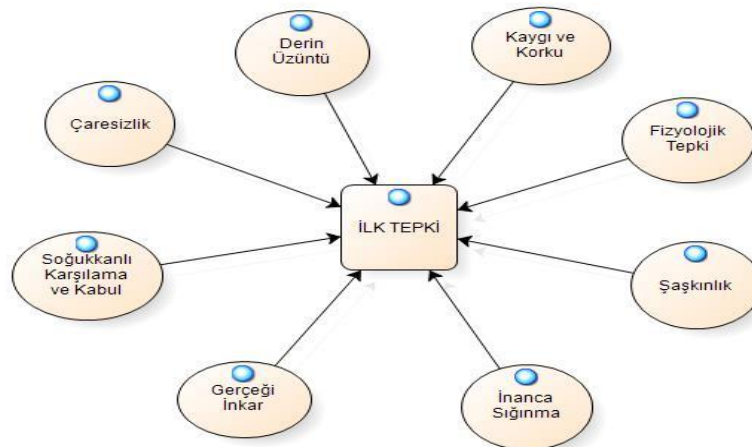
Katılımcılara “*Hemodiyaliz hastası olduğunuzu duyduğunuzda ilk tepkiniz ne oldu?*” sorusu yöneltilmiş ve katılımcıların bu soruya verdikleri cevaplar sonucunda yapılan analizin çıktıları Tablo 3.25’de gösterilmiştir.

Tablo 3.25 : Teşhis Sonrası İlk Tepkiler ve Frekansları

Hastalık Sonrası İlk Tepkiler	Tekrar Sayısı
Çaresizlik	9
Derin Üzüntü	19
Fizyolojik Tepki	4
Gerçeği İnkâr	10
İnanca Sığınma	7
Kaygı-Korku	9
Soğukkanlı Karşılama ve Kabul	16
Şaşkınlık	2

Tablo 3.25 incelendiğinde; katılımcıların hastalıklarını ilk öğrendiklerinde en fazla *derin bir üzüntü* (19 tekrar) hissettikleri görülmektedir. Bunu *soğukkanlı karşılama ve hastalığı kabullenme* (16 tekrar) takip etmekte, sonrasında da *gerçeği inkâr* (10 tekrar) gelmektedir. *Çaresizlik* ile *korku-kaygı* (9 tekrar) eşit oranda belirtilirken, *inanca sığınma* toplamda 7 kez vurgulanmıştır. Katılımcılar *fizyolojik tepki* verdiklerini 4 kez ve *şaşkınlık hissi* yaşadıklarını da 2 kez tekrarlamışlardır.

Katılımcıların hastalığı ilk öğrendiklerinde verdikleri tepkilere yönelik kodlardan oluşan modelleme aşağıda gösterilmiştir.



Model 3.1 : Teşhis Sonrası İlk Tepkilerden Oluşan Modelleme

3.1.5.2. Hastalığı Algılama ve Açıklama Biçimleri

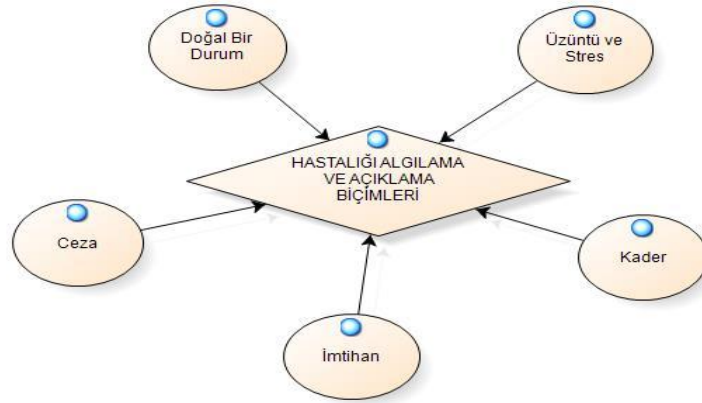
Hastalığı algılama biçimleriyle ilgili düşüncelerini anlamak amacıyla katılımcılara, “*Bu hastalık neden benim başıma geldi? diye hiç düşündünüz mü?*” ve “*Böyle bir hastalığın sizin başınıza gelmesini nasıl değerlendiriyorsunuz?*” soruları yöneltilmiştir. Katılımcıların bu sorulara verdikleri cevapların analizleri Tablo 3.26’da sunulmuştur.

Tablo 3.26 : Hastalığı Algılama ve Açıklama Biçimlerine Yönelik Frekanslar

Hastalığı Algılama ve Açıklama Biçimleri	Tekrar Sayısı
Ceza	4
Doğal Bir Durum	4
İmtihan	15
Kader	12
Üzüntü ve Stres	2

Tablo verilerine göre hastalık “ceza, doğal bir durum, imtihan, kader, üzüntü ve stres” tanımlamalarıyla açıklanmaktadır. Bu açıklama biçimleri içerisinde en fazla *imtihan* (15 tekrar) ve *kader* (12 tekrar) vurgulanmıştır. Ayrıca katılımcılar, hastalığı 4 tekrar ile eşit oranda *ceza* ya da *doğal bir durum* olarak belirtmişlerdir. *Üzüntü ve stres* ile açıklama biçimi ise en az vurgu (2 tekrar) almıştır.

Katılımcıların hastalığı algılama ve açıklama biçimlerine yönelik kodlardan oluşan modelleme aşağıda gösterilmiştir.



Model 3.2 : Hastalığı Algılama ve Açıklama Biçimlerinden Oluşan Modelleme

3.1.5.3. Hastalık Sonrası Dinî Duygu ve Düşüncelerde Değişim

Katılımcılara hastalık sonrası süreçte dinî duygu ve düşüncelerinde herhangi bir değişimin olup olmadığı sorulmuştur. Verdikleri cevaplar “Herhangi Bir Farklılaşma

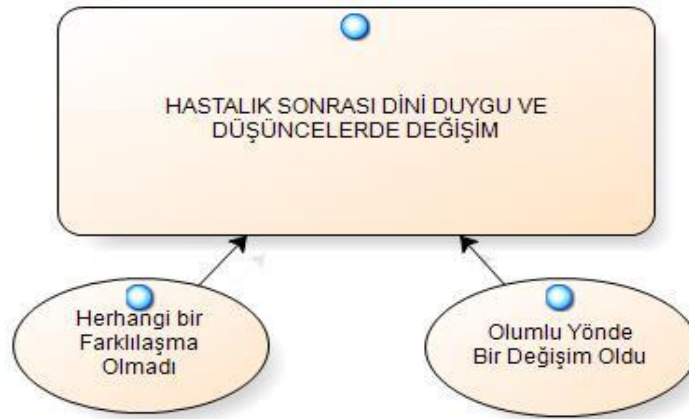
Olmadı” ve “Olumlu Yönde Bir Değişim Oldu” şeklinde iki grup altında toplanmış, analiz sonucunda tekrar sayılarını gösteren tablo aşağıda verilmiştir.

Tablo 3.27 : Hastalık Sonrası Dinî Duygu ve Düşüncelerde Değişime Yönelik Frekanslar

Hastalık Sonrası Dinî Duygu ve Düşüncelerde Değişim	Tekrar Sayısı
Herhangi Bir Farklılaşma Olmadı	7
Olumlu Yönde Bir Değişim Oldu	21

Tablo 3.27 incelendiğinde; hastalık sonrası dinî duygu ve düşüncelerde olumlu yönde bir değişimin olduğunu belirtme sayısı 21 iken, herhangi bir farklılaşma olmadığını vurgulama sayısı ise 7’dir. Mülakatta katılımcılar hastalığın dinî duygu ve düşüncelerinde bir yoğunlaşmaya yol açtığını ve dinî konularda daha hassas olmalarına pozitif katkı sağladığını belirtmişlerdir.

Katılımcıların hastalık sonrası süreçte dinî duygu ve düşüncelerinde oluşan değişim biçimlerine yönelik kodlardan ortaya çıkan modelleme aşağıda gösterilmiştir.



Model 3.3 : Hastalık Sonrası Dinî Duygu ve Düşüncelerde Değişimlerden Oluşan Modelleme

3.1.5.4. Başa Çıkma Yöntemleri

Mülakat sırasında, insanların zor ve çaresiz kaldıkları durumlarda dinî inanç ve tutumların ne tür bir önemi ve işlevi olduğunu öğrenmek için HD hastalarına “Hastalıkla başa çıkma yöntemleriniz nelerdir?” ve “Hastalığın üzerinizdeki olumsuz etkilerini azaltmak için neler yapıyorsunuz?” soruları yöneltilmiş ve katılımcıların verdikleri cevapların frekansları Tablo 3.28’de gösterilmiştir.

Tablo 3.28: Başa Çıkma Yöntemlerine Yönelik Frekanslar

Baş Çıkma Yöntemleri	Tekrar Sayısı
Allah'a İman-Sığınma	31
İbadet-Dua	37
Kadere Teslimiyet	33

Şükür ve Tevekkül	28
Hayra Yorma	10
Sadaka Verme	4
Farklı Bir Uğraşı Edinme	7
Sosyal Destek	25
Pozitif Düşünme	25
Pozitif Bilime Güven	16

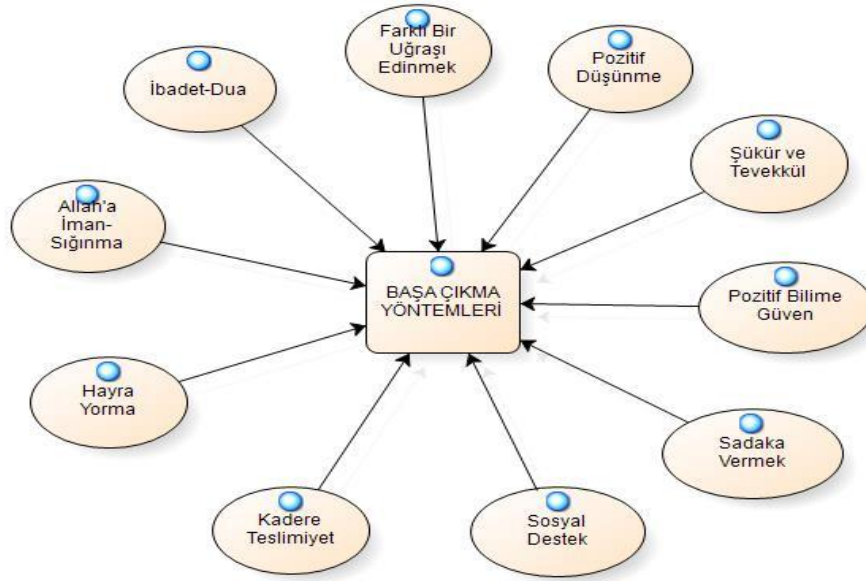
Tablo 3.28 incelendiğinde, katılımcıların hastalıklarıyla başa çıkmada ya da hastalığın olumsuz etkilerini azaltmada farklı yöntemlere başvurdukları görülmektedir. Belirtilen başa çıkma yöntemlerinin ise “Allah'a iman-sığınma, ibadet-dua, kadere teslimiyet, şükür ve tevekkül, hayra yorma, sadaka verme, farklı bir uğraşı edinme, sosyal destek, pozitif düşünme, pozitif bilime güven” şeklinde olduğu tablodan anlaşılmaktadır.

Verilere göre; en çok başvurulan başa çıkma yöntemi “ibadet-dua”dır (37 tekrar). Bunu “kadere teslimiyet” (33 tekrar) ve “Allah'a iman, sığınma” (31 tekrar) yöntemleri izlemektedir. Başa çıkma yöntemleri arasında dinî motifli diğer yaklaşımlar ise “şükür ve tevekkül” (28 tekrar), “hayra yorma” (10 tekrar) ve “sadaka verme” (4 tekrar) olarak sıralanmaktadır.

Bununla birlikte katılımcılar hastalıkla mücadele sürecinde yukarıda gösterilen dinî içerikli yöntemler dışında başka yöntemlere de başvurduklarını dile getirmişlerdir. Bu yöntemler aileden ve çevreden gördükleri *sosyal destek* (25 tekrar), kendilerinden çok daha kötü durumda olan hastaların ya da yaşam açısından daha riskli hastalıkların bulunduğunu belirterek kendi durumlarının onlara kıyasla iyi olduğunu düşünme şeklinde ifade ettikleri *pozitif düşünme* (25 tekrar) yöntemidir. Ayrıca katılımcılar *pozitif bilime güven* (16 tekrar) olarak kodladığımız ve aldıkları tedavinin sağlıkları açısından önemini ve katkısını vurguladıkları bir yöntem de başvurumaktadırlar.

Elde edilen bulgulardan hastaların dinî motifli başa çıkma yöntemlerine daha fazla yöneldikleri söylenebilir.

Katılımcıların başa çıkma yöntemlerine yönelik kodlardan ortaya çıkan modelleme aşağıda gösterilmiştir.



Model 3.4: Başa Çıkma Yöntemlerinden Oluşan Modelleme

3.1.5.5. Başa Çıkmada İbadet/Duanın İşlevsel Yönü

Baş çıkma sürecinde ibadet ve duanın hastalar üzerinde ne tür bir işlevi olduğunu anlamak için örnekleme “İbadet eder misiniz? Bu süreçte ibadet/dua sizin için bir anlam ifade ediyor mu? Nasıl?” soruları yöneltilmiştir. Katılımcıların verdikleri cevaplardan başlıklar kodlanarak analiz edilmiş ve sonuçlar Tablo 3.29’da sunulmuştur.

Tablo 3.29: Başa Çıkmada İbadet/Duanın İşlevsel Yönüne İlişkin Frekanslar

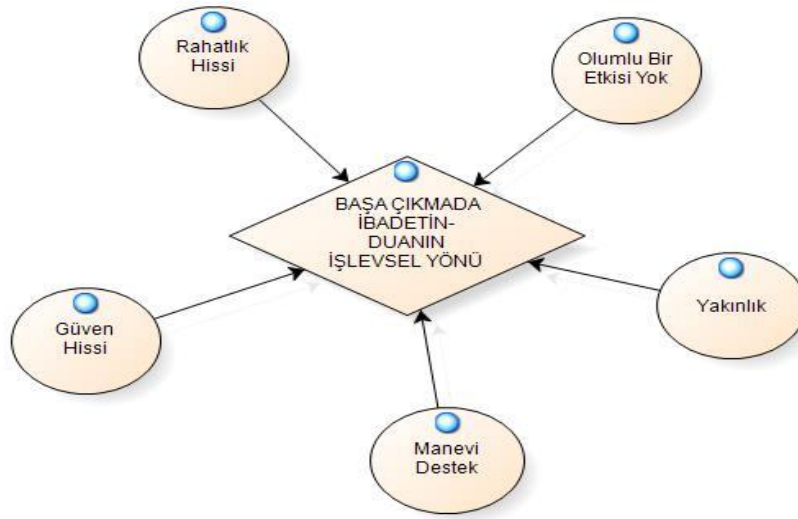
Baş Çıkmada İbadet/Duanın İşlevsel Yönüne	Tekrar Sayısı
Güven Hissi	7
Manevî Destek	6
Rahatlık Hissi	18
Yakınlık	8
Olumlu Bir Etkisi Yok	4

Tablo 3.29, ibadet ve duanın hastalıkla başa çıkma konusundaki işlevini göstermektedir. Görüşmecilerin mülakat sorusuna verdikleri cevaplardan oluşan kodlara göre; ibadet etmek ve sıkıntılı, zorlu zamanlarında Allah’a dua etmek onları rahatlatmakta ve göreceli olarak iyi hissetmelerine katkı sağlamaktadır. Bu ve benzer cevaplar *rahatlık hissi* şeklinde kodlanmış ve en fazla tekrarı bu başlık almıştır (18 tekrar). Hastalar ibadet ettiklerinde (özellikle namaz ve dua) Allah’a daha yakın hissettiklerini ve o anlarda yalnızlık duygularından kurtulduklarını belirtmişlerdir. *Yakınlık hissi* şeklinde kodlanan bu başlık da 8 tekrar almıştır. Analiz sonucunda *güven hissi* şeklinde kodlanmış olan başlıkta toplanan düşüncelerin 7 kez tekrarlandığı,

manevî destek şeklinde kodlanan görüşlerin de katılımcılar tarafından 6 kez vurgulandığı görülmüştür.

Bununla birlikte katılımcılar arasında ibadet ve duanın kendileri açısından olumlu bir etkisinin olmadığını düşünenler de bulunmaktadır. Bu görüş katılımcılar tarafından 4 tez dile getirilmiştir.

Başta çıkmada ibadet/duanın işlevsel yönüne ilişkin kodlardan oluşan modelleme aşağıda gösterilmiştir.



Model 3.5: Başta Çıkmada İbadet/Duanın İşlevsel Yönlerinden Oluşan Modelleme

3.1.5.6. Dindarlık-ÖİÖ İlişkisi

Hastaların öznel iyi oluşları üzerinde dindarlıklarının bir katkısının olup olmadığını anlamak amacıyla nitel örneklem grubuna iki temel ve iki de sonda soru sorulmuştur. Katılımcıların kendilerini dindar görüp görmediklerine ilişkin temel soru “Kendinizi iyi bir dindar olarak görüyor musunuz? Neden öyle düşünüyorsunuz?” ve konuya ilişkin detay bilgi alabilmek için yöneltilen sonda soru da “Dindarlık” ne demektir? Sizce dindarlığın göstergeleri nelerdir? şeklindedir. Bu iki soruya verilen cevaplardan örneklemin kendilerini dindar görme düzeyleri anlaşılmaya çalışılmıştır. Örneklemin dindarlıkları hakkındaki görüşleri Tablo 3.30’da verilmiştir. Tablodaki değerler görüşlerin tekrar sayılarını değil, örneklem sayısını ve oranını göstermektedir. Tablo 3.30’a bakıldığında; örneklemin % 25’inin kendisini *dindar*, % 50’sinin *orta düzeyde dindar*, % 20’sinin *pek dindar değil* şeklinde tanımladıkları görülmektedir. Katılımcılardan 1 kişi de (% 5) dindarlık ile ilgili soruya cevap vermemiştir. Dağılıma

bakıldığında; katılımcıların büyük çoğunluğunun kendisini dindar kategorisinde gördüğü değerlendirilebilir.

Tablo 3.30: Örneklemin Kendisini Dindar Görme Düzeyi

Dindarlık Düzeyi	N	%
Dindar	5	25
Orta Düzeyde Dindar	10	50
Pek Dindar Değil	4	20
Cevap Yok	1	5
Toplam	20	100

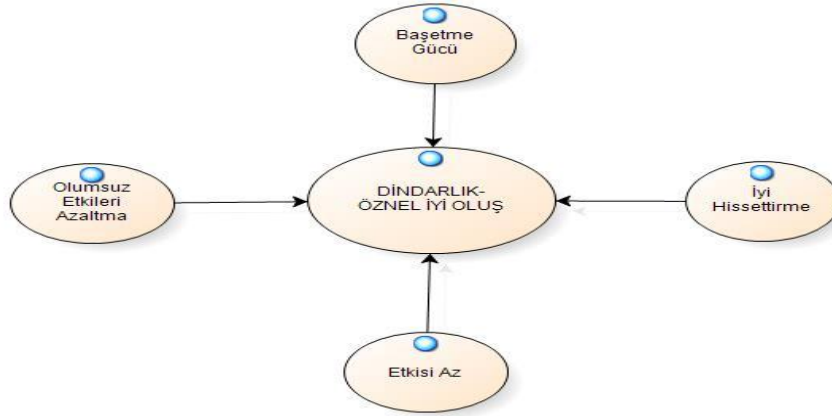
Bu tespitten sonra dindarlığın öznel iyi oluş üzerinde etkisinin olup olmadığı, varsa şayet ne tür bir etkisinin olduğu anlaşılmaya çalışılmıştır. Bu bağlamda; örnekleme yöneltilen temel soru “*Dindar olmanın mutluluk üzerinde bir etki yaptığını düşünüyor musunuz? Nasıl?*” sorusudur. Yine konu hakkında daha fazla bilgi alabilmek için sorulan sonda soru da “*Dindarlıkla mutluluk arasında bir ilişki var mıdır? Nasıl?*” sorusudur. Katılımcıların bu sorulara verdikleri cevaplardan hareketle dindarlık ve öznel iyi oluş ilişkisine dair görüşleri kodlanmış ve tekrar sayılarının verildiği analiz sonuçları Tablo 3.31’de gösterilmiştir.

Tablo 3.31: Dindarlık-ÖİO İlişkisine Yönelik Frekanslar

Dindarlık-ÖİO İlişkisi	Tekrar Sayısı
Baş etme Gücü	10
Olumsuz Etkileri Azaltma	14
İyi Hissettirme	21
Etkisi Az	2

Verilen cevaplarından yola çıkarak kodlamalara *baş etme gücü*, *olumsuz etkileri azaltma*, *iyi hissettirme* ve *etkisi az* adları verilmiş ve her bir başlığı ilgilendiren yorumların tekrar sayıları karşısında gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde; katılımcıların dindarlığın ÖİO üzerinde etkisine ilişkin en çok tekrar sayısıyla “iyi hissettirme” (21 tekrar) özelliğini vurguladıkları görülmektedir. Görüşmede hastalar hastalıklarının birçok olumsuz etkileri olduğunu, bu olumsuz etkileri azaltmada (14 tekrar), bir biçimde baş etme gücü (10 tekrar) ve dirayeti vermede de dindarlıklarının rolü olduğunu ifade etmişlerdir. Bununla birlikte dindar olmanın ÖİO üzerinde etkisinin az (2 tekrar) olduğunu düşünen katılımcılar da mevcuttur.

Dindarlık-ÖİO ilişkisine yönelik kodlardan oluşan modelleme aşağıda gösterilmiştir.



Model 3.6: Dindarlık-ÖİO İlişkisinden Oluşan Modelleme

3.2. YORUMLAR VE TARTIŞMA

Araştırmanın bu bölümünde, nicel ve nitel ölçüm araçlarıyla elde edilen bulguların yorum ve değerlendirmelerine yer verilmiştir. Nicel verilerin yorumlanması ve tartışılması, çalışmada belirlenen ana problem ve alt problemler ile bu problemlere ilişkin oluşturulan hipotezler çerçevesinde yapılmış; nitel çalışmanın bulguları yorumlanırken ise örneklem görüşlerinden yararlanılmıştır. Araştırmanın konusu daha önce de belirtildiği gibi, “*Hemodiyaliz Hastalarında Dindarlık ve Öznel İyi Oluş*” tur. HD hastalarının dindarlık ve öznel iyi oluş tutumlarının demografik değişkenlere göre değişip değişmediği incelenmeye çalışılmıştır. Bununla birlikte nitel çalışma için belirlenen örneklem grubunun hastalığı algılama ve anlamlandırma yaklaşımları, dinî başa çıkma yöntemleri ile dindarlık eğilimlerinin öznel iyi oluşla ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Bu doğrultuda, araştırma bulguları şu şekilde yorum ve değerlendirmeye tabi tutulmuştur:

- Bağımsız değişkenler (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, ekonomik durum vb.) ile ilgili yorum ve değerlendirmeler;
- Bağımsız değişkenler (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, ekonomik durum vb.) ile dindarlık arasındaki ilişkiye dair yorum ve değerlendirmeler;
- Bağımsız değişkenler (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, ekonomik durum vb.) ile öznel iyi oluş arasındaki ilişkiye dair yorum ve değerlendirmeler;

- Dindarlık, alt boyutları ve öznel iyi oluş arasındaki ilişkiye dair yorum ve değerlendirmeler;
- Dindarlık ve alt boyutlarının öznel iyi oluş üzerindeki etkilerine dair yorum ve değerlendirmeler;
- Dinî başa çıkma yaklaşımları ve öznel iyi oluşla ilgili yorum ve değerlendirmeler;

3.2.1. Bağımsız Değişkenler İle İlgili Yorumlar

Araştırmada örneklemin cinsiyet değişkenine göre dağılımına bakıldığında, kadın oranının % 45,9 ve erkek oranının da % 54,1 olduğu görülmektedir (**bk. Tablo 2.3**). Bu oranlar, cinsiyet açısından dengeli bir dağılımı göstermekte ve bu da örneklemin evreni temsil etme gücüne işaret etmektedir.

Örneklemin yaş değişkenine göre dağılımı incelendiğinde, 61- 75 yaş grubunun (% 46,3) en yüksek orana sahip olduğu anlaşılmaktadır. İkinci sırada 51-60 yaş grubu (% 22,9) yer almakta, bunu 76 yaş ve üzeri yaş grubu (% 13,7) izlemektedir. 18-30 yaş grubu (% 3,4), 31-40 yaş grubu (% 4,9) ve 41-50 yaş grubu (% 8,8) düşük katılım oranıyla dikkat çekmektedir. Ayrıca 61-75 yaş grubu ile 76 yaş ve üzeri birlikte değerlendirildiğinde, yaşlı katılımı toplamda % 60'a (123 kişi) ulaşmaktadır. Bu durum KBH'nin yaşlılar arasında daha yaygın olduğunu göstermektedir (**bk. Tablo 2.4**). Elde edilen sonuçlar TND'nin Türkiye geneli 2016 raporunda geçen verilerle de örtüşmektedir⁵⁹⁰.

Eğitim durumu değişkenine göre araştırmaya katılanların çoğunluğu okur-yazar olmayan kişiler ile okuma bilen ve ilkokul mezunu olan kişilerden oluşmaktadır. Orta ve dengi, lise ve dengi ile yüksek okul ya da üniversite mezunu olan kişilerin katılım oranları ise daha düşüktür (**bk. Tablo 2.5**). Genel olarak örneklemin eğitim düzeyinin düşük olduğu görülmektedir. Bu dağılım çeşitli yıllarda yapılan araştırma sonuçlarıyla da uyumludur.⁵⁹¹

Medeni durum değişkenine göre dağılıma bakıldığında; katılımcıların büyük çoğunluğunun evli olduğu (% 66,8), dul ya da boşanmış olan bireylerin ikinci sırada yer

⁵⁹⁰ Süleymanlar vd., “Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon 2016 Raporu”, 14.

⁵⁹¹ Yasemin Kuzeyli Yıldırım, “Diyaliz Hastalarında Progresif Gevşeme Yöntemlerinin Kaygı Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi”, (Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, 2002), 157.

aldığı (% 26,8) görülmektedir. Hiç evlenmemiş olanların oranı ise % 6,3'tür (**bk. Tablo 2.6**).

Örneklemin öznel ekonomik durum algısına göre dağılımına bakıldığında; katılımcıların büyük çoğunluğu (% 52,2) kendisini orta gelir düzeyinde görmektedir. İkinci sırayı düşük düzeyde gelire sahip olduğunu düşünenler almakta (% 20,5), bunu ortanın altı sosyo-ekonomik düzeyde olanlar (% 19,0) izlemektedir. Ortanın üstü gelir düzeyinde algılama oranı ise % 8,3'tür (**bk. Tablo 2.7**).

Örneklemin ikamet yeri ve diyaliz tedavisini aldıkları yere göre dağılımı incelendiğinde; katılımcıların % 52,6'sının ilçede, % 21,5'inin il merkezinde ve % 25,9'unun da köyde ikamet etmekte olduğu görülmektedir. Ayrıca örneklemin % 51,8'i il merkezinde tedavi görmekte, % 48,2'i de tedavisine ilçede devam etmektedir (**bk. Tablo 2.8**).

Mesleklere göre dağılıma bakıldığında; örneklemin sekiz (8) farklı meslek grubuna mensup kişilerden oluştuğu görülmektedir. Bunlar içerisinde en fazla oran ev hanımlarına aittir (% 39,0). İkinci sırada emekliler (% 21,5) ve üçüncü sırada da çiftçiler yer almaktadır (% 15,6). İşsizlerin oranı % 9,8 ve işçilerin oranı ise % 5,4'tür. Memur, esnaf ve zanaatkarların katılım oranları birbirine eşittir (% 2,4) ve bu meslek grupları katılım oranı bakımından son sıralarda yer almaktadır (**bk. Tablo 2.9**).

Örneklemin tedavi süresi bakımından incelendiğinde; katılımcıların büyük çoğunluğunun (% 71,2) tedavi süresinin 6 ay-5 yıl arasında olduğu görülmektedir. % 21'inin 6-10 yıldır tedavi gördüğü, % 4,4'ünün 11-15 yıl ve % 3,4'ünün ise 16 yıl ve üzerinde tedavi gördüğü ve tedaviye halen devam ettiği anlaşılmaktadır. Bu sonuçlar 5 yıla kadar tedavi gören hasta oranının yüksek olduğunu göstermekte ve tedavi süresiyle doğru orantılı katılımcı sayısında bir azalmanın olduğu anlaşılmaktadır. 6 ay-10 yıl süreyle tedavi görenlerin toplam oranı % 92,2'ye denk gelmektedir (**bk. Tablo 2.10**). Bu oranın TND'nin 2016 raporunda geçen 0-10 yıl boyunca tedavi gören hasta oranı (% 87,02) ile birbirine yakın olduğu değerlendirilebilir. Ayrıca bu araştırmada olduğu gibi 2016 raporunda da 10 yıl sonrası tedavi gören kişilerin oranının kademeli bir şekilde azaldığı görülmektedir.⁵⁹² Bu durum yaşla birlikte düşünüldüğünde hayatta kalma oranı ile ilişkilendirilebilir. Diğer bir ifadeyle; HD hastalarının çoğunluğu ileri yaş grubundaki hastalardan oluşmakta ve uzun süreli diyaliz tedavisi sırasında kayıplar olabilmektedir.

⁵⁹² Süleymanlar vd., "Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon 2016 Raporu", 16.

Öznel dindarlık algısına göre dağılıma bakıldığında; kendisini dindar olarak tanımlayanların oranı % 56,1, çok dindar olarak tanımlayanların oranı da % 23,4'tür. Dindarlık düzeyi düşük olanlar ile kendilerini dindar görmeyenlerin oranı birlikte düşünüldüğünde düşük dindarlık düzeyi toplamda % 20,5'tir. Bu veriler örneklemin büyük çoğunluğunun kendisini dindar/çok dindar (toplam % 79,5) olarak tanımladığını göstermektedir (**bk. Tablo 2.11**). DİB ve TÜİK işbirliğiyle 2,019 kişinin katılımıyla ülke genelinde gerçekleştirilen Türkiye'de Dini Hayat Araştırması'na göre ise, katılımcıların % 19,4'ü kendisini "oldukça dindar", % 68,1'i ise "dindar" olduğunu ifade etmiştir. Buna göre; toplamda % 87,5 katılımcı kendisini dindar/çok dindar olarak değerlendirmiştir.⁵⁹³ Oranlar arasındaki farklılık ölçek kaynaklı olabilir. Araştırmamızda dindarlık algısına yönelik 4 seçenek bulunurken, DİB ve TÜİK'in araştırmasında 5 seçenek sunulmuştur. Ayrıca örneklemin dindarlık algıları ve dindarlık düzeylerindeki farklılıklar da bir diğer etken olabilir.

Örneklemin öznel mutluluk algısına göre dağılımı incelendiğinde; "mutlu" olduklarını söyleyenlerin oranının % 47,3, "çok mutlu" olduklarını söyleyenlerin oranının da % 8,3 olduğu görülmektedir (toplam % 55,6). % 37,6 oranla kendisini "biraz mutlu" gören ya da % 6,8 oranla mutlu olmadıklarını düşünen kişiler birlikte değerlendirildiğinde ise; mutluluk düzeyi düşük olanların toplam oranının % 44,4'e tekabül ettiği görülmektedir. Bu verilere göre örneklemin çoğunluğunun kendisini mutlu olarak gördükleri yorumu yapılabilir (**bk. Tablo 2.12**).

Nitel örneklem grubunun demografik değişkenlere göre dağılımı incelendiğinde; kadın erkek sayısının birbirine eşit olduğu, çoğunluğu orta ve ileri yaş grubundaki hastaların oluşturduğu, katılımcıların yarısından fazlasının orta ve dengi okul mezunları, lise ve dengi okul mezunu ile yüksekokul/üniversite mezunlarından oluştuğu, orta gelir düzeyinde olanların oranının düşük ya da ortanın üstü gruba göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca çoğunluğunu ev hanımı, emekli ve işsizlerin oluşturduğu örneklemin yarısı köy ve ilçede, yarısı da il merkezinde yaşamaktadır. Katılımcıların yarısından fazlası (% 55) 6 ay-5 yıl arasında diyaliz tedavisi alırken, 6-10 yıl arasında tedavi alanların oranının ise % 35 olduğu görülmektedir (**bk. Tablo 2.13**).

⁵⁹³ *Türkiye'de Dini Hayat Araştırması*, Ankara: Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları, 2014, 239.

3.2.2. Bağımsız Değişkenlere Göre Dindarlık İle İlgili Yorumlar

Bu bölümde cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum vb. demografik değişkenlere göre dindarlık arasındaki ilişkiye dair istatistiksel analizlerden elde edilen bulgular tartışılmış ve bulgulara ilişkin yorumlara yer verilmiştir.

a) Cinsiyet ile Dindarlık Arasındaki Farklılığa Yönelik Yorumlar

Araştırmanın bulguları incelendiğinde; örneklemin “Dindarlık Envanteri”nden aldığı genel dindarlık puan ortalamasının 109,2825 olduğu görülmektedir. Envanterden alınabilecek maksimum puan 125 olduğundan, elde edilen dindarlık ortalamasına göre örneklemin dindarlık düzeyinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılabilir (**bk. Tablo 3.1**).

Cinsiyet ile dindarlık arasındaki farklılığa yönelik analiz sonucunda, cinsiyet ile inanç ve önemi, ibadet, etki alt boyutları ve genel dindarlık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ($p < .05$) tespit edilmiştir. Ancak cinsiyet ile duygu ve bilgi alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ($p > .05$) ortaya çıkmamakla birlikte dindarlık eğilimi açısından ortalamalarda farklılıklar olduğu gözlenmektedir. Buna göre, kadınların ortalamaları erkeklere göre daha fazladır (**bk. Tablo 3.2**).

Batı kaynaklı alanyazın incelendiğinde; kadınların erkeklere nispetle daha dindar olduğu yönündeki bulgular yaygın bir şekilde kabul görmektedir. Örneğin; Miller ve Hoffman kadınların dinî organizasyonlara daha sık katıldıklarını, dinsizliğe daha az eğilimli olduklarını, inançlarında ise daha samimi ve sadık bir duruş sergilediklerini⁵⁹⁴ belirtmişlerdir. Saroglou, kadınların dindarlık ve maneviyatta erkeklerden daha yüksek puan ortalamalarına sahip olduklarını, erkeklere göre dini terk etmeye daha az eğilim ve dine yakın kalmak için ise daha fazla eğilim gösterdiklerini tespit etmiştir.⁵⁹⁵ Kiliseye devamlılık, kilisenin organizasyonlarına katılma, İncil’den pasajlar okuma, dua etme, iç güdümlü dindarlık⁵⁹⁶ ve dini, yaşamlarının çok önemli bir parçası olarak görme⁵⁹⁷ açısından kadınların erkeklere kıyasla daha dindar oldukları söylenmektedir.

Türkiye’de yapılan araştırmalarda ise farklı bulgulara rastlamak mümkündür. Bazı çalışmalarda kadınların, bazı çalışmalarda da erkeklerin daha dindar olduğu tespit

⁵⁹⁴ Alan S. Miller and John P. Hoffmann, “Risk and Religion: An Explanation of Gender Differences in Religiosity”, *Journal for the Scientific Study of Religion* 34, 1 (1995): 63.

⁵⁹⁵ Vassilis Saroglou, “Gençlerin Dinleri ve Kişilikleri: Belçika’da Yapılan Yeni İncelemeler”, çev. Veysel Uysal, *İlahiyat Fakültesi Dergisi* sy. 19 (2000): 134.

⁵⁹⁶ Cirhinlioğlu, *Din Psikolojisi*, 79-86.

⁵⁹⁷ Rodney Stark, “Physiology and Faith: Addressing the “Universal” Gender Difference in Religious Commitment”, *Journal for the Scientific Study of Religion* 41, No. 3 (2002): 495.

edilirken aralarında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığını ortaya koyan çalışmalar da mevcuttur. Örneğin Cirhinlioğlu ve Ok, farklı örneklerle yapılmış 11 ayrı araştırmanın veri tabanlarında yer alan sonuçlarına ilişkin yaptıkları araştırmada, kadınların kesin dindarlık (inanç/dünya görüşü) boyutunda erkeklerden daha dindar olduklarını tespit etmişlerdir. Kadınların dinin daha ziyade duygusal ve ilişkisel boyutuna önem verdikleri yönünde anlamlı ipuçlarına rastlanmış olması⁵⁹⁸ da araştırmanın bir diğer bulgusudur. Yüce tarafından yapılan bir araştırmada dinî yönelimin Bilgi, İbadet ve Dinî Etkinlik boyutu ile Ahlaki-Dinî Davranım boyutunda kadınların ortalamasının erkeklerin ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak aynı çalışmada inanç boyutunda herhangi bir farklılık tespit edilmemiştir⁵⁹⁹. Yazgan, kanser hastaları üzerinde yaptığı araştırmasında kadın hastaların dinî tutumlarının erkek hastalardan daha olumlu olduğunu belirlemiştir (p=0,0001). Ayrıca hasta kadınların ve erkeklerin dinî tutumlarının sağlıklı kadınlar ve sağlıklı erkeklerden daha olumlu olduğu (p<0,05) da araştırmanın bir diğer bulgusudur.⁶⁰⁰ Öztürk tarafından yapılan araştırmada dindarlıkla cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmezken, dindarlık ve alt boyutlarında kadınların daha yüksek puanlar aldıkları bulunmuştur. Dinî yönelim düzeylerinde ise erkeklerin daha yüksek puanlar elde ettikleri tespit edilmiştir.⁶⁰¹ Uysal⁶⁰², Mehmedoğlu⁶⁰³, Onay⁶⁰⁴ ve Kula⁶⁰⁵ tarafından yapılan araştırmalarda da erkeklerin kadınlardan daha dindar oldukları bulgulanmıştır.

Bizim araştırmamızda ise kadınların dindarlığının erkeklere kıyasla yüksek olması kadınların dini içselleştirme ve daha samimi olarak yaşama eğilimleri ve öğrendikleri bilgileri uygulama çabalarının daha fazla olması ile açıklanabilir. Ayrıca ev hanımı katılım düzeyinin yüksekliği (% 39) (**bk. Tablo 2.9**) ve özellikle ev hanımlarının boş zamanlarını dinî etkinliklerle değerlendirmeye imkân bulmaları, daha

⁵⁹⁸ Fatma Gül Cirhinlioğlu ve Üzeyir Ok, “Kadınlar Mı Yoksa Erkekler Mi Daha Dindar?”, *Zeitschrift für die Welt der Türken (Journal of World of Turks)* 3, No. 1 (2011): 121.

⁵⁹⁹ Fatma Yüce, “Gençlerde Dinî Yönelim ve Kişilik”, (Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, 2009), 145.

⁶⁰⁰ Eda Özge Yazgan, “Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Dinî İnanç ve Maneviyatın Depresyon Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Belirlenmesi”, (Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, 2014), 108.

⁶⁰¹ Eyüp Ensar Öztürk, “İyimserlik ve Dindarlık”, (Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, 2013), 89.

⁶⁰² Veysel Uysal, *Geleneksellik-Çağdaşlık Bağlamında Türkiye’de Dindarlık ve Kadın* (İstanbul D.E.M. Yayınları, 2006), 145-146.

⁶⁰³ Ali Ulvi Mehmedoğlu, *Kişilik ve Din* (İstanbul: D.E.M. Yayınları), 2004, 162.

⁶⁰⁴ Ahmet Onay, *Dindarlık, Etkileşim ve Değişim* (İstanbul: D.E.M. Yayınları, 2004), 103.

⁶⁰⁵ Kula, *Kimlik ve Din*, 151.

fazla dinî ritüele yoğunlaşabilmeleri de kadın dindarlığının yüksek çıkmasının nedeni olabilir. Bununla birlikte; kadınların televizyonda dinî programları izlemeleri, aile içerisinde çocuk yetiştirme sorumluluğunun birincil üstlenicileri olmaları⁶⁰⁶ ve rol model olma durumu da kadın dindarlığının yüksek çıkmasının nedenlerinden sayılabilir.

Kadınların erkeklere göre daha dindar olmaları toplumsal cinsiyet rollerinin etkisiyle de açıklanabilir. Toplumda sosyalleştirilme sürecinde kız çocukları daha özenle yetiştirilmekte ve dine yönlendirilmekte; ayrıca, kurallar kız çocuklarında erkeklere göre daha katı uygulanmaktadır. Bu nedenle kadınlar sosyal normları ve dinî kuralları daha fazla içselleştirmektedirler.⁶⁰⁷ Ayrıca kadınların daha hassas kişilik özellikleri, hastalıkta hissettikleri yalnızlık ve çaresizlik duyguları onların dine daha fazla yönelmelerine yol açmış olabilir. Araştırmaya dindar kadınların daha çok katılmış olma olasılıkları da bu sonuçlarda etkili olmuş olabilir.

Elde edilen bulgular, “*Kadınların dindarlığı erkeklere kıyasla daha yüksek düzeydedir.*” şeklindeki hipotezi doğrulamaktadır. Bu sonuçlar, cinsiyetin dindarlık üzerinde anlamlı ve önemli bir farklılaşmaya neden olduğu şeklinde raporlanabilir.

b) Yaş ile Dindarlık Arasındaki Farklılığa Yönelik Yorumlar

Yaş ile dindarlık arasındaki farklılığa yönelik istatistiksel analiz sonucunda, yaş değişkeni ile genel dindarlık ve dindarlığın alt boyutlarında anlamlı bir farklılık ($p > .05$) tespit edilmemiştir (**bk. Tablo 3.3**). Ancak genel dindarlık puan ortalamasının 18-30 yaş grubunda en düşük olduğu, 76 yaş üzeri grupta en yüksek olduğu göze çarpmaktadır. Benzer şekilde Mehmedoğlu⁶⁰⁸, Ayten⁶⁰⁹, Öztürk⁶¹⁰ ve Kınter⁶¹¹ de araştırmalarında dindarlığın yaşa göre değişmediği sonucuna ulaşmışlardır. Ancak yaş gruplarında katılımcıların fiziksel sağlık durumlarının dindarlık için bir etken olduğu düşünülebilir. Çünkü yapılan bir araştırmada fiziksel sağlığı kötü olan bireylerin dinî etkinliklerde (dua etme ve meditasyon) bulunma olasılığının daha yüksek olduğu tespit

⁶⁰⁶ Leslie J. Francis, “Dinde Cinsiyet Farklılıklarının Psikolojisi: Deneysel Araştırmalar Üzerine Bir İnceleme”, çev. Muammer Cengil, *Hitit Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* 9, sy. 18 (2010/2): 201.

⁶⁰⁷ Cirhinlioğlu ve Ok, “Kadınlar Mı Yoksa Erkekler Mi Daha Dindar?": 124.

⁶⁰⁸ Mehmedoğlu, *Kişilik ve Din*, 139.

⁶⁰⁹ Ali Ayten, “Kendini Gerçekleştirme ve Dindarlık İlişkisi”, (Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, 2004), 86.

⁶¹⁰ Öztürk, “İyimserlik ve Dindarlık”, 65.

⁶¹¹ Nurten Kınter, “Benlik Saygısı ve Dindarlık İlişkisi”, (Doktora Tezi, Uludağ Üniversitesi, 2008), 194.

edilmiştir.⁶¹² Bizim araştırmamızda da HD hastalarının başa çıkma mekanizması olarak en sık ibadete ve duaya yöneldikleri bulgulanmıştır (**bk. Tablo 3.28**).

Yaşa göre dindarlık düzeyi arasında bir farklılığın bulunmaması, HD tedavisi gören her yaştan hastanın hastalık nedeniyle yoğun bir ölüm duygusu yaşamaları, bu duygunun onları benzer bir biçimde Allah'a ve dine yöneltmesi ile izah edilebilir. Hastalar ölümle ilgili korkularını hafifletebilmek için inançlarından destek almaktadır. Allah'a sığınmanın, ibadet ve dua ile rahatlamaya çalışmanın her yaş grubundan kimselerde gözlenmesi yaşa göre bir farklılığın olmamasını açıklayabilir. Zira bireyler ölüm duygusunu Allah'a sığınarak hafifletebilmektedirler. Örneğin 10 yıldır diyaliz alan 41 yaşındaki K-3 Serap ölüm korkusunu ve inancın ve ibadetin bu duyguyu atlatmasındaki rolünü şu şekilde ifade etmiştir:

Zaman zaman ölüm korkusu yaşıyorum, ölüm aklıma gelince derin bir ürperti duyuyorum. Böyle hissettiğimde balkona çıkıyorum, tövbe getiriyorum, bazen de bu duyguyu namaz kılarak atlatmaya çalışıyorum. Yani yine sığındığım dinim, yine sığındığım Allah'ım.

8 yıldır tedavi gören 73 yaşındaki K-6 Senem de ölüm korkusunu dua ederek hafifletmeye çalıştığını belirtmiş ve şunları söylemiştir: *“Tabii ki ölüm her zaman aklıma geliyor. Daha doğrusu ölüm aklımdan çıkmıyor. Ölüm duygusuna karşı bildiğim duaları sürekli okuyarak rahatlamaya çalışıyorum. Mesela bugün, Amme (Suresi)’nden aşağısını okudum.”*

Erkek hastalardan da benzer şekilde ölüm korkusu yaşadığını söyleyenler olmuştur. 7 yıldır diyaliz alan 62 yaşındaki K-10 Bekir, hastalığın ölümü hissetmede bir etken olduğunu ve kişinin ölüme hazırlık yapma isteğini etkilediğini şu şekilde ifade etmiştir:

Her an ölüm aklımda. Hastalıklar ister istemez ölümü aklınıza getiriyor. Ölüm kaşla göz arasında. Diyaliz hastası için durum aynen böyle. Mesela biraz fazla bir şey yediğimizde nefesimiz daralıyor. Nefes alamadığınız zaman işinizin artık bittiğini hissediyorsunuz. Hastalıkta bu düşünceler daha fazla oluyor ve bu durum insanın içinde ölüme hazırlanma duygusu oluşturuyor. Hasta kişi şöyle düşünüyor: ‘Ben zaten hastayım. Ha bu gün, ha yarın öleceğim.’ Ama şahsen ben, Allah'a çok şükür ölüme hazırım. Nedir hazır olmak? Namazını kılmak, dua etmek, kötü işlerden, kötü sözlerden uzak durmak.

Görüldüğü gibi farklı yaş grubundan kimseler benzer dinî tutum ve dinî davranışlar sergilemektedir. Dolayısıyla bu bulgulardan hareketle, *“Yaş değişkenine*

⁶¹² A. Elizabeth Rippentrop et.al., “The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population”, *Pain* 116, No. 3, (2005): 315.

göre; katılımcıların dindarlık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.” hipotezinin doğrulandığı söylenebilir.

c) Eğitim Düzeyi ile Dindarlık Arasındaki Farklılığa Yönelik Yorumlar

Dindarlıkla ilişkili diğer bir unsur da eğitim durumu değişkenidir. Dindarlık-eğitim durumu arasındaki ilişki pek çok araştırmaya konu olmuş ve genellikle eğitim ile dindarlık arasında negatif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir.⁶¹³ Bu nedenle bu araştırmada da “Öğrenim durumu yüksek olan kişilerin dindarlık düzeyleri, hiç öğrenim görmemiş veya az öğrenim görmüşlere oranla daha düşük seviyededir.” tezi öngörülmüştür.

Bulgular; eğitim durumunun bilgi alt boyutu dışında genel dindarlık, inanç ve önemi, ibadet, duygu ve etki alt boyutlarında anlamlı farklılıklara ($p<.05$) yol açtığını göstermektedir. Genel dindarlıkta en yüksek ortalama okuma yazması olmayanlara aittir. Daha sonra da sırasıyla ilkokul mezunu, okuryazar ve orta ve dengi okul mezunları gelmektedir. En düşük ortalama ise yüksek okul/üniversite mezunu olanlara aittir. Bilgi boyutu dışında genel dindarlık ve dindarlığın diğer alt boyutlarında anlamlı farklılığa ilişkin ortalamalar incelendiğinde; eğitim düzeyi düşük olanların dindarlık puanlarının eğitim düzeyi yüksek olanların dindarlık puanı ortalamasına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Analiz sonuçlarında, genel dindarlık ortalamalarına göre; okuryazar olanlar ve orta ve dengi okul mezunu olan örneklemin kendi arasında ya da diğer gruplar arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Bu durum; hipotezin kısmen desteklendiğini göstermektedir (**bk. Tablo 3.4**).

Eğitim seviyesi arttıkça dindarlığın azalmasına ilişkin bulgular Türk toplumuna yönelik yapılan bazı araştırma bulgularıyla da paralellik arz etmektedir. Örneğin Taş tarafından yapılan araştırmada dindarlığın inanç, ibadet ve sosyal hayat boyutlarında hiç eğitim görmemiş kişilerin; ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite veya yüksek okul mezunlarına göre dine yönelik daha olumlu tutumlara sahip oldukları tespit edilmiştir.⁶¹⁴ Koç, ilköğretim mezunu katılımcıların iç güdümlü dindarlık modeline sahip olma eğilimlerinin, lisansüstü derecesine sahip üniversite mezunları başta olmak üzere yükseköğretim ve ortaöğretim mezunu katılımcılardan daha yüksek olduğunu

⁶¹³ Ali Ayten, *Empati ve Din* (İstanbul: İz Yayıncılık, 2013), 154.

⁶¹⁴ Kemaleddin Taş, “Dindarlığa Etki Eden Faktörler”, *Süleyman Demirel Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* sy. 13 (2004): 72-74.

bildirmiştir.⁶¹⁵ Baylan da öğrenim düzeyi arttıkça dindarlığın düştüğü⁶¹⁶ sonucuna ulaşmıştır. Bu tür bulgular öğrenim durumunun artmasıyla dinî inançlarda daha çok rasyonelleşme ve bireyselleşme eğilimlerinin güç kazanmasıyla açıklanabilir.⁶¹⁷

d) Medeni Durum ile Dindarlık Arasındaki Farklılığa Yönelik Yorumlar

Evli, dul ya da boşanmış olma veya hiç evlenmemiş olmanın dindarlıkla ilişkisi kurulabilmektedir. Araştırmamızda da benzer bir ilişkinin bulunduğu ortaya konulmuş, evli olan bireylerin genel dindarlık puanlarının dul veya boşanmışların puanlarına ve hiç evlenmemiş kimselerin ortalamalarına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Medeni durum değişkeni ile örneklemin genel dindarlığı arasındaki ($F=4,105$; $p=.018$, $p<0.05$) anlamlı farklılaşmanın evlilerle dul veya boşanmış grup arasında olduğu tespit edilmiştir. Dindarlık alt boyutlarından inanç ve önemi, ibadet ve etki boyutlarında da yine evliler lehine anlamlı bir farklılık tespit edilirken duygu ve bilgi boyutunda gruplar arasında bir farklılığa rastlanmamıştır ($p>0.05$) (bk. Tablo 3.5).

Bulgular literatür çerçevesinde değerlendirildiğinde; elde edilen sonuçların batıda ve ülkemizde yapılan araştırma sonuçlarıyla benzerlik gösterdiği söylenebilir. Batı'da yapılan birçok alan araştırmasında, evlilik ile dindarlık arasında pozitif yönde korelasyonel bir ilişki tespit edilmiştir. Söz konusu araştırmalarda evlilerin bekârlara göre daha dindar oldukları sonucuna ulaşılmıştır.⁶¹⁸ Müslüman örnekleme yapılan çalışmalarda da benzer bulgular elde edilmiştir. Örneğin uygun örnekleme yöntemi ile belirlenen, Farsça bilen, 15 yaş üzerinde toplam 95 Müslüman hemodiyaliz hastasının katılımıyla gerçekleştirilen bir araştırmada; ANOVA sonuçları manevi iyi oluş, varoluşsal ve dinî iyi oluş alt boyutlarına ilişkin araçlarda elde edilen skorların evli hastalarda, bekâr ve dullara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermiştir ($p<0.05$).⁶¹⁹

Ülkemizde de evliler lehine bulguların elde edildiği birçok çalışma mevcuttur. Ayten tarafından yapılan araştırma buna örnek olarak verilebilir. Araştırmada;

⁶¹⁵ Mustafa Koç, “Demografik Özellikler İle Dindarlık Arasındaki İlişki: Yetişkinler Üzerine Ampirik Bir Araştırma”, *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* 19, sy. 2 (2010): 230.

⁶¹⁶ Fatma Baynal, “Yetişkinlerde Dindarlık ve Ruh Sağlığı İlişkisinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi”, *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi* 4, sy. 1 (2015): 216.

⁶¹⁷ Hökelekli, *Din Psikolojisine Giriş*, 96.

⁶¹⁸ Michael Argyle and Benjamin Beit-Hallahmi, *The Social Psychology of Religion* (London: Routledge-Kegan Paul Press, 1975), 128-130.

⁶¹⁹ Zahra Taheri-Kharameh, “The relationship between spiritual well-being and stress coping strategies in hemodialysis patients”, *Health, Spirituality and Medical Ethics* 3, No. 4 (2016): 26.

katılımcıların dindarlık eğilimlerini yansıtan ortalamaları bakımından hem dindarlık genelde hem de dindarlığın inanç-etki alt boyutunda evlilerin bekârlara göre daha yüksek bir ortalamaya sahip oldukları tespit edilmiştir.⁶²⁰ Koç ise araştırmasında medenî durum değişkenine göre iç güdümlü dindarlık modelinde anlamlı bir farklılık ($p<.05$) olduğunu bulmuş ve evli yetişkinlerin iç güdümlü dindarlık modeline sahip olma eğilimlerinin, bekârlar ve dullardan daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır.⁶²¹ Köktaş⁶²², Günay⁶²³, Karaca⁶²⁴, Kayıklık⁶²⁵, Arslan⁶²⁶, Uysal⁶²⁷, Koç⁶²⁸ tarafından yapılan çalışmalarda da nicelik yönünden evli yetişkinler, bekâr yetişkin bireylerden daha dindar bulunmuştur.

Araştırmamız sonucunda tespit edilen farklılık ise evliliğin kişiye yüklediği sorumluluklar, anne-baba olarak çocukları iyi yetiştirme ve onlara iyi örnek olma arzusu ile açıklanabilir.⁶²⁹

Buna göre; “*Evli olan katılımcıların dindarlık düzeyleri, hiç evlenmemişler ile dul ve boşanmışlara göre daha yüksektir.*” şeklindeki hipotez doğrulanmıştır.

e) Öznel Ekonomik Durum ile Dindarlık Arasındaki Farklılığa Yönelik Yorumlar

Araştırmamızda örneklemin genel dindarlık puan ortalamasıyla öznel ekonomik durum algısı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>.05$). Ancak alınan puan ortalamalarına bakıldığında; gelir algı düzeyi arttıkça dindarlık puan ortalamasının düştüğü görülmektedir. En yüksek dindarlık puan ortalamasının düşük gelir grubunda olanlarda, en düşük dindarlık puan ortalamasının da ortanın üstü gelir grubuna sahip olanlar arasında olduğu bulunmuştur. Yine dindarlığın alt boyutlarından inanç ve önemi ile ibadet boyutu ve öznel ekonomik durum algısı arasında anlamlı bir farklılığın olduğu

⁶²⁰ Ayten, *Empati ve Din*, 147-148.

⁶²¹ Koç, “Demografik Özellikler İle Dindarlık Arasındaki İlişki: Yetişkinler Üzerine Ampirik Bir Araştırma”: 241.

⁶²² Köktaş, *Türkiye’de Dinî Hayat*, 109.

⁶²³ Ünver Günay, *Erzurum ve Çevre Köylerinde Dinî Hayat* (İstanbul: Erzurum Kitaplığı Yayınları, 1999), 103-104.

⁶²⁴ Faruk Karaca, *Psiko-Sosyal Açıdan Yabancılaşma ve Dinî Hayat* (İstanbul: Bil Yayınları, 2001), 222-227.

⁶²⁵ Hasan Kayıklık, *Orta Yaş ve Yaşlılıkta Dinsel Eğilimler* (Adana: Baki Kitabevi, 2003), 205.

⁶²⁶ Mustafa Arslan, *Türk Popüler Dindarlığı* (İstanbul: D.E.M. Yayınları, 2004), 212-214.

⁶²⁷ Uysal, *Geleneksellik-Çağdaşlık Bağlamında Türkiye’de Dindarlık ve Kadın*, 147.

⁶²⁸ Mustafa Koç, “Yetişkinlik Döneminde Dindarlık ile Benlik Kavramı Değişkenleri Arasındaki İlişki”, (Doktora Tezi, Uludağ Üniversitesi, 2008), 204.

⁶²⁹ Hökelekli, *Din Psikolojisine Giriş*, 99.

($p < .05$) görülmüş; ancak duygu, bilgi ve etki boyutları ile öznel ekonomik durum algısı arasında ise anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır ($p > .05$). Bu sonuçlar; “*Ekonomik durum değişkenine göre; katılımcıların dindarlık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.*” şeklindeki hipotezi desteklemektedir.

Bununla birlikte; puan ortalamaları bakımından tablo verileri gelir düzeyi arttıkça, dindarlık puanlarının düştüğünü göstermektedir (**bk. Tablo 3.6**). Her ne kadar sonuçlar ekonomik durum algısının örneklemin inanç ve önemi ile ibadet boyutları dışında dindarlık özelliklerini anlamlı düzeyde etkileyen bir faktör olmadığını ve istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine ulaşmadığını gösterse de ortalamalardan örneklemin gelir düzeyi arttıkça, dindarlık düzeyinin azaldığı yorumu yapılabilir.

Kişilerin sosyo-ekonomik durumları, toplum içindeki statülerini belirlediği gibi, dinî tutum ve davranışlarında da etkili olabilmektedir. Gelir düzeyindeki farklılıkların dinî yaşantı üzerinde anlamlı bir etkisinin olup olmadığı konusu hem din psikologlarının hem de din sosyologlarının dikkatini çeken hususlardandır. Bu bağlamda ekonomik durum ve dindarlıkla ilgili literatür incelendiğinde; ilişkinin tek yönlü ya da tek boyutlu olmadığı ve iki değişken arasında ilişkiye dair farklı bulguların olduğu anlaşılmaktadır. Ülkemizde yapılan araştırmalarda da farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Örneğin; Uysal⁶³⁰, Koç⁶³¹, Karaca⁶³², Koç⁶³³ ve Kızılgeçit⁶³⁴ gelir düzeyi ile dindarlık arasında anlamlı bir ilişki bulamamış; Köktaş⁶³⁵, Voltan-Acar⁶³⁶, Onay⁶³⁷ tarafından yapılan çalışmalarda ise ekonomik durum arttıkça, dindarlık düzeyinin düştüğü gözlenmiştir.

Sonuç olarak dindarlık ile sosyo-ekonomik düzey arasındaki ilişkilerin tek yönlü ve tek boyutlu olmadığı ve farklı sebeplerden beslendiği söylenebilir. Ekonomik gelişmişlik düzeyinin artmasıyla orantılı sekülerleşme eğilimlerinin de artması söz konusudur. Bu ise maddi servet kazanmanın ilk amaç haline getirilmesinin dünyayı felâkete götüreceğini ifade eden neredeyse bütün dinlerin onaylamadığı bir husustur. Peygamberlerin ve din adamlarının tecrübeleri, servete ve kudrete olan güvensizliğe

⁶³⁰ Uysal, *Geleneksellik-Çağdaşlık Bağlamında Türkiye’de Dindarlık ve Kadın*, 84.

⁶³¹ Koç, “Yetişkinlik Döneminde Dindarlık ile Benlik Kavramı Değişkenleri Arasındaki İlişki”, 199.

⁶³² Faruk Karaca, *Ölüm Psikolojisi* (İstanbul: Beyan Yayınları, 2000), 347.

⁶³³ Koç, “Demografik Özellikler İle Dindarlık Arasındaki İlişki: Yetişkinler Üzerine Ampirik Bir Araştırma”: 228-229.

⁶³⁴ Muhammet Kızılgeçit, “Yalnızlık Umutsuzluk ve Dindarlık İlişkisi”, (Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, 2011), 180.

⁶³⁵ Köktaş, *Türkiye’de Dini Hayat*, 79.

⁶³⁶ Nilüfer Voltan-Acar vd., “Bireylerin Dindarlık Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi”, *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* sy. 12 (1996): 49-50.

⁶³⁷ Onay, *Dindarlık, Etkileşim ve Değişim*, 114-119.

işaret etmelerinin sebebi muhtemelen budur. Kutsal kitaplar ve Peygamberlerin en büyük endişelerinden birisi, dünya sevgisi ya da malına aldanarak müntesiplerinin dünyevileşme sürecine girme ihtimalidir. Çünkü onlar bu dünyada “doymuş” ve “rahata ermiş” imtiyazlı tabakalarda, kurtuluş arzusunun zayıf olduğunun farkındaydılar.⁶³⁸

f) İkamet Yeri ile Dindarlık Arasındaki Farklılığa Yönelik Yorumlar

İnsanların kırsalda ya da kentlerde ikamet etmeleri ya da her iki olguyla ilgililik düzeyleri onların sadece sosyal yaşantılarını değil, aynı zamanda dinî yaşantılarını da etkileyebilir. Bu bağlamda, araştırmada kırsalda yaşayan kimselerle şehirlerde yaşayanların dindarlık düzeyleri açısından farklılık gösterebileceği öngörülmüştür.

Araştırma bulguları açısından örneklemin genel dindarlık puanları ve dindarlık alt boyutlarında aldıkları puanlar incelendiğinde; sürekli ikamet yerine göre dindarlık puan ortalamalarında anlamlı bir farklılaşmanın ($p<.05$) olduğu belirlenmiştir. Farklılıkların yönü ve ölçekten alınan puan ortalamaları değerlendirildiğinde ise en yüksek genel dindarlık ortalaması il merkezinde ikamet eden grupta çıkmıştır. Köy grubunun genel dindarlık ortalaması daha düşük, ilçe grubunun ortalaması ise en düşüktür. Bu bulguya göre, hayatının çoğunluğunu ilçede geçirenlerin genel dindarlık eğilimlerinin köy ve il merkezinde yaşayanlara göre daha zayıf olduğu söylenebilir.

İnanç ve önemi, ibadet, duygu ve bilgi boyutları ortalaması bakımından sıralama; il merkezi, köy, ilçe şeklindedir. Dindarlığın etki boyutu ortalaması bakımından sıralama ise; köy, il merkezi ve ilçe şeklindedir. İlçede yaşayanlar ile köy ve il merkezinde yaşayanlar arasında anlamlı bir fark vardır (**bk. Tablo 3.7**).

Bu bulgulardan hareketle, hayatının çoğunu ilçede geçirenlerin köyde ve il merkezinde geçirenlere göre; genel dindarlık ve dindarlığın alt boyutları bakımından daha zayıf eğilimlere sahip olduğu belirtilebilir. Örneklemin sürekli ikamet yeri ve dindarlık ilişkisine dair bulgular birlikte değerlendirildiğinde; “*İl merkezinde ikamet eden katılımcıların dindarlık düzeyleri, köyde ve ilçede yaşayanlara göre daha yüksektir.*” şeklindeki hipotezin doğrulandığı yorumu yapılabilir.

Bu hususta literatürde farklı sonuçlar ortaya konulmuştur. Örneğin Onay çalışmasında, hayatlarının çoğunu ilçede geçirenlerin dindarlık eğilimlerinin köy ve şehirde geçirenlere göre daha yüksek olduğunu tespit etmiş ve dinin öğrenilmesi ve

⁶³⁸ Kurt, “Dindarlığı Etkileyen Faktörler”: 18.

yaşanması konusunda ilçede bulunanların avantajlı olduğu yorumunu yapmıştır.⁶³⁹ Ayten'in bulguları ise araştırmamızın bulgularıyla örtüşmektedir. Ayten, hayatının çoğunu ilçede geçirenlerin dinî eğiliminin, köy ve kentlilere göre daha zayıf olduğunu bulgulamıştır.⁶⁴⁰ Bu durum, ilçelerin ara yerleşim yeri olması, hem köylerdeki geleneksel dinî ortamdan hem de şehirlerdeki dini öğrenme imkânlarından nispeten uzak kalmasıyla izah edilebilir. Araştırmada il merkezinde ikamet edenlerin dindarlık puan ortalamalarının yüksek çıkması; kırsalda geleneksel olarak yaşanan dindarlığın kentlerde daha bireysel bir çehreye bürünerek modern bir forma dönüşmesiyle açıklanabilir.

Ayrıca bu bulgular, modernleşmenin daha yoğun hissedildiği şehirlerde dinin etkisinin azalacağı tezine de karşı çıkmaktadır. Zira din olgusu ve dindarlık biçimleri, şehir yaşamının modern renginden etkilenmekte ve şekil değiştirmektedir. Dijital tespihler, sanal dua etme yöntemleri ve hiç görmeden kurban ibadetini yerine getirme buna örnek olarak verilebilir.⁶⁴¹ Bununla birlikte; kentte yaşayanların nafile namaz ve oruç bakımından kırsal kesimlerde yaşayanlara göre daha ilgili oldukları, daha çok kentsel olgular olan tarikat, cemaat ve dinî gruplarla daha yakın ilişki içinde oldukları bulunmuştur.⁶⁴² Bu da il merkezinde yaşayanların dinî eğilimlerinin daha yüksek çıkmasına dair başka bir açıklama olabilir.

g) Meslek ile Dindarlık Arasındaki Farklılığa Yönelik Yorumlar

Kişinin mesleği ve mesleğine uygun taşıdığı rolleri o kişinin insanlar arası ilişkilerinde ve sosyal yaşantısında önemli bir belirleyicidir. Diğer bir ifadeyle bireyler, meslekleriyle uyumlu tutum ve davranışlar sergilerler ve dahası bu başkaları tarafından da yönlendirilir. Benzer durum dinî tutum ve davranışlar için de geçerlidir. Ancak burada sadece mesleğin kendisi değil, mesleğin getirdiği sorumluluklar, mesleği edinme sürecinde alınan eğitim ve toplumsal beklentiler birlikte değerlendirilmelidir. Örneğin toplumlar din adamlarından daha anlayışlı, yardımsever ve yerine göre daha sabırlı olmalarını bekleyebilir. Bununla birlikte hemen hemen her meslek grubunda, değişik dindarlık yönelimlerine sahip kimseleri görmek de mümkündür. Dindarlık ve meslek

⁶³⁹ Onay, *Dindarlık, Etkileşim ve Değişim*, 121-122.

⁶⁴⁰ Ayten, *Empati ve Din*, 152.

⁶⁴¹ Ali Köse, "Sekülerleşme Teorileri Bağlamında Türkiye'de Din ve Modernleşme", *Laik Ama Kutsal*, Ed. Ali Köse (İstanbul: Etkileşim Yayınları, 2006), 16.

⁶⁴² Günay, *Erzurum ve Çevre Köylerinde Dinî Hayat*, 103-125.

değişkeni ilişkisinin bütün bu hususların dikkate alınarak değerlendirilmesi ve buna göre araştırma sorusuna cevap aranması gerekmektedir.

Bu araştırma bulgularında genel dindarlık puan ortalamaları bakımından işçi, emekli, ev hanımı, çiftçi ve işsiz grubunda olanlar ile diğer gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma söz konusudur ($p<.05$). Bu gruplar içerisinde en yüksekten düşüğe doğru sıralama işçi, ev hanımı, çiftçi, işsiz ve emekli şeklindedir. Yine inanç ve önemi ile ibadet alt boyutlarında gruplar arası farklılaşmanın anlamlı ($p<.05$) olduğu bulgulanmıştır. Dindarlığın duygu, bilgi ve etki alt boyutlarında ise gruplar arası anlamlı bir farklılık söz konusu değildir (**bk. Tablo 3.8**).

İşsiz grubunun iş gücüne katılamamaları, emekli ve ev hanımlarının iş gücüne daha az katılmaları ve çocuk yetiştirmede daha büyük sorumluluklar üstlenmeleri, bu gruptakileri din ile daha çok ilgilenmeye sevk ettiği söylenebilir. İş gücüne düşük katılım, kadınlara dinsel etkinliklere iştirak etmesi için daha çok zamanla birlikte bireysel kimlik ve bağlılık kaynağına daha fazla ihtiyaç duymalarını sağlamaktadır. Ayrıca kadınların erkeklere göre evle sınırlı bir yaşam sürdürmelerinin bir sonucu olarak daha fazla zamana sahip olmaları ve sosyo-ekonomik güçten görece düşük olmalarının yarattığı mahrumiyet ve yoksunluk duyguları da onlarda dindarlık eğiliminin artmasına yol açtığı değerlendirilmektedir.⁶⁴³ Ayten'in araştırmasına göre; genel dindarlıkta en yüksek ortalamaya din görevlileri sahiptirler. İkinci ve üçüncü sırada ise sırasıyla ev hanımları ve öğretmenler gelmektedir.⁶⁴⁴ Araştırmamızda çiftçilerin dindarlık puanlarının yüksek olması iki gerekçeyle açıklanabilir. Birincisi çiftçilerin daha geleneksel ve köktenci bir anlayışa sahip olmaları ve ikincisi de ibadetleri yerine getirme oranının kırsalda daha fazla olmasıdır⁶⁴⁵. Araştırmada genel dindarlık ve diğer alt boyutların tamamında en düşük ortalamaların esnaf/zanaatkar grubuna ait olduğu, işçi grubundaki örneklemin de ortalamalarının yüksek olduğu görülmüştür. Bu durumun örneklemin dindarlık özelliklerinden kaynaklı olabileceği değerlendirilmektedir.

Bu sonuçlar; *“Mesleki durum değişkenine göre; katılımcıların dindarlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki söz konusudur. Buna göre emekli, işsiz, çiftçi ve ev*

⁶⁴³ Alan S. Miller and Rodney Stark, “Gender and Religiousness: Can Socialization Explanations Be Saved?”, *American Journal of Sociology* 107, No.6 (2002): 1402.

⁶⁴⁴ Ayten, *Empati ve Din*, 160.

⁶⁴⁵ Kurt, “Dindarlığı Etkileyen Faktörler”: 22-23.

hanımlığı meslek gruplarının dindarlık düzeyleri diğerlerine göre daha yüksektir.” şeklindeki hipotezin kısmen desteklendiğini göstermektedir.

h) Tedavi Süresi ile Dindarlık Arasındaki Farklılığa Yönelik Yorumlar

Örneklemin tedavi süresine göre gruplanması 6 aydan başlamakta ve 16 yıl ve üzerine kadar çıkmaktadır. Yapılan analiz sonuçlarında örneklemin genel dindarlık puanlarında ve dindarlık alt boyutlarında tedavi süresine göre anlamlı bir farklılaşma tespit edilmemiştir ($p>.05$). Tedavi süresi bakımından gruplar 10 yıl altı ve 10 yıl üzeri şeklinde ikiye ayrılarak incelendiğinde ise, 11 yıl ve üzeri tedavi gören kişilerin puan ortalamalarının 10 yıl ve daha aşağı sürede tedavi gören kimselerin ortalamalarından daha yüksek olduğu görülmesine karşın, bu durum istatistiksel olarak doğrulanmamıştır (**bk. Tablo 3.9**). Ayrıca tedavi süresinden ziyade bizzat hastalığın kendisinin dinî tutumlar üzerinde bir etkiye sahip olduğu ve bu etkinin genellikle dinî duygularda olumlu yönde bir değişiklik, ibadet ve dualarda yoğunlaşma ve Allah’a sığınma şeklinde tezahür ettiği yapılan görüşmelerde hastalar tarafından ifade edilmiştir (**bk. Tablo 3.27’nin yorumu**). Bu durum hastalık gibi insanların çaresizlik zamanlarında Allah’a yaklaştıklarını, dinde teselli aradıklarını ve bir başa çıkma aracı olarak dine başvurduklarını göstermektedir. Alanyazında bu görüşü destekleyen bulgular mevcuttur. Örneğin Çufta da kanser hastaları üzerinde yaptığı araştırmasında benzer sonuçlara ulaşmıştır.⁶⁴⁶ Buna göre tedavi süresi örneklemin dindarlıkları üzerinde bir farklılaşmaya yol açmamaktadır. Ancak hastalık durumunun bizzat kendisinin dindarlık tutumlarında olumlu yönde değişime katkı sağlayan bir etken olduğu ve bu araştırma sonuçlarına göre örneklemin dindarlık eğilimlerinin benzerlik gösterdiği yorumu yapılabilir.

Bu veriler başta öngörülen *“Tedavi süresinin uzaması ile dindarlık düzeyinin artması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.”* hipotezini doğrular niteliktedir.

i) Öznel Dindarlık Algısı ile Dindarlık Puanları Arasındaki Farklılığa Yönelik Yorumlar

Dindarlık algısı yüksek olan, diğer bir ifadeyle öznel değerlendirmesine göre kendisini dindar olarak gören kimselerin dinî inanç ve uygulamalara yönelik

⁶⁴⁶ Muharem Çufta, “Kanser Hastalığı İle Başa Çıkmada Dinî İnanç ve Tutumların Rolü (Kosova Örneği)”, (Doktora Tezi, Uludağ Üniversitesi, 2014), 120-121.

eğilimlerinin yani dindarlık düzeylerinin de yüksek olması beklenir. Bu beklentiden hareketle araştırma hipotezi “*Öznel dindarlık algısı ile katılımcıların dindarlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. Buna göre; kişinin kendisini dindar görme düzeyi arttıkça, dindarlık düzeyi de artmaktadır.*” şeklinde oluşturulmuştur. Araştırmanın analiz sonuçlarından elde edilen bulgular, örneklemin öznel dindarlık algısının genel dindarlık ve dindarlığın alt boyutları üzerinde anlamlı bir farklılaşmaya neden olduğunu göstermiştir. Öznel dindarlık algısı puan ortalamaları “hiç dindar değil” düzeyinden “çok dindar” düzeyine doğru paralel yönde bir artış göstermektedir. Bu verilerden; hipotezin doğrulandığı raporlanabilir (**bk. Tablo 3.10**).

Araştırma bulguları literatürde geçen başka araştırma sonuçlarıyla da örtüşmektedir. Örneğin; Mutlu, bireylerin kendilerini dindar olarak tanımlamaları ile dindarlık ölçeğine göre dindar olmaları arasında kuvvetli bir ilişki bulmuştur.⁶⁴⁷ Yine Kardeşahin, kişilerin kendi dindarlık algıları ile dindarlık tutum puan ortalamaları arasında önemli bir farklılaşma tespit ederken⁶⁴⁸; Coştu da çalışmasında katılımcıların “kendi özel dindarlık algıları” ile dinî yönelimleri arasında bir farklılaşma olup olmadığını araştırmış; bulgular bireylerin özel dindarlık algısının normatif ve popüler dinî tutumlar üzerinde bir farklılaşmaya neden olduğunu göstermiştir. Bu sonuçlar, özel dindarlık algısı “dine karşı ilgisizden” “çok dindar” oluşa göre bireylerin dinî yönelim düzeylerinin paralel olarak yükseldiğini göstermiştir.⁶⁴⁹

Araştırma sonuçlarını destekleyen tüm bu verilerden, kişinin öznel değerlendirmesiyle ölçek sonuçlarının birbirine benzediği ve doğru orantılı olduğu yorumu yapılabilir.

j) Öznel Mutluluk Algısı ile Dindarlık Puanları Arasındaki Farklılığa Yönelik Yorumlar

Katılımcıların dindarlık düzeyleri ile öznel değerlendirmelerine göre mutluluk düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkinin olabileceği öngörülmüş ve buna uygun kurulan hipotezi test etmek için yapılan analiz sonuçlarında genel dindarlık, duygu ve bilgi alt boyutlarında kendisini “biraz mutlu”, “mutlu” ve “çok mutlu” olarak tanımlayan gruplar

⁶⁴⁷ Kayhan Mutlu, “Bir Dindarlık Ölçeği (Sosyolojide Yöntem Üzerine Bir Tartışma), *İslami Araştırmalar Dergisi* III, sy. 4 (1989): 197.

⁶⁴⁸ Hakkı Kardeşahin, *Bir Batı Anadolu Kasabasında Dinî Hayat-Gördes Örneği* (Ankara: Birleşik Yayınları, 2007), 187-214, 246, 284.

⁶⁴⁹ Yakup Coştu, *Toplumsallaşma ve Dindarlık (Samsun Örneği)* (Ankara: TDV Yayınları, 2011), 158-159.

arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmüştür ($p < .05$). İnanç ve önemi, ibadet ve etki alt boyutlarında ise anlamlı bir farklılaşma olmamasına rağmen puan ortalamaları incelendiğinde “biraz mutlu”dan “çok mutlu”ya doğru paralel bir artış tespit edilmiştir (**bk. Tablo 3.11**). Buradan hareketle; “*Öznel mutluluk algısı ile katılımcıların dindarlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. Buna göre; dindarlık puanı yüksek olan kişilerin öznel mutluluk algı düzeyleri de yüksektir.*” şeklindeki hipotezin doğrulandığı söylenebilir. Diğer bir ifadeyle, dindarlık ile mutluluk arasında pozitif bir korelasyon söz konusudur.

Bu bulgu ülkemizde ve yurt dışında yapılan bazı araştırmaların sonuçlarıyla da benzerlik göstermektedir. Örneğin Yaparel, dinî hayatın artan ibadetle birlikte depresyon ve durumluk kaygı ile negatif ilişkili olduğunu bulmuştur. Diğer bir anlatımla dinî hayat, bireyin psikolojik problemlerle mücadelesinde ve ruh sağlığı üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir.⁶⁵⁰ Jasarevic, Bosnalı ergenler üzerinde mülakat yöntemiyle gerçekleştirdiği araştırmasında katılımcıların mülakat sırasında din ve dine karşı tutumları hakkında verilen cevaplarından yola çıkarak dinin, mutluluğun artmasında önemli bir etken olduğu sonucuna ulaşmıştır. Araştırma sonuçlarına göre; bireylerin din ile ilgili inançları, ibadetleri, duaları arttıkça; öznel mutluluk durumlarında da bir artış ortaya çıkmaktadır.⁶⁵¹ Akgül tarafından huzurevinde yapılan ve din-mutluluk ilişkisini ölçen bir çalışmada yaşlılıktan kaynaklanan bütün olumsuzluklara rağmen örneklemin kendisini huzurlu hissetme durumu oldukça yüksek bulunmuştur.⁶⁵² Yine Dünya Değerler Araştırması 2011 yılı anket verileri kullanılarak Türkiye’de yaşayan bireyler için mutluluk ve dindarlık arasındaki ilişki araştırılmıştır. Araştırmada dindarlık kavramı “dua etme, dini etkinliklere katılım sıklığı, bireyin yaşamında dinin önemi, dindar olup olmama” göstergelerinden yola çıkılarak incelenmiştir. Sıralı logit regresyon bulguları dindar bireylerin, dindar olmayanlara göre daha mutlu olduğu sonucunu göstermiştir.⁶⁵³ 1981-2014 yılları arasında 100 ülkede farklı dinî gruplar üzerinde yapılan mutluluk araştırması sonuçları; katılımcıların % 84’ünün bir dinî grup üyesi ya da dinî bir grupta ilişkili olduklarını, bireysel dindarlığın

⁶⁵⁰ Yaparel, “Yirmi-Kırk Yaşlar Arası Kişilerde Dinî Hayat...”, 139-140.

⁶⁵¹ Jasarevic, “Bosnalı Gençlerde Din ve Mutluluk İlişkisi Üzerine Araştırma”, 79.

⁶⁵² Mehmet Akgül, “Yaşlılık ve Dindarlık: Dindarlık, Hayattan Zevk Alma ve Mutluluk İlişkisi-Konya Huzurevi Örneği”, *Dinî Araştırmalar* 7, sy. 19 (2004): 52.

⁶⁵³ Özlem Yorulmaz, “Relationship Between Religiosity and Happiness in Turkey: Are Religious People Happier?”, *Çankırı Karatekin University Journal of The Faculty of Economics and Administrative Sciences* 6, Issue. 1 (2016): 813.

insanların mutluluğu ve yaşam doyumları üzerinde etkili olduğunu göstermiştir.⁶⁵⁴ Bununla birlikte dindar olanların, dindar olmayanlara göre daha mutlu olmadıkları sonucuna ulaşan araştırmalar da mevcuttur.⁶⁵⁵

Bu bilgiler birlikte değerlendirildiğinde; dinî hayatın bireyin olumlu duyguları daha çok yaşamasına, olumsuz yaşam tecrübelerinin etkisini azaltmasına ve böylece onun mutluluğuna pozitif yönlü katkı sağlayacağı yorumu yapılabilir.

3.2.3. Bağımsız Değişkenlere Göre Öznel İyi Oluş İle İlgili Yorumlar

Bu bölümde cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum vb. demografik değişkenlere göre öznel iyi oluş arasındaki ilişkiye ait yorumlar ele alınmaktadır. Söz konusu değişkenler ile ilgili istatistiksel analizlerden elde edilen bulgular, literatür çerçevesinde tartışılmakta ve sonuçlara ilişkin yorumlara yer verilmektedir.

a) Cinsiyet ile Öznel İyi Oluş Arasındaki Farklılığa Yönelik Yorumlar

Örneklemin ÖİÖ ölçeğinden aldığı puan ortalaması olan $X=3,7673$, 46 ölçek maddesiyle çarpılarak toplam puan hesaplanmıştır. Buna göre, ölçek toplamından alınan puanın ortalaması 173,2958'dir. Maksimum puan olan 230 dikkate alındığında katılımcıların ortanın üzerinde bir ÖİÖ düzeyine sahip olduğu değerlendirilebilir (**bk. Tablo 3.12**).

Cinsiyet ile ÖİÖ arasındaki farklılığa yönelik istatistiksel analiz sonucunda anlamlı bir farklılık ($p=,220$; $p>.05$) ortaya çıkmamıştır. Ancak kadın ve erkek katılımcıların ÖİÖ ortalamalarında farklılıklar olduğu gözlenmektedir. Buna göre, kadınların ortalamaları erkeklere göre daha yüksektir (**bk. Tablo 3.13**). Bu verilerden, erkek ve kadınların ÖİÖ düzeyleri bakımından benzerlik gösterdikleri, ancak kadınların ÖİÖ düzeylerinin erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

Alanyazındaki çalışmalara bakıldığında ise; kadın olmanın yaşam kalitesi üzerinde olumsuz bir etkisi olduğunu gösteren araştırmalar da mevcuttur. Lindqvist,

⁶⁵⁴ World Economic Forum, "Religion and happiness. Is there a link?", 2018, erişim tarihi: 3 Mayıs 2018, <https://www.weforum.org/agenda/2018/02/are-religious-people-happier-than-non-religious-people-research-shows-it-isn-t-quite-so-simple>.

⁶⁵⁵ Warren J. Sillick et.al., "Religiosity and happiness: A comparison of the happiness levels between the religious and the nonreligious", *The Journal of Happiness & Well-Being* 4, No. 1 (2016): 122.; Ayrıca bk. Sheena M. Horning et.al., "Atheistic, agnostic, and religious older adults on well-being and coping behaviors", *Journal of Aging Studies* 25, No. 2 (2010): 177-188.

Carlsson ve Sjöden⁶⁵⁶, Chiang ve ark.⁶⁵⁷, Ching'in⁶⁵⁸ bulguları buna örnek olarak verilebilir.

Bununla birlikte literatürde araştırmamızın bulgularını destekleyen çalışmalar da mevcuttur. Örneğin; Acaray ve Pınar, yaşam kalitesinin cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediğini, ancak; kadınlarda daha yüksek olduğunu saptamışlardır.⁶⁵⁹ Çirkin ve Göksel ise, ÖİÖ'nün bileşenleri olan mutluluk ve yaşam doyumunun çeşitli değişkenlerden nasıl etkilendiğini belirlemek üzere anket yöntemiyle 622 kişi üzerinde yaptıkları araştırmalarında, kişinin cinsiyetinin kadın olmasının mutlu olma ve daha yüksek yaşam doyumu seviyesine sahip olma olasılığını artırdığını bulmuşlardır. Araştırmacılar bu durumu kadınların hem negatif hem de pozitif durumlara verdikleri tepkilerin erkeklere göre daha şiddetli olmasıyla açıklamışlardır.⁶⁶⁰ Kasapoğlu ve Kış da, 12,598 kişilik bir örneklem üzerinde yaptıkları ve öznel iyi oluşu cinsiyet açısından incelendikleri meta analitik çalışmalarında kadınlar lehine bir farkın olabileceğini ancak bu farkın etkisizlik çizgisine çok yakın olduğunu bulmuşlardır.⁶⁶¹

Fujita ve arkadaşları, olumsuz duygu ve iyi oluş üzerinde cinsiyet farklılıklarını inceledikleri araştırmalarında kadınların erkekler kadar mutlu olduklarını, ancak duygu yoğunluklarının erkeklerden daha fazla olduğunu belirlemişlerdir. Cinsiyet değişkeni mutluluktaki varyansın % 1'inden daha azını açıklarken, duygu yoğunluğunun % 13'ünü açıklamaktadır. Çünkü kadınlar duygusal deneyimlere genel olarak daha açıktırlar.⁶⁶² Bu da çok kötü ve kontrol edilemez olaylarla karşı karşıya kaldıklarında onları depresyona karşı savunmasız bırakabilmektedir.⁶⁶³ Literatür kadınların depresyonu erkeklere oranla daha fazla tecrübe ettiklerini ortaya koymaktadır.⁶⁶⁴ Bu

⁶⁵⁶ Ragny Lindqvist et.al., "Coping strategies and quality of life among patients on haemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis", *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 12, No. 4 (1998): 223-230.

⁶⁵⁷ Chih-Kang Chiang et.al., "Health-Related Quality of Life of Hemodialysis Patients in Taiwan: A Multicenter Study", *Blood Purif* 22 (2004): 490.

⁶⁵⁸ Weety Luk Suet-Ching, "The quality of life for Hong Kong dialysis patients", *Journal of Advanced Nursing* 35, No. 2 (2001): 218-227.

⁶⁵⁹ Acaray ve Pınar, "Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi": 7.

⁶⁶⁰ Zeynep Çirkin ve Türkmen Göksel, "Mutluluk ve Gelir", *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi* 71, No. 2 (2016): 392.

⁶⁶¹ Figen Kasapoğlu ve Ali Kış, "Öznel İyi Oluşun Cinsiyet Açısından İncelenmesi: Bir Meta-Analiz Çalışması", *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 12, No. 3 (2016): 775.

⁶⁶² Fujita et.al., "Gender Differences in Negative Affect and Well-Being: The Case for Emotional Intensity,": 427.

⁶⁶³ Gary R. Lee et.al, "Marital Status and Personal Happiness: An Analysis of Trend Data", *Journal of Marriage and the Family* 53 (1991): 842.

⁶⁶⁴ Gregory J. Feist et.al., "Integrating Top-Down and Bottom-Up Models of Subjective Well-Being: A Longitudinal Investigation", *Journal of Personality and Social Psychology* 68, No. 1 (1995): 139.

durum, kadınların daha duygusal bir yapıya sahip olmaları nedeniyle olumlu-olumsuz duygusal tecrübeleri daha uçlarda yaşamaları ile açıklanabilir.

Balcı, öznel iyi olma hali ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki tespit etmemiş olmasına rağmen kadınların öznel iyi olma puan ortalamalarının ($X=3,83533$) erkeklerin ortalamalarından daha yüksek ($X=3,82889$) olduğunu bulmuştur.⁶⁶⁵ Ancak aradaki fark oldukça düşüktür. HD hastalarında umutsuzluk ve yaşam doyumunun incelendiği bir araştırmada Erdem ve ark., cinsiyetin yaşam doyumu üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığını bulmuşlardır.⁶⁶⁶ Ünal ve Bilge, HD hastalarının cinsiyetine göre depresyon düzeylerinin anlamlı bir şekilde farklılaştığını, ancak kadın ve erkek hastalar arasında yaşam kalitesi bakımından anlamlı bir fark olmadığını tespit etmişlerdir.⁶⁶⁷ Kamal ve ark., ruhsal yaşam kalitesinin cinsiyete göre farklılaşmadığını saptamıştır.⁶⁶⁸

Başka bir araştırmada cinsiyet ile umutsuzluk puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.⁶⁶⁹ Saltürk, 93 HD hastası üzerinde yaptığı araştırmada SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden elde ettiği yaşam kalitesi sonuçlarının fonksiyonel durum puanları, esenlik puanı, genel sağlık anlayışı puanı ve global olarak yaşam kalitesi doyumu puanlarının cinsiyetlere göre anlamlı farklılık göstermediğini tespit etmiştir ($p>0.05$).⁶⁷⁰ Çelik ve Acar da araştırmalarında Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeğinden (BAÖ) alınan puanların kadınlarda daha yüksek olduğunu tespit etmekle birlikte, gruplar arasındaki bu farkı istatistiksel olarak anlamlı bulmamışlardır ($p>0.05$).⁶⁷¹

Araştırma bulgularımızı destekleyen tüm bu veriler, “*Cinsiyet değişkenine göre; katılımcıların öznel iyi oluş düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır.*” şeklindeki hipotezimizi doğrular niteliktedir.

⁶⁶⁵ Balcı, “Psikolojik ve Öznel İyi Olma Hali İle Dinî İnançlar Arasındaki İlişki Üzerine Bir İnceleme”, 133-134.

⁶⁶⁶ Erdem vd., “Hemodiyaliz Hastalarında Umutsuzluk ve Yaşam Doyumu”: 7-8.

⁶⁶⁷ Ünal ve Bilge, “Hemodiyaliz Tedavisindeki Son Dönem Böbrek Yetmezlikli Hastaların Ruhsal Durumlarının ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi”: 37.

⁶⁶⁸ Nashwa Nabil Kamal et.al., “Health-related quality of life among hemodialysis patients at El-Minia University Hospital, Egypt”, *Journal of Public Health* 21 (2013): 196-197.

⁶⁶⁹ Mehtap Tan vd., “Hemodiyaliz Hastalarında Sosyal Destek ve Umutsuzluk Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi”, *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 8, sy. 2 (2005): 34-35.

⁶⁷⁰ Ayça Gökçen Değirmenci Saltürk, “Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesinin Diyaliz Yeterliliği İle İlişkisi”, (Uzmanlık Tezi, İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2006), 26.

⁶⁷¹ Çelik ve Acar, “Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi”: 24.

b) Yaş ile ÖZnel İyi Oluş Arasındaki Farklılığa Yönelik Yorumlar

Yaş ile ÖİÖ arasındaki farklılığa yönelik istatistiksel analiz sonucunda, söz konusu ortalamalar arasında anlamlı bir farklılaşmanın bulunmadığı ($p=,300$, $p>.05$) görülmüştür. Ancak, ÖİÖ puan ortalamasının 41-50 yaş grubunda en yüksek olduğu ve sonrasında yaşın artmasıyla birlikte ÖİÖ puan ortalamasında bir düşüşün olduğu anlaşılmıştır. Bu sonuçlar istatistiksel bir anlamlılığı göstermemekle birlikte, orta yaş sonrasında bulunan grupların ÖİÖ düzeylerinin giderek azalması dikkat çekicidir. En düşük ortalama da 76 yaş ve üzeri yaşlı gruba aittir (**bk. Tablo 3.14**). Bunun bir nedeni yaş ilerledikçe yaşam kalitesinin düşmesi, yeti kayıpları ve çevresel fonksiyonların gerilemesinin hastaların ÖİÖ düzeyleri üzerinde olumsuz etkileri olabilir.

Kimmel vd.⁶⁷², Ching⁶⁷³, Yıldırım⁶⁷⁴, diyaliz hastaları üzerinde yaptıkları çalışmalarda yaşın, yaşam kalitesi üzerinde etkili bir faktör olmadığını saptamışlardır. Bununla birlikte; diyaliz hastalarında yaşam doyumunun yaşlılarda gençlerden daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar olduğu gibi⁶⁷⁵, gençlerin yaşam kalitesinin yaşlılardan daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur.⁶⁷⁶

ÖİÖ'nun bileşenlerinden sayılabilecek umutsuzluk ile ilgili yapılan bir araştırmada da, yaş ile umutsuzluk ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır.⁶⁷⁷ Erdem vd. de benzer bir sonuca ulaşmıştır.⁶⁷⁸ Bu bağlamda sözü edilen araştırmalar, istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşmamış olan araştırmamızın bulgularını destekleyen çalışmalara örnek olarak gösterilebilir.

Buna göre; *“Yaş değişkenine göre; katılımcıların öznel iyi oluş düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.”* şeklindeki hipotezin doğrulandığı söylenebilir.

c) Eğitim Düzeyi ile ÖZnel İyi Oluş Arasındaki Farklılığa Yönelik Yorumlar

Eğitim durumu değişkeni ile ilgili olarak yapılan varyans analizi sonuçlarına göre örneklemin eğitim seviyesi ile ÖİÖ düzeyi arasında anlamlı bir farklılık ($F=1,805$;

⁶⁷² Kimmel et.al., “Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients”: 249.

⁶⁷³ Ching, “The quality of life for Hong Kong dialysis patients”: 222.

⁶⁷⁴ Yıldırım, “Diyaliz Hastalarında Progresif Gevşeme Yöntemlerinin Kaygı Düzeyi..”, 139.

⁶⁷⁵ Erdem vd., “Hemodiyaliz Hastalarında Umutsuzluk ve Yaşam Doyumu”: 7.

⁶⁷⁶ Ünal ve Bilge, “Hemodiyaliz Tedavisindeki Son Dönem Böbrek Yetmezlikli Hastaların Ruhsal Durumlarının ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi”: 37.

⁶⁷⁷ Tan vd., “Hemodiyaliz Hastalarında Sosyal Destek ve Umutsuzluk..”: 34-35.

⁶⁷⁸ Erdem vd., “Hemodiyaliz Hastalarında Umutsuzluk ve Yaşam Doyumu”: 9.

p=,113, p>.05) tespit edilmemiştir (**bk. Tablo 3.15**). Bu durumda örneklemin birbirine benzer ÖİÖ düzeyinde olduğu söylenebilir.

Eğitim düzeyi değişkeni ile ilgili olarak genellikle; hastaların eğitim seviyesi yükseldikçe, yaşamdan aldıkları doyumun da yükseldiği düşünülmektedir. Çünkü eğitim seviyesinin yükselmesiyle birlikte, hastaların sahip oldukları imkânların da arttığı değerlendirilmektedir.⁶⁷⁹ Alanyazında bu durumu destekleyen araştırma sonuçları bulunmaktadır. Örneğin Mingardi vd.⁶⁸⁰, Ching⁶⁸¹, Kamal ve ark.⁶⁸², Acaray ve Pınar⁶⁸³, Erdem vd.⁶⁸⁴, Ünal ve Bilge⁶⁸⁵, diyaliz hastalarında öğrenim düzeyi arttıkça, yaşam kalitesinin ve yaşam doyumunun da yükseldiğini tespit etmişlerdir.

Diğer taraftan, Yetişkin, HD hastalarını yeti yitimi, anksiyete ve depresyon yönünden değerlendirdiği araştırmasında eğitim düzeyi ile anksiyete arasında istatistiksel bir farklılık saptamamıştır (p=0,374).⁶⁸⁶ Saltürk, global olarak yaşam kalitesi doyum puanının eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermediğini (p=0,113, p>.05) bulmuştur.⁶⁸⁷ Mittal ve arkadaşları, 134 HD hastası üzerinde yaptıkları araştırma sonucunda eğitim ile fiziksel ve ruhsal sağlık arasında (yaşam kalitesi) bir ilişki olmadığını tespit etmişlerdir.⁶⁸⁸ AL-Jumaih ve ark. da yaşam kalitesi skorları ile eğitim seviyesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını belirtmişlerdir.⁶⁸⁹ Bunun bir açıklaması eğitim düzeyi yüksek kişilerin muhtemelen sürekli daha iyi bir yaşam beklentisi içerisinde olmaları, mevcut sağlık durumlarının ise buna el vermemesi nedeniyle fiziksel ve ruhsal sağlık durumlarının etkilenmesi olabilir.

Araştırma sonuçlarının birbirinden farklı çıkması esasında ÖİÖ'yu etkileyen birçok faktörün bulunduğunu ve bu faktörlerin kişiler üzerindeki etkisinin de farklılaşabildiğini göstermektedir. Diğer bir deyimle, ÖİÖ ile ilişkili herhangi bir faktör

⁶⁷⁹ Erdem vd., "Hemodiyaliz Hastalarında Umutsuzluk ve Yaşam Doyumu": 8.

⁶⁸⁰ Giulio Mingardi et.al., "Health-related quality of life in dialysis patients: A report from an Italian study using the SF-36 health survey", *Nephrology Dialysis and Transplantation* 14, No. 6 (1999): 1506.

⁶⁸¹ Ching, "The quality of life for Hong Kong dialysis patients": 222.

⁶⁸² Kamal et.al., "Health-related quality of life among hemodialysis patients..": 196.

⁶⁸³ Acaray ve Pınar, "Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi": 7.

⁶⁸⁴ Erdem vd., "Hemodiyaliz Hastalarında Umutsuzluk ve Yaşam Doyumu": 7.

⁶⁸⁵ Ünal ve Bilge, "Hemodiyaliz Tedavisindeki Son Dönem Böbrek Yetmezlikli Hastaların Ruhsal Durumlarının ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi": 37.

⁶⁸⁶ Şehriban Yetişkin, "Hemodiyaliz Hastalarının Yeti Yitimi, Anksiyete ve Depresyon Yönünden Değerlendirilmesi", (Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2008), 63.

⁶⁸⁷ Saltürk, "Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesinin Diyaliz Yeterliliği İle İlişkisi", 29-30.

⁶⁸⁸ Mittal et.al., "Self-assessed physical and mental function of haemodialysis patients": 1393.

⁶⁸⁹ Ahmed AL-Jumaih et.al., "A Study of Quality of Life and its Determinants among Hemodialysis Patients Using the KDQOL-SF Instrument in One Center in Saudi Arabia", *Arab Journal of Nephrology and Transplantation* 4, No. 3 (2011): 127.

bireyleri farklı düzeylerde etkileyebilmektedir. Bu nedenle depresyon, anksiyete, ruh sağlığı, global yaşam kalitesi gibi konularda araştırma sonuçları farklılaşabilmektedir. Bizim araştırmamızda da örneklemin eğitim seviyesi ile ÖİÖ düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin tespit edilmemiş olmasının nedeni bu olabilir.

Araştırmamızın verilerinden; “*Öğrenim durumu değişkenine göre; katılımcıların öznel iyi oluş düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.*” hipotezinin doğrulandığı yorumu yapılabilir.

d) Medeni Durum ile Öznel İyi Oluş Arasındaki Farklılığa Yönelik Yorumlar

Diyaliz uygulanan hastalar, hastalığa özgü semptomlardan kaynaklı çeşitli problemler yaşamaktadır. Enerjinin azalması, sosyo-ekonomik sorunların kaçınılmaz olarak ortaya çıkması ve duygusal tepkilerin birleşimi, hastanın karşı karşıya olduğu stresi ortaya çıkarmaktadır. Bu nedenle diyaliz hastasının yaşam kalitesi eksik olabilmektedir. Diyaliz hastalarının daha üretken bir biçimde yaşamlarına nasıl yardımcı olabileceğini belirlemek için daha fazla bilgiye ihtiyaç olduğu da aşikârdır.

Bu noktadan hareketle hastaların ÖİÖ’sunu konu edinen araştırmamızda medeni durum değişkeni ile ÖİÖ ilişkisi incelenmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular bu iki değişken arasında anlamlı bir farklılığın bulunmadığını göstermiştir ($F=,150$; $p=,861$, $p>0.05$). ÖİÖ puan ortalamaları incelendiğinde ise hiç evlenmemiş grubun ortalamasının, evliler ve dul ya da boşanmış olanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür (**bk. Tablo 3.16**).

Elde edilen bulgular, “*Medeni durum ile öznel iyi oluş düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.*” şeklinde kurulan hipotezin doğrulandığını göstermektedir.

Hiç evlenmemiş bireylerin genellikle genç olmaları, çocuksuz olmaları ve bakmakla yükümlü oldukları ailelerin olmaması ya da ekonomik sorumluluğun aileleri tarafından üstlenilmiş olması gibi etkenler bu kimselerin hastalığın psiko-sosyal etkilerini daha az yaşamalarına yol açıyor olabilir. Bu da hiç evlenmemiş kişilerin yaşam kalitesinin daha az etkilenmesi sonucunu doğurabilir.

Alanyazında söz konusu değişkenler arasında anlamlı farklılaşmanın olmadığını gösteren sonuçlar vardır. Bazı çalışmalarda da bekâr kimselerin yaşam doyumu, yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete, iyi oluş (esenlik) gibi ÖİÖ ile ilişkili konularda benzer sonuçlar elde edilmiştir. Hong Kong diyaliz hastalarının yaşam kalitesini inceleyen Ching, HD ya da sürekli ayaktan periton diyaliz alan hastalar üzerinde yaptığı

araştırmasında diyalize giren hastaların çoklu fiziksel, sosyal, ekonomik ve psikolojik değişiklikler yaşadığını tespit etmiştir. Ancak gruplar arasında medeni durum değişkenine göre yaşam kalitesinin farklılaşmadığı görülmüştür ($p=0,084$, $p>.05$). Diğer bir anlatımla, yaşam kalitesi düzeyi; bekâr, evli, boşanmış ve dul örneklem arasında benzerlik göstermektedir.⁶⁹⁰ Mittal ve ark. da, medeni durum ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki saptamamışlardır.⁶⁹¹

Yetişkin, medeni hal ile yeti yitimi ($p=0,144$), anksiyete ($p=0,055$) ve depresyon ($p=0,125$) arasında anlamlı bir ilişki tespit etmemiştir.⁶⁹² Saltürk de araştırmasında, esenlik ve genel sağlık anlayışı puanlarının medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermediğini bulmuştur ($p>0.05$). Ayrıca bu çalışmada bekâr olguların puanlarının yüksek olması da göze çarpmaktadır. Araştırmanın bir diğer bulgusu da global olarak yaşam kalitesi doyum puanı medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermemekle beraber anlamlılık düzeyine çok yakın p değeri ($p=0,087$) elde edilmiş olmasıdır ($p>0.05$). Burada da dikkati çeken nokta yine bekâr olguların puanlarının yüksek çıkmış olmasıdır.⁶⁹³ Kamal ve ark. da yaşam kalitesinin fiziksel, ruhsal ve böbrek hastalığı bileşenlerinde bekâr olguların en yüksek skora sahip oldukları sonucuna ulaşmışlardır.⁶⁹⁴

Bununla birlikte; Çirkin ve Göksel⁶⁹⁵, Peiro⁶⁹⁶, Diener vd.⁶⁹⁷ gibi bazı araştırmacılar da, evli insanların yaşamdan duydukları memnuniyetin bekârlardan daha fazla olduğunu, hatta evli kimselerin ya da birliktelik yaşayan kişilerin boşanmış, dul kalmış ya da hiç evlenmemiş kişilerden daha fazla mutlu olma olasılıklarının bulunduğunu tespit etmişlerdir. Bohlke vd. de evli olmanın ya da evlilik benzeri bir ilişkinin ruh sağlığını yordadığını saptamıştır.⁶⁹⁸

⁶⁹⁰ Ching, "The quality of life for Hong Kong dialysis patients": 218-222.

⁶⁹¹ Mittal et.al., "Self-assessed physical and mental function of haemodialysis patients": 1393.

⁶⁹² Yetişkin, "Hemodiyaliz Hastalarının Yeti Yitimi, Anksiyete ve Depresyon Yönünden Değerlendirilmesi", 66.

⁶⁹³ Saltürk, "Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesinin Diyaliz Yeterliliği İle İlişkisi", 28.

⁶⁹⁴ Kamal et.al., "Health-related quality of life among hemodialysis patients.": 197.

⁶⁹⁵ Çirkin ve Göksel, "Mutluluk ve Gelir": 393.

⁶⁹⁶ Amado Peiro, "Happiness, Satisfaction and Socio-economic Conditions: Some International Evidence", *The Journal of Economics* 35 (2006): 358.

⁶⁹⁷ Diener et.al., "Subjective Well-Being: Three Decades of Progress": 289.

⁶⁹⁸ Bohlke et.al., "Predictors of quality of life among patients on dialysis in Southern Brazil": 254.

e) Öznel Ekonomik Durum Algısı ile Öznel İyi Oluş Arasındaki Farklılığa Yönelik Yorumlar

Ekonomik durum ile ÖİÖ arasındaki ilişkiye dair yapılan istatistiksel analiz sonucunda, örneklemin ekonomik düzeyi ile ÖİÖ düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($F=827$; $p=,480$, $p>0.05$) (bk. **Tablo 3.17**).

Mali sıkıntı, genellikle hastaların yalnızca yaşam biçimlerini değil, aynı zamanda sosyal olarak değer verilen kaynakların, fırsatların, sosyal konumun, gücün, dostların ve daha yüksek düzeyde öz saygıya neden olan prestijin çoğuna erişmeyi belirleyen sosyo-ekonomik statülerini de değiştirmeye zorlar. Bunların tamamının bireyler tarafından algılanan yaşam kalitesi üzerinde bir etkisi vardır. Bu nedenle araştırmaların pek çoğunda gelir durumu ile mutluluk/ÖİÖ arasında pozitif bir korelasyon tespit edilmiştir. Örneğin Ching gelirle yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki olduğunu belirtmiştir.⁶⁹⁹ Ancak Ching'in araştırmasında dikkat çeken bir bulgu da yüksek gelirlili olanların ($p=0.008$), hiç gelire sahip olmayan olgulara göre daha düşük anlamlılık ($p=0.037$) skoruna sahip olmalarıdır.⁷⁰⁰, Viemero ve Krause da fiziksel yeti yitimi olan kişilerde yüksek iş statüsüne sahip olmanın daha iyi yaşam doyumu ve daha olumlu benlik imajı ile pozitif yönlü ilişkisinin bulunduğunu vurgulamışlardır.⁷⁰¹ Bohlke vd., periton diyalizi tedavisi gören hastalarda daha yüksek gelire sahip kişilerin duygusal rol skorlarının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Benzer şekilde daha yüksek geliri olan ya da işi olan hastaların ruh sağlıklarına ilişkin skorlarının da yüksek olduğunu tespit etmişlerdir.⁷⁰² Diener vd.⁷⁰³, Oishi vd.⁷⁰⁴, AL-Jumaih ve ark.⁷⁰⁵ ve Kamal ve ark. da gelir ile yaşam doyumu arasında pozitif korelasyona dikkat çekmişlerdir.⁷⁰⁶

⁶⁹⁹ Ching, "The quality of life for Hong Kong dialysis patients": 223.

⁷⁰⁰ Ching, "The quality of life for Hong Kong dialysis patients": 218-222.

⁷⁰¹ Vappu Viemerö and Christina Krause, "Quality of life in individuals with physical disabilities", *Psychotherapy and Psychosomatics* 67, No. 6 (1998): 321.

⁷⁰² Bohlke et.al., "Predictors of quality of life among patients on dialysis in Southern Brazil": 254.

⁷⁰³ Ed Diener et.al., "The Relationship Between Income And Subjective Well-Being: Relative Or Absolute?", *Social Indicators Research* 28 (1993): 195.

⁷⁰⁴ Shigehiro Oishi et.al, "Cross-Cultural Variations in Predictors of Life Satisfaction: Perspectives From Needs and Values", *Personality And Social Psychology Bulletin* 25, No. 8 (1999): 984-985.

⁷⁰⁵ AL-Jumaih et.al., "A Study of Quality of Life and its Determinants among Hemodialysis Patients..": 127.

⁷⁰⁶ Kamal et.al., "Health-related quality of life among hemodialysis patients..", p. 197.

Wyshak ise, ÖİÖ'nun değişkenleriyle gelir arasında anlamlı bir ilişki olmadığını saptamıştır.⁷⁰⁷ Çirkin ve Göksel, gelir seviyesinde meydana gelen artışın kişinin mutlu olma olasılığı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı olmadığını, ancak kişinin daha yüksek bir yaşam doyumu seviyesine sahip olma olasılığı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu belirlemişlerdir. Yani; kişi mutlak gelirini değil, görece gelirini önemsemektedir. Gelir miktarı mutluluk üzerinde etkili değildir ama gelirden duyulan memnuniyetin mutluluk seviyesini olumlu yönde etkilemesi söz konusudur. Örneğin kişinin gelirinin çok yüksek olması herkesin gelirinin çok yüksek olduğu bir çevrede o kişiyi mutlu etmeye yetmezken, herkesin kendisinden maddi olarak daha kötü olduğu bir çevrede ise mutlak olarak geliri gerçekten yüksek olmasa da o kişi mutlu olabilmektedir.⁷⁰⁸

Bizim araştırmamızda da ÖİÖ puan ortalaması en yüksek olan grup düşük gelir algısına sahip olanlar çıkmıştır. Düşük gelirli olan kimselerde imkânsızlık ya da imkânların kısıtlı olması nedeniyle yüksek beklenti ve isteklerin oluşması zor görülmektedir. Bu durumda beklenti düzeyinin yüksek olmaması, kişinin ÖİÖ'su üzerinde koruyucu bir etken olabilir. Ayrıca bu araştırmada gruplar arasında anlamlı bir farklılaşmanın olmamasının nedeni örnekleme gözlenen genel şükür hali de olabilir. Bu yaklaşım sadece Allah'ın takdirine ram olarak kişinin hastalığa karşı rıza göstermesi değil, aynı zamanda mevcut yaşam koşullarını da kabullenmesi şeklindedir. Bu nedenle görece gelirin önemsenmesi ve mevcut yaşam standardının kabullenilmesi, her grupta benzer tutumlara yol açmış olabilir. Hükûmetin yürüttüğü sağlık politikası çerçevesinde diyaliz tedavisi alanların özürlü olarak kabul edilmesi ve bu şekilde sosyal ve ekonomik bazı haklardan yararlanmaları da gruplar arası farklılaşmanın oluşmamasının bir diğer nedeni olabilir.

Elde edilen bu verilere göre; *“Ekonomik durum değişkenine göre; katılımcıların öznel iyi oluş düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.”* hipotezinin doğrulandığı raporlanabilir.

⁷⁰⁷ Grace Wyshak, “Income and Subjective Well-Being: New Insights from Relatively Healthy American Women, Ages 49-79.”, *Plos One* 11, No. 2 (2016): 13.

⁷⁰⁸ Çirkin ve Göksel, “Mutluluk ve Gelir”: 395-396.

f) İkamet Yeri ile ÖİÖ İyi Oluş Arasındaki Farklılığa Yönelik Yorumlar

İkamet yeri ile ÖİÖ düzeyi arasındaki farklılığa yönelik yapılan istatistiksel analiz sonucunda, ikamet yeri ve ÖİÖ puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu ($F=40,698$; $p=,000$, $p<0.05$) tespit edilmiştir. Bulgular ÖİÖ puanları açısından incelendiğinde ise, en yüksek ortalamaya il merkezinde yaşayanların sahip olduğu, en düşük ortalamanın da ilçede ikamet edenler arasında olduğu görülmüştür (**bk. Tablo 3.18**).

Buna göre, yaşanan yerin kişilerin ÖİÖ düzeyini etkileyen bir faktör olduğu değerlendirilebilir. Araştırmamızın bulguları il merkezi ile köyde oturanlar lehine bir farklılaşmanın olduğunu, köyde yaşayan kişilerin ÖİÖ puanlarının il merkezinde yaşayanlardan düşük olsa bile ilçede yaşayanların puan ortalamalarına kıyasla daha yüksek çıktığını ve bu nedenle *“Köyde yaşayan katılımcıların öznel iyi oluş düzeyleri, ilçe ve il merkezinde yaşayanlara göre daha düşüktür.”* şeklinde kurulmuş olan hipotezin kısmen desteklendiğini göstermektedir.

HD tedavisi zorlu bir süreç olduğundan, hastaların sağlıkla ilgili olanaklara erişiminin kolay olması, tedaviye ilişkin sürecin sağlıklı işlenmesini mümkün kılmaktadır. Hastanın doğrudan hastaneye ya da hekime ulaşabilmesi suretiyle sağlık çalışanlarının hastaya vereceği destek de hastanın kendisini daha güvende hissetmesine ve dolayısıyla da iyi oluşuna katkı sağlamaktadır. Zira araştırmada yer alan ve köyde ikamet eden 53 hasta da tedavisini il merkezinde almaktadır (**bk. Tablo 2.8**). İllere kıyasla ara yerleşim merkezleri olan ilçelerin ise imkânları il merkezine göre daha kısıtlı olabilmektedir. İlçelerde yaşayanların köy yaşantısının yakın ve samimi sosyal desteğinden, kentin de sosyal yaşam olanakları ve sağlık hizmetlerinden yoksun olmaları olasıdır. Örneğin Çorum il merkezi diyaliz ünitesi doktorları haftanın belirli günlerinde ve bir program çerçevesinde ilçe hastanelerine giderek oralarda tedavi gören hastaları takip etmekte ve ilgili hemşireler aracılığıyla hastalarını izlemektedirler. Yine yakın köylerde ikamet eden hastalar il merkezine taşınmakta, il merkezinde bulunanlar ise ulaşım sorunu yaşamamaktadırlar. Köyde yaşayan ama tedaviyi il merkezinde alan hastaların ÖİÖ düzeylerinin yüksek çıkmasının bir açıklaması bu olabilir. Söz konusu etkenler köyde ve il merkezinde ikamet edenler lehine anlamlı bir farklılaşmaya yol açmış olabileceği gibi, köyde daha yakın akrabalık ve komşuluk ilişkileri, il merkezinde

de çeşitli sosyal imkânlar da sosyal destek bağlamında hastaların ÖİÖ düzeylerini yordayan faktörler olarak değerlendirilebilir.

Bu konuda yapılan araştırmalarda, ÖİÖ'nun farklı bileşenleri hakkında farklı sonuçlar elde edilmiştir. Örneğin; Kamal vd., yaşam kalitesinin fiziksel bileşenler boyutunda kırsalda yaşayanların kentte yaşayanlara göre daha düşük skor elde ettiklerini söylemektedirler.⁷⁰⁹ Bunun açıklaması köyde yaşayan kişilerin hem ev işlerini hem de dışarı işlerini yapabilmek için fiziksel güçlerine güvenmek zorunda olmaları ve HD tedavisinin bunu engellemesi olabilir. Sabbah vd. ise Lübnan'da SF-36'nın Arapça versiyonunu kullanarak yaptıkları çalışmada, kırsal bölge sakinlerinin kent sakinlerinden daha yüksek yaşama gücü puanlarına sahip olduklarını bulmuşlardır.⁷¹⁰ Akça ve Doğan da HD hastalarının evde günlük ihtiyaçlarını karşılayamama bakımından yaşanılan yere göre bir farklılaşmanın olmadığını belirlemişlerdir.⁷¹¹

g) Meslek ile Öznel İyi Oluş Arasındaki Farklılığa Yönelik Yorumlar

Meslek dağılımına göre sekiz grupta toplanan örneklem içerisinde en büyük grubu ev hanımları oluşturmaktadır. İkinci sırada emekliler ve üçüncü sırada da çiftçiler gelmektedir. Son sıralarda ise memur, esnaf ve zanaatkârlar yer almaktadır (**bk. Tablo 2.9**).

Meslek ve ÖİÖ arasındaki ilişkiye dair analiz sonuçları gruplar arasında anlamlı bir farklılığın bulunmadığını göstermiştir ($F=1, 231; p=,287, p>0.05$). İşçi, memur, ev hanımı ve emekli gruplarının ortalamaları görece olarak yüksek çıkmıştır. Bulgularda dikkat çeken bir husus işsizlerin ortalamasının da yüksek çıkmış olmasıdır (**bk. Tablo 3.19**). Herhangi bir geliri olmayan hastaların işsizlik maaşı almaları, malulen emeklilik hakları, 65 yaş üzeri olan hastalarda yaşlılık maaşı uygulamaları gibi faktörler, belirli bir meslek sahibi olmayan ve araştırmada işsiz grupta kümelenen katılımcıların ÖİÖ düzeyi üzerinde olumlu bir etkisi olmuş olabilir.

Alanyazında meslek ve iyi oluşun bileşenleri ile ilgili farklı araştırma bulguları söz konusudur. Örneğin, 170 HD hastası üzerinde yapılan yaşam kalitesi araştırmasında,

⁷⁰⁹ Kamal et.al., "Health-related quality of life among hemodialysis patients..": 199.

⁷¹⁰ Ibtissam Sabbah et.al., "Quality of life in rural and urban populations in Lebanon using SF-36 health survey", *Health and Quality of Life Outcomes* 1, No. 30 (2003): 1.

⁷¹¹ Nazan Kılıç Akça ve Aydan Doğan, "Hemodiyaliz Hastalarının Diyaliz Sonrası Yaşadığı Sorunlar ve Evde Bakım Gereksinimleri", *Bozok Tıp Dergisi* 1 (2011): 19.

Kamal vd., sosyo-demografik faktörler içerisinde mesleğin sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen en önemli etken olduğu sonucuna ulaşmışlardır.⁷¹² Bohlke vd., iş sahibi olmanın yaşam kalitesi üzerindeki rolünü vurgulayarak ruhsal sağlık ile gelire sahip olmanın arasındaki ilişkinin manidar olduğunu belirtmiştir. Araştırmacı mesleğe sahip olmamayı iş piyasasından gönüllü olarak çekilenler ile gerçekten işsiz kalanları birlikte değerlendirmiştir. Burada herhangi bir meslekten ziyade iş sahibi olmama ya da çalışmama vurgulanmıştır. İşsiz olmak, böbrek hastalığına atfedilen yükü artırmaktadır.⁷¹³ Buna karşın Erdem vd., meslek ile yaşam doyumu arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığını tespit etmişlerdir.⁷¹⁴ Akça ve Doğan da, HD hastalarının evde günlük ihtiyaçlarını karşılayamama bakımından örneklemin çalışma durumuna göre farklılık göstermediğini ($p=0,855$, $p>.05$) saptamıştır.⁷¹⁵

Meslek durumu ile yaşam kalitesi ve iyi oluş ilişkisi gelir düzeyi ile bağlantılı olarak ele alınmaktadır. Buna göre, araştırmamızda işçi, memur gibi çalışan grubun ve standart bir maaşa sahip olan emeklilerin ÖİÖ puanlarının yüksek çıkması belirli gelir düzeyine sahip olmakla ilgili olabilir. Ev hanımları ise standart bir gelire sahip olmamakla birlikte, aile içerisinde yüklendiği sorumluluklar ile çok önemli bir rol üstlenmektedirler. Ayrıca evin geçimi için dışarıda çalışma ve para kazanma sorumluluğunun kültürel olarak erkeğe ait bir görev olarak görülmesi de maaşlı bir işe sahip olmayan ev hanımlarının ÖİÖ düzeyleri üzerinde olumsuz bir etkiye yol açmamış olabilir. Bu nedenlerle meslek durumu değişkenine göre; örneklemin ÖİÖ düzeyi birbirine benzer özellikler göstermektedir.

Buna göre; *“Mesleki durum değişkenine göre; katılımcıların öznel iyi oluş düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.”* hipotezinin desteklendiği söylenebilir.

h) Tedavi Süresi ile Öznel İyi Oluş Arasındaki Farklılığa Yönelik Yorumlar

ÖİÖ'nun bileşenleri ile tedavi süresi arasındaki ilişki hakkında yapılan araştırmalarda tedavi süresinin yaşam kalitesinin boyutları ve global yaşam kalitesi puanları arasında negatif ilişkili olduğunu ve bu ilişkinin genel sağlık anlayışı,

⁷¹² Kamal et.al., “Health-related quality of life among hemodialysis patients..”: 199.

⁷¹³ Bohlke et.al., “Predictors of quality of life among patients on dialysis in Southern Brazil”: 255.

⁷¹⁴ Erdem vd., “Hemodiyaliz Hastalarında Umutsuzluk ve Yaşam Doyumu”: 7.

⁷¹⁵ Akça ve Doğan, “Hemodiyaliz Hastalarının Diyaliz Sonrası Yaşadığı Sorunlar ve Evde Bakım Gereksinimleri”: 19-20.

fonksiyonel durum, esenlik ve global yaşam kalitesi alanlarında istatistiksel anlamlılık gösterdiğini ortaya koyan çalışmalar⁷¹⁶ olduğu gibi; tedavi süresinin yaşam kalitesi, yaşam doyumu, genel sağlık skorları, umutsuzluk gibi hususları yordamadığına ya da aralarında anlamlı bir farklılaşmanın bulunmadığına ilişkin çalışmalar da vardır. Örneğin Bohlke vd. diyaliz tedavi süresi daha kısa olanların genel sağlık skorlarının daha iyi düzeyde olduğunu tespit etmişlerdir.⁷¹⁷ Cleary ve Drennan⁷¹⁸, Stojanovic ve Stefanovic⁷¹⁹ de benzer sonuçlar elde etmişlerdir. Pakpour ve ark.'nın araştırması da uzun süre HD tedavisi gören son dönem böbrek hastalarının sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin fiziksel ve ruhsal bileşenler ölçeklerinin boyutlarından düşük skor aldıklarını ortaya koymaktadır.⁷²⁰ Bunun dolaylı bir açıklaması yaş olabilir. Zira uzun süreli HD tedavisi alan kişilerin genellikle yaşları da ileridir. Yaşlı kimselerin fiziksel olarak kayıplar yaşaması, belki eşini kaybetmiş olması ve yalnızlık duygusu gibi etkenler hastaların ölçeklerden düşük puan almalarına bir açıklama olabilir.

AL-Jumaih ve ark., diyaliz süresinin yaşam doyumunu yordayan bir etken olmadığını saptamış,⁷²¹ Saltürk de, diyaliz sürelerine göre fonksiyonel durum puanları, esenlik puanları, genel sağlık anlayışı puanları ve global yaşam kalitesi doyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığını ($p>0.05$) tespit etmiştir.⁷²² Yetişkin, HD hastalarını yeti yitimi, anksiyete ve depresyon yönünden değerlendirdiği çalışmasında HD tedavi süresi ile KYA (Kısa Yeti Yitimi Anketi), HAD-A (Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Anksiyete alt ölçeği), HAD-D (Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Depresyon alt ölçeği) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptamamıştır.⁷²³ Ünal ve Bilge'nin araştırmasında hemodiyaliz tedavisi görülen süre ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.⁷²⁴ Tan ve arkadaşları da

⁷¹⁶ Acaray ve Pınar, "Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi": 7.

⁷¹⁷ Bohlke et.al., "Predictors of quality of life among patients on dialysis in Southern Brazil": 254.

⁷¹⁸ Joanne Cleary and Jonathan Drennan, "Quality of life of patients on haemodialysis for end-stage renal disease", *Journal of Advanced Nursing* 51, Issue. 6 (2005): 577-586.

⁷¹⁹ Miomir Stojanovic and Vladisav Stefanovic, "Assessment of health-related quality of life in patients treated with hemodialysis in Serbia: influence of comorbidity, age, and income", *Artificial Organs* 31, Issue. 1 (2007): 53-60.

⁷²⁰ Amir H. Pakpour et.al., "Health-Related Quality of Life in a Sample of Iranian Patients on Hemodialysis", *Iranian Journal of Kidney Diseases* 4, No. 1 (2010): 56.

⁷²¹ AL-Jumaih et.al., A Study of Quality of Life and its Determinants among Hemodialysis Patients..": 127.

⁷²² Saltürk, "Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesinin Diyaliz Yeterliliği İle İlişkisi", 33.

⁷²³ Yetişkin, "Hemodiyaliz Hastalarının Yeti Yitimi, Anksiyete ve Depresyon Yönünden Değerlendirilmesi", 69.

⁷²⁴ Ünal ve Bilge, "Hemodiyaliz Tedavisindeki Son Dönem Böbrek Yetmezlikli Hastaların Ruhsal Durumlarının ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi": 37.

araştırmalarında hastalık süresi ile umutsuzluk puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğunu saptamışlardır.⁷²⁵

Bizim araştırmamızda da yapılan analizlere göre değişkenler arasında anlamlı bir farklılaşmanın olmaması ($F=1,780$; $p=,152$, $p>0.05$) sonucu “*Tedavi süresi değişkenine göre; katılımcıların öznel iyi oluş düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.*” şeklinde oluşturulan hipotezin doğrulandığı söylenebilir.

Veriler tedavinin ilk on (10) yılında kişilerin mutluluk/ÖİÖ düzeylerinin daha düşük olduğunu göstermektedir. 10 yıl sonrasında ÖİÖ puan ortalamasında önemli bir artış göze çarparken ($X=4,1039$) 16 yıl ve üzeri grubun ortalamasının tekrar düştüğü gözlenmektedir (**bk. Tablo 3.20**). Bu durum 10 yıl sonrası için uyum kuramı ile açıklanabilir. Ayrıca 16 yıl ve üzeri tedavi süresi geçiren hastaların puanlarının tekrar düşmeye başlaması da ilerleyen yaşla izah edilebilir. Zira yaş ilerledikçe hastalarda eşlik eden diğer hastalıklar olabilmekte, fiziksel fonksiyon düzeyleri düşebilmekte, bu da hastanın yaşam doyumu ve yaşama dair olumlu duyguları ile ruhsal sağlığı üzerinde etkili olabilmektedir. Örneğin Saltürk’ün araştırmasında 6-24 ay süreli diyaliz uygulaması yapılan olguların fonksiyonel durum puanları, esenlik puanları, genel sağlık anlayışı puanları ve global yaşam kalitesi doyum puanlarının genellikle düşük olduğu bulunmuştur.⁷²⁶ Bizim araştırmamızda da hastalığın ilk başlarında olumsuz duygu yoğunluğunun fazla olduğu, ancak zamanla bir alışma sürecine girildiği tespit edilmiştir. Tedavinin ilk başlarında hastalığı inkâr etme, tedaviyi kabullenmeme ve diyalizin hasta üzerindeki fiziksel ve ruhsal etkileri ÖİÖ’yu etkiliyor olabilir. Zaman geçtikçe mevcut duruma adaptasyon sağlama ve hastalığın ilk başlarında yaşanan etkilerin şiddetinde zamanla sönme söz konusu olabilmektedir. Nitekim mülakat çalışmasında hastalığa uyum konusunu HD hastalarından bazıları da dile getirmiştir. Örneğin yaklaşık 15 yıldır diyaliz alan 39 yaşındaki K-1 Mustafa isimli erkek hasta şunları söylemiştir:

Haliyle ilk zamanlar insan tedirgin oluyor ama sonra sonra alışıyorsun. Hastalandığımda 23-25 yaşlarındaydım. Gençliğin tam baharında.... Sonuçta biraz üzüntümüz oldu ama eşimizin, dostumuzun, akrabalarımızın desteğiyle çok şükür zaman içerisinde atlattık.

⁷²⁵ Tan vd., “Hemodiyaliz Hastalarında Sosyal Destek ve Umutsuzluk..”: 37.

⁷²⁶ Saltürk, “Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesinin Diyaliz Yeterliliği İle İlişkisi”, 33.

10 yıldır tedavi gören 33 yaşında genç bir erkek hasta olan K-13 Nevzat, hastalığını ilk duyduğunda çok üzüldüğünü ama sonrasında kabullenme duygusunun yükseldiğini şu sözlerle anlatmaktadır:

Askerde hastalandım aslında. Karın ağrısı ve ishal nedeniyle doktora gittim, böbrek yetmezliği teşhisi koydular. Böbrek yetersizliğimin olduğunu duyunca şok oldum, çok üzüldüm, oturduğum yerden kalkamadım. İstanbul'a geldim, üç ay hastanede yattım. Sonrasında diyaliz tedavisi başladı. Bu hastalık niye beni buldu gibi bir şey demedim, isyan etmedim, Allah'tan gelen bir şeye isyan edecek halim yok ama kabullenmek çok zor bu hastalığı. İlk başta olmuyor ama sonra sonra kabullenme duygusunu yükseltiyorsun. Şu an böyle bir sorun yok.

Görüldüğü gibi 10-15 yıl boyunca tedavi gören kimseler zaman içerisinde çeşitli başa çıkma yaklaşımlarını da kullanarak hastalığı kabullenmekte ve ilk başlarda yaşadıkları ruhsal olumsuzlukların etkisini azaltabilmektedir.

i) Öznel Dindarlık Algısı ile Öznel İyi Oluş Puanları Arasındaki Farklılığa Yönelik Yorumlar

Örneklemin kendi algılarına/öz değerlendirmelerine göre dindarlık düzeyleri ile ÖİÖ düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunup bulunmadığı ve şayet anlamlı bir ilişki varsa, bu ilişkinin yönü hakkında yapılan analiz sonuçları, iki değişken arasındaki ilişkinin istatistiksel anlamlılık düzeyinde olduğunu göstermiştir ($F=12,345$; $p=,000$, $p<0.05$). Bu ilişkinin yönüne dair yapılan post-hoc analizi sonucunda da “biraz dindar”, “dindar” ve “çok dindar” gruplar ile ÖİÖ düzeyi arasında ileri düzeyde anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p=,000$, $p<0.05$). Olguların ÖİÖ puan ortalamaları incelendiğinde de “hiç dindar değil” düzeyinden “çok dindar” düzeyine kadar düzenli bir artışın olduğu görülmektedir. Bu da olguların kendilerini dindar görme düzeyi arttıkça, ÖİÖ düzeylerinin de arttığını göstermektedir (**bk. Tablo 3.21**). Elde edilen bulgulara göre çalışmanın başlangıç teziyle de uyumlu olan “*Öznel dindarlık algısı ile katılımcıların öznel iyi oluş düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. Buna göre; kişinin kendisini dindar görme düzeyleri arttıkça, öznel iyi oluş düzeyi de artmaktadır.*” hipotezinin istatistiksel olarak doğrulandığı görülmektedir.

“Dindar” ve “çok dindar” grup birlikte değerlendirildiğinde, araştırmaya katılan kişilerin büyük çoğunluğunun kendisini dindar olarak değerlendirdiği (% 79,5) ifade edilmişti (**bk. Tablo 2.11**). Örneklemin kendi dindarlık algıları ile ilgili bu bakış açıları yapılan görüşmelerden varılan sonuçlarla da uyumludur. Hastaların birçoğu Allah'a bağlı olduğunu dile getirmiş, ibadet ettiklerini ve ihtiyaç sahiplerine yardım etmeye

çalıştıklarını söylemişlerdir. Örneğin; namazlarını kıldığını, dua ettiğini ve hastalığı Allah'ın takdiri olarak gördüğünü ifade eden 65 yaşındaki K-12 Osman *“Kendinizi iyi bir dindar olarak görüyor musunuz? Neden öyle düşünüyorsunuz?”* sorusuna şu şekilde yanıt vermiştir: *“Evet, dindar birisiyim. Kendimi dindar olarak görüyorum. Mesela bu hastalığı Allah'ın takdiri diye düşünmem bir gösterge. Elimden geldiği kadar ibadetlerimi yapmaya çalışıyorum ama doğrusunu tabii ki Allah bilir.”*

HD tedavisi gören hastalara oruç tutmak tavsiye edilmemektedir. Hastalardan bu tavsiyeye sıkı sıkıya riayet edip, hastalık nedeniyle oruç tutmayanlar olduğu gibi, diyaliz günleri dışında diğer günlerde oruçlarını tutan ya da tutamadıkları günleri Ramazan ayı sonrasında kazasını yaparak telafi edenler de vardır. Oruç tutmayanlar ve genel olarak ibadetlerinde bazı aksamaların olduğunu söyleyen hastalar, İslam'ın kolaylık dini olduğunu, bu hastalığı Allah'ın verdiğini, sağlıkları elvermiş olsaydı oruç ibadetini ve diğer ibadetleri aksatmayacaklarını belirtmişlerdir. Bu şekilde bir yaklaşım sergileyen hastaların, hastalık nedeniyle ibadetlerini yerine getirememenin verdiği olumsuz duyguların duygu durumları üzerinde etkisini dinsel referanslarla azaltma eğiliminde oldukları gözlemlenmiştir. Bu konuda K-1 Mustafa şunları söylemiştir:

Oruç tutamıyoruz, Cumalara gidemiyoruz. 15 yılda iki sefer Cuma kıldım. Onlar da bayramlara denk geldi, makinenin gününü değiştirdik, o şekilde oldu. Ama ibadeti yapamamak duygu olarak beni etkilemiyor. Çünkü imkânım olsa ben o Cumayı illaki kılarım. Ama belki bunda da vardır bir hayır. Zaten Cuma saatinde makinedeyim. Allah bunu bana kısmet etseydi bir şekilde bir bahane olurdu. Bu olaya biraz da tevekkül ile bakıyorum. Hastalığımı bir mazeret olarak gördüğüm için ibadeti yapamamak beni çok etkilemiyor.

37 yaşında ve 9 yıldır diyalize giren K-5 Ramazan da şunları söylemiştir: *“İbadetleri tam olarak yapamamak beni pek rahatsız etmiyor. Hastayım zaten ama keşke sağlığım iyi olsaydı. O zaman yapmam gerekenleri daha iyi yapabilirdim. Yine de buna şükrediyorum. Allah bu durumdan daha aşağı düşürmesin.”*

Ayrıca bazı hastaların mülakat sırasında inançlarını ikrar ettikleri, sık sık Allah'ı andıkları, dille şükrettikleri ve ibadetlerini yerine getirdiklerini söylemelerine rağmen, bahsi geçen soruya K-12 Osman'ın da dediği gibi *“Allah bilir, elimden geldiği kadar, fazla değil, kendi çapımda vb.”* ifadelerin içinde geçtiği cümlelerle cevap verdikleri olmuştur. Bu cevapları vermelerinde riya ya da ucba düşmeme isteği, ibadetiyle gururlanmama çabası ve hassasiyeti de gözlenmiştir. Örneğin 43 yaşındaki K-16 Gülten şöyle demiştir: *“Dindar olup olmadığımı Allah bilir. Elimizden geldiği kadar dinin verdiği görevleri yapıyorum.”*

68 yaşındaki K-9 Kamile de şunları söylemiştir:

Dindar olmak iyi bir şeydir. Tabii ki inancım olmasa ‘Ben neden böyle oldum?’ derdim. Ama Allah’a çok şükür dindarlığım bunu dedirtmiyor, şükrediyorum. Fazla dindarım diyemem, elimden geldiği kadar dindarım. Bu tür hastalıkları kabullenmek zorundayız inancımıza göre. Allah’tan geliyor.

Görüldüğü gibi nicel araştırmada çıkan yüksek dindarlık düzeyi ile mülakatta verilen cevaplarda örneklemin din dilini kullanma sıklığı ve kendisini dindar görme durumu arasında bir tutarlılık söz konusudur. Hem nicel hem de nitel araştırma bulguları dindarlık ile ÖİÖ arasında pozitif bir ilişkinin olduğunu göstermekte ve dindarlık düzeyi arttıkça kişinin ÖİÖ düzeyinin de buna bağlı olarak arttığını ortaya koymaktadır.

Katılımcıların sözlerinden dindarlık düzeylerinin yüksek olduğunu, dinî hassasiyetleri dikkate aldıklarını ama hastalığı mazeret olarak algıladıklarını, hasta olmamış olsalardı dinin gereklerini daha iyi yerine getirme yönünde istekli olduklarını ve bu nedenle de ibadeti tam anlamıyla yapamamanın ruhsallıkları üzerlerinde fazla olumsuz bir etkisinin olmadığını anlayabiliriz. Böyle bir bakış açısının hastalığın etkileri ve depresyon gibi rahatsızlıklardan da kişiyi koruduğu, böylece kişinin daha dirençli olmasına ve durumunu daha pozitif karşılmasına katkı sağladığı yorumunu yapabiliriz.

İleride daha detaylı tartışılacak olan dindarlık-ÖİÖ ilişkisini destekleyen araştırma bulgularından bir kaçını burada verebiliriz. Örneğin; Arslantürk, 1900 kişi üzerinde yaptığı bir araştırmada, dindarlık-mutluluk ilişkisini değerlendirmiştir. Araştırma bulgularına göre, “dindarım ve mutluyum” diyen katılımcıların oranı % 52’dir (985 kişi). “Dinsizim ve mutsuzum” diyenlerde ise bu oran % 8’dir (150 kişi).⁷²⁷ Görüldüğü gibi katılımcıların yarısından fazlası mutlu olmalarıyla dindarlıklarının ilişkili olduğunu vurgulamışlardır.

Depresyon ve dindarlık ilişkisini incelediği araştırmasının sonucunda Güven, öznel dindarlık algısı ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı negatif bir ilişki saptamıştır. Buna göre; öznel dindarlık algısı arttıkça, depresyon düzeyleri düşmektedir. Araştırmacı genel dindarlık eğilimi ve depresyon düzeyleri arasında da negatif anlamlı

⁷²⁷ Zeki Arslantürk, *Kutsalın Dönüşü* (İstanbul: Ayışığı Kitapları, 1998), 84.

bir ilişki tespit etmiş ve deneklerin dindarlık puanları arttıkça, depresyon düzeylerinin azaldığı sonucuna ulaşmıştır.⁷²⁸

Balcı, araştırmasında mutluluk sebeplerini anlamak istemiş ve insanların kendilerini iyi hissetmelerini sağlayan, kendi mutluluklarına sebep olarak gördükleri farklı faktörlerin olduğunu tespit etmiştir. Ortaya çıkan sonuçlar katılımcıların yarıdan fazlasının (% 57,2) kendilerini mutlu eden sebebin “*dini inançlara bağlılık*”ları olduğunu göstermiştir.⁷²⁹

Çirkin ve Göksel’e göre; haftada en az bir defa dinî bir aktiviteye katılmak, kişinin mutlu olma ve daha yüksek bir yaşam doyumu seviyesine sahip olma olasılığını artırmaktadır. Araştırmacılar bu durumu dinî yönden inançlı olan kişilerin karşılaşılan problemlere ve krizlere verdikleri tepkilerin, inançlı olmayanlara göre daha olumlu olmasına bağlamaktadır.⁷³⁰

Myers ve Diener, yaşlılar arasında yaptıkları bir meta-analizin sonucunda; iyi oluşun en iyi iki yordayıcısının sağlık ve dindarlık olduğunu bulgulamışlardır.⁷³¹ 166,000 kişinin katıldığı başka bir araştırma, dinî bağlılık ve ibadetlere katılımın artmasıyla mutluluk ve yaşam doyumunun da yükseldiğini göstermiştir. Bazı araştırmacılar dinî bağlılığın daha fazla sosyal destek ve iyimserliğe yol açtığına inanmaktadırlar.⁷³² Dinî bağlılık ile olumlu duygular arasındaki ilişkiyi doğrulayan kanıtlar bulunmaktadır. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri’nde Gallup Anketine katılan 350.000 kişi üzerinde yapılan bir araştırmada, dindarlığın pozitif yaşam değerlendirmeleri ($r=.06$, $p<.001$) ve haz alma, güler yüzlü olma ve gülümseme gibi olumlu duygular ile ilişkili ($r=.06$, $p<.001$) olduğu ortaya konulmuştur. Bununla birlikte; çoğunlukla Avrupalı Amerikalı ve Avrupalı katılımcıları kapsayan 147 ampirik çalışmanın meta-analizi sonuçları daha çok dindarlığın daha düşük depresyonla ilişkili olduğunu göstermiştir.⁷³³

Burada tartışıldığı kadarıyla öznel dindarlık algısı ya da dindarlık, kişiyi kaygı ve sıkıntıdan kurtarmakta, hayatta karşılaşılan problemlere ve krizlere karşı direncini

⁷²⁸ Hülya Güven, “Depresyon ve Dindarlık İlişkisi”, (Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, 2008), 123.

⁷²⁹ Balcı, “Psikolojik ve Öznel İyi Olma Hali İle Dinî İnançlar Arasındaki İlişki Üzerine Bir İnceleme”, 128.

⁷³⁰ Çirkin ve Göksel, “Mutluluk ve Gelir”: 394-395.

⁷³¹ Myers and Diener, “Who is Happy?”: 16.

⁷³² David G. Myers and Ed Diener, “The Pursuit of Happiness”, *Scientific American* 274, Issue. 5 (1996): 56.

⁷³³ Louis Tay et.al., “Religiosity and Subjective Well-Being: An International Perspective”, *Religion and Spirituality Across Cultures* (2014): 165.

artırarak onu depresyona karşı koruyabilmekte, sosyal destek kaynağı olmakta ve yaşam doyumunu, yaşamdan haz alma, güler yüzlü olma gibi olumlu duygulara yol açmakta ve bireyin kendisini iyi hissetmesine ve sonuçta mutlu olmasına yardımcı olmaktadır.

j) **Öznel Mutluluk Algısı ile Öznel İyi Oluş Puanları Arasındaki Farklılığa Yönelik Yorumlar**

Örneklemin öznel değerlendirmelerine göre mutluluk düzeyleri ile ÖİÖ ölçeğinden aldıkları puan ortalaması arasındaki ilişkinin analiz sonuçları, her iki değişken arasında yüksek düzeyde bir anlamlılık olduğunu ($p=0,001$, $p<.05$) göstermektedir. Elde edilen sonuçların ortalamaları incelendiğinde de, gruplar arasında bir farklılaşmanın olduğu ve dolayısıyla öznel mutluluk algı düzeyi arttıkça, ÖİÖ düzeyinin de arttığı görülmektedir. “Hiç mutlu değil” grubunu oluşturan örneklemin ortalamasının ise “biraz mutlu” grubunun ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir (**bk. Tablo 3.22**). Bu durumun örneklemin ölçekteki “biraz mutlu” seçeneği ile “hiç mutlu değil” seçeneği arasında yaşadıkları olası tereddütten kaynaklanmış olabileceği değerlendirilmektedir.

Elde edilen istatistiksel sonuçlar iki değişken arasında var olduğu düşünülen ilişki hakkında kurulan “*Öznel mutluluk algısı ile katılımcıların öznel iyi oluş düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. Buna göre; kişinin kendisini mutlu görme düzeyi arttıkça, öznel iyi oluş düzeyi de artmaktadır.*” hipotezinin doğrulandığını göstermektedir.

Araştırmamızın bulgularına benzer sonuçlar Balcı tarafından da elde edilmiştir. Balcı, araştırmasında örneklemin öznel iyi olma hali ortalamasını $X=3,83321$ olarak bulmuştur.⁷³⁴ Bizim araştırmamızda ise örneklemin ÖİÖ ortalaması $X=3,7673$ olarak bulgulanmıştır. Araştırmamızın dez avantajlı grup üzerinde yapılmış olması ÖİÖ ortalamasının nispeten düşük çıkmasının nedeni olabilir. Balcı, aynı zamanda katılımcıların öznel mutluluk algısı ile öznel iyi olma hali seviyeleri arasında pozitif yönlü, güçlü ve anlamlı bir ilişkinin bulunduğunu tespit etmiştir. Araştırmacı örneklemin öznel mutluluk algısı ve yaşam doyumunu ilişkisi ile yaşam doyumunu ve öznel

⁷³⁴ Balcı, “Psikolojik ve Öznel İyi Olma Hali İle Dinî İnançlar Arasındaki İlişki Üzerine Bir İnceleme”, 125.

iyi olma hali ilişkisini de incelemiş ve her iki başlıkta da öznel mutluluk algısı ile pozitif yönlü güçlü ve anlamlı ilişki tespit etmiştir.⁷³⁵

3.2.4. Dindarlık, Alt Boyutları ve Öznel İyi Oluş Arasındaki İlişki İle İlgili Yorumlar

Örneklemin dindarlık puanları ile öznel iyi oluş puanları arasında anlamlı ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda, dindarlığın alt boyutlarından olan inanç boyutu ile ÖİÖ'nün tüm alt faktörleri arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. ÖİÖ'nün “kendine güven” ve “iyimserlik” alt faktörleri, diğer alt faktörlere göre “inanç” alt boyutu ile daha yüksek korelasyon değeri yüklenmiştir.

İbadet boyutu ile ÖİÖ'nün tüm alt faktörleri arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı bir ilişkinin olduğu, ÖİÖ'nün “iyimserlik” ve “arkadaşlık ilişkileri” alt faktörlerinin ise diğerlerine göre daha yüksek korelasyon değerlerine sahip olduğu bulgulanmıştır.

Duygu boyutu ile ÖİÖ'nün “karamsarlık” alt faktörü dışında diğer faktörleri arasında pozitif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Karamsarlık ile arasındaki ilişki ise düşük düzeydedir. Ayrıca duygu boyutu ile “iyimserlik”, “ilgi duyulan etkinlikler” ve “kendine güven” arasındaki korelasyon düzeyi diğerlerine göre daha yüksektir.

Bilgi boyutu ile ÖİÖ'nün “karamsarlık” dışında diğer alt faktörleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Bilgi boyutu ve karamsarlık arasında ise anlamlı bir ilişki yoktur. Bununla birlikte bilgi boyutu ile “kendine güven” ve “iyimserlik” arasındaki ilişki diğer faktörlere göre daha yüksek düzeyde çıkmıştır.

Dindarlığın etki alt boyutu ile ÖİÖ'nün alt faktörleri arasında anlamlı bir ilişki bulunurken; etki boyutu ile “karamsarlık” arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Genel ÖİÖ ile dindarlığın inanç, ibadet ve duygu boyutları arasındaki ilişkiye ait korelasyon değerinin bilgi ve etki boyutunun korelasyon değerinden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. ÖİÖ ile dindarlığın genel toplam puanı arasındaki ilişkiye ait korelasyon değerinin de $r=,565$ olduğu dikkate alındığında ÖİÖ ile genel dindarlık ve

⁷³⁵ Balcı, “Psikolojik ve Öznel İyi Olma Hali İle Dinî İnançlar Arasındaki İlişki Üzerine Bir İnceleme”, 125-127.

dindarlığın alt boyutları arasında pozitif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişkinin olduğu raporlanabilir.

Diğer taraftan genel dindarlık düzeyi ile ÖİÖ'nün "karamsarlık" dışında diğer tüm alt faktörleri arasında pozitif yönde, orta düzeyde ve yüksek önemde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Dindarlık ile "karamsarlık" arasında ise düşük düzeyde anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmüştür (**bk. Tablo 3.23**).

Dindarlığın alt boyutları bakımından en yüksek ilişkili olan ÖİÖ alanları ise *kendine güven, iyimserlik, arkadaşlık ilişkileri ve ilgi duyulan etkinliklerdir*. Bu verilere göre; HD hastalarında genel dindarlık düzeyi ve dindarlığın alt boyutlarına ilişkin düzey arttıkça, hastanın öznel iyi oluş seviyesinin de artacağı söylenebilir.

Elde edilen bu bulgular, dindarlık ile öznel iyi oluş arasındaki ilişkilerin pozitif yönlü ve anlamlı olduğunu ve "*Katılımcıların dindarlık puanları ile öznel iyi oluş puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.*" şeklindeki hipotezin doğrulandığını göstermektedir.

Bu konuda yapılan araştırmalara bakıldığında araştırmacıların bulgularımıza benzer sonuçlara ulaştıklarını söyleyebiliriz. Örneğin dinî yönelimi ölçen 115 araştırmanın bulguları değerlendirilerek yapılan bir meta-analiz sonucunda, iç güdümlü dindarlığın ruh sağlığı ile pozitif bir ilişkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca iç güdümlü dindarlarda yüksek bir kendine güven ve öz saygı mevcuttur. İç yönelimli dindarlık ölüm ve ciddi hastalıklar gibi kontrol edilemeyen yaşam olaylarından kaynaklanan stresin etkilerini ortadan kaldırmakta ve kişiyi strese karşı korumaktadır.⁷³⁶

ÖİÖ ile ilgili önemli bir faktör de sosyal destektir. Sosyal destek hastanın arkadaşlarından, ailesinden ve çevresinden gördüğü yardımı, desteği ifade eder ve hastalıkla başa çıkmasında ve yaşam memnuniyetinde önemli bir etkidir. Dinî inanç ve uygulamalara aktif katılım daha fazla sosyal destek ile ilişkili görülmektedir. Artan dindarlık, yaşam boyu artan hasta memnuniyeti, artan sosyal destek düzeyleri ile ilişkilidir.⁷³⁷ Diğer bir deyimle, dinî ve manevî inançlar hastalığın yükünü, depresif etkilerini azaltırken, sosyal destek algısını, daha yüksek yaşam doyumu ve yaşam

⁷³⁶ Argyle, *Psychology and Religion: An Introduction*, 123.

⁷³⁷ Berman et.al., "Religiosity in a Hemodialysis Population and Its Relationship to Satisfaction With Medical Care, Satisfaction With Life, and Adherence": 488.

kalitesini ise arttırmaktadır.⁷³⁸ Kişilerin sosyal destek algılarının yüksek olması kendilerini iyi hissetmeleri üzerinde etkili olmaktadır.

Ülkemizde yapılan araştırmalarda da ÖİÖ ile ilgili bazı alt faktörlerle dindarlık ve dindarlığın alt boyutları arasında anlamlı ilişkiye dair bulgular mevcuttur. Ayten çalışmasında; dinî ibadetleri yerine getirmedeki (namaz kılma vb.) ve dinî öğretileri bilmedeki artışın, geleceğe dair ümitvar olmada bir artışı da beraberinde getirdiği sonucuna ulaşmıştır.⁷³⁹ Öztürk, iyimserlik ve dindarlık ilişkisi üzerine yaptığı araştırmasında; iyimserlik ile dindarlık, inanç boyutu ve ibadet boyutu arasında düşük düzeyde pozitif yönde bir ilişkinin olduğunu, iyimserlikle dinî yönelim arasında da orta düzeyde pozitif yönde bir ilişki bulunduğunu tespit etmiştir.⁷⁴⁰

Yalnızlık ve umutsuzluğun dindarlıkla ilişkisini inceleyen Kızılgeçit, inanç, ibadet, duygu ve dinî motivasyon-umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı ilişkiler bulmuştur ($p<.05$). Dinî inanç, ibadet, duygu ve dinî motivasyon düzeyleri yüksek olanların umutsuzluk skorlarının düşük olduğunu; dinî inanç, ibadet, duygu ve dinî motivasyon düzeyleri düşük olanların da umutsuzluk skorlarının yüksek olduğunu bulgulamıştır. Araştırmacı umudun, insanın kendi dünyasında var olan bir olgu olduğunu, umutla yola çıkmanın beraberinde sevinç ve sevgi dolu bir yaşam getireceğini, insanın maddî varlık ve imkânlarına sonsuza kadar güvenmesinin mümkün olamayacağını, sınırsız beklentilerini karşılayacak fizik ötesi mutlak bir güce ihtiyaç duyduğunu ve bunu gerçekleştirebilecek tek gücün de Allah olduğunu belirtmiştir.⁷⁴¹

Bir hastalık nedeni ile ya da hastalık sonucunda gelişebilen umutsuzluk, hastanın çevresindeki olayları karşı konulmaz olarak görmesine ve geri çekilmesine yol açar. Bunun sonucunda da apati (ilgisizlik), keder, suçluluk, karamsarlık, umursamama gibi davranışsal tepkiler ortaya çıkabilir ve bu tepkiler bireyde çaresizlik duygularına neden olur.⁷⁴² Bu tür olumsuzluklar ile kaynakları tükenen hasta için, kendini yolun sonunda gibi hissetme, umutsuzluk, karamsarlık yaşama ve hayattan zevk alamama gibi olumsuz duygulara karşı dinin sunduğu reçeteler çok önemli bir destektir. Din çaresizlik içinde kıvranan bireyin imdadına yetişir. Allah'a güvenmek, O'nun gözetiminde olduğunu

⁷³⁸ Joann Spinale et.al., "Spirituality, Social Support, and Survival in Hemodialysis Patients", *Clin J Am Soc Nephrol* 3 (2008): 1620.

⁷³⁹ Ayten, "Kendini Gerçekleştirme ve Dindarlık İlişkisi", 95.

⁷⁴⁰ Öztürk, "İyimserlik ve Dindarlık", 86.

⁷⁴¹ Kızılgeçit, "Yalnızlık Umutsuzluk ve Dindarlık İlişkisi", 214-215.

⁷⁴² Dilber Taner, "Öğretmenlerin Umutsuzluk Düzeyi İle Okul Kültürü Arasındaki İlişki", (Yüksek Lisans Tezi, Yedi Tepe Üniversitesi, 2008), 36.

hissetmek psikolojik olarak onu rahatlatır. Örneğin, inanan bir birey ayetlerde ya da kıssalarda anlatılanları kendisi için bir motivasyon kaynağı olarak görebilir ve böylece yaşadıklarını daha sabırlı ve daha olumlu karşılayabilme imkânına sahip olabilir. Hz. Eyyup ile ilgili “*Eyyûb’u da hatırla. Hani o Rabbine, “Şüphesiz ki ben derde uğradım, sen ise merhametlilerin en merhametlisisin” diye niyaz etmişti. Biz de onun duasını kabul edip kendisinde dert namına ne varsa gidermiştik....*”⁷⁴³ ayetini ve İnşirah Suresinde geçen “*Şüphesiz güçlkle beraber bir kolaylık vardır. Gerçekten, güçlkle beraber bir kolaylık vardır.*”⁷⁴⁴ ayetlerini örnek olarak verebiliriz. Kişi bu ve benzer ayetlerin mesajları ile kendi durumu arasında bağ kurmak suretiyle içinde bulunduğu durumlarda Allah’ın insandan beklediği tavrı sergileyerek hastalığına ya da karşılaştığı güç duruma katlanabilir ve böylece ruh sağlığını koruyabilir.

Yine Hz. Yunus⁷⁴⁵, Hz. Yusuf⁷⁴⁶ ve Hz. Musa⁷⁴⁷ kıssalarında peygamberlerin Allah’a olan imanları ve O’na teslim olmaları sonucunda Allah tarafından gözetildikleri, korundukları, sahipsiz ve yalnız bırakılmadıkları anlatılmaktadır. İnançlı bir birey örnekleri verilen ve diğer pek çok durumda “*kendisine şah damarından daha yakın*”⁷⁴⁸ olan Allah ile bağı sayesinde yaşam ve sonrası için daha olumlu yaklaşımlar sergileyebilir ve bu da onun mutluluğuna, ÖİÖ’suna pozitif bir destek sağlayabilir.

3.2.5. Dindarlığın Öznel İyi Oluş Üzerindeki Etkileri İle İlgili Yorumlar

HD hastalarında dindarlığın öznel iyi oluşun anlamlı bir yordayıcısı olup olmadığını belirlemek için regresyon analizi yapılmış ve dindarlığın öznel iyi oluştaki varyansın % 31,9’unu açıkladığı bulunmuştur (**bk. Tablo 3.24**). Bu değer, öznel iyi oluş değişkenindeki değişimin anlaşılması açısından oldukça önemlidir. Zira % 31,9 oranı, HD hastalarının öznel iyi oluşlarının en önemli belirleyicilerinden birisinin dindarlık özellikleri olduğuna işaret etmektedir.

Elde edilen bulgular değerlendirildiğinde, dindarlığın öznel iyi oluşun anlamlı ve yüksek düzeyde önemli ($p=,000$, $p<.05$) bir yordayıcısı olduğu ve dindarlığın artmasının HD hastalarının öznel iyi oluş düzeylerini doğrudan etkilediği söylenebilir. Araştırma bulguları, “*Dindarlık öznel iyi oluşun anlamlı bir yordayıcısıdır. Buna göre; dindarlık*

⁷⁴³ Enbiya 21/83-84.

⁷⁴⁴ İnşirah 94/5-6.

⁷⁴⁵ Enbiyâ, 21/87; Saffât, 37/142-147; Kalem, 68/48.

⁷⁴⁶ Yûsuf, 12/15, 35, 56.

⁷⁴⁷ Kasas, 28/7-13; Şu’ârâ, 26/62, 65-66.

⁷⁴⁸ Kâf, 50/16.

puanları arttıkça, öznel iyi oluş düzeyinin de artacağı öngörülmektedir.” şeklinde kurulan hipotezini doğrulamıştır.

Literatürde dindarlık ve ÖİO/mutluluk konusunda araştırma bulgularımızı destekleyen yerli ve yabancı birçok çalışmanın bulunduğunu görmek mümkündür. Dinin ve dindarlığın iyi oluşu/mutluluğu yordadığına dair Yaparel⁷⁴⁹, Akgül⁷⁵⁰, Jasarevic⁷⁵¹, Doğan⁷⁵², Göcen⁷⁵³, Yorulmaz⁷⁵⁴ tarafından yapılan araştırmalar örnek olarak verilebilir. Yine din-mutluluk ilişkisini inceleyen Acaboğa araştırmasında, dinin bireyin mutluluğunu artırmada etkili bir faktör olduğunu tespit etmiştir. Araştırmada dua etme, dinî emir ve yasakları yerine getirme ile kaygı ve sıkıntıdan kurtularak mutluluğa ulaşma arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler ortaya konulmuştur.⁷⁵⁵ Aydemir araştırmasında; dinî inancın, dinî ibadetleri yerine getirmenin ya da genel olarak dindarlığın mutlulukla olumlu ilişkisinin olduğunu ve dindarlık arttıkça mutluluğun da arttığını bulgulamıştır.⁷⁵⁶ Yine Ayten tarafından yapılan araştırmada da bireysel dindarlığın hayat memnuniyetinin anlamlı bir yordayıcısı olduğu ve iki değişken arasında olumlu bir ilişkinin bulunduğu ($\beta=.327$, $t=5.773$, $p=.000$), bireysel dindarlığın hayat memnuniyetindeki değişimin % 10'unu açıkladığı ve bireysel dindarlık arttıkça, hayat memnuniyetinin arttığı bulgulanmıştır.⁷⁵⁷

Patel vd., Afro-Amerikalı ve Asyalı 53 HD hastası üzerinde yaptıkları araştırmada, HD hastalarının dinî ve manevî inançları ile hastalık yükü algılarının azalması ve sosyal destek algıları arasında güçlü bağlar olduğunu göstermişlerdir. Araştırmacılar bu göstergeleri, daha önce son dönem böbrek yetmezliği olan Afro-Amerikalı hastalarda sağkalım artışı ile ilişkilendirmişlerdir. Buna ek olarak, hastaların dinî ve manevî inançları, düşük depresif duygu düzeyleri ve bireyin genel yaşam kalitesi değerlendirmesi ve yaşam memnuniyeti ölçeğinden alınan daha yüksek puanlarla ilişkili bulunmuştur. Bulgular aynı zamanda inancın ve dinî aktivitelere katılımın kronik bir

⁷⁴⁹ Yaparel, “Yirmi-Kırk Yaşlar Arası Kişilerde Dinî Hayat...”, 139-140.

⁷⁵⁰ Akgül, “Yaşlılık ve Dindarlık: Dindarlık, Hayattan Zevk Alma ve Mutluluk İlişkisi..”: 52.

⁷⁵¹ Jasarevic, “Bosnalı Gençlerde Din ve Mutluluk İlişkisi Üzerine Araştırma”, 79.

⁷⁵² Mebrure Doğan, “Dindarlık, Sabır ve Psikolojik İyi Olma Arasındaki İlişkiler”, (Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, 2014), 300.

⁷⁵³ Gülüşan Göcen, *Şükür: Pozitif Psikolojiden Din Psikolojisine Köprü* (İstanbul: Dem Yayınları, 2014), 183.

⁷⁵⁴ Yorulmaz, “Relationship Between Religiosity and Happiness in Turkey: Are Religious People Happier?": 813.

⁷⁵⁵ Asiye Acaboğa, *Din-Mutluluk İlişkisi*, (Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, 2007), 56-57.

⁷⁵⁶ Aydemir, “Dindarlık ve Mutluluk İlişkisi..”, 63.

⁷⁵⁷ Ali Ayten, “Din ve Sağlık: Bireysel Dindarlık, Sağlık Davranışları ve Hayat Memnuniyeti İlişkisi Üzerine Bir Araştırma”, *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi* 13, sy. 3 (2013): 25.

hastalık olan böbrek hastalığı ile başa çıkmak için bir mekanizma olarak hizmet edebileceğini ileri sürmektedir.⁷⁵⁸

Amerika Birleşik Devletleri'nde 300 Pakistanlı Müslüman üzerinde yapılan bir araştırmada ise; ÖİÖ ile dindarlık, etnik kimlik, din dışı sosyal etkinlik ve kuşaksal statü ile kültürel etkileşim arasında anlamlı pozitif korelasyonlar bulunmuştur. Çoklu regresyon analizleri, bu örneklem için en iyi ÖİÖ belirleyicisinin dindarlık olduğunu ve bunu etnik kimlik ve sosyo-ekonomik durumun takip ettiğini göstermiştir.⁷⁵⁹

Abdel-Khalek, Mısır'lı ve Kuveyt'li 1251 üniversite öğrencisi üzerinde yaptığı araştırma sonucunda dindarıktan yüksek puan alan katılımcıların zihinsel ve fiziksel sağlıklarının daha iyi olduğunu, kendilerini daha mutlu hissettiklerini, hayatlarından daha fazla tatmin olduklarını ve yüksek öz saygı düzeyine sahip olduklarını tespit etmiştir. Bu sonuçların her iki cinsiyet ve her iki ülke için geçerli olduğunu belirtmiştir.⁷⁶⁰

Verilen örneklerin dışında da dindarılıkla yaşam doyumuna ilişkin İslam dünyasında başka araştırmalar da yapılmıştır. Örneğin Tiliouine, Cezayir'de 2560 kişiden oluşan Müslüman örneklem üzerinde yaptığı araştırması sonucunda, dindarlığın ÖİÖ'ya ve yaşam doyumuna katkısı olduğunu bulmuştur.⁷⁶¹ Yine Müslüman bir örneklemde, Abdel-Khalek, dindarlığın mutluluğu tahmin etmede varyansın % 15'ini oluşturduğunu bildirmektedir.⁷⁶²

Bu açıklamalara göre, bir başa çıkma mekanizması olarak dindarlık; hastanın depresif duygularının üstesinden gelmesinde, hastalığın ağır yükünü karşılama ve sosyal destek algılamalarında pozitif katkı sağlamaktadır. Yine dindarlık; hastanın daha iyi hissetmesinde, kaygı ve sıkıntılarını uzaklaştırarak yaşamından doyum almasında, yaşam kalitesinin artmasında ve bireyin öz saygısı üzerinde olumlu işlevlere sahiptir.

⁷⁵⁸ Patel et.al., "Psychosocial variables, quality of life, and religious beliefs in ESRD patients treated with hemodialysis", 1019.

⁷⁵⁹ Abdel-Khalek and Lester, "Mental health, subjective well-being, and religiosity: Significant associations in Kuwait and USA": 65.

⁷⁶⁰ Ahmed M. Abdel-Khalek, "Associations between religiosity, mental health, and subjective well-being among Arabic samples from Egypt and Kuwait", *Mental Health, Religion & Culture* 15, No. 8 (2012): 752-753.

⁷⁶¹ Habib Tiliouine, "Measuring Satisfaction with Religiosity and Its Contribution to the Personal Well-Being Index in a Muslim Sample", *Applied Research Quality Life* 4 (2009): 103.

⁷⁶² Tiliouine et.al., "Islamic religiosity...": 57.

3.2.6. Dinî Başa Çıkma Yaklaşımları ve Öznel İyi Oluş İle İlgili Yorumlar

Bu bölümde nitel örneklem grubunun hastalığı öğrendiklerinde verdikleri tepkiler, hastalığı algılama biçimleri, hastalık sonrasında dinî duygu ve düşüncelerinde değişimler, başa çıkma yöntemleri, ibadet/duanın hasta açısından ifade ettiği anlam ve dindarlık ile ÖİO ilişkisine yönelik katılımcı görüşleri yöneltilen sorulara katılımcıların verdikleri cevaplar doğrultusunda yorumlanmış ve bulgular alanyazında geçen benzer sonuçlar ile desteklenmiştir.

3.2.6.1. Hastalık Teşhisi Sonrası İlk Tepkilere İlişkin Yorumlar

Ölümlerle karşı karşıya gelen hastalar hastalıklarına çeşitli biçimlerde tepki vermektedirler. Kişinin hastalığına karşı verdiği tepki onun hastalığa uyumunda, tıbbi tedaviyi kabullenmesinde ve hastalık süreci üzerinde önemli bir faktör olarak görülmektedir.

Araştırmada katılımcılara yöneltilen “*Hemodiyaliz hastası olduğunuzu duyduğunuzda ilk tepkiniz ne oldu?*” sorusuna sırasıyla *derin bir üzüntü, soğukkanlı karşılama ve hastalığı kabullenme, gerçeği inkâr, çaresizlik, korku-kaygı, inanca sığınma, fizyolojik tepki ve şaşkınlık hissi* cevapları verilmiştir (bk. **Tablo 3.25**). Tepkiler incelendiğinde, katılımcıların çoğunlukla derin bir üzüntü hissettikleri görülmektedir. Bu üzüntünün nedeni gelecekle ilgili belirsizlik olabilir. Uzun bir tedavi süresi, makineye bağımlılık, günlük yaşamında öncekine göre kıyaslanamayacak düzeyde kısıtlamalar, ölüm korkusu, gelecek kaygısı ve daha pek çok etken hastanın büyük bir üzüntü yaşamasına yol açmış olabilir. Nitekim görüşme sırasında 10 yıldır diyaliz alan 41 yaşındaki K-3 Serap diyaliz tanısını ilk defa öğrendiğinde yaşadığı üzüntüyü şu şekilde ifade etmiştir:

31 yaşında diyalize girdim. Yaklaşık 10 yıldır makineye bağlı diyaliz alıyorum. Aslında çok acı bir hikâyem var benim. Babam da böbrek hastasıydı ve onu böbrek rahatsızlığı nedeniyle 42 yaşındayken kaybettik. 6 sene önce de kız kardeşimi kaybettim. Kendinizi ne kadar hazırlarsanız hazırlayın hastalığı ilk duyduğunuzda dünya başınıza yıkılıyor bir anda. Hastalığımı duyunca ben de yıkıldım, hayattan kopma derecesine geldim. O anda çok yoğun duygular yaşadım, ağladım, üzüldüm, ‘Ne olacak şimdi?’ dedim. Gençsin, gelecekte kaygılanıyorsun... Bir tane oğlum var. O zamanlar 5-6 yaşlarındaydı oğlum. Bundan sonra onun nasıl bir geleceği olacak, bu çocuğa bakabilecek miyim, eşim ne olacak? Bu ve benzer gelecekle ilgili kaygılar, belirsizlikler beni çok zorladı. Yani çok zorluk çektim başlangıçta.

5 yıldır tedavi gören, 60 yaşındaki K-11 Satı'nın da hastalığı öğrendiğinde ilk tepkisi şu şekilde olmuştur: *“Çok kötü oldum. Sanki başımdan kaynar sular dökülmüştü. ...”*

5 yıldır tedavi gören 44 yaşındaki K-15 Cevriye de ilk duygusal tepki olarak çok üzülüğünü şöyle ifade etmiştir: *“Kapının üstünde diyaliz yazısını gördüğüm an ‘Şuan bittim.’ dedim.”*

Hastalığı soğukkanlılıkla karşılayan ve durumunu kabullenen hastalardan 9 yıldır tedavi gören 37 yaşındaki K-5 Ramazan da ilk tepkisini şöyle anlatmıştır:

Kalp rahatsızlığım da var. Bu hastalık da birden başladı. Doktor diyalize girmem gerektiğini, diyaliz almazsam yaşama şansımın düşük olduğunu söyledi. Diyaliz sayesinde hayatıma devam ediyorum. Haftada 3 defa tedaviye geliyorum.

Hastalığı kabullenmek her zaman mümkün olmayabilir. 5 yıldır tedavi gören 43 yaşındaki K-16 Gülten diyalize girmek istemediğini ve ilk başta hastalığını kabullenmekte zorlandığını şöyle anlatmıştır: *“Diyalize girmek istemedim, karşı koymaya çok çalıştım ama yapamadım, olmadı, mecbur kaldım. Diyalize girmemek için 3 yıl bitkisel ilaç kullandım ama sonuç diyaliz. İlk başta hastalığı kabullenemedim.”*

Mutlu tarafından HD hastaları üzerinde yapılan bir araştırmada, araştırmaya katılan hastaların hastalık teşhisini öğrendiklerinde ilk tepkileri arasında üzüntü hissettiklerini söyleyenlerin oranı % 27,4 olarak tespit edilmiştir. Korku (% 37,6), pişmanlık (% 13,7), öfke (% 9,4), tepki yok (% 7,7), suçluluk (% 2,6) ve inkâr (% 1,7) araştırmanın diğer bulgularındandır.⁷⁶³

Görüldüğü üzere, böbrek hastalığı gibi kronik bir rahatsızlığın ilk teşhisi öğrenildiğinde hastanın duygu dünyasında farklı yansımaları olmaktadır. Genellikle derin bir üzüntü hissedildiği aşikârdır. Gerçeğin inkâr edilmesi, korku ve kaygı hissi, hastalığı Allah'ın verdiğini düşünerek inanca sığınma, uykusuzluk, ağrının artması gibi fizyolojik tepkiler ve şaşkınlık hali gibi duygusal tepkiler görülmektedir. Ancak hastalığa karşı ilk tepkinin yoğunluğu zaman içerisinde azalmakta ve hastalık kabullenilmektedir. Mutlu'nun araştırmasında da hastaların % 86,3'ünün hastalığını kabullendikleri bulgulanmıştır. Hastalığı kabullenme evresi; normale dönüş ya da ölümden kurtuluşun gerçekleştiği dönem olarak ifade edilmektedir.⁷⁶⁴

⁷⁶³ Ercan Mutlu, “Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri, Sosyal Destek Kaynakları ve Hastalık Sürecinin Benlik Saygısına Etkisi”, (Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, 2007), 63.

⁷⁶⁴ Mutlu, “Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri, Sosyal Destek Kaynakları ve Hastalık Sürecinin Benlik Saygısına Etkisi”, 59.

Kübler-Ross'a göre, ölümlle ciddi bir biçimde karşı karşıya gelinen hastalık durumlarında hasta, başa çıkma mekanizmalarını beş aşamada ele almaktadır. Bunlar; yadsıma, öfke, pazarlığa girme, depresyon/çöküntü ve kabullenme aşamalarıdır. *Yadsıma* aşamasında hasta, "Hayır ben ölmem, bana bir şey olmaz." düşüncesindedir. *Öfke* aşamasında hasta, "Neden ben?" sorusunu kendisine yöneltmekte, başkaları sağ ve sağlıklı iken kendisinin ölme olasılığı karşısında içermekte ve bu kızgınlığında Tanrıyı hedef almaktadır. Aynı zamanda öfkesini sağlıklı olan aile üyeleri, yakın arkadaşları ve tedavi ekibi üyelerine de yöneltebilmektedir. *Pazarlığa girme* aşamasında hasta "Evet ama.." noktasına gelmiştir ve öfkesini bir yana bırakarak hastalıkla başa çıkmak için farklı tutumlar, yöntemler geliştirebilmektedir. Belirli bir süre daha yaşamak için iyi bir insan olmaya ya da iyi davranışlarda bulunmaya söz verir. *Depresyon/Çöküntü* aşaması ise hastalığın adil olmadığı, harcanan çabaların durumu düzeltmeye yetmemesi nedeniyle hastada depresyonun geliştiği aşamadır. Bu evre hastalığın seyri üzerinde kontrolün yitilmesi bağlamında da anlaşılabilir. Kişi geçmişte kaybettiklerine, yapamadıklarına, hatalarına söylenmeye başlar ve sonrasında da kendisini ölüme hazırlar. *Kabullenme* aşaması ise hastanın artık sonunun çok yaklaştığını hissettiği, her şey tamam dediği, duygularından yoksun ve öfkelenmeyecek kadar zayıf ve ölüm kavramına alışmış, yorgun ve sakin olduğu aşamadır. Bu aşamalar birbirinden kesin sınırlarla ayrılmamakta, hasta ancak hazır olduğu zaman bir aşamadan diğerine geçmekte, bazen de daha önce yaşanmış olan bir aşamaya geri dönebilmektedir. Bu evrelerin tamamında umut önemli ve sürekli bir etkidir. Umut, sadece iyileşme umudu değil, ölümlü kabul ederek ölme umududur.⁷⁶⁵

3.2.6.2. Hastalığı Algulama ve Açıklama Biçimlerine İlişkin Yorumlar

Araştırmamıza katılan HD hastaları, hastalığı çeşitli şekillerde algulamakta, anlamlandırmakta ve açıklamaktadır. Yapılan mülakat sonucunda HD hastalarının hastalığı; dinî bir bakış açısıyla (ceza, imtihan, kader), doğal bir durum olarak, üzüntü ya da stres şeklinde açıkladıkları görülmüştür. Bu açıklama biçimleri içerisinde en fazla *imtihan* ve *kader* vurgulanmıştır. Hastalığı *üzüntü* ve *stresle* açıklama biçimi ise en az vurgu (2 tekrar) almıştır (**bk. Tablo 3.26**).

Katılımcılara "Bu hastalık neden benim başıma geldi? diye hiç düşündünüz mü?" ve "Böyle bir hastalığın sizin başınıza gelmesini nasıl değerlendiriyorsunuz?"

⁷⁶⁵ Ülgen Okyayuz, "Ölüm ve Ölümcül Hastalık", *Kriz Dergisi* 3 (1-2) (t.y.): 188.

soruları yöneltilmiştir. Bazı hastalar hastalığı sorgulamadıklarını ve sorgulamanın kişinin inancıyla ilgili olduğunu belirtmişlerdir. Örneğin 7 yıldır tedavi gören 30 yaşındaki K-4 Özcan kendi durumunu şu şekilde anlatmıştır:

23-24 yaşlarımda hastanelerde enfeksiyon tedavisi gördüm, insülin aldım. Ankara'ya gittiğimde hastalığın son evresiymiş ama bu hastalık neden benim başıma geldi diye kesinlikle sorgulamadım. Sadece benim başıma değil, herkesin başına gelebilir diye düşündüm. Bu durum bence kişinin inancıyla ilgili. İnancına bağlı birisi böyle bir durum karşısında 'Allah'ıma yaklaştığım için biraz daha huzurluyum.' der.

Özcan'ın hastalığın herkesin başına gelebilecek bir şey olduğu şeklindeki yorumundan hastalığı doğal bir durum olarak karşıladığı da anlaşılmaktadır. Apaydın vd. araştırmalarında yönelttikleri "Hasta olduğunuzda bunu Allah'ın verdiğini kabul eder misiniz?" sorusuna % 3,41'lik oranla katılımcılar, Allah'ın hastalık vermeyeceğini ve hastalığın insanın tabii doğasında var olan bir gerçek olduğunu belirtmişlerdir.⁷⁶⁶

Sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD) uygulayan hastaların kendi ifadeleri ile hastalığı nasıl tanımladıkları ve periton diyalizinin iş, aile, sosyal ve özel yaşamlarına etkisi ile ruhsal belirti sıklığı arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla 153 hasta üzerinde Karaca vd. tarafından yapılan bir araştırmada, katılımcıların % 18,3'ünün "hastalık doğal bir durumdur" temasıyla hastalığı ifade ettikleri belirlenmiştir. Bununla birlikte hastaların % 9,2'si işten ayrılmak zorunda kaldığını, % 17'si sosyal yaşamının kalmadığını ve % 46,4'ü de özel yaşamında hiçbir şeyin eskisi gibi olmadığını, daha karmaşık ve zor olduğunu ifade etmişlerdir.⁷⁶⁷

Bazen hastaların kendi durumlarından daha kötü bir durumda olan hastalara bakarak kendi hastalıklarını yeniden yorumladıkları ve böylece manevi olarak kendilerini rahatlattıkları görülmektedir. Bu durumda kişi hastalığın sadece kendisine verilmediğini, böyle bir olumsuzluk için kendisinin seçilmediğini düşünerek rahatlar. Bir de empati kurma ya da ötekine yönelme; kişiye kendini aşma duygusu yaşatır ve hastayı kendi olumsuzluğundan bir nebze de olsa uzaklaştırarak onu merhamete sevk eder. Böylece kişi, içinde bulunduğu zor durumu daha rahat aşma imkânı bulmuş olur.⁷⁶⁸ Şükür hali ve sürdürülen umut da hastalığın algılanması ve anlamlandırılmasında önemli etkenlerdendir. Bu konuda başka bir HD hastası olan K-8 Kamil de şunları söylemiştir:

⁷⁶⁶ Apaydın vd., "Hastalık Sürecinde Bireylerin Dinî Eğilimlerine Psikolojik Bir Yaklaşım": 14.

⁷⁶⁷ Karaca vd., "Hastaların Perspektifinden: Periton Diyalizinin Yaşama ve Ruhsal Belirtilere Etkisi": 171.

⁷⁶⁸ Ayten, *Mutluluğun Peşinde*, 21.

Eski hastanenin diyaliz ünitesinde bir hastayla karşılaştım. Kolu da yoktu, bacakları da yoktu. Benimle onun durumu kıyas bile edilemezdi. Ben diyalize kendi özel arabamla geliyordum. Yani durumuma şükretmem gerekiyordu. Bu hastalık zor bir hastalık, sıkıntılı bir hastalık, başkalarına anlatamayacağınız bir hastalık ama Allah'a şükür şu an ayaktasın. İnsanın ayakta olması çok güzel bir şey, yaşamın kısıtlı da olsa, şükürler olsun yatağa bağımlı değilsin. O hastanın halini görünce kendi halime şükrettim, biraz da olsa moral buldum. Bu hastalıkta kısıtlı olmandan dolayı morali bozmak kolay. Ben de istiyorum bol bol su içmek, koşmak, yürümek, her şeyi yemek ama bunu düşünmenin morali bozmaktan başka ne faydası var? Yine de bu hastalığın az da olsa umudu var. Nakil umudu insanı ayakta tutuyor, insana moral veriyor. 'Allah dermansız dert vermesin.' derler ya. Az da olsa nakil olma umudu derdin dermanı olarak insanı destekliyor.

Kur'an-ı Kerim'in farklı ayetlerinde bu dünyanın bir imtihan yeri olduğu ifade edilmekte, başa gelen musibet ve hastalıkları sabır ve sebatla karşılayan, mükâfatını da Allah'tan bekleyen müminler övülerek müjdelenmektedir.⁷⁶⁹ Hastalık ya da sıkıntıları Allah'tan gelen bir imtihan olarak görmek, bir hayır ve Cennet'e girme vesilesi olarak düşünmek inançlı bir kimse için yaşadığı olumsuzluğu anlamlandırmayı ve kabullenmeyi kolaylaştırmaktadır. Bu da bireyin içinde yaşayacağı gerginlik ya da çatışmaları azaltarak onu psikolojik olarak rahatlatmaktadır.⁷⁷⁰ Çalışma grubumuzdan hastalığı Allah'ın takdiri, kader, alın yazısı ve imtihan şeklinde izah eden hastalar olmuş ve bu süreci algılamada inanç, dua ve takvanın öneminin altı çizilmiştir. Apaydın vd.'nin araştırmasında da katılımcıların % 40,90'lık oranla Allah'ın kullarını imtihan etmek için onlara hastalık verdiği düşüncesine katıldıklarını bulmuşlardır.⁷⁷¹

Bununla birlikte; hastalığa karşı bakış açısının ve olumlu yeniden değerlendirme yaklaşımının da önemli olduğunu 8 yıldır tedavi gören 39 yaşındaki K-14 Mehmet şu şekilde anlatmaktadır:

Kolumuza fistül dedikleri bir şey takılıyor. İlk defa fistül takılırken 70'li yaşlarında bir amca da aynı anda oradaydı ve o da diyalize başlayacaktı. Mesela o amca bu kadar insanın içinden bu hastalık bula bula beni mi buldu, niye benim başıma böyle bir şey geldi şeklinde çok söylenmişti. Ama ben olaya biraz farklı yönden bakmaya çalıştım. Bu hastalık bir ceza mı, ödül mü? Onu görmek lazım. Bana göre ödül, ona göre ceza. Bunu anlamak lazım. İmtihan böyle bir şey. Bir de olayın şöyle bir yönü vardır. Kadere inanıyorsan ona göre de bakarsın. Kader bir boru gibidir ve sen o borunun içinde ilerlersin. Zıplasan en fazla borunun üstüne değersin, dışına çıkamazsın. Bunu sen değiştiremezsin. Sadece yol alırsın. Bu yol alma süresince de inanç, dua ve takva, içinde bulunduğun durumu algılama biçimini etkiler. Ben bu hastalığı bu şekilde karşıladım.

62 yaşındaki K-10 Bekir de bu konuda şunları söylemiştir:

⁷⁶⁹ Bakara 2/155, 156; Al-i İmran 3/146; Hacc 22/35; Ankebut 29/2, 58,59; Mülk 67/2.

⁷⁷⁰ Emine Kurt, "Kanser Hastalarında Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Dindarlık", *Din, Değerler ve Sağlık*, Ed. Hayati Hökelekli (İstanbul: Dem Yayınları, 2017), 178.

⁷⁷¹ Apaydın vd., "Hastalık Sürecinde Bireylerin Dinî Eğilimlerine Psikolojik Bir Yaklaşım": 14.

Cenab-ı Allah alnına yazmış, O vermiş sana. Onun için bir şey diyemezsin. Allah'tan gelene karşı gelinmez, her şey Allah'tan. Ayağına bir taş değse o da Allah'tan. Hastalık da öyle. O'na şikâyet etmedim, karşı da gelmedim, 'Bu da benim imtihanım.' dedim.

Hastaların cümlelerinden kader inancının, içinde buldukları durumu yorumlama biçimlerini etkilediği anlaşılmaktadır. Esasında psikolojik perspektiften kader inancı; güvenme, sığınma, yardım bekleme, en olumsuz durumlarda dahi ümidini kaybetmeme, inanılan varlıkla ilişkiyi kesmeme, aksine takviye ederek sürdürme gibi dinî hayat açısından son derece önemli olan etkenleri aktive etmektedir. Kader inancı; inanan kişinin dünyasında dinin canlılığını koruması ve devam ettirmesi için bir sigorta işlevi görmekte ve bütün bir dinî hayatı beslemektedir. Dinî hayatı aktive ederek kendiliğinden psikoterapik bir işlev ile ruhsal sağaltma sağlamakta ve insanların kendilerini daha rahat hissetmelerine yardımcı olmaktadır.⁷⁷²

Köse'ye göre ciddi bir hastalığa yakalanmak, uzun süre hastanede yatmak, hapse girmek gibi travmatik tecrübelerde kişi kendisini, hayatını, yaptıklarını, yapamadıklarını sorgular. Varlığı ve varoluşu sorgulaması sırasında onun için yaşanacak bir kaderin olduğuna inanmaktan daha rahatlatıcı bir duygu bulamaz. İsyanlarını dindirecek, hayatın cilvelerini kabullendirecek dinden daha iyi bir psikolog yoktur. 1975 yılında Wimbledon tenis turnuvasını kazanan Amerikalı tenisçi Arthur Ashe'nin hikâyesi travmatik bir olayı karşılamada dinin katkısına güzel bir örnektir ve Köse bu olayı kitabında şu şekilde anlatmıştır:

Kan nakli sırasında kaptığı AIDS yüzünden hastaneye düşer kahramanımız. Tabii haber kısa zamanda tüm dünyaya yayılır. Hayranları kalem kâğıda sarılıp mektup yazarlar kendisine. 'Neden sen?' diye başlar bir hayranı mektubuna. 'Dünyada 5 milyar insan var, neden seni buldu bu hastalık. Tanrı onca insan arasından neden seni seçti ki?' diye devam eder. Bu isyankâr hayran hiç beklemediği bir cevap alır ölüm döşeğindeki tenisçiden. "Dünyada 50 milyon çocuk tenis oynamaya başlar, 5 milyonu tenisi öğrenir, 500 bini profesyonel tenisçi olur, 50 bini yarışmalara katılır, 5 bini büyük turnuvalarda yarışır, 50'si Wimbledon'a kadar yükselir, 4'ü yarı finale, 2'si finale kalır ve 1'i kazanır. Ben Wimbledon'ı kazandığımda, şampiyonluk kupasını kaldırdığımda 'Neden ben?' diye sormadım Tanrı'ya. Şimdi hastane köşesinde sancı çekerken 'Neden ben?' diye nasıl sorarım?⁷⁷³

Bu örnekte varoluşu ve yaşananları anlamlandıran şeyin inanç/din olduğu görülmektedir. Arthur Ashe kader çizgisinde gerçekleşen olaylara inanç gözlüğüyle bakmakta, hastalığını bu perspektiften yorumlamakta, yaşadıklarını Tanrı'nın planının

⁷⁷² Faruk Karaca, "Kader Algısı-Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki Üzerine Empirik Bir Araştırma (Farklı Kader Algılarının Psikoterapik Değeri Üzerine)", *İslami Araştırmalar Dergisi* 19, sy. 3 (2006): 489.

⁷⁷³ Ali Köse, *Enteller Aleykümselâm Der Mi?* (İstanbul: İz Yayıncılık, 2012), 41-42.

bir parçası olarak görmekte ve bu şekilde yaşadığı bu travmatik olayla baş etmeye çalışmaktadır.

Kader algısı kişinin kontrol edemediği olaylar karşısında ona aşkın bir varlığın kontrolünde olma hissi vererek olaylara bakmasına, büyük bir planın parçası olduğunu hissetmesine ve kaçınılmaz olarak yüz yüze kaldığı olayı yorumlamasına katkı sağlamaktadır. Bu yorumlama sürecinde inanç, dua ve takva önemli araçlar olarak görülmektedir. Bu konuda yapılan bir araştırmada; “kader inancına” yüklenen anlamlar ve bu inancın günlük hayatta karşılaşılan problemlerin üstesinden gelebilmede bireye sağladığı destek belirlenmeye çalışılmıştır. Yarı yapılandırılmış mülakat tekniği kullanılarak yapılan araştırmada katılımcılar, kendilerine yöneltilen sorulara büyük oranda geleneksel Müslüman kültürünün değer yargılarıyla uyumlu cevaplar vermişlerdir. Hayatın zorluklarıyla başa çıkarken kader inancından büyük bir destek aldıklarını belirten katılımcılar, yazılanı yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Kader inancının psikolojik olarak rahatlatıcı bir görev üstlendiği ve insanların zorlukların, çaresizliklerin üstesinden gelmede bu inanca yöneldikleri tespit edilmiştir.⁷⁷⁴ Karaca'nın araştırmasında da hastalığı kaderden görenlerin oranı % 14,4 olarak bulgulanmıştır.⁷⁷⁵

3.2.6.3. Hastalık Sonrası Dinî Duygu ve Düşüncelerde Değişime İlişkin Yorumlar

İnsan, hastalık sırasında beden ve ruhen daha duyarlı bir hale bürünmekte ve inandığı varlıktan hastalığının iyileşmesi, yeniden sağlığına kavuşabilmesi için yardım istemektedir. Bunu yaparken inandığı varlığın hoşuna gideceğini düşündüğü hal ve hareketleri yapma eğilimi oluşmaktadır. Bütün dinlerde olduğu gibi diğerlerine yardım etme emri, kişinin bu durumda iken adaklarda bulunmasına sebep olmakta, Tanrı'nın emri olan namaz, oruç ve dua etme gibi davranış ve ritüellerde bir artış ve düzen oluşmaya başlamaktadır. Dinî eğilimler bununla da sınırlı kalmamaktadır. Hasta olan başka kişileri ziyaret etmesi ve onlara yardım etmesi, dinî açıdan bilgili olan bir din adamının (isteğe göre) hasta olan kimseye yardım etmesi ve onun için dua etmesi, dinî metinlere ait belli bir parçanın okunması, yazılması ve taşınması ya da sadece okunması gibi davranışlar da dinî eğilimler arasında sayılabilir.⁷⁷⁶

⁷⁷⁴ Elif Batman, “Yaşamın Zorluklarıyla Başa Çıkma Kader İnancının Rolü”, (Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, 2008), 49.

⁷⁷⁵ Karaca vd., “Hastaların Perspektifinden: Periton Diyalizinin Yaşama ve Ruhsal Belirtilere Etkisi”: 171.

⁷⁷⁶ Apaydın vd., “Hastalık Sürecinde Bireylerin Dinî Eğilimlerine Psikolojik Bir Yaklaşım”: 9.

Bu noktadan hareketle araştırma bulgularımıza göre, HD hastalarında da hastalık sonrasında dinî duygu ve düşüncelerinde olumlu yönde değişiklikler olmaktadır. Hastaların mülakatta verdiği cevaplardan yola çıkarak yapılan tematik analizde, hastalık sonrasında dinî duygularında herhangi bir değişiklik olmadığını vurgulama sayısı sadece 7 iken, olumlu yönde değişiklik 21 kez tekrarlanmıştır (**bk. Tablo 3.27**). Genel olarak hastalar, hastalıkla birlikte dinî duygu ve düşüncelerinde bir yoğunlaşma olduğunu, ibadetlerini daha fazla huşu ile yerine getirdiklerini, dualarının daha içten olduğunu, ölümü yakın hissettiklerini ve hastalığın dinî konularda daha hassas olmalarına olumlu yönde katkı sağladığını belirtmişlerdir. Bu konuda K-3 Serap şunları söylemiştir:

Bu tür olaylar sizin duygularınızı etkiliyor doğal olarak. Ben hastalık öncesinde de dinî duyguları yoğun yaşayan bir insandım ama hastalıktan sonra dine daha fazla yöneldim. Tevekkül ettim bu süreçte. Allah'ıma sığındım. Çünkü başka sığınacak kimse yok. Hastalık sonrasında dinî duygularda yoğunluk oluyor. Namaz kıldıkça bir rahatlık geliyor. Mesela, namazda daha çok huşu hissediyorsunuz, daha içten dua ediyorsunuz. Bir de ölüme daha yakın hissediyorsunuz. Ölüme yakın olan o yakınlığı hisseder. Özellikle ben 2-3 kez yoğun bakımdan çıktım, kolumdaki fistülden dolayı kalp rahatsızlığı geçirdim. O sıralarda çok zorlandım. İşte insan o durumlarda kendisini ölüme yakın hissediyor. O dönemleri geçirdikten sonra tabii ki manevî olarak Rabbime daha yakın olduğumu hissettim.

K-19 Zekiye de şunları söylemiştir:

Hastalık insanın duygularını biraz değiştiriyor. Mesela, bu gün buraya geldim. Sağ salim çıkabilecek miyim acaba? Buralarda bayılanı, fenalaşanı görüyorum. Bunları gördükçe etkileniyorsunuz ister istemez ve Allah'a yaklaşma ihtiyacı hissediyorsunuz. Hastalık sonrasında kalp kırma, kul hakkı gibi şeylere daha fazla dikkat etmeye başladığımı söyleyebilirim.

Hasta ölümü yakın hissettiğinden ölüme hazırlık yapma ihtiyacı da duymaktadır. Örneğin kimseye borçlu kalmak istemediğini söyleyen K-8 Kamil bu konuda kendisinde bir hassasiyet oluştuğunu şöyle ifade etmektedir:

Az da olsa bir değişiklik oluyor. Mesela daha hassas oluyorsun. Her şeye kendini hazırlıyorsun. Ona göre de bir değişim oluyor. Şuan ben kimseye borçlu kalmak istemiyorum. Hazırlıklı olacaksın yani. İnançlı bir insan olarak neden Allah'ın huzuruna borçlu gideyim ki?

Bazen de hasta Allah ile işbirliği aramakta ve duayı aracı olarak kullanmaktadır. Hasta, dua ile Allah'tan kendisine sevap vermesini ummakta ya da O'nunla kurduğu bağ sayesinde Allah'tan hastalığını iyileştirmesini beklemektedir. Bu konuda K-10 Bekir şunları söylemiştir:

Derler ki, 'Her şey dua üstünde.' Bende hastalık sonrasında dua konusunda bir değişiklik oldu. Hastalık dinî duyguları, duayı derinleştiriyor. Cenab-ı Allah bir sevap versin ya da hastalığımı gidersin diye bekliyorsun. Dua bu işe yarıyor.

Katılımcının sözlere, dua ederek sevap beklediğini ve dert ve acılar karşısında her şeye kâdir olan Allah'a dua ile çareler aradığını⁷⁷⁷ göstermektedir.

Bununla birlikte; az sayıda da olsa, hastalık sonrasında dinî duygularında bir değişiklik olmadığını belirten hastalar da olmuştur. Mülakat sırasında ve genel gözlemlerden hareketle, bu hastaların ya öncesinde de dinî bir hassasiyete zaten sahip oldukları ve dinî duyguları yoğun yaşayan kişiler oldukları ya da dinî konularla pek ilgisi ve bu konularda çok fazla bilgisi olmadığı anlaşılmıştır. Örneğin K-5 Ramazan şöyle demiştir: “*Dinî duyguları çok yoğun yaşayan birisi değildim öncesinde. Hastalık sonrasında da bir değişiklik olmadı.*”

3.2.6.4. Başa Çıkma Yöntemlerine İlişkin Yorumlar

HD hastalarına yöneltilen “*Hastalıkla başa çıkma yöntemleriniz nelerdir?*” ve “*Hastalığın üzerinizdeki olumsuz etkilerini azaltmak için neler yapıyorsunuz?*” sorularına verdikleri cevaplardan yola çıkılarak yapılan analizde, hastaların hastalığın olumsuz etkilerini azaltmak için farklı başa çıkma yöntemlerine başvurdukları anlaşılmıştır. Bu yöntemlerin “Allah'a iman-sığınma, ibadet-dua, kadere teslimiyet, şükür ve tevekkül, hayra yorma, sadaka verme, farklı bir uğraşı edinme, sosyal destek, pozitif düşünme, pozitif bilime güven” şeklinde olduğu görülmüştür. Söz konusu başa çıkma yaklaşımlarından “*Allah'a iman-sığınma, ibadet-dua, kadere teslimiyet, şükür ve tevekkül, hayra yorma, sadaka verme*” dinî motifli başa çıkma yöntemleri olarak dikkat çekmektedir. Dinî motifli başa çıkma yöntemleri içerisinde en fazla başvurulan yöntemin “ibadet-dua” olduğu görülmektedir. Bunu “kadere teslimiyet” ve “Allah'a iman, sığınma” yöntemleri izlemektedir. Ayrıca “şükür ve tevekkül” de çok başvurulan dinî motifli başa çıkma yöntemi arasında yer almaktadır. Bununla birlikte HD hastaları, hayra yorma ve sadaka verme yöntemlerine daha az başvurumaktadırlar. Ayrıca hastalar; başa çıkmada aileden ve çevreden gördükleri *sosyal destek, pozitif düşünme* yaklaşımı ve *pozitif bilime güven* yöntemlerini de kullanmaktadırlar. Dinî motifli başa çıkma yöntemleri olarak tanımladığımız bu yaklaşımlar olumlu dinî başa çıkma yöntemleri şeklinde de anlaşılabilir. Öznel dindarlık algıları yüksek olan örneklem grubu, bu yöntemleri kullanarak hastalıkla baş etmeye çalışmaktadır.

Başvurulan yöntemler genel olarak değerlendirildiğinde; dinî motifli başa çıkma yaklaşımlarının daha sık kullanıldığı görülmektedir (**bk. Tablo 3.28**). Elde edilen

⁷⁷⁷ Hasan Kayıklık, *Din Psikolojisi: Bireysel Dindarlık Üzerine* (Adana: Karahan Kitapevi, 2011), 137.

bulgular, “*Dinî motifli başa çıkma yaklaşımlarının daha çok kullanıldığı öngörülmektedir. Buna göre; dinî motifli başa çıkma yaklaşımları ile öznel iyi oluş arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.*” şeklinde kurulan hipotezin doğrulandığını göstermektedir.

Birey, çeşitli nedenlerle stres altındayken dine dönebilir ve din, olumlu bir yeniden yorumlama şeklinde stres etkeni ile aktif başa çıkmanın bir taktiği olarak hizmet edebilir ya da duygusal bir destek kaynağı olabilir.⁷⁷⁸ Yapılan mülakatlarda görüşmenin seyri içerisinde söz konusu kişilerin dine yöneldikleri, dinî motifli başa çıkma yöntemlerini kullandıkları ve dini olumlu bir yeniden yorumlama aracı olarak gördükleri anlaşılmıştır. Başa çıkma ve dinî başa çıkma sürecini en üst seviyede yaşadığı kabul edilen 553 Suriyeli sığınmacıyla Ayten ve Sağır tarafından yapılan bir araştırmada da, katılımcıların olumlu dinî başa çıkma etkinliklerini olumsuz dinî başa çıkma etkinliklerine göre daha sık kullandıkları (Olumlu DBÇ M=23,98; Olumsuz BDC M=12,83) tespit edilmiştir.⁷⁷⁹

Hastalar dinî motifli yaklaşımlarla birlikte diğer söz konusu başa çıkma yöntemlerine de başvurumaktadırlar. Örneğin; K-10 Bekir inancın, ibadetin, şükürün yanı sıra sosyal desteğin de önemini şu şekilde anlatmaktadır:

Bir de bu hastalıkta en önemlisi çevrenin sahip çıkması, ilgilenmesi. Ailen, akrabaların destek olduklarında moralin biraz daha iyi oluyor, yükseliyor. Kalbin kırılacak, üzüleceksin diye hassas davranıyorlar. Bu konuda şanslıyım. Beni hiç yalnız bırakmazlar.

K-11 Satı da inançla birlikte yakın çevre ve aile desteği konusunda şunları söylemektedir:

İlk başlarda psikolojim bozulmuştu. Psikiyatriste de gittim. Bu sürede inancım beni destekledi. ‘Herkesin bir şekilde bir sonu var. Allah’tan geldi.’ şeklinde daha çok düşünüyorum. Kızım, komşularım destek oluyor. Onların üzülme demeleri bile bana iyi geliyor. Eşim de ‘Eve kapanma, çık, dolaş.’ diyor. Bunlar beni rahatlatıyor, yalnız hissetmiyorum.

K-14 Mehmet tıbbi destek ve duanın yanı sıra çevre desteği konularında şunları söylemektedir:

Tıbbi olarak her şeyi yapıyorum ve gerisini takdir olarak Allah’a bırakıyorum. Manevî anlamda dua ediyorum. Ben annemle birlikte yaşıyorum. Annemin desteği oluyor ve kendi dışından alınan destek fazlasıyla olumlu etkiliyor. Ailesinden destek görenle destek görmeyen arasında çok fark oluyor.

⁷⁷⁸ Carver et.al., “Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach”: 270.

⁷⁷⁹ Ali Ayten ve Zeynep Sağır, “Dindarlık, Dinî Başa Çıkma ve Depresyon İlişkisi: Suriyeli Sığınmacılar Üzerine Bir Araştırma”, *Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* sy. 47 (2014): 11.

K-16 Gülten de tedaviye güvenini dile getirmekte, ibadetlerin psikolojik olarak insanı rahatlattığını belirtmekte ve ayrıca başa çıkmada kişilik yapısının da önemini şu sözlerle vurgulamaktadır:

Allah'a şükürler olsun ki bu tedavi var. Tedavi sayesinde hayatta kalabiliyorsunuz. Bir de ibadetlerin verdiği manevi destek çok önemli. Biraz hastalık karşısında yenilecek gibi olduğunuzda namaz, abdest insanı daha ferah tutuyor, rahatlatıyor. Hastalığı da takmayacaksınız. Allah hastalığı sevdiği kuluna verirmiş. Kimi severe ona verir yani. Buna şükredeceksin ve ben her zaman şükrederim. Pozitif bir yapım var, ağlayanla ağlarım, gülenle gülerim, moralim yüksektir.

K-16 Gülten hastalığı Allah'ın sevdiği kişiye verdiğini söyleyerek yaşadığı durumu olumlu olarak yeniden yorumlamakta, kendisinin de esasında Allah'ın sevdiği, iyi bir insan olduğunu düşünerek kendisini rahatlatmaktadır. Bu yaklaşım hastanın tedaviyi kabullenme ve hastalığa uyum süreçlerini de olumlu yönde etkilemektedir.

Ramirez ve ark. tarafından 170 HD tedavisi gören hasta üzerinde yapılan bir araştırmada; olumlu dinî başa çıkma yöntemlerinin benimsenmesinin diyalize adaptasyonda önemli bir rol oynayabileceği ortaya konulmuştur.⁷⁸⁰ HD hastalarının hemodiyalize fiziksel ve psikososyal uyumlarında dinî inançlar ve Tanrı'ya güvenin rolü konusunda Burns, 102 siyahî HD hastası üzerinde bir araştırma yapmıştır. Araştırmada hastaların hemodiyalizle ilişkili stresörlerle baş etmede özellikle dinî inançlarını ve Tanrı'ya olan güvenlerini kritik stratejiler olarak gördükleri bulgulanmıştır. Bulgulara göre; 102 katılımcıdan 100'ü en sık başvurulan 10 başa çıkma stratejisi içerisinde Tanrı'ya güveni en sık kullanılan baş etme yöntemi olarak belirtmiştir (% 98). Toplam 10 baş etme yönteminden ilk dördünün, kişinin olumlu kalması ve hayatı olabildiğince normal karşılaması gerektiğine odaklanan başa etme stratejileri olduğu belirtilmiştir. Ayrıca bunların maneviyatın çeşitli yönlerini yansıttığı ve Tanrı'ya güvenme ihtiyacına vurgu yaptığı ifade edilmiştir.⁷⁸¹

Sosyal desteğin maneviyat ve dindarlıkla ilişkisi konusunda da Spinale vd. tarafından 166 HD hastası üzerinde yapılan araştırmada; HD hastalarının sosyal destek puanlarının, maneviyat puanları ($r=0.33$, $p<0.0001$), başa çıkma mekanizması puanları ($r=0.29$, $p= 0.0002$) ve dinî katılım puanları ($r=0.22$, $p= 0.005$) ile ilişkili olduğu tespit

⁷⁸⁰ Susana P. Ramirez et.al., "The relationship between religious coping, psychological distress and quality of life in hemodialysis patients", *Journal of Psychosomatic Research* 72 (2012): 134.

⁷⁸¹ Burns, "Physical and psychosocial adaptation of blacks on hemodialysis", 120-121.

edilmiştir. Ayrıca araştırmamızın bir diğer bulgusu da sosyal destek algısının artmasının sağkalımla ilişkili olmasıdır.⁷⁸²

Görüldüğü gibi hastalar çeşitli başa çıkma yöntemleri kullanarak hastalıkla mücadele etmektedirler. Bu süreçte hastaların en fazla dinî motifli başa çıkma yaklaşımlarına yöneldikleri, inançlarından destek aldıkları, ibadetle Allah'a sığındıkları, duanın psikolojik olarak hastaları rahatlattığı, yüz yüze oldukları durumu şükür ve rıza ile karşılamanın da olumlu başa çıkmaya katkısı olduğu değerlendirilmektedir. Ayrıca sosyal destek ve özellikle aile desteği ile pozitif bilimin tedavi imkânlarına güvenme ve olumlu kişilik özellikleri de başa çıkmada önemli yaklaşımlar arasında bulunmaktadır.

3.2.6.5. Başa Çıkmada İbadet/Duanın İşlevsel Yönüne İlişkin Yorumlar

Örnekleme yöneltilen “İbadet eder misiniz? Bu süreçte ibadet/dua sizin için bir anlam ifade ediyor mu? Nasıl?” sorularına verdikleri cevaplar analiz edilerek ibadet/duanın hastalıkla başa çıkma sürecinde işlevi anlaşılmasına çalışılmıştır. Mülakat sonunda katılımcıların tamamına yakınının ibadet/duaya yöneldikleri, ibadet ve duanın hastalarda *rahatlık hissi*, *yakınlık hissi* ve *güven hissi* oluşturduğu ve onlara *manevî destek* sağladığı tespit edilmiştir. Toplam mülakat süresince az da olsa ibadet ya da duanın olumlu bir etkisi olmadığını belirten katılımcılar da olmuştur.

Çaresizlik ve mahrumiyetin özellikle hissedildiği hemodiyaliz tedavisi sürecinde hastalar bir başa çıkma aracı olarak ibadet ve duaya sıklıkla başvurmaktadır. Bir anlamda hastalar, Freitag’in ifadesiyle duanın solğunun uzun olduğunu ve her yere ulaştığını⁷⁸³ düşünmekte ve dua yoluyla Yaratıcıyla bağ kurmaktadır. İbadet ve duanın işlevsel yönü olarak hastanın ruhsallığı üzerinde en çok *rahatlık*, *yakınlık* ve *güven hissi* oluşturduğu yapılan analizlerden anlaşılmaktadır (**Bk Tablo 3.29**). Bu konuda namazlarını kıldığını ve namazın kendisini rahatlattığını, duanın ise ona huzur verdiğini ifade eden K-2 Gülcan şunları söylemiştir: “*Namazlarımı kılıyorum. Namaz beni rahatlatıyor. Özellikle yalnız kaldığımda dua etmek bana huzur veriyor.*” Hastalık sonrasında dine yöneldiğini ve Allah'a sığındığında güven hissettiğini söyleyen K-3 Serap da, ibadetin kendi üzerindeki etkilerini ise şu şekilde anlatmıştır:

Hastalık öncesinde çok fazla ibadet yapmıyordum. Bekârken de namaz kılıyordum ama çok sık değildi. Özellikle kapandıktan sonra namaza, Kur’ana daha çok yöneldim. 8 ay kadar Kur’an kursuna gittim. Namaz ve dua ile O’na sığıyorum.

⁷⁸² Spinale et.al., “Spirituality, Social Support, and Survival in Hemodialysis Patients”: 1622.

⁷⁸³ Erhard F. Freitag, *Pozitif Düşünce* (İstanbul: Omega Yayınları, 3. Baskı, 2008), 321.

Bu çok büyük bir güven duygusu veriyor bana. Bazen daraldığım oluyor. Çünkü bizim hastalığımızda yediğiniz bir şey sizi acillik duruma getirebilir, nefes darlığına yol açabilir, kandaki değerler yükselir ve o zaman biz çok kötü oluruz. İşte gerçekten bu şekilde darda kaldığım, bunaldığım vakitlerde “Allah’ım yetiş!” dedikçe, Allah’ıma sığındıkça daha bir rahatlıyorum.

Hasta; Allah ile iletişimini ibadet ve dua ile sıkı tutmakla ve O’na sığınmakla kendisini güvende hissetmektedir. Böylece hastalığın üzerinde oluşturduğu korku ve kaygıları bir miktar da olsa giderebilmektedir. Zira Frager’a göre iman ve zikrullah; korku ve kaygının ana tedavi yöntemidir. Allah’a güveni olmayan birisi ölüm başta olmak üzere neredeyse her şeyden korkar hale gelir.⁷⁸⁴ Dua, teslimiyettir ve bir duygulanmadır. Dua, insanı ümitsizlikten, karamsarlıktan ve yalnızlık duygusundan kurtarır. Kişinin dertleriyle baş başa kaldığı, derdini içine akıttığı, yaşadığı kaygılarla kısır bir döngüye düştüğü ve problemlerinin kendisini yumak gibi sardığı zamanlarda içini Rabbine dökmesi, yaşadıkları karşısında yalnız olmadığını ve yardım dileyeceği varlığın her şeye muktedir olduğunu bilmesi ona manevî bir güç verir⁷⁸⁵ ve bu duygu onda bir rahatlama hissi oluşturur. Bu tür manevî güç ve psikolojik destek sayesinde kişi korku ve kaygılarından uzaklaşarak daha pozitif, dengeli ve uyumlu bir davranış sergileyebilir. Böylece hastalığın üzerinde oluşturduğu/oluşturacağı olumsuzluklardan kendisini koruyabilir.

17 yıldır tedavi gören 68 yaşındaki K-9 Kamile duanın kendisini ayakta tuttuğunu ve bir anlamda onu daha dirençli kıldığını ifade etmektedir. Katılımcı, ibadet ve duayı önemseydiği ile ilgili şunları söylemiştir:

Belki de ben dua sayesinde bu kadar ayaktayım. Eşim, dostum, arkadaşlarım beni çok severler, dua ederler, ben de dua ederim elimden geldiği kadar. Dua, ibadet her zaman iyidir. Kur’an okumam olmasa ve ibadet etmesem, ben bu kadar ayakta kalacağımı sanmıyorum. 17 yıl az bir zaman değil.

Apaydın vd.’nin araştırmasında katılımcılara yönelttikleri “Hastalığınız sırasında Allah’a dua eder misiniz?” sorusuna, % 77,27’lik bir oranla katılımcılar hastalığı esnasında durumu ne olursa olsun Allah’a dua ettiklerini, çünkü bütün hastalıklara şifa verenin Allah olduğunu belirtmişlerdir.⁷⁸⁶ Görüldüğü gibi hastalık sırasında şifa beklentisiyle de Allah’a yönelmek ve O’na dua etmek yaygın bir davranıştır.

⁷⁸⁴ Robert Frager, *Kalp, Nefs ve Ruh: Tekâmül, Denge ve Uyumun Sufice Psikolojisi*, çev: İbrahim Kapaklıkaya (İstanbul: Gelenek Yayıncılık, 2011), 213.

⁷⁸⁵ Habil Şentürk, *Din Psikolojisine Giriş* (İstanbul: İz Yayıncılık, 2013), 152.

⁷⁸⁶ Apaydın vd., “Hastalık Sürecinde Bireylerin Dinî Eğilimlerine Psikolojik Bir Yaklaşım”: 17.

Çarkoğlu ve Kalaycıoğlu tarafından 1453 kişinin katılımıyla yapılan dindarlık araştırmasına göre de deneklerin büyük çoğunluğunun dua ettiği, duanın en fazla felaketlerden korunmak için edildiği ve dua edenlerin yaklaşık % 85'inin dualarının tamamen veya kısmen kabul edildiğini düşündükleri tespit edilmiştir.⁷⁸⁷

K-11 Satı ibadetin kendisini iyi hissettirdiğini, rahatlattığını söyleyerek aksi durumda manevî anlamda zorlandığını şöyle dile getirmiştir:

Hastalık öncesinde ibadetlerimi yerine getirirdim, şuanda da ibadetlerimi yapıyorum. İbadet sayesinde insan manevî olarak kendisini daha iyi hissediyor. “Çok şükür.” deyince içine bir rahatlık geliyor. Düşünsene, hastasın, dua ediyorsun, şükrediyorsun ve bu şekilde ancak rahatlayabiliyorsun. Yoksa bunalıyorsun, boğulacakmış gibi hissediyorsun. Kendimi iyi hissetmediğimde kalkıyorum, abdest alıp iki rekât namaz kılıyorum ve bu, o gece beni biraz rahatlatıyor.

İbadet sıklığı ile depresyon arasındaki ilişkiye dair Kanada'da 37 bin kişi üzerinde yapılan bir çalışma sonucunda ibadete devam eden bireylerde depresyon ve psikiyatrik düzensizliklerin daha düşük seviyede olduğu bulunmuştur.⁷⁸⁸ Bu konuda Altun, dinî pratiklerin depresyon, kaygı, korku, öfke, aşağılık duygusu, yabancılaşma vb. gibi ruh sağlığını tehdit eden duygular üzerinde hafifletici bir etkiye sahip olduğunu belirterek hastanın Tanrı'yla kurduğu içsel temasın, terapist ile kurulan ilişki gibi olumlu bir fonksiyon icra ettiğinin altını çizmektedir.⁷⁸⁹ Burada da görüldüğü gibi, hasta ibadet ve dua ile iç sıkıntılarından kurtulmaktadır. Allah'la bir biçimde ilişki kurması onun kendisini iyi hissetmesini sağlamaktadır.

İbadet için ayrılan zamanlar ve dua anları Emile Durkheim'ın “kutsal zaman” olarak adlandırdığı aşkın zaman dilimleridir. Araştırmalara göre; batı toplumlarında da meditasyon, Sebt Günü uygulamaları, ibadet törenlerine katılım gibi örnekleri olan bu tür aşkın manevî ve dinî deneyim zamanları, kişiyi günlük stresten kurtarma işlevinin yanı sıra -özellikle devamlı olmaları halinde- kişi üzerinde olumlu, iyileştirici ve onarıcı bir etkiye sahiptir.⁷⁹⁰ K-11 Satı üzerinde de ibadet ve duanın bu tür bir etkisinden söz edilebilir. Hastanın ibadet ve dua ile rahatladığını ifade etmesi, ibadet zamanlarında onun iç dünyasında oluşan birlik hissi (Vahdete ulaşma) ile açıklanabilir.

⁷⁸⁷ Ali Çarkoğlu ve Ersin Kalaycıoğlu, “Türkiye’de Dindarlık: Uluslararası Bir Karşılaştırma”, *Sabancı Üniversitesi (Rapor)* (2009), 30.

⁷⁸⁸ Marilyn Baetz et.al., “How Spiritual Values and Worship Attendance Relate to Psychiatric Disorders in the Canadian Population”, *Canadian Journal of Psychiatry* 51, No 10 (2006): 657.

⁷⁸⁹ Rıza Altun, “Dindarlık ve Depresyon İlişkisi”, *International Journal of Humanities and Education* 1:1 (2015): 38.

⁷⁹⁰ Ellen Idler, “The Psychological and Physical Benefits of Spiritual/Religious Practices”, *Spirituality in Higher Education Newsletter* 4, Issue. 2 (2008): 3-4.

K-13 Nevzat ise aslında pek dindar birisi olmadığını, vakit namazlarını kılmadığını ama Cumaya gitmeye çalıştığını söyleyerek, hastalık sonrası Allah'a sığınmanın daha fazla olduğunu ve bunun da içten gelen bir duygu olduğunu şu cümlelerle anlatmaktadır:

Yalan konuşmanın gereği yok. Pek dindar biri değilim. Vakit namazlarını kılmıyorum ama Cuma namazına gitmeye çalışıyorum. Bizler Ramazanda oruç tutamıyoruz ve bu senin kendini suçlu gibi hissetmene yol açıyor, üzüyoruz. Aklım erdiğinden bu yana on Cuma namazımı kaçırmamışım. Ama diyalizden dolayı bunlarda eksiklik oluyor. Beni rahatsız ediyor. Dua ediyorum. Hastalıkta dua etme daha fazla oluyor. “Acıyı bilmeyen tatlıyı bilemez.” denir ya bunun gibi. Hastasın, acı çekiyorsun ve dua seni biraz rahatlatıyor. Allah'a sığınmak ya da dua etmek istiyorsun. Bu içten gelen bir şey.

Psikolojide organizmayı davranışa iten nedenlere “güdü” denir. Güdüler, bireyin çeşitli istek ve ihtiyaçları neticesinde ortaya çıkar. Bu anlamda duayı da, bireyin tabii ihtiyaçları arasında değerlendirmek mümkündür. Dolayısıyla dua davranışının temelinde de bazı güdülerin olduğu söylenebilir. Ancak tek bir güdünün duaya neden olduğunu ya da herkes için ortak kabul edilebilecek bir güdünün bulunduğunu söylemek de mümkün değildir.⁷⁹¹ Sıkıntı, gerginlik, acizlik, çaresizlik, çeşitli istek ve ihtiyaçların baskısı kişiyi dua etmeye sevk edebilir. Özellikle çaresizlik ve mahrumiyet genellenebilir bir dua gerekçesidir. Namaz, oruç vb. ibadetler de yüce bir varlıkla iletişim içerisindeki kişinin gerginliklerinden ve stresinden kurtulmasında ve böylece ruh sağlığını korumasında yardımcı olmaktadır.⁷⁹² Örneğin Feher ve Maly, kanserle baş etmede hastaların dinî ve manevî inançlarının % 91 oranında katkı sağladığını⁷⁹³, Tokgöz vd., travma sonrası stres bozukluğunu (TSSB) ve ruhsal gelişmenin yaygınlığını inceledikleri araştırmalarında hastaların % 80'inde dinî inançların ya artmış olduğunu ya da aynı kaldığını ve çoğu hastanın, kanser yaşantısı boyunca inanç ve maneviyatlarının kendilerine yardımcı olduğunu tespit etmişlerdir.⁷⁹⁴ Çufta da araştırmasında benzer bulgular elde etmiştir. Araştırmacı, dindarlık algısı yüksek olan hastaların daha pozitif bir psikolojiye sahip olduklarını, daha az stresli olduklarını ve hastalıkla başa çıkmada daha çok dinî unsurları kullandıklarını bulmuştur. Ayrıca dindar olmayan kimselerde de çaresiz ve zor durumlarda dinî inanç ve uygulamalar artmaktadır. Örneğin bu grup

⁷⁹¹ Mebrure Doğan, “Duanın Psikolojik ve Psikoterapik Etkileri”, (Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi, 1997), 12.

⁷⁹² Peker, *Din Psikolojisi*, 119.

⁷⁹³ Shoshanah Feher and Rose C. Maly, “Coping with breast cancer in later life: the role of religious faith”, *Psycho-oncology* 8 (5) (1999): 408.

⁷⁹⁴ Gül Tokgöz vd., “Kanserli Hastalarda Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Yaygınlığı ve Ruhsal Gelişim”, *New Symposium Journal* 46, sy. 2 (2008): 51.

hastanın da dua etme, Tanrı'ya sığınma ve dinî inançları sayesinde bir takım olumlu başa çıkma yollarına yöneldikleri belirlenmiştir.⁷⁹⁵

Bireyin psikolojik işleyişinde meydana gelen bazı bozuklukların dua ve dinî telkin yoluyla iyileştirildiği, psikolog ve psikiyatrlar tarafından da bilinen psikolojik bir gerçekliktir.⁷⁹⁶ Acı veren pek çok tecrübe, dinî bir inanç yapısının yardımıyla atlatılabilir.⁷⁹⁷ Ayten'e göre de dinî öğretiler insanlara "vekâleten kontrol" imkânı sunmaktadır. Yani Müslüman bir birey yaşadığı sorunların giderilmesini kendi kudretinin üzerinde gördüğünde, "*Hasbünallah ve ni'mel vekil (Allah bize yeter. O ne güzel vekildir.)*" diyerek işi Rabbine havale eder ve içinde bulunduğu durumuna O'nu vekil tayin eder. Allah'ın kudretini hissederek O'nun gücüyle kendisini yeterli görmek ister. Bu zor durumdan kendisini kurtaracak tek gücün O olduğuna inanır.⁷⁹⁸

Örneklemin de kendi koşullarının zorlandığı, fizyolojik ve psikolojik olarak olumsuzluklar yaşadıkları, kendilerini yalnız ve çaresiz hissettikleri zamanlarda Yüce varlığa yöneldikleri, onunla ibadet ve dua yoluyla iletişime geçtikleri, O'na sığındıkları, arzu, istek, sıkıntı ve dertlerini O'na açtıkları ve bu şekilde manevî olarak rahatlayabildikleri anlaşılmaktadır. Ayrıca Allah'ın kendilerini duyduğunu, dertlerine tek derman verecek kaynağın O olduğunu bilmenin, her türlü isteklerini yerine getireceği umudunu barındırmanın hastalar için ruh sağlıklarını korumada yardımcı olduğu değerlendirilmektedir.

3.2.6.6. Dindarlık-ÖİÖ İlişisine Dair Yorumlar

Örneklemin dindarlık düzeylerine ve dindarlığın öznel iyi oluş üzerinde etkisinin olup olmadığına yönelik yorumlarını almak için yöneltilen temel ve sonda soruların analizleri sonucunda; katılımcıların büyük çoğunluğunun kendisini dindar kategorisinde gördüğü (toplam % 75) anlaşılmaktadır (**bk. Tablo 3.30**). Nitel örneklemden elde edilen bu sonuç, nicel araştırmanın bulgularıyla da uyumludur. Nicel araştırmada da örneklemin öznel dindarlık algısı % 79,5 olarak bulgulanmıştır (**bk. Tablo 2.11**). Örneklemin büyük ölçüde kendisini dindar olarak gördüğüne göre, dindarlığın hastalık sürecini yaşayan bireylerin ÖİÖ'ları üzerinde bir takım etkilerinin olması gerekir. Bu

⁷⁹⁵ Çuğa, "Kanser Hastalığı İle Başa Çıkma Dinî İnanç ve Tutumların Rolü", 139-140.

⁷⁹⁶ Mustafa Koç, "Ruh Sağlığı İle Dinî Başa Çıkma Metodu Olarak Dua ve İbadet Fenomeni Arasındaki İlişki Üzerine Psikolojik Bir Yaklaşım", *EKEV Akademi Dergisi* Y. 9, sy. 24 (2005): 30.

⁷⁹⁷ N. Gills Holm, *Din Psikolojisine Giriş*, çev: Abdulkerim Bahadır (İstanbul: İnsan Yayınları, 2004), 145.

⁷⁹⁸ Ayten, *Mutluluğun Peşinde*, 21.

bağlamda, yorumlardan yola çıkılarak yapılan tematik analiz sonucunda; dindarlığın bireye baş etme gücü verdiği, birey üzerinde hastalığın olumsuz etkilerini azalttığı, bireyin kendisini iyi hissetmesine yardımcı olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların yorumlarından dindarlığın en fazla kişinin iyi hissetmesine katkı sağladığı anlaşılmaktadır. Bu bulgu nicel verilerle de örtüşmektedir (**bk. Tablo 3.21**). Bununla birlikte, ÖİÖ'ları üzerinde dindarlığın etkisinin az olduğunu belirten hastalar da bulunmaktadır (**bk. Tablo 3.31**).

K-14 Mehmet “*Dindar olmanın mutluluk üzerinde bir etki yaptığını düşünüyor musunuz? Nasıl?*” sorusuna şu şekilde cevap vermiştir:

Tabii ki. İnsanlar sığınacak bir yer arıyor ve zor durumda kaldığı zaman birisinden ya da bir şeyden yardım istiyor. Biz bunu duayla yapıyoruz. Bunun rahatlığı, bunun güvencesiyle hareket ediyoruz. Birisinin sizi duyduğunu düşünmeniz, size cevap vereceğini ümit etmeniz insanın özgüvenini artırıyor. Özgüveni yüksek olan kişi hayatta hiçbir şeyden korkmaz ve mutlu olur. Düşünsenize Allah bizi yarattı ve sahipsiz de bırakmadı. Bizim bir sahibimiz var. Bizi gözetten ve kollayan birisi var. Bu duygu insanı mutlu ve güvende hissettiriyor.

Katılımcının ifadelerinde “sığınacak yer, yardım talebi, dua, umut, özgüven, güven duygusu” kavramları dikkat çekmektedir ve özellikle dua uygulaması kişinin mutluluk düzeyini etkileyen ve yaşam doyumunu artıran faktörlerdendir. Bu bağlamda Poloma ve Pendleton tarafından yapılan bir araştırmada; telefonla rastgele aranan 560 yetişkin ile röportaj yapılmış ve araştırma sonucunda, meditasyon başta olmak üzere çeşitli dua uygulamalarının genel yaşam memnuniyeti, varoluşsal iyilik, mutluluk ve sahip olunan dinden duyulan memnuniyet üzerinde olumlu etkisi olduğu bulunmuştur.⁷⁹⁹

Kendisini fazla dindar olarak görmediğini ifade eden bir katılımcı da dindarlık göstergelerinin aslında insanın iyi hissetmesine yardımcı olduğunu şu cümlelerle anlatmaktadır:

İnançlı insan kendini rahatlatıyor, inancından bir güven alıyor. Başka güveneceğin kimse yok, bir tek Allah var. “Ben bunu okudum, bunları yaptım.” diye düşününce insan kendisini daha iyi hissediyor, psikolojik olarak da destek buluyor. Mesela geceleri uyuyamıyordum. Ninem bir sure yazdı. Bunu yatmadan önce okumamı istedi. O zamandan beri okurum ve bu, kendimi iyi hissettirir, rahat uyurum.

⁷⁹⁹ Ümit Horozcu, “Tecrübî Araştırmalar Işığında Dindarlık ve Maneviyat ile Ruhsal ve Bedensel Sağlık Arasındaki İlişki”, *Milel ve Nihal İnanç, Kültür ve Mitoloji Araştırmaları Dergisi* 7, sy. 1 (2010): 217-218.

Başka bir katılımcı inancına bağlı olmanın hastalığın olumsuz etkilerini azalttığına dair şunları söylemiştir: “*Bence inançlarına bağlı olmak hastalığın olumsuz etkilerini azaltmada yardım ediyor. Mutluluğu da olumlu etkiliyor.*”

Dinin baş etme üzerindeki rolü ve din-mutluluk ilişkisi hakkında bir katılımcı da şunları söylemiştir: “*Bir insan dindarsa çok mutlu olur. Çünkü dindar olan kişi hayatta karşısına çıkan sorunları sorun etmez. Bu da onu mutlu eder.*”

Ellison, yaptığı bir araştırmada güçlü dinî inançlara sahip bireylerin kişisel mutluluk ve yaşam doyumlarının daha yüksek olduğunu ve psikososyal açıdan hayatı etkileyecek travmatik olayların olumsuz sonuçlarından daha az etkilendiklerini tespit etmiştir.⁸⁰⁰ Başka bir araştırmada da inançları güçlü olan insanların ciddi bir hastalık geçirdikten sonra da mutluluk düzeylerini korudukları bulgulanmıştır.⁸⁰¹ Shuail ve Chaudhry, Pakistan’da yaklaşık 1000 Müslüman üzerinde inanç ve uygulama boyutlarını kapsayan 18 maddelik bir ölçek kullanarak yaptıkları araştırmada; Doğu halkının, birçok Batı ülkesindeki insanlar kadar mutlu ve memnun olduğunu, ÖİÖ’nun yordayıcılarından birisinin dindarlık olduğunu ve dindarlıkla kişinin kendini iyi hissetmesi/öznel iyi oluşu arasında pozitif bir ilişkinin bulunduğunu ortaya koymuşlardır.⁸⁰² Cezayir’de Abdulhalik ve Naceur da, 244 kolej öğrencisi üzerinde yaptıkları araştırmalarında; dindarlığın fiziksel ve ruhsal sağlıkla, mutlulukla, yaşam memnuniyetiyle ve iyimserlikle anlamlı bir şekilde pozitif; karamsarlık ve anksiyeteye ise negatif ilişkili olduğunu belirlemiştir.⁸⁰³ Bununla birlikte; Townsend ve ark. da, İslami temelli psikoterapinin, Müslümanlarda anksiyete ve depresyondan kurtulmayı hızlandırdığı sonucuna ulaşmışlardır.⁸⁰⁴ Kuveytli 2210 kişilik Müslüman bir örneklem üzerinde öz değerlendirme ölçeklerine dayanarak elde edilen veriler, örneklemin büyük bir kısmı arasında dindar insanların daha mutlu olduklarına dair güçlü kanıtların

⁸⁰⁰ Christopher Ellison, “Religious Involvement and Subjective Well-being”, *Journal of Health and Social Behaviour* 32 (1991): 80.

⁸⁰¹ Myers and Diener, “Who is Happy?”: 16.

⁸⁰² Kausar Suhail and Haroon Rashid Chaudhry, “Predictors of Subjective Well-Being in An Eastern Muslim Culture”, *Journal of Social And Clinical Psychology* 23, No. 3 (2004): 359.

⁸⁰³ Ahmed M. Abdel-Khalek and Farida Naceur, “Religiosity and its association with positive and negative emotions among college students from Algeria”, *Mental Health, Religion and Culture* 10, No. 2 (2007): 166.; Ayrıca bk. Ahmed M. Abdel-Khalek and Ajai Pratap Singh, “Religiosity, Subjective Well-Being, and Anxiety in a Sample of Indian University Students”, *The Arab Journal of Psychiatry* 25, No. 2 (2014): 201.

⁸⁰⁴ Mark Townsend et.al., “Systematic review of clinical trials examining the effects of religion on health”, *South Medical Journal* 95, No. 12 (2002): 1429.

olduğunu göstermektedir.⁸⁰⁵ Yine diyaliz hastalarında maneviyat/dindarlık ve sağlık arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla Lucchetti vd., Scielo, LILACS, Medline ve PsycINFO veri bankalarında arama yaparak bir literatür taraması yapmışlardır. Taramada diyaliz hastalarında maneviyat/dindarlık ve sağlık arasındaki ilişkiyi ele alan makaleler seçilmiş ve incelenmiştir. Araştırma sonucunda daha yüksek maneviyat ve dindarlık düzeylerinin; daha iyi yaşam kalitesi, daha az depresyon, daha büyük sosyal destek, yaşamdan daha yüksek memnuniyet ve nefroloğun tedavisinden daha fazla tatmin ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca maneviyat düzeyi düşük olan diyaliz hastalarının orotrakeal entübasyon gibi destekleyici tedavi için daha sık talepte buldukları da tespit edilmiştir.⁸⁰⁶

Görüldüğü gibi, araştırma literatürü dinî inançları güçlü olan bireylerin mutluluk ve yaşam doyumlarının da yüksek olduğunu, dindarlığın yaşam memnuniyetiyle ve iyimserlikle pozitif, karamsarlık ve anksiyete ile ise negatif ilişkili olduğunu, daha dindar bireylerin ciddi bir hastalık sonrasında da mutluluk düzeylerini koruyabildiklerini, depresyona karşı daha dirençli olduklarını, travmatik olayların olumsuz sonuçlarından daha az etkilendiklerini ve sonuç olarak da dindarlık ile öznel iyi oluş arasında pozitif bir ilişkinin bulunduğunu ortaya koymaktadır. Buradan yola çıkarak her ne kadar bütün dindarların yüksek bir ÖİÖ düzeyine sahip oldukları genellemesi yapılamasa da, dindarlığın HD tedavisi gören hastaların ÖİÖ düzeyleri üzerinde anlamlı ve önemli bir katkısının olduğunu söylemek mümkündür. ÖİÖ'nun uzun ömür ile ilişkisi⁸⁰⁷ de dikkate alındığında, ÖİÖ'yu yordadığı aşikâr olan dindarlığın iyi oluş üzerindeki etkisinin ortaya konulmuş olmasının daha da anlamlı olduğu söylenebilir.

⁸⁰⁵ Ahmed M. Abdel-Khalek, "Happiness, health, and religiosity: Significant relations", *Mental Health, Religion & Culture* 9, No. 1 (2006): 85.

⁸⁰⁶ Giancarlo Lucchetti et.al., "Spirituality for dialysis patients: should the nephrologist address?", *J Bras Nefrol* 32, No. 1 (2010): 126.

⁸⁰⁷ ÖİÖ'nun sağlık ve uzun ömür ile ilişkisi hakkında detaylı bilgi için bk. Ed Diener and Micaela Y. Chan, "Happy People Live Longer: Subjective Well-Being Contributes to Health and Longevity", *Applied Psychology: Health And Well-Being* 3, No. 1 (2011): 1-43.

SONUÇ VE ÖNERİLER

“Hemodiyaliz Hastalarında Dindarlık ve Öznel İyi Oluş” başlıklı bu araştırma HD hastaları üzerinde yapılmış ve araştırmada hastaların dindarlık tutumları ile ÖİÖ düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir.

Makineye bağlı olarak belirli günlerde hastanelerde diyaliz alan bu hastalar tıbbi destek dışında çevresindeki diğer insanların ellerinden bir şey gelmediğini ve hastalıkla baş başa kaldıklarını düşünmektedirler. KBH'nin doğal sonuçları olan yeti yitimi, çeşitli işlevsel bozukluklar, diyet alışkanlıklarındaki dramatik değişimler vb. olumsuzluklar hastalarda depresyon düzeyini artırırken, yaşam kalitesini azaltmakta ve bu durum kişinin ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir. Fiziksel sağlıkla birlikte ruh sağlığının da yitilmesi hasta için hayatı son derece zorlu hale getirmekte ve yaşadığı süreç hastanın öznel iyi oluş/mutluluk ve yaşam doyumunu olumsuz etkilemektedir. Bu durumda kişi güvenecek, sığınacak, dertlerini açacak bir melce aramaktadır. Başkaları her ne kadar destek olmaya çalışsalar da verdikleri bu destek sınırlı kalmaktadır. Bu ruh halindeki bir kişi için din, dinî inançlar, ibadetler ve özellikle de dua bir çıkış kapısı olmaktadır. Hasta; dua ile Allah'a sığınarak huzur bulmakta, depresyona yol açabilecek zorluklara karşı sabır, dayanma gücü ve yer yer teselliye yine dua ile elde edebilmektedir. Diğer bir anlatımla din ve dindarlık/maneviyat; bireyin kaza, ölüm, hastalık gibi fiziksel ve ruhsal sağlığını etkileyen acılara katlanmasında, bu tür zorluklarda tecrübe edilen acılarda bile anlam duygusunu korumasında, yeni anlamlar bulmasında ya da anlamı dönüştürerek ruhsal sıkıntılarından korunmasında ve sonuçta yaşam umudunu canlı tutmasında kişiye güç vermektedir. Böylece din ya da dindarlık/maneviyat, insanların daha mutlu yaşamasına katkı sunmaktadır.

Bu bağlamda araştırmada, HD hastalarının dindarlık düzeylerinin hastanın öznel iyi oluşu üzerindeki etkisi ve bu etkinin bağımsız değişkenlere göre nasıl farklılaştığı ele alınmıştır. Ayrıca hastaların dinî başa çıkma yaklaşımları ve dinî başa çıkma yaklaşımları ile ÖİÖ'ları arasındaki ilişki de örneklem görüşleri doğrultusunda incelenmiştir. Araştırmanın temel hipotezi ise “*Hemodiyaliz hastalarının dindarlık düzeyleri hastaların öznel iyi oluşları üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir.*” şeklinde kurulmuş ve problem ve alt problemlerin çözümü için bağımsız değişkenlere göre hipotezler oluşturulmuştur.

Araştırma deseni çoklu-strateji (karma yöntem) desenlerinden “*ardışık açıklayıcı desen*” yöntemi ile kurgulanmıştır. Buna göre; 205 kişiden oluşan nicel örneklem grubunun verileri ve amaçlı örnekleme yöntemlerinden “*ölçüt örnekleme yöntemi*” ile belirlenen 20 kişiden oluşan nitel örneklem grubu verileri ayrı ayrı toplanarak analiz edilmiş ve veriler çalışmanın yorumlanması aşamasında bütünleştirilmiştir. Nicel araştırmaya il merkezinden 106, ilçelerden de 99 hasta, mülakata ise il merkezinden 10, ilçelerden 10 hasta dâhil edilmiştir (**bk. Tablo 2.1, 2.2**).

Nicel örneklemin % 45,9’u kadın, % 54,1’i erkeklerden oluşmaktadır. Örneklemin % 3,4’ü 18-30 yaş arasında, % 4,9’u 31-40 yaş, % 8,8’i 41-50 yaş, % 22,9’u 51-60 yaş, % 46,3’ü 61-75 yaş ve % 13,7’si de 76 ve üzeri yaş arasında değişmektedir. Araştırmaya katılanların, % 23,4’ü okuma ve yazma bilmemekte, % 17,1’i okur-yazar, % 36,6’sı ilköğretim mezunu, % 7,8’i orta ve dengi okul mezunu, % 8,8’i lise ve dengi okul mezunu ve % 6,3’ü ise yüksek okul veya üniversite mezunudur. Katılımcıların % 6,3’ü hiç evlenmemiş, % 66,8’i evli ve % 26,8’i ise dul veya boşanmış kişilerdir (**bk. Tablo 2.3, 2.4, 2.5, 2.6**).

Öznel ekonomik duruma göre; örneklemin % 20,5’i düşük, % 19’u ortanın altı, % 52,2’si orta, % 8,3’ü ise ortanın üstü olarak kendi gelir durumunu değerlendirmektedir (**bk. Tablo 2.7**).

Katılımcıların % 25,9’u köyde, % 52,6’sı ilçede ve % 21,5’i de il merkezinde yaşamaktadır. Tedavi alınan yer açısından veriler değerlendirildiğinde ise örneklemin % 51,8’i il merkezinde tedavi görmekte, % 48,2’i de tedavilerine ilçede devam etmektedir. (**bk. Tablo 2.8**).

Sekiz (8) farklı meslek grubu içerisinde en fazla katılım % 39 oranla ev hanımlarında, en düşük katılım da % 2,4’lük eşit oranla memur, esnaf ve zanaatkarlar grubundadır. Katılımcıların % 71,2’si 6 ay-5 yıl, % 21’i 6-10 yıl, % 4,4’ü 11-15 yıl ve % 3,4’ü de 16 yıldır ve üzerinde tedavi görmektedir. Tedavi süresinin artmasıyla örneklem oranının azalmasının sağkalımla ilişkili olduğu değerlendirilmektedir (**bk. Tablo 2.9, 2.10**).

Öznel değerlendirmelerine göre nicel çalışma grubunun toplamda % 79,5’i kendisini dindar ve çok dindar olarak tanımlamakta; toplamda % 55,6’sı ise kendisini mutlu ve çok mutlu olarak değerlendirmektedir. Hastalarda öznel dindarlık algısının öznel mutluluk algısına göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (**bk. Tablo 2.11, 2.12**).

Nitel örneklemin % 50'si kadın, % 50'si de erkeklerden oluşmaktadır. Örneklemin % 10'u 18-30 yaş arasında, % 20'si 31-40 yaş, % 30'u 41-50 yaş, % 10'u 51-60 yaş, % 25'i 61-75 yaş ve % 5'i de 76 ve üzeri yaş arasında değişmektedir. Araştırmaya katılanların, % 5'i okuma ve yazma bilmemekte, % 5'i okur-yazar, % 35'i ilkokul mezunu, % 25'i orta ve dengi okul mezunu, % 15'i lise ve dengi okul mezunu ve % 15'i ise yüksek okul veya üniversite mezunudur. Katılımcıların % 35'i düşük, % 55'i orta ve % 10'i de oranın üstü gelir algısına sahiptir. Örneklemin % 10'u memur, % 20'si emekli, % 40'ı ev hanımı, % 10'u çiftçi ve % 20'si de işsizdir. Katılımcıların % 30'u köyde, % 20'si ilçede ve % 50'si de il merkezinde yaşamaktadır. Örneklemin % 55'i 6 ay-5 yıl, % 35'i 6-10 yıl, % 5'i 11-15 yıl ve % 5'i de 16 yıldır ve üzerinde tedavi görmektedir (**bk. Tablo 2.13**).

Araştırmada araştırma desenine uygun istatistiksel yöntemlerle elde edilen sonuçları 6 grupta özetlemek mümkündür.

Birincisi: Örneklem grubunun demografik özellikleri ile dindarlık ilişkisi.

Araştırma bulguları sonucunda, cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, öznel ekonomik durum algısı, sürekli ikamet yeri, meslek, diyaliz süresi, öznel dindarlık algısı, öznel mutluluk algısı gibi demografik değişkenler ile dindarlık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Buna göre;

- Örneklem grubu yüksek bir dindarlık düzeyine sahiptir. (**bk. Tablo 3.1**).
- Cinsiyet ile genel dindarlık arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Dindarlığın alt boyutlarından duygu ve bilgi boyutları dışında inanç ve önemi, ibadet ve etki boyutları da cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. Buna göre, kadınların puanları erkeklere göre daha yüksektir. Duygu ve bilgi boyutlarında ise istatistiksel düzeyde bir anlamlılıktan söz edilemese de puan ortalamaları açısından kadınların puan ortalamaları erkeklerinkinden daha yüksek bulunmuştur. Böylece genel dindarlık ve dindarlık alt boyutlarının tümünde kadınların erkeklere göre daha dindar oldukları sonucuna ulaşılmıştır (**bk. Tablo 3.2**).
- Genel dindarlık puan ortalaması 18-30 yaş grubunda en düşük, 76 yaş üzeri grupta ise en yüksektir. İstatistiksel olarak ise yaş ile genel dindarlık ve dindarlığın alt boyutları arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Örneklem benzer dindarlık davranışları sergilemektedir. (**bk. Tablo 3.3**).

- Bilgi boyutu dışında, eğitim düzeyi ile genel dindarlık ve dindarlığın diğer alt boyutları arasında anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Genel olarak eğitim düzeyi düşük olanların dindarlık puanlarının eğitim düzeyi yüksek olanların dindarlık puanlarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ortaokul ve sonrası eğitim düzeyi arttıkça dindarlık puanı düşmektedir (**bk. Tablo 3.4**).
- Örneklemin dindarlık düzeyleri medeni durumlarına göre farklılaşmaktadır. Araştırma sonucunda; evli olanların dindarlık düzeylerinin, hiç evlenmemiş olanlar ile dul veya boşanmış kimselerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (**bk. Tablo 3.5**).
- Dindarlığın inanç ve önemi ile ibadet alt boyutları dışında öznel ekonomik durum algısının, örneklemin duygu, bilgi ve etki boyutlarına göre dindarlık özelliklerini anlamlı düzeyde etkileyen bir faktör olmadığı ortaya çıkmıştır (**bk. Tablo 3.6**).
- Sürekli ikamet yerine göre dindarlık puan ortalamalarında anlamlı bir farklılaşma bulunmaktadır. Hayatının çoğunluğunu ilçede geçirenlerin genel dindarlık eğiliminin köy ve il merkezinde yaşayanlara göre daha zayıf olduğu, en yüksek genel dindarlık ortalamasının ise il merkezinde ikamet eden gruba ait olduğu görülmüştür (**bk. Tablo 3.7**).
- Meslek ile genel dindarlık, dindarlığın inanç ve önemi ve ibadet alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Buna göre, mesleki etkenler, kişilerin dinî inanç ve uygulamalarını etkilemektedir. Meslek ile dindarlığın duygu, bilgi ve etki alt boyutlarında ise anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ayrıca inanç ve önemi ile ibadet alt boyutlarında işçi, emekli, ev hanımı, çiftçi ve işsiz meslek gruplarının puan ortalamalarının diğerlerine göre yüksek olduğu görülmüştür. Araştırmada genel dindarlık ve diğer alt boyutların tamamında en düşük ortalamanın esnaf/zanaatkâr grubuna ait olduğu tespit edilmiştir. İşçi grubundaki örneklemin de dindarlık puanı ortalaması yüksek çıkmıştır (**bk. Tablo 3.8**).
- HD tedavi süresi ile genel dindarlık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma tespit edilmemiştir. Ancak ortalamalar incelendiğinde 11-15 yıl arası ve 16 yıl ve üzerinde tedavi gören katılımcıların dindarlık puanlarının 11 yıl altındakilere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Tedavi süresi ile dindarlık alt boyutları arasında da anlamlı bir ilişkinin olmadığı ortaya konulmuştur (**bk. Tablo 3.9**).

- Örneklemin öznel dindarlık algısının genel dindarlık ve dindarlığın diğer alt boyutları üzerinde anlamlı bir farklılaşmaya neden olduğu belirlenmiştir. Kişinin kendisini dindar görme düzeyi arttıkça envanterden aldığı dindarlık puan ortalaması da artmıştır (**bk. Tablo 3.10**).
- Katılımcıların öznel mutluluk algıları ile genel dindarlık, dindarlığın duygu ve bilgi alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki ve gruplar arası farklılık tespit edilmiştir. Ancak inanç ve önemi, ibadet ve etki boyutları ile mutluluk algısı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiş olmasına rağmen; bu gruplarda ortalamalara göre mutluluk algı düzeyi arttıkça, hastaların dindarlık tutum puan ortalamalarının da buna paralel olarak yükseldiği görülmüştür. Ayrıca farklılık kendisini “mutlu” ve “çok mutlu” olarak değerlendiren grupla “biraz mutlu” olarak değerlendiren gruplar arasındadır (**bk. Tablo 3.11**).

İkincisi: *Örneklem grubunun demografik özellikleri ile öznel iyi oluş ilişkisi.*

Araştırma bulguları sonucunda, cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, öznel ekonomik durum algısı, sürekli ikamet yeri, meslek, diyaliz süresi, öznel dindarlık algısı, öznel mutluluk algısı gibi demografik değişkenler ile öznel iyi oluş düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Buna göre;

- Konuya ilişkin yapılan istatistiksel analiz sonucunda, örneklem grubunun ortanın üzerinde bir ÖİÖ düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir (**bk. Tablo 3.12**).
- Cinsiyet ile ÖİÖ arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir farklılık ortaya çıkmamıştır. Yani, ÖİÖ cinsiyet değişkenine göre farklılaşmamaktadır. Ancak, kadın ve erkek katılımcıların ÖİÖ ortalamalarında farklılık olduğu gözlenmiştir. Analiz sonuçları kadınların ÖİÖ ortalamalarının erkeklere göre daha yüksek olduğunu göstermiştir (**bk. Tablo 3.13**).
- Yaş ile ÖİÖ arasındaki farklılık anlamlılık düzeyine ulaşmamakla birlikte ÖİÖ puan ortalamasının 41-50 yaş grubunda en yüksek olduğu ve sonrasında yaşın artmasıyla ters orantılı orantılı olarak ÖİÖ puan ortalamasında bir düşüşün olduğu belirlenmiştir. Orta yaş sonrasında bulunan gruplarda ÖİÖ düzeyleri giderek azalmaktadır. En düşük ortalamanın da 76 yaş ve üzeri yaşlı gruba ait olduğu ortaya çıkmıştır (**bk. Tablo 3.14**).
- Eğitim seviyesi ile ÖİÖ düzeyi arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (**bk. Tablo 3.15**).

- Medeni durum değişkeni ile ÖİÖ arasında anlamlı bir farklılığın bulunmadığı tespit edilmiştir. Diğer bir deyimle, ÖİÖ düzeyi hiç evlenmemiş, dul veya boşanmış ve evli gruplar arasında benzerlik göstermektedir. Ancak, ÖİÖ puan ortalamaları bakımından hiç evlenmemiş grubun ortalamasının, diğerlerine göre daha yüksek olduğu görölmüştür (**bk. Tablo 3.16**).
- Örneklemin ekonomik düzeyi ile ÖİÖ düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (**bk. Tablo 3.17**).
- İkamet yeri ile ÖİÖ düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur. Farklılaşmanın il merkezi ile köyde oturanlar lehine olduğu tespit edilmiştir. En yüksek ÖİÖ ortalamasına il merkezinde yaşayanlar, en düşük ortalamaya da ilçede ikamet edenler sahiptir (**bk. Tablo 3.18**).
- Meslek ve ÖİÖ değişkenleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. İstatistiksel bir farklılaşma olmasa da işçi, memur, ev hanımı ve emekli gruplarının ortalamaları görel olarak yüksek çıkmıştır. İşsizlerin ÖİÖ ortalamasının da yüksek çıkması dikkat çekici bulunmuştur (**bk. Tablo 3.19**).
- Tedavi süresi ile ÖİÖ düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı görölmüştür. Ancak tedavinin ilk 10 yılında kişilerin mutluluk düzeylerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. 10 yıl sonrasında ÖİÖ puan ortalamasında önemli bir artışın meydana geldiği ve 16 yıl ve üzeri grubun ortalamasının ise tekrar düştüğü bulgulanmıştır (**bk. Tablo 3.20**). 10 yıl sonrası için ÖİÖ düzeyinde meydana gelen artış uyum kuramı ile 16 yıl ve üzeri grubun ÖİÖ ortalamasında yeniden düşüşün olması ise ilerleyen yaşla açıklanmıştır.
- Örneklemin öznel dindarlık algısı ile ÖİÖ düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulgulanmıştır. Diğer bir anlatımla; katılımcıların kendilerini dindar görme düzeyi arttıķça, ÖİÖ düzeyleri de artmaktadır. “Biraz dindar”, “dindar” ve “çok dindar” gruplar ile ÖİÖ düzeyi arasında ileri düzeyde anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur. Olguların ÖİÖ puan ortalamalarında da “hiç dindar değil” düzeyinden “çok dindar” düzeyine kadar düzenli bir artış söz konusudur (**bk. Tablo 3.21**).
- Örneklemin öznel mutluluk algısı ile ÖİÖ ölçeğinden aldığı puan ortalaması arasında yüksek düzeyde bir anlamlılık olduğu belirlenmiştir. Kendisini “çok mutlu”, gören grup ile “biraz mutlu” ve “mutlu” olarak gören gruplar arasında farklılık bulunurken, bu gruplarla “hiç mutlu değil” düşüncesine sahip grup arasında ise önemli bir

farklılık tespit edilmemiştir. Katılımcıların öznel mutluluk algı düzeyi arttıkça, ÖİÖ düzeyi de artmaktadır (**bk. Tablo 3.22**).

Üçüncüsü: Dindarlık ile öznel iyi oluş arasındaki ilişki.

Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon analizi sonucunda elde edilen araştırma bulguları genel dindarlık, dindarlığın alt boyutları ile öznel iyi oluş ve öznel iyi oluşun alt faktörleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğunu ortaya koymuştur. Buna göre;

- Genel dindarlık ve dindarlığın alt boyutları ile genel ÖİÖ arasında pozitif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.
- Genel dindarlık düzeyi ile ÖİÖ'nun karamsarlık dışında diğer tüm alt faktörleri arasında pozitif yönde, orta düzeyde ve yüksek önemde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Dindarlık ile karamsarlık arasında ise düşük düzeyde anlamlı bir ilişkinin olduğu ortaya konulmuştur.
- Korelasyon analizi, dindarlığın alt boyutlarından olan inanç boyutu ile ÖİÖ'nun tüm alt faktörleri arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişkinin olduğunu ortaya koymuştur. ÖİÖ'nun kendine güven ve iyimserlik alt faktörleri diğer alt faktörlere göre inanç alt boyutu ile daha yüksek korelasyon değeri yüklenmiştir.
- İbadet boyutu ile ÖİÖ'nun tüm alt faktörleri arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. İbadet boyutu ile ÖİÖ'nun iyimserlik ve arkadaşlık ilişkileri alt faktörlerinin korelasyon değerleri ÖİÖ'nun diğer alt faktörlerine göre daha yüksek korelasyon değeri yüklenmiştir.
- Duygu boyutu ile ÖİÖ'nun karamsarlık alt faktörü dışında diğer faktörleri arasında pozitif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulgulanmıştır. Karamsarlık ile arasındaki ilişkinin ise düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir.
- Bilgi boyutu ile ÖİÖ'nun karamsarlık dışında diğer alt faktörleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Bilgi boyutu ve karamsarlık arasında ise anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir.
- Dindarlığın etki alt boyutu ile ÖİÖ'nun karamsarlık dışında diğer alt faktörleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.
- Genel ÖİÖ ile dindarlığın inanç, ibadet ve duygu boyutları arasındaki ilişkiye ait korelasyon değerlerinin, dindarlığın bilgi ve etki boyutunun genel ÖİÖ ile korelasyon değerinden daha yüksek olduğu bulunmuştur.

- Dindarlığın alt boyutları bakımından en yüksek ilişkili olan ÖİÖ alanları ise *kendine güven, iyimserlik, arkadaşlık ilişkileri ve ilgi duyulan etkinlikler*dir. Buna göre; HD hastalarında genel dindarlık düzeyi ve dindarlığın alt boyutlarına ilişkin düzey arttıkça, hastanın öznel iyi oluş seviyesi de artmaktadır (**bk. Tablo 3.23**).

Dördüncüsü: *Dindarlığın öznel iyi oluş üzerindeki etkisi.*

HD hastalarında toplam dindarlığın öznel iyi oluşun anlamlı bir yordayıcısı olup olmadığını belirlemek için yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre;

- Dindarlık öznel iyi oluştaki varyansın % 31,9'unu açıklamaktadır. Bu sonuç, HD hastalarının ÖİÖ'lerinin önemli belirleyicilerinden birisinin dindarlık özellikleri olduğunu göstermektedir.
- Dindarlık öznel iyi oluşun anlamlı ve önemli bir yordayıcısıdır ve dindarlığın artması HD hastalarının ÖİÖ düzeylerini doğrudan etkilemektedir (**bk. Tablo 3.24**).

Beşincisi: *Dinî başa çıkma yaklaşımları ve öznel iyi oluş ilişkisi.*

Nitel örneklem grubunun hastalığı öğrendiklerinde verdikleri tepkileri, hastalığı algılama biçimleri, hastalık sonrasında dinî duygu ve düşüncelerinde değişimler, başa çıkma yöntemleri, ibadet/duanın hasta açısından ifade ettiği anlam ve dindarlık ile ÖİÖ ilişkisine yönelik görüşlerinden birtakım sonuçlara ulaşılmıştır. Buna göre;

- HD hastası olduğunu ilk öğrendiklerinde hastaların ilk duygusal tepkileri sırasıyla; *derin bir üzüntü, soğukkanlı karşılama ve hastalığı kabullenme, gerçeği inkâr, çaresizlik, korku-kaygı, inanca sığınma, fizyolojik tepki ve şaşkınlık hissi* olmuştur (**bk. Tablo 3.25**).
- Hastalar hastalığa yakalanmalarını *dinî bir bakış açısıyla* (ceza, imtihan, kader), *doğal bir durum* olarak, *üzüntü ya da stres* şeklinde açıklamışlardır. En fazla kullanılan açıklama biçimi *imtihan* (15 tekrar) ve *kader* (12 tekrar); en az belirtilen açıklama biçimi ise *üzüntü ve stres* (**bk. Tablo 3.26**).
- Hastalık sonrasında hastaların dinî duygu ve düşüncelerinde olumlu yönde değişiklikler meydana gelmektedir. Hastanın dinî duygu ve düşüncelerinde bir yoğunlaşma olmakta, ibadetler daha çok huşu ile yerine getirilmekte, dualar daha içten yapılmakta ve ölümün yakınlığı hissedilmektedir. Hastalık kişinin dinî konularda daha hassas olmasına olumlu katkı sağlamaktadır. Bazen de hasta Allah ile işbirliği aramakta, duayı aracı kılarak şifa talep etmektedir (**bk. Tablo 3.27**).

- Hastaların başvurdukları başa çıkma yöntemleri “Allah'a iman-sığınma, ibadet-dua, kadere teslimiyet, şükür ve tevekkül, hayra yorma, sadaka verme, farklı bir uğraşı edinme, sosyal destek, pozitif düşünme, pozitif bilime güven”dir.
- “Allah'a iman-sığınma, ibadet-dua, kadere teslimiyet, şükür ve tevekkül, hayra yorma, sadaka verme” hastaların başvurdukları dinî motifli başa çıkma (olumlu dinî başa çıkma) yöntemleridir.
- Dinî motifli başa çıkma yaklaşımları daha sık kullanılmaktadır.
- Dinî motifli başa çıkma yöntemleri içerisinde en fazla başvuru alan başa çıkma yönteminin “ibadet-dua” olduğu tespit edilmiştir. Bunu “kadere teslimiyet” ve “Allah'a iman, sığınma” yöntemleri izlemektedir. Ayrıca “şükür ve tevekkül” de çok başvuru alan dinî motifli başa çıkma yöntemidir.
- Hastalıkla mücadelede inanç, ibadet, şükür ve sosyal desteğin (çevre ve aile desteğinin) önemi teyit edilmiştir (**bk. Tablo 3.28**).
- Hastalıkla başa çıkma sürecinde katılımcıların tamamına yakınının ibadet/duaya yöneldikleri tespit edilmiştir. İbadet/Dua hastalar için bir başa çıkma aracıdır ve *rahatlık hissi, yakınlık hissi, güven hissi* ve *manevî destek* işlevlerini yerine getirmektedir (**bk. Tablo 3.29**).
- Katılımcıların büyük çoğunluğunun kendisini dindar kategorisinde gördüğü (toplam % 75) belirlenmiştir (**bk. Tablo 3.30**).
- Dindarlığın kişiye hastalıkla baş etme gücü verdiği, hastalığın olumsuz etkilerini azalttığı, kişinin kendisini iyi hissetmesine yardımcı olduğu tespit edilmiştir. Özellikle duanın kişinin mutluluk düzeyini etkileyen ve yaşam doyumunu artıran faktörlerden olduğu bulgulanmıştır. Katılımcıların yorumlarından dindarlığın en fazla kişinin iyi hissetmesine katkı sağladığı anlaşılmıştır (**bk. Tablo 3.31**).

Altıncısı: Hipotezlerle ilgili değerlendirme.

Araştırmanın “Hemodiyaliz hastalarının dindarlık düzeyleri hastaların öznel iyi oluşları üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir.” şeklinde kurulan temel hipotezinin yanı sıra problem ve alt problemlerin çözümüne yönelik yirmi üç hipotez oluşturulmuştur. Buna göre araştırma sonucunda;

• **Doğrulan Hipotezler:**

- ☑ Kadınların dindarlığı erkeklere kıyasla daha yüksek düzeydedir.

- Yaş değişkenine göre; katılımcıların dindarlık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.
- Evli olan katılımcıların dindarlık düzeyleri, hiç evlenmemişler ile dul ve boşanmışlara göre daha yüksektir.
- Ekonomik durum değişkenine göre; katılımcıların dindarlık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.
- İl merkezinde ikamet eden katılımcıların dindarlık düzeyleri, köyde ve ilçede yaşayanlara göre daha yüksektir.
- Tedavi süresinin uzaması ile dindarlık düzeyinin artması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.
- Öznel dindarlık algısı ile katılımcıların dindarlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. Buna göre; kişinin kendisini dindar görme düzeyi arttıkça, dindarlık düzeyi de artmaktadır.
- Öznel mutluluk algısı ile katılımcıların dindarlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. Buna göre; dindarlık puanı yüksek olan kişilerin öznel mutluluk algı düzeyleri de yüksektir.
- Cinsiyet değişkenine göre; katılımcıların öznel iyi oluş düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır.
- Yaş değişkenine göre; katılımcıların öznel iyi oluş düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.
- Öğrenim durumu değişkenine göre; katılımcıların öznel iyi oluş düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.
- Medeni durum ile öznel iyi oluş düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.
- Ekonomik durum değişkenine göre; katılımcıların öznel iyi oluş düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.
- Mesleki durum değişkenine göre; katılımcıların öznel iyi oluş düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.
- Tedavi süresi değişkenine göre; katılımcıların öznel iyi oluş düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.
- Öznel dindarlık algısı ile katılımcıların öznel iyi oluş düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. Buna göre; kişinin kendisini dindar görme düzeyleri arttıkça, öznel iyi oluş düzeyi de artmaktadır.

- ☑ Öznel mutluluk algısı ile katılımcıların öznel iyi oluş düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. Buna göre; kişinin kendisini mutlu görme düzeyi arttıkça, öznel iyi oluş düzeyi de artmaktadır.
- ☑ Katılımcıların dindarlık puanları ile öznel iyi oluş puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
- ☑ Dindarlık öznel iyi oluşun anlamlı bir yordayıcısıdır. Buna göre; dindarlık puanları arttıkça, öznel iyi oluş düzeyinin de artacağı öngörülmektedir.
- ☑ Dinî motifli başa çıkma yaklaşımlarının daha çok kullanıldığı öngörülmektedir. Buna göre; dinî motifli başa çıkma yaklaşımları ile öznel iyi oluş arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
- **Kısmen Doğrulanın Hipotezler:**
 - ☑ Öğrenim durumu yüksek olan kişilerin dindarlık düzeyleri, hiç öğrenim görmemiş veya az öğrenim görmüşlere oranla daha düşük seviyededir.
 - ☑ Mesleki durum değişkenine göre; katılımcıların dindarlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki söz konusudur. Buna göre emekli, işsiz, çiftçi ve ev hanımlığı meslek gruplarının dindarlık düzeyleri diğerlerine göre daha yüksektir.
 - ☑ Köyde yaşayan katılımcıların öznel iyi oluş düzeyleri, ilçe ve il merkezinde yaşayanlara göre daha düşüktür.

Özetle; araştırma sonucunda “*Hemodiyaliz hastalarının dindarlık düzeyleri hastaların öznel iyi oluşları üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir.*” temel hipotezinin doğrulanmış olmasının yanı sıra, alt problemlerle ilgili test edilen yirmi üç hipotezden 20’si kabul edilmiş, 3’ü ise kısmen kabul edilmiştir. Yapılan istatistiksel analizler, örneklemin dindarlık puanları ile öznel iyi oluş puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin bulunduğunu, dindarlığın öznel iyi oluşun anlamlı bir yordayıcısı olduğunu ve dindarlık arttıkça, öznel iyi oluş düzeyinin de artacağı tezlerinin de doğrulandığını ortaya koymuştur. Bununla birlikte başa çıkma yaklaşımları bağlamında örneklemin dinî motifli başa çıkma (olumlu dinî başa çıkma) yaklaşımlarını daha çok kullandığı ve dinî motifli başa çıkma yaklaşımları ile öznel iyi oluş arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu hipotezinin de desteklendiği görülmüştür.

Bu sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir:

- Bireyin manevî ya da dinî yönelimi, tutumları ve davranışları boyutlarına bakılmaması durumunda, hastanın biyo-psikososyal-ruhsal varlık olarak kurgusu

eksik kalacaktır.⁸⁰⁸ Dolayısıyla Psikoloji bilimi bu gerçeklikten hareketle sınırlarımızla uzlaşmamıza yardım eden dinî/manevî kaynakların gücümüz ve kontrolümüzü geliştirdiğini ve onu tamamladığını kabul etmeli ve din konularına önyargısız yaklaşabilmelidir.

- Kronik vakalarda zaman zaman hasta terapi desteği almaktadır. Verilen terapinin daha etkin ve kaliteli olabilmesi için terapist, dindar/inançlı hastanın dinî/manevî duyarlılıklarının farkında olabilmelidir. Bu nedenle, psikiyatrist ve psikologların eğitiminde maneviyat ve din konularına yer verilmelidir. Bu bağlamda lisans düzeyinden başlayarak din ve psikoloji ilişkisini ele alan konular ders müfredatına dâhil edilmelidir.
- Hastalarının öznel iyi oluş düzeylerini artırmaya yardımcı olabilmek için, hastane bünyelerinde pilot uygulamaları bulunan manevî (spritüel) danışma merkezleri yaygınlaştırılmalıdır. Bu merkezlerde din ve psikoloji disiplinlerinde yeterli olan ve psikolojik danışmanlık yapabilecek uzmanlar istihdam edilmelidir. Medikal tedavinin yanı sıra isteyen hastalara bu uzmanlar tarafından verilecek önleyici ve koruyucu ruh sağlığı hizmeti yararlı olabilir. Ayrıca bu tür merkezleri olan hastanelerde sunulan hizmetlerin niteliği artırılmalıdır.
- Sağlık profesyonelleri hasta hakkında veri toplarken, bütünsel (holistik) bir yaklaşım sergileyebilmeli, önyargısız ve yansızlık ilkeleri doğrultusunda hastanın sosyal, psikolojik ve manevî ihtiyaçları konusunda da ondan bilgi almalıdır. Gerekmesi durumunda maneviyata ilişkin konuları tedavi ve bakım süreçlerine dâhil etmelidir.
- Pozitif dinî baş etme teknikleri, diyaliz hastalarının sağlıkla ilgili yaşam kalitesini destekleme çabalarında özellikle yararlı olabilir. Bu nedenle, dinî kaynaklardan yararlanan hastalar, dinî baş etme çabalarında desteklenmeli ve teşvik edilmelidir.
- Sağlık çalışanlarının hizmet öncesi lisans ve lisansüstü öğrenim süreçlerinde sağlıkla ilgili yeterlik alanlarının yanı sıra bireyin psikososyal özellikleri, din, maneviyat, din psikolojisi gibi konulara da yer verilmelidir. Hizmet sırasında ve boyunca da bu konularda sağlık çalışanlarına sürekli eğitim imkânı sağlanmalıdır. Söz konusu başlıklar mesleki yeterliğin bir boyutu olarak değerlendirilmelidir.

⁸⁰⁸ Mary Elizabeth O'Brien, "Religious faith and adjustment to long-term hemodialysis", *Journal of Religion and Health* 21 (1982): 79.

- Bu ve benzer araştırma bulguları manevî (spritüel) danışma merkezleri ve sağlık uzmanları tarafından kullanılmalıdır. Hastalarının öznel iyi oluşları ile ilişkili faktörler, sağlık çalışanları için bir rehber işlevi görebilir.
- Genel olarak da din eğitimcileri, sosyoloji ve felsefe ile uğraşan bilim insanları, sosyal bilimciler, siyaset bilimciler, öğretmenler, anne ve babalar, kısacası; sağlıklı, uyumlu ve mutlu bireyleri hedefleyen tüm kesimler dinin mutlulukla/öznel iyi oluşla ilişkisini dikkate almalı ve bu konuda tarafımızca yapılan çalışmayı ve diğer araştırmaları hesaba katmalıdır.

Bu konuya ilgi duyan araştırmacıların yapabilecekleri yeni çalışmalar için şu önerilerde bulunulabilir:

- Öznel iyi oluş, dindarlık ya da maneviyatın derin ve karmaşık boyutlarının ele alınabilmesi için yaşadığımız toplumun kültür ve değerleriyle uyumlu, çok boyutlu ölçüm araçları geliştirilebilir, bu araçlarla bireylerin iyi oluş ve dindarlık düzeyleri tespit edilebilir ve ÖİÖ'lerini iyileştirmeye yönelik çalışmalar yapılabilir.
- Periton diyaliz ile hemodiyaliz hastalarının dindarlık ve öznel iyi oluş düzeyleri karşılaştırılabilir.
- Farklı kronik hastalığı olan gruplar üzerinde meta analitik bir araştırma yapılarak din ve maneviyatın öznel iyi oluşa etkisi yeniden incelenebilir.
- Din ve öznel iyi oluş ilişkisi bağlamında boylamsal çalışmalar yapılarak tutarlılık ve öznel iyi oluşun ilişkili olduğu değişkenlerde ilişkinin sürekliliği literatür çerçevesinde araştırılabilir.
- Kültürler arası din ve öznel iyi oluş çalışması yapılarak bulgular karşılaştırmalı olarak incelenebilir.
- Din psikologları tarafından din ve öznel iyi oluş ilişkisini farklı konu başlıklarında (kader, ahiret inancı, yardımseverlik, salih amel, umut, tövbe, şükür vb.) ele alan araştırmalar yapılabilir.
- Dindarlık ve sosyal uyum/ilişkiler, dindarlık ve özgüven ile araştırmamızda düşük de olsa anlamlı ilişkinin tespit edildiği dindarlık ve alt boyutlarının karamsarlık ilişkisi farklı örneklem üzerinde çalışılabilir.
- Mülakatta geçen hasta görüşleri doğrultusunda dinsel iyi oluş ölçeği geliştirilebilir.
- Araştırma bulgularının genellenebilmesi amacıyla farklı örneklem gruplarında araştırma tekrarlanabilir ve bulguları kıyaslanabilir.

KAYNAKÇA

- Abdel-Khalek, Ahmed M. "Happiness, health, and religiosity: Significant relations". *Mental Health, Religion & Culture* 9, No. 1 (2006): 85-97.
- Abdel-Khalek, Ahmed M. and Farida Naceur. "Religiosity and its association with positive and negative emotions among college students from Algeria". *Mental Health, Religion and Culture*. 10, No. 2 (2007): 159-170.
- Abdel-Khalek, Ahmed M. "Associations between religiosity, mental health, and subjective well-being among Arabic samples from Egypt and Kuwait". *Mental Health, Religion & Culture* 15, No. 8 (2012): 741-758.
- Abdel-Khalek, Ahmed M. and David Lester. "Mental health, subjective well-being, and religiosity: Significant associations in Kuwait and USA". *Journal of Muslim Mental Health* 7, Issue. 2 (2013): 63-76.
- Abdel-Khalek, Ahmed M. and Ajai Pratap Singh. "Religiosity, Subjective Well-Being, and Anxiety in a Sample of Indian University Students". *The Arab Journal of Psychiatry* 25, No. 2 (2014): 201-208.
- Acaboğa, Asiye. *Din-Mutluluk İlişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, 2007.
- Acaray, Arzu ve Rukiye Pınar. "Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi". *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 8 (1) (2004): 1-11.
- Adıvar, Adnan. *Tarih Boyunca İlim ve Din*. İstanbul: Remzi Kitabevi, 1987.
- Aflakseir, Abdulaziz. "Religiosity, Personal Meaning, and Psychological Well-being: A Study among Muslim Students in England". *Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology* 10, No. 1 (2012): 27-31.
- Aghili, Mojtaba and G. Venkatesh Kumar. "Relationship Between Religious Attitude and Happiness Among Professional Employees". *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology* 34, Special Issue (2008): 66-69.
- Akça, Nazan Kılıç ve Aydan Doğan. "Hemodiyaliz Hastalarının Diyaliz Sonrası Yaşadığı Sorunlar ve Evde Bakım Gereksinimleri". *Bozok Tıp Dergisi* 1, (2011): 15-22.
- Akgül, Mehmet. "Yaşlılık ve Dindarlık: Dindarlık, Hayattan Zevk Alma ve Mutluluk İlişkisi-Konya Huzurevi Örneği". *Dini Araştırmalar* 7, sy. 19 (2004): 19-56.
- Akpınar, Musa. "Kur'an'da Kurtuluş Öğretisi", Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi, 2008.
- Akpolat, Tekin ve Cengiz Utaş. *Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı*. Kayseri: Anadolu Yayıncılık. Birinci Baskı, 2001.
- _____. "Böbrek Yetmezliği: Genel Bilgiler". t.y., erişim tarihi: 29 Ocak 2017, http://www.tsn.org.tr/folders/file/bobrek_yetmezligi.pdf.
- _____. "Hemodiyaliz Hastasında Sık Karşılaşılan Sorunlar". t.y., erişim tarihi: 1 Temmuz 2017, http://www.tsn.org.tr/folders/file/hemodiyaliz_hastasinda_karsilasilan_sorunlar.pdf.

- Akseki, A. Hamdi. *İslam Dini, İtikat, İbadet, Ahlâk*. Ankara: Nur Yayınları, 1957.
- AL-Jumaih, Ahmed. Kamel Al-Onazi, Salih Binsalih, Fayez Hejaili & Abdulla Al-Sayyari. "A Study of Quality of Life and its Determinants among Hemodialysis Patients Using the KDQOL-SF Instrument in One Center in Saudi Arabia". *Arab Journal of Nephrology and Transplantation* 4 No. 3 (2011): 125-130.
- Alemdar, Gülsen. "Düzenli Hemodiyaliz Tedavisindeki Gençlerde Benlik Kavramı". Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, 1990.
- Allen, Roger J., *Human Stress: It's Nature and Control*. New York: McMillan Publisher Company, 1983.
- Altun, Rıza. "Dindarlık ve Depresyon İlişkisi". *International Journal of Humanities and Education* 1:1 (2015): 15-42.
- A'lvaes, Juliana. Cibele Comini Cesar, Francisco de Assis Acurcio, Eli Iola Gurgel Andrade & Mariangela Leal Cherchiglia. "Quality of life of patients in renal replacement therapy in Brazil: comparison of treatment modalities". *Quality of Life Research* 21, Issue. 6 (2012): 983-991.
- Ano, Gene G. and Erin B. Vasconcelles. "Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis". *Journal of Clinical Psychology* 61 (2005): 461-480.
- APA. "What Role Do Religion and Spirituality Play In Mental Health?". 2013, erişim tarihi: 07 Temmuz 2017, <http://www.apa.org/news/press/releases/2013/03/religion-spirituality.aspx>.
- Apaydın, Halil. "Ruh Sağlığı-Din İlişkisi Araştırmalarına Bir Bakış". *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi* 10, sy. 2 (2010): 59-77.
- Apaydın, Halil. Süleyman Özer ve Ali Rıza Aydın. "Hastalık Sürecinde Bireylerin Dinî Eğilimlerine Psikolojik Bir Yaklaşım". *Amasya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* 2, sy. 3 (2014): 1-47.
- Ardelt, Monika. "Effects of Religion and Purpose in Life on Elders' Subjective Well-Being and Attitudes Toward Death". *Journal of Religious Gerontology* 14(4) (2003):55-77.
- Argyle, Michael and Benjamin Beit-Hallahmi. *The Social Psychology of Religion*. London: Routledge-Kegan Paul Press, 1975.
- Argyle, Michael. *Psychology and Religion: An Introduction*. London-New York: Routledge, 2000.
- Arlı, Mine ve Hamil Nazik. *Bilimsel Araştırmaya Giriş*. Ankara: Gazi Kitabevi, 2001.
- Armaner, Neda. *Psikopatolojide Dinî Belirtiler* Ankara: Ayyıldız Matbaası, 1973.
- Arseven, Ali Doğan. *Alan Araştırma Yöntemi*. Ankara: Gül Yayınları, 1993.
- Arslan, Hasan. "Dindarlık Boyutları, Algıları ve Uygulamaları". *Hikmet Yurdu* 4, sy. 7 (2011): 39-61.
- Arslan, Mustafa. *Türk Popüler Dindarlığı*. İstanbul: D.E.M. Yayınları, 2004.
- Arslantürk, Zeki. *Kutsalın Dönüşü*. İstanbul: Ayışığı Kitapları, 1998.

- Atile, Alihan. "Böbrek Nakli Bekleme Listesindeki Hastaların Sürekli Öfke Düzeyleri ve Öfke İfade Tarzları İle Obsesif Kompulsif Semptomları Arasındaki İlişkinin Sosyo-Demografik Değişkenler Eşliğinde İncelenmesi", Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi, 2015.
- Atkinson, Rita L., Richard C. Atkinson, Edward E. Smith, Daryl J. Bem. *Psikolojiye Giriş (12. Basımdan Çeviri)*. çev. Yavuz Alogan. İstanbul: Arkadaş Yay., 1999.
- Audi, Robert. *The Cambridge Dictionary of Philosophy*. New York: Cambridge University Press. Second Edition, 1999.
- Aydemir, Rüveyda Efdal. "Dindarlık ve Mutluluk İlişkisi (İlk Yetişkinlik Dönemi)". Yüksek Lisans Tezi, Ondokuzmayıs Üniversitesi, 2008.
- Aydın, İnanç. *İş Yaşamında Stres*. Ankara: Pegem Yayınları, 2002.
- Aydın, Mahmut. *Anahatlarıyla Dinler Tarihi: Tarih, İnanç ve İbadet*. Samsun: Ensar Neşriyat, 2011.
- Ayten, Ali. "Kendini Gerçekleştirme ve Dindarlık İlişkisi". Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, 2004.
- _____. *Psikoloji ve Din (Psikologların Din ve Tanrı Görüşleri)*. İstanbul: İz Yayıncılık, 2010.
- _____. *Tanrı'ya Sığınmak: Dinî Başa Çıkma Üzerine Psiko-sosyal Bir Araştırma*. İstanbul: İz Yayıncılık, 2010.
- Ayten, Ali. Gülüşan Göcen, Kenan Sevinç ve Eyyüp E. Öztürk. "Dinî Başa Çıkma, Şükür ve Hayat Memnuniyeti İlişkisi: Hastalar, Hasta Yakınları ve Hastane Çalışanları Üzerine Bir Araştırma". *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi* 12, sy. 2 (2012): 45-79.
- Ayten, Ali. *Empati ve Din*. İstanbul: İz Yayıncılık, 2013.
- _____. *Mutluluğun Peşinde*. İstanbul: Çamlıca Yayınları, 2017.
- _____. *Din ve Sağlık (Kavram, Kuram ve Araştırma)*. İstanbul: Marmara Akademi Yayınları, 2018.
- _____. *Din Psikolojisi: Dine ve Maneviyata Psikolojik Yaklaşımlar*. İstanbul: İz Yayıncılık, 2013.
- _____. "Din ve Sağlık: Bireysel Dindarlık, Sağlık Davranışları ve Hayat Memnuniyeti İlişkisi Üzerine Bir Araştırma". *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi* 13, sy. 3 (2013): 7-31.
- Ayten, Ali ve Zeynep Sağır. "Dindarlık, Dinî Başa Çıkma ve Depresyon İlişkisi: Suriyeli Sığınmacılar Üzerine Bir Araştırma". *Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* sy. 47 (2014): 5-18.
- Azeley, Pat B. and Kristi Jackson. *Qualitative Data Analysis With NVIVO*. London: SAGE Publications. Second Edition, 2013.
- Baetz, Marilyn. Rudy Bowen, Glenn Jones & Tulay Kuru-Sengul. "How Spiritual Values and Worship Attendance Relate to Psychiatric Disorders in the Canadian Population". *Canadian Journal of Psychiatry* 51, No 10 (2006): 654-661.

- Bahadır, Abdülkerim. "Ergen Kişiliği Bağlamında Din-Kişilik İlişkisi". *Selçuk Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* sy.14 (2002): 111-123.
- _____. *İnsanın Anlam Arayışı ve Din (Logoterapik Bir Araştırma)*. İstanbul: İnsan Yayınları, 2011.
- Balcı, Ahmet. "Çalışanlarda Stres Kaynakları, Stresle Başa Çıkma Yöntemleri ve Sağlık Sektörü". Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, 2014.
- Balcı, Ali. *Sosyal Bilimlerde Araştırma: Yöntem, Teknik ve İlkeler*. Ankara: 72TDFO Bilgisayar Yayıncılık. 2. Baskı, 1997.
- Balcı, Fatma. "Psikolojik ve Öznel İyi Olma Hali İle Dinî İnançlar Arasındaki İlişki Üzerine Bir İnceleme". Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi, 2011.
- Baltaş, Acar ve Zuhâl Baltaş. *Stres ve Başa Çıkma Yolları*. İstanbul: Remzi Kitabevi. 22. Baskı, 2004.
- Başal, Akın. *Stres Yapmayan Stres Kitabı*. İstanbul: Crea Yayıncılık, 2007.
- Batan, Sabriye Nazlı. "Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık ve Dinî Başa Çıkmanın Yaşam Doyumuna Etkileri". Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, 2016.
- Batman, Elif. "Yaşamın Zorluklarıyla Başa Çıkmada Kader İnancının Rolü". Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, 2008.
- Baynal, Fatma. "Yetişkinlerde Dindarlık ve Ruh Sağlığı İlişkisinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi". *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi* 4, sy. 1 (2015): 206-231.
- Bergson, Henri. *Ahlak ile Dinin İki Kaynağı*. çev. Mehmet Karasan. Ankara: Doğu Batı Yayınları, 1962.
- Berman, Elisheva. Jon F. Merz, M. Rudnick, R.W. Snyder, K.K. Rogers, J. Lee, D. Johnson, A. Mosenkis, A. Israni, P.R. Wolpe & J.H. Lipschutz. "Religiosity in a Hemodialysis Population and Its Relationship to Satisfaction With Medical Care, Satisfaction With Life, and Adherence". *American Journal of Kidney Diseases* 44, No. 3 (2004): 488-497.
- Bilgin, Abdülcelil. "Din, Dindar, Dindarlık: Özeleştirel Bir Değerlendirme". *Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2, sy. 2 (2014):75-84.
- Bircan, Hasan Hüseyin. *İslam Felsefesinde Mutluluk*. İstanbul: İz Yayıncılık, 2001.
- Biswas-Diener, Robert. Ed Diener & Maya Tamir. "The psychology of subjective wellbeing". *Daedalus* 133, No. 2 (2004): 18-26.
- Bohlke, Maristela. Diego Leite Nunes, S.S. Marini, C. Kitamura, M. Andrade & M.P. Ost Von-Gysel. "Predictors of quality of life among patients on dialysis in Southern Brazil". *Saõo Paulo Medical Journal* 126 (5) (2008): 252-256.
- Bonelli, Raphael. Rachel E. Dew, Harold D.Koenig, David H. Rosmarin & Sasan Vasegh. "Depresyonda Dinî ve Manevî Faktörler: Araştırmaları Biraraya Getirme ve Değerlendirme". çev. Nurten Kımtır. *Dinî Araştırmalar* 16, sy. 43 (2013): 224- 244.
- Boniwell, Ilona. "What is Subjective Well Being and Happiness+11 Interesting Facts About Happiness". 2008, erişim tarihi: 18 Haziran 2017, <http://positivepsychology.org.uk/happiness-and-subjective-well-being/>

- Boulware, L. Ebony, Yongmei Liu, Nancy E. Fink, Josef Coresh, Daniel E. Ford, Michael J. Klag & Neil R Powe. "Temporal relation among depression symptoms, cardiovascular disease events, and mortality in end-stage renal disease: Contribution of reverse causality". *Clin J Am Soc Nephrol* 1 (2006): 496-504.
- Bradburn, Norman M. *The Structure of Psychological Well-Being*. Chicago: Aldine Publishing Company, 1969.
- Brickman, Philip. Dan Coates Ronnie & Janoff-Bulman. "Lottery Winners and Accident Victims: Is Happiness Relative?". *Journal of Personality and Social Psychology* 36, No. 8 (1978): 917-927.
- Brief, Arthur P., Ann Houston Butcher, Jennifer M. George & Karen E. Link. "Integrating Bottom-Up and Top-Down Theories of Subjective Well-Being: The Case of Health". *Journal of Personality and Social Psychology* 64, No. 4 (1993): 646-653.
- Brown, Jonathon D. and Keith A. Dutton. "Truth and Consequences: The Costs and Benefits of Accurate Self-Knowledge". *Personality and Social Psychology Bulletin* Vol. 21, Issue. 12 (1995): 1288-1296.
- Buber, Martin. *I and Thou*. New York: Charles Scribner's Sons, 1970.
- Budak, Selçuk. *Psikoloji Sözlüğü*. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları, 2000.
- Buhârî, Mağâzî.
- Burger, Jerry M. *Kişilik*. çev. İnan Deniz Erguvan Sarioğlu. Kaknüs Yayınları, İstanbul 2008.
- Burns, Dorothy. "Physical and psychosocial adaptation of blacks on hemodialysis". *Applied Nursing Research* 17, No. 2 (2004): 116-124.
- Campbell, Angus. *The sense of well-being in America: Recent patterns and trends*. New York: McGraw-Hill, 1981.
- Camsari, Taner. Caner Cavdar and Tunç Alkin. "Psychosexual function in CAPD and hemodialysis patients". *Peritoneal Dialysis International* 19 (1999): 583-590.
- Carver, Charles S., Michael F. Scheier & Jagdish Kumari Weintraub. "Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach". *Journal of Personality and Social Psychology* 56, No. 2 (1989): 267-283.
- Ceren, Sueda Özcan. "The Role of Hope and Coping Styles in Optimism". Master Thesis, Middle East Technical University, 2013.
- Chan, Christian S. and Jean E. Rhodes. "Religious Coping, Posttraumatic Stress, Psychological Distress, and Posttraumatic Growth Among Female Survivors Four Years After Hurricane Katrina". *Journal of Traumatic Stress* 26 (2013): 257-265.
- Chiang, Chih-Kang. Yu-Sen Peng, Shou-Shan Chiang, Chwei-Shiun Yang, Yang-Hsun He, Kuan-Yu Hung, Kwan-Dun Wu, Ming-Shiou Wu, Cheng-Chung Fang, Tun-Jun Tsai & Wang-Yu Chen. "Health-Related Quality of Life of Hemodialysis Patients in Taiwan: A Multicenter Study". *Blood Purif* 22 (2004): 490-498.

- Ching, Weety Luk Suet. "The quality of life for Hong Kong dialysis patients". *Journal of Advanced Nursing* 35, No. 2 (2001): 218-227.
- Christopher, John Chambers. "Situating Psychological Well-Being: Exploring the Cultural Roots of its Theory and Research". *Journal of Counseling & Develoement* 77, No. 2 (1999):141-152.
- Cinar, Sezgi. Gul Unsal Barlas ve Sule Ecevit Alpar. "Stressors and Coping Strategies in hemodialysis patients". *Pak J Med Sci*, 25, No. 3 (2009): 447-452.
- Cirhinlioğlu, Fatma Gül. *Din Psikolojisi*. Ankara: Nobel Yayınları, 2010.
- Cirhinlioğlu, Fatma Gül ve Üzeyir Ok. "Kadınlar Mı Yoksa Erkekler Mi Daha Dindar?". *Zeitschrift für die Welt der Türken (Journal of World of Turks)* 3, No. 1 (2011): 121-141.
- Clark, Andrew and Andrew Oswald. "Unhappiness and unemployment". *The Economic Journal* 104 (424) (1994): 648-659.
- Cleary, Joanne and Jonathan Drennan. "Quality of life of patients on haemodialysis for end-stage renal disease"., *Journal of Advanced Nursing* 51, Issue. 6 (2005): 577-586.
- Cook, Judith A. and Dale W. Wimberley. "If I Should Die before I Wake: Religious Commitment and Adjustment to the Death of a Child". *Journal for the Scientific Study of Religion* 22 (1983): 222-238.
- Costa, Paul T. And Robert R. McCrae. "Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory". *Psychological Assessment* 4 (1) (1992): 5-13.
- Coştu, Yakup. *Toplumsallaşma ve Dindarlık (Samsun Örneği)*. Ankara: TDV Yayınları, 2011.
- Cottrell, Randal R. *Stress Management*. USA: The Dushkin Publishing Company, 1992.
- Cox, Tom. *Stress* (1st Press). London and Basingstoke: The MacMillan Pres Ltd., 1978.
- Crabtree, Steve and Brett Pelham. "World Gallup Poll: Religion Provides Emotional Boost to World's Poor". *The Gallup Poll*, 2009, erişim tarihi: 16 Haziran 2017, <http://www.gallup.com/poll/116449/religion-provides-emotional-boost-world-poor.aspx>
- Cruz, Jonas Preposi. Paolo C. Colet, Hikmet Qubeilat, Jazi Al-Otaibi, Erwin I. Coronel & Roderick C. Suminta. "Religiosity and Health-Related Quality of Life: A Cross-Sectional Study on Filipino Christian Hemodialysis Patients". *Journal of Religion and Health* 55 (2016): 895-908.
- Ćufta, Muharem. "Kanser Hastalığı İle Başa Çıkmada Dinî İnanç ve Tutumların Rolü (Kosova Örneği)". Doktora Tezi, Uludağ Üniversitesi, 2014.
- Cukor, Daniel. Jeremy Coplan, Clinton Brown, Steven Friedman, Allyson Cromwell-Smith, Rolf A. Peterson & Paul L. Kimmel. "Depression and Anxiety in Urban Hemodialysis Patients". *Clin J Am Soc Nephrol* 2 (2007): 484-490.
- Cüceloğlu, Doğan. *İnsan ve Davranışı: Psikolojinin Temel Kavramları*. İstanbul: Remzi Kitapevi. 30.Basım, 2015.

- Çapoğlu, Bilge. "Hemodiyaliz Hastalarında Başa Çıkma Tarzı, Benlik Saygısı ve Kontrol Odağının Yaşam Kalitesi İle İlişkisi". Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, 2008.
- Çarkoğlu, Ali. Ersin Kalaycıoğlu. "Türkiye'de Dindarlık: Uluslararası Bir Karşılaştırma". *Sabancı Üniversitesi (Rapor)* (2009): 1-43.
- Çelik, Halil Coşkun ve Tarık Acar. "Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi". *Fırat Tıp Dergisi* 12, sy.1 (2007): 23-27.
- Çetinkaya, Selma. Naim Nur, Adnan Ayvaz ve Deniz Özdemir. "Bir Üniversite Hastanesinde Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarında Depresyon, Anksiyete Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tutumları". *Noropsikiyatri Arşivi* 45 (2008): 78-84.
- Çirkin, Zeynep ve Türkmen Göksel. "Mutluluk ve Gelir". *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi* 71, No. 2 (2016): 375-400.
- Çokluk, Ömay. Güçlü Şekercioğlu ve Şener Öztürk. *Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve Lisrel Uygulamaları*. Ankara: Pegem A Yayıncılık. 2. Baskı, 2016.
- Daaleman, Timothy P. "Belief and Subjective Well-Being in Outpatients". *Journal of Religion and Health* 38, No. 3 (1999): 219-227.
- DeNeve, Kristina M. and Harris Cooper. "The Happy Personality: A Meta-Analysis of 137 Personality Traits and Subjective Well-Being". *Psychological Bulletin* 124(2) (1998): 197-229.
- De Sousa, Avinash. "Psychiatric issues in renal failure and dialysis". *Indian J Neprol* 18, Issue. 2 (2008): 47-50.
- Deci, Edward L. and Richard M. Ryan. "Hedonia, Eudaimonia and Well-Being: An Introduction". *Journal of Happiness Studies* 9 (2008): 1-11.
- Diener, Ed. "Subjective Well-Being". *Psychological Bulletin* 95, No. 3 (1984): 542-575.
- Diener, Ed. Robert A. Emmons, Randy J. Larson & Sharon Griffin. "The Satisfaction With Life Scale". *Journal of Personality Assessment* 49, No.1 (1985): 71-75.
- Diener, Ed. Ed Sandvik, Larry Seidlitz & Marissa Diener. "The Relationship Between Income And Subjective Well-Being: Relative Or Absolute?". *Social Indicators Research* 28 (1993): 195-223.
- Diener, Ed. Marissa Diener & Carol Diener. "Factors predicting the subjective wellbeing of nations". *Journal of Personality and Social Psychology* 69, No. 5 (1995): 851-864.
- Diener, Ed and Frank Fujita. "Resources, Personal Strivings and Subjective Well Being: A Nomothetic and Idiographic Approach". *Journal of Personality and Social Psychology* 68, No. 5 (1995): 926-935.
- Diener, Ed. Eunkook Suh and Shigehiro Oishi. "Recent Findings On Subjective Well-Being". *Indian Journal of Clinical Psychology* 24, (1997): 25-41.

- Diener, Ed and Eunkook M. Suh. "Subjective well-being and age: An international analysis". *Annual Review of Gerontology and Geriatrics* 17 (1998): 304-324.
- Diener, Ed. Eunkook M. Suh, Richard E. Lukas and Heidi L. Smith. "Subjective Well-Being: Three Decades of Progress". *Psychological Bulletin* 125, No. 2 (1999): 276-302.
- Diener, Ed. "The Science of Happiness and a Proposal for a National Index". *American Psychologist* 55, No. 1 (2000): 34-43.
- Diener, Ed. Carol L. Gohm, Eunkook Suh & Shigehiro Oishi. "Similarity of the relations between marital status and subjective well-being across cultures". *Journal of Cross-Cultural Psychology* 31, No. 4 (2000): 419-436.
- Diener, Ed and Robert Biswas-Diener. "Will money increase subjective well-being?". *Social Indicators Research* 57(2) (2002): 119-169.
- Diener, Ed. "Findings On Subjective Well-Being and Their Implications for Empowerment". 2003, erişim tarihi: 11 Eylül 2017: <http://siteresources.worldbank.org/INTERPOWERMENT/Resources/4863121095970750368/529763-1095970803335/diener.pdf>.
- Diener, Ed. Shigehiro Oishi and Richard E. Lucas. "Personality, Culture, and Subjective Well-Being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life". *Annual Review of Psychology* 54, (2003): 403-425.
- Diener, Ed. "Frequently Asked Questions (FAQs) About Subjective Well Being", 2009, erişim tarihi: 16 Eylül 2017, <https://internal.psychology.illinois.edu/~ediener/faq.html#SWB>.
- Diener Ed and Katherine Ryan. "Subjective well-being: A general overview". *South African Journal of Psychology* 39(4) (2009): 391-406.
- Diener, Ed and Micaela Y. Chan. "Happy People Live Longer: Subjective Well-Being Contributes to Health and Longevity". *Applied Psychology: Health And Well-Being* 3, No. 1 (2011): 1-43.
- Doğan, Mebrure. "Duanın Psikolojik ve Psikoterapik Etkileri". Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi, 1997.
- _____. "Dindarlık, Sabır ve Psikolojik İyi Olma Arasındaki İlişkiler". Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, 2014.
- Durkheim, Emile. *The elementary forms of religious life*. New York: Free Press, 1915.
- Ecder, Tevfik ve Tekin Akpolat. "Renal Transplantasyon". *Nefroloji El Kitabı*. Ed. T. Akpolat, C. Utaş ve G. Süleymanlar, 349-365. y.y.: Nobel Tıp Kitapevleri. 4. Baskı, 2007.
- Eger, Robert J. and J. Haavard Maridal. "A statistical meta-analysis of the wellbeing literature". *International Journal of Wellbeing* 5(2) (2015): 45-74.
- Ekşi, Halil. "Başa Çıkma, Dinî Başa Çıkma ve Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma". Doktora Tezi, Uludağ Üniversitesi, 2001.
- El-Attâs, Nakîb Muhammed. "İslam'da Mutluluğun Anlamı ve Tecrübesi". çev. Şaban Ali Düzgün. *Kelam Araştırmaları* 9 (2) (2011): 219-238.

- El-İsfahani, Ragıp. *Müfredat: Kur'an Kavramları Sözlüğü*. çev. Yusuf Türker. İstanbul: Pınar Yayınları, 2010.
- Ellison, Christopher. "Religious Involvement and Subjective Well-being". *Journal of Health and Social Behaviour* 32 (1991): 80-99.
- El Nahas, A Meguid and Aminu K Bello. "Chronic Kidney Disease: The Global Challenge". *Lancet* 365 (2005): 331-340.
- Emmons, Robert A. and Raymond F. Paloutzian. "The Psychology of Religion". *Annual Review Psychology* 54 (2003): 377-402.
- Erdem, Neşe. Elanur Karabulutlu, Ayşe Okanlı ve Mehtap Tan. "Hemodiyaliz Hastalarında Umutsuzluk ve Yaşam Doyumu". *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 1, No. 1 (2004): 1-14.
- Ergün, Mustafa. *SPSS for Windows*. Ankara: Ocak Yayınları, 1995.
- Erkuş, Adnan. *Psikolojik Terimler Sözlüğü*. Ankara: Doruk Yay., 1994.
- Eryılmaz, Ali. "Başa Çıkma Stratejilerinin Kişilik Özellikleri ile Ergen Öznel İyi Oluşu Arasındaki Aracı Rolü". Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, 2009.
- _____. "Pozitif Psikolojinin Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Alanında Gelişimsel ve Önleyici Hizmetler Bağlamında Kullanılması". *The Journal of Happiness & Well-Being* 1(1) (2013): 1-20.
- Eryücel, Sema. "Yaşam Olayları ve Dinî Başa Çıkma". Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, 2013.
- Evans, Roger W., Diane L. Manninen, Louis P. Garrison, L. Gary Hart, Christopher R. Blagg, Robert A. Gutman, Alan R. Hull & Edmund G. Lowrie. "The quality of life of patients with end stage renal disease". *New England Journal of Medicine* 312, No. 9 (1985): 553-559.
- Feher, Shoshanah and Rose C. Maly. "Coping with breast cancer in later life: the role of religious faith". *Psycho-oncology* 8 (5) (1999): 408-416.
- Feist, Gregory J., Todd E. Bodner, John F. Jacobs, Marilyn Miles & Vickie Tan. "Integrating Top-Down and Bottom-Up Models of Subjective Well-Being: A Longitudinal Investigation". *Journal of Personality and Social Psychology* 68, No. 1 (1995): 139-150.
- Finkelstein, Fredric O. and Susan H. Finkelstein. "Depression in chronic dialysis patients: assessment and treatment". *Nephrol Dial Transplant* 15(12) (2000): 1911-1913.
- Finkelstein, Fredric O., William West, Jaya Gobin, Susan H. Finkelstein & Diane Wuerth. "Spirituality, quality of life and the dialysis patient". *Nephrol Dial Transplant* 22 (2007): 2432-2434.
- Folkman, Susan and Richard S. Lazarus. "If It Changes It Must Be A Process: Study of Emotion and Coping During Three Stages of A College Examination". *Journal of Personality and Social Psychology* 28, No. 1 (1985): 150-170.
- Folkman, Susan. Richard S. Lazarus, Rand J. Gruen & Anita DeLongis. "Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms". *Journal of Personality and Social Psychology* 50, No. 3 (1986): 571-579.

- Fonrobert, Charlotte Elisheva. "Tevrat'ı Çoğaltmak Hayatı Çoğaltmaktır: Yahudi Kültüründe Aklın Yaratıcılığı ve Her Günün Yaratıcılığı". *Dünya Dinlerinde Hayatın Anlamı*. Ed. J. Runzo-N.M. Martin. çev. Gamze Varım, 121-126. İstanbul: Say Yay., 2002.
- Frager, Robert. *Kalp, Nefs ve Ruh: Tekâmül, Denge ve Uyumun Sufice Psikolojisi*. çev. İbrahim Kapaklıkaya. İstanbul: Gelenek Yayıncılık, 2011.
- Francis, Leslie J. "Dinde Cinsiyet Farklılıklarının Psikolojisi: Deneysel Araştırmalar Üzerine Bir İnceleme". çev. Muammer Cengil, *Hitit Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* 9, sy. 18 (2010/2): 199-211.
- Frankl, Viktor E. *İnsanın Anlam Arayışı*. çev. Selçuk Budak. Ankara: Edesos Yayınevi, 1991.
- _____. "Kendini Gerçekleştirme ve Kendini İfade Etmenin Ötesinde". Der. Kemal Sayar. *Sana Ruhtan Soruyorlar*. İstanbul: İz Yayınları, 1991.
- Freud, Sigmund. *Dinin Kökenleri*. çev. Selçuk Budak. Ankara: Öteki Yayınevi, 1999.
- Frazier, P. A., A. S. Krasnoff and C. L. Port. "The role of religion in coping with chronic medical conditions". *Paper presented at the 103rd Annual Convention of the American Psychological Association*, New York (1995).
- Freitag, Erhard F. *Pozitif Düşünce*. İstanbul: Omega Yayınları. 3. Baskı, 2008.
- Fromm, Erich. *Psychoanalysis and religion*. New Haven: Yale University Press, 1950.
- _____. *Sahip Olmak Ya Da Olmak*. çev. Aydın Arıtan. İstanbul: Arıtan Yayınevi, 2003.
- _____. *Psikoanaliz ve Din*. çev. Aydın Arıtan. İstanbul: Arıtan Yayınevi, 2004.
- Fujita, Frank. "An investigation of the relation between extraversion, neuroticism, positive affect, and negative affect". Master's Thesis, University Ill., 1991.
- Fujita, Frank. Ed Diener & E. Sandvik. "Gender Differences in Negative Affect and Well-Being: The Case for Emotional Intensity,". *Journal of Personality and Social Psychology* 61, No. 3 (1991): 427-434.
- Fukuhara, Shunichi. Antonio Alberto Lopes, Jennifer L. Bragg-Gresham, Kiyoshi Kurokawa, Donna L. Mapes, Tadao Akizawa, Ju" Rgen Bommer, Bernard J. Canaud, Friedrich K. Port & Philip J. Held. "Health-related quality of life among dialysis patients on three continents: The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study". *Kidney International* 64 (2003): 1903-1910.
- Fuller, Andrew Reid. *Psychology and Religion: Eight Points of View*. London: Rowman& Littlefield. Third Edition, 1994.
- Gable, Shelly L. and Jonathan Haidt. "What (and Why) Is Positive Psychology?". *Review of General Psychology*. 9, No. 2 (2005): 103-110.
- Garofalo, Giovanni. "The Effects Of Social Comparisons On Happiness In A Motivational Context". Yüksek Lisans Tezi, Kent State University, 2008.
- Gataūlinas, A. and M. Banceviča. "Subjective Health and Subjective Well-Being (The Case of EU Countries)". *Advances in Applied Sociology* 4, (2014): 212-223.

- GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. "Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013". *Lancet* 385 (2015): 117-171.
- Geertz, Clifford. "Religion as a cultural system". *Anthropological approaches to the study of religion*. Ed. M. Banton, 1-46. London: Tavistock, 1966.
- Genia, Vicky and Barbara Ann Cooke. "Women at Midlife: Spiritual Maturity and Life Satisfaction". *Journal of Religion and Health* 37, No. 2 (1998): 115-124.
- George, Linda K., David B. Larson, Harold G. Koenig & Michael E. McCullough. "Spirituality and Health: What We Know, What We Need To Know". *Journal of Social and Clinical Psychology* 19, No. 1 (2000): 102-116.
- Gibbs, Harriett Weidman and Jeanne Achterberg-Lawlis. "Spiritual Values and Death Anxiety: Implications for Counseling With Terminal Cancer Patients". *Journal of Counseling Psychology* 25, No. 6 (1978): 563-569.
- Gillet, Richard and Patric C. Pietroni. *Depresyon: Stresler-Bunalımlar*. çev. Ziya Kütevin ve Esra Kütevin. İstanbul: İnkılâp Kitapevi, 1990.
- Gorsuch, Richard L. "The Boon and Bane of Investigating Religion", *American Psychologist* 39 (1984): 228-236.
- Gökçe, Seher. "Renal Replasman Tedavisi Alan Hastalarda Yaşam Kalitesi". Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi, 2010.
- Grabmeier, Jeff, "The psychology behind religious belief", 2015, erişim tarihi: 18 Temmuz 2017, <https://news.osu.edu/news/2015/10/05/the-psychology-behind-religious-belief/>.
- Green, Morgan and Marta Elliott. "Religion, Health, and Psychological Well-Being", *Journal of Religion and Health* 49 (2010): 149-163.
- Greenberg, Jerrold S. *Comprehensive Stress Management*. Dubuque: W. C. Brown Communications. Fourth Edition, 1993.
- Greenberg, Jerald and Robert A. Baron. *Behaviour in Organizations: Understanding-Meaning the Human Side of Work*. New Jersey: Prentice-Hall International Inc., Fifth Edition, 1995.
- Gurin, Gerald and Joseph Veroff, Sheila Feld. *Americans view their mental health*. Ann Arbor: University of Michigan, Survey Recent Center, 1960.
- Güç, Ahmet. "Konfüçyanizm". *Yaşayan Dünya Dinleri*. Ed. Şinasi Gündüz, 383-397. Ankara: DİB Yayınları, 2010.
- Güllüoğlu, Özlem. "Yerel Televizyon Çalışanlarının Örgütsel Stres Faktörleri: Kayseri İlinde Bir Araştırma". *İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi* sy. 43 (2012): 77-104.
- Gülüşan Göcen. *Şükür: Pozitif Psikolojiden Din Psikolojisine Köprü*. İstanbul: Dem Yayınları, 2014.
- Günay, Ünver, *Erzurum ve Çevre Köylerinde Dinî Hayat* İstanbul: Erzurum Kitaplığı Yayınları, 1999.

- Güner, Ayşe. “Lise Öğrencilerinde Stres Başa Çıkma ve Dinî Başa Çıkma”. Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi, 2006.
- Güven, Hülya. “Depresyon ve Dindarlık İlişkisi”. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, 2008.
- Hackney, Charles and Glenn S. Sanders. “Religiosity and Mental Health: A Meta-Analysis of Recent Studies”. *Journal for the Scientific Study of Religion* 42: 1 (2003): 43-55.
- Hakami, Hassan. Mohamed Said Abdelsalam, Mohamed Rashawn, Mohammed Mahdi Althaf, Hossam Ibrahim, Ihab A. Ibrahim & Osman Alfurayh. “Depression in End-Stage Renal Disease Patients on Hemodialysis-A Single Center Experience in Saudi Arabia”. *Urology & Nephrology Open Access Journal* 3, Issue. 6 (2016): 1-3.
- Hamilton, Malcolm B. “Din ve Anlam”. çev. A. Vahap Taştan. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 1, sy. 9 (2000): 529-537.
- Hançerlioglu, Orhan. *Felsefe Ansiklopedisi Kavramlar ve Akımlar*. İstanbul: Remzi Kitabevi. Birinci Basım, 1978.
- Haring, Marilyn J., William A. Stock & Morris A. Okun. “A Research Synthesis of Gender and Social Class as Correlates of Subjective Well-Being”. *Human Relations* 37, Issue. 8 (1984): 645-657.
- Harris, Susan A.C. and Edwina A. Brown. “Patients surviving more than 10 years on haemodialysis. The natural history of the complications of treatment”. *Nephrology Dialysis Transplantation* 13 (1998): 1226-1233.
- Harvey, Idethia Shevon and Lawanda Cook. “Exploring the role of spirituality in self-management practices among older African-American and non-Hispanic White women with chronic conditions”. *Chronic Illness* 6, Issue. 2 (2010): 111-124.
- Hayward, R. David. Amy D. Owen, Harold G. Koenig, David C. Steffens & Martha Payne. “Religion and the Presence and Severity of Depression in Older Adults”. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 20, No. 2 (2012): 188-192.
- Headey, Bruce and Alexander Wearing. “Personality, life events, and subjective wellbeing: Toward a dynamic equilibrium model”. *Journal of Personality and Social Psychology* 57 (4) (1989): 731-739.
- Headey, Bruce and Alex Wearing. *Understanding happiness: A theory of subjective well-being*. Melbourne: Longman Cheshire, 1992.
- Hefferon, Kate and Ilona Boniwell. *Positive Psychology Theory, Research and Applications*. New York: The McGraw-Hill Companies, 2011.
- Heidarzadeh, Mehdi. Solmaz Atashpeikar and Tahereh Jalilazar. “Relationship between quality of life and self-care ability in patients receiving hemodialysis”. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 15, No. 2 (2010): 66-71.
- Hiçdurmaz, Duygu ve Fatma Öz. “Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastaların Stresle Başa Çıkma Biçimleri”. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 16, No. 3 (2009): 1-16.

- Hill, Peter C., Kenneth I. Pargament. "Din ve Maneviyatın Kavramlaştırılması ve Ölçülmesindeki Gelişmeler: Beden ve Ruh Sağlığı Araştırmaları için Olası Bulgular". çev. Mustafa Ulu, *Bilimname* XXVIII, 1 (2015): 343-368.
- Hojjati, H., Motlagh M., Nuri F., Sharifnia S. H., Mohammadnejad E. & Heydari B. "Relationship between different dimensions of prayer and spiritual health in hemodialysis patients". *Iranian Journal of Critical Care Nursing* 2, Issue. 4 (2010): 149-152.
- Holdcroft, Barbara. "What Is Religiosity?". *Catholic Education: A Journal of Inquiry and Practice* 10, No. 1 (2006): 89-103.
- Holm, N. Gills. *Din Psikolojisine Giriş*. çev. Abdulkerim Bahadır. İstanbul: İnsan Yayınları, 2004.
- Holt, Jennifer L., Bonnie L. Houg and John L. Romano. "Spiritual Wellness for Clients With HIV/AIDS: Review of Counseling Issues". *Journal of Counseling & Development* 77, No. 2 (1999): 160-170.
- Hood, Ralph W., Peter C. Hill and Bernard Spilka. *The Psychology of Religion: An Empirical Approach*. New York-London: The Guilford Press. Fourth Edition, 2009.
- Horning, Sheena M., Hasker P. Davis, Michael Stirrat, & R. Elisabeth Cornwell. "Atheistic, agnostic, and religious older adults on well-being and coping behaviors". *Journal of Aging Studies* 25, No. 2 (2010): 177-188.
- Horozcu, Ümit. "Tecrübî Araştırmalar Işığında Dindarlık ve Maneviyat ile Ruhsal ve Bedensel Sağlık Arasındaki İlişki". *Milel ve Nihal İnanç, Kültür ve Mitoloji Araştırmaları Dergisi* 7, sy. 1 (2010): 209-240.
- Houston, John P., Helen Bee and David C. Rimm. *Essentials of Psychology*. London: Academic Press Inc., Second Edition, 1985.
- Hökelekli, Hayati. *Din Psikolojisi*. Ankara: TDV Yayınları, 2008.
- _____. *İslam Psikolojisi Yazıları*. İstanbul: Dem Yayınları, 2009.
- _____. *Din Psikolojisine Giriş*. İstanbul: Dem Yayınları, 2012.
- Huppert, Felicia A. "Psychological well-being: Evidence regarding its causes and consequences". *Applied Psychology: Health and Well-Being* 1 (2009): 137-164.
- Idler, Ellen. "The Psychological and Physical Benefits of Spiritual/Religious Practices". *Spirituality in Higher Education Newsletter* 4, Issue. 2 (2008): 1-5.
- Ironside, Pamela M., Martha Scheckel, Constance Wessels, Mary E. Bailey, Sharon Powers & Deana K. Seeley. "Experiencing chronic illness: Cocreating new understandings". *Quality of Health Research* 13, Issue. 2 (2003): 171-183.
- Ivtzan, Itai. Christine P. L. Chan, Hannah E. Gardner & Kiran Prashar. "Linking Religion and Spirituality with Psychological Well-being: Examining Self-actualisation, Meaning in Life, and Personal Growth Initiative". *Journal of Religion and Health* 48, No. 1 (2009): 1-17.

- Jain, Ayushi. Sourya Acharya and Samarth Shukla. "Study of Cognitive Impairment and Depression in end Stage Renal Disease (Esrđ) Patients". *International Journal of Medical Science and Clinical Inventions* 4, Issue. 3 (2017): 2774-2778.
- James, William. *The Varieties of Religious Experience: A Study in Human Nature*. London: Routledge Inc., Centenary Edition, 2002.
- Jan, Vachek. Oskar Zakiyanov and Vladimír Tesar. "Chronic kidney disease". *Interni Medicina*, 14(3) (2012): 107-110.
- Jarden, Aaron. "Positive Psychologists on Positive Psychology". *International Journal of Wellbeing* 2 (2) (2012): 79-82.
- Jasarevic, Armin. "Bosnalı Gençlerde Din ve Mutluluk İlişkisi Üzerine Araştırma". Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi, 2014.
- Jeeves, M.A., "Din Psikolojisi". çev. Ahmet Albayrak. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi* 10, sy. 2 (2010): 275-286.
- Jenkins, RA. and Kenneth I. Pargament. "Cognitive appraisals in cancer patients". *Social Science and Medicine* 26, No. 6 (1988): 625-633.
- Johnson, P.E. *Psychology of religion*. Nashville: Abingdon Press, 1959.
- Jørgensen, Ingvild S. and Hilde Eileen Nafstad. "Positive Psychology: Historical, Philosophical, and Epistemological Perspectives". *Positive Psychology in Practice*. Ed. P. Alex Linley and Stephen Joseph, 15-34. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., 2004.
- Jungers, Paul. Philippe Chauveau, B Descamps-Latscha & C Jacobs. "Age and genderrelated incidence of chronic renal failure in a French urban area: a prospective epidemiologic study". *Nephrol Dial Transplant* 11 (1996): 1542-1546.
- Kalyoncu, Zeynep. "Duygusal Zekâ İle Örgütten Kaynaklanan Stres Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Hemşireler Üzerinde Bir Araştırma". Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, 2011.
- Kamal, Nashwa Nabil. Emad G. Kamel, Khaled H. Eldessouki & Marwa G. Ahmed. "Health-related quality of life among hemodialysis patients at El-Minia University Hospital, Egypt". *Journal of Public Health* 21 (2013): 193-200.
- Kaptan, Saim. *Bilimsel Araştırma ve İstatistik Teknikleri*. Ankara: Rehber Yayınevi, 1995.
- Karaca, Faruk. *Ölüm Psikolojisi*. İstanbul: Beyan Yayınları, 2000.
- _____. *Psiko-Sosyal Açıdan Yabancılaşma ve Dinî Hayat*. İstanbul: Bil Yayınları, 2001.
- _____. *Din Psikolojisi*. Trabzon: Eser Ofset Matbaacılık, 2011.
- _____. "Kader Algısı-Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki Üzerine Empirik Bir Araştırma (Farklı Kader Algılarının Psikoterapik Değeri Üzerine)". *İslami Araştırmalar Dergisi* 19, sy. 3 (2006): 479-489.

- Karaca, Semra. Sezgi Çınar ve Zerrin B. Bahçebaşı. “Hastaların Perspektifinden: Periton Diyalizinin Yaşama ve Ruhsal Belirtilere Etkisi”. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2, sy. 4 (2012): 169-174.
- Karacoşkun, M. Doğan. “Dinî İnanç-Dinî Davranış İlişkisine Soyo-Psikolojik Yaklaşımlar”. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi* 4 (2) (2004): 23-36.
- _____. *Din Psikolojisi (El Kitabı)*. Ankara: Grafiker Yayınları, 2012.
- Karamustafaoğlu, Sevilay. Ahmet Bolat, Yusuf Kaşıkçı ve Salih Değirmenci. “8. Sınıf Öğrencilerinin Temel Eğitimdeki Astronomi Konuları Hakkındaki Görüşleri”. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi* 5, sy. 1 (2016): 387-397.
- Karasar, Niyazi. *Bilimsel Araştırma Yöntemi: Kavramlar, İlkeler, Teknikler*. Ankara: 3A Araştırma Eğitim Danışmanlık Ltd., 5. Basım, 1994.
- Karavaşin, Hakkı. *Bir Batı Anadolu Kasabasında Dinî Hayat-Gördes Örneği*. Ankara: Birleşik Yayınları, 2007.
- Karşlı, Necmi. “Dindarlık ve Öfke Kontrolü İlişkisi Üzerine Tecrübî Bir Araştırma”. *Ekev Akademi Dergisi* Y. 16, sy. 50 (2012): 57-70.
- Kasapoğlu, Figen ve Ali Kış. “Öznel İyi Oluşun Cinsiyet Açısından İncelenmesi: Bir Meta-Analiz Çalışması”. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 12, No. 3 (2016): 770-782.
- Kavros, Peregrine Murphy. *Religious, Encyclopedia of Psychology And Religion*. 1. Volume. Ed. David Adams Leeming, Kathryn Wood Madden & Stanton Marian, 770. New York: Springer, 2009.
- _____. “Religiosity; Religious”. *Encyclopedia of Psychology and Religion*. Ed. David Adams Leeming, Kathryn Wood Madden & Stanton Marian, 768-771. New York: Springer Reference, 2010.
- Kayıklık, Hasan. *Orta Yaş ve Yaşlılıkta Dinsel Eğilimler*. Adana: Baki Kitabevi, 2003.
- _____. “Değişen Dünyada Birey, Din ve Dindarlık”. *Dindarlığın Sosyo-Psikolojisi*. Ed. Ünver Günay ve Celaledin Çelik. Adana: Karahan Kitabevi, 2006.
- _____. *Din Psikolojisi: Bireysel Dindarlık Üzerine*. Adana: Karahan Kitapevi, 2011.
- Kayri, Murat. “Araştırmalarda Gruplar Arası Farkın Belirlenmesine Yönelik Çoklu Karşılaştırma (Post-Hoc) Teknikleri”. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 19, sy.1 (2009): 51-64.
- KDIGO, “Definition and classification of CKD”, *Kidney International Supplements* 3, Issue. 1 (2013): 19-62. (in *Official Journal of the International Society of Nephrology*, KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease)
- Keyes, Corey L. M., Dov Shmotkin & Carol D. Ryff. “Optimizing Well-Being: The Empirical of Two Traditions”. *Journal of Personality and School Psychology* 82, No. 6 (2002): 1007-1022.
- Khramtsova, Irina. David A. Saarnio, Tamara Gordeeva & Katharine Williams. “Happiness, Life Satisfaction, and Depression in College Students: Relations with Student Behaviors and Attitudes”. *American Journal of Psychological Research* 3, No. 1 (2007): 8-16.

- Kımtır, Nurten. "Benlik Saygısı ve Dindarlık İlişkisi". Doktora Tezi, Uludağ Üniversitesi, 2008.
- Kırman, Fatma. "Stres ve Din: Lise Gençliği Üzerine Psikolojik Bir Araştırma (Kahramanmaraş Örneği)". Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, 2013.
- Kıvrak, Burcu. "Diyaliz ve Renal Transplantasyon Hastalarında Beden İmaj Algısının Kişilerarası İlişkiler Açısından İncelenmesi". Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Maltepe Üniversitesi, 2008.
- Kızılgeçit, Muhammed. "Yalnızlık Umutsuzluk ve Dindarlık İlişkisi". Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, 2011.
- Kimmel, Paul L., Rolf A. Peterson, Karen L. Weihs, Samuel J. Simmens, Sylvan Alleyne, Illuminado Cruz & Judith H. Veis. "Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients". *Kidney International*, 54 (1998): 245-254.
- Kimmel, Paul L., Mae Thamer, Christian M Richard & Nancy F Ray. "Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease". *American Journal of Medicine* 105, Issue. 3 (1998): 214-221.
- Kitab-ı Mukaddes*, Kitab-ı Mukaddes Şirketi, İstanbul 1993.
- Ko, Benjamin. Amandeep Khurana, Judy Spencer, Barb Scott, Marsha Hahn & Mary Hammes. "Religious beliefs and quality of life in an American inner-city haemodialysis population". *Nephrol Dial Transplant* 22 (2007): 2985-2990.
- Koç, Mustafa. "Ruh Sağlığı ile Dinî Başa Çıkma Metodu Olarak Dua ve İbadet Fenomeni Arasındaki İlişki Üzerine Psikolojik Bir Yaklaşım". *EKEV Akademi Dergisi* Y. 9, sy. 24 (2005): 11-32.
- _____. "Yetişkinlik Döneminde Dindarlık ile Benlik Kavramı Değişkenleri Arasındaki İlişki". Doktora Tezi, Uludağ Üniversitesi, 2008.
- _____. "Dindarlık İle Benlik Saygısı Arasındaki İlişki: Yetişkinler Üzerine Ampirik Bir Araştırma". *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* 18, sy. 1 (2009): 473-493.
- _____. "Demografik Özellikler İle Dindarlık Arasındaki İlişki: Yetişkinler Üzerine Ampirik Bir Araştırma". *Uludağ Üniversitesi İlâhiyat Fakültesi Dergisi* 19, sy. 2 (2010): 217-248.
- Koenig, Harold G. "Religious attitudes and practices of hospitalized medically ill older adults". *Int J Geriatr Psychiatry Med.* 13, No. 4 (1998): 213-224.
- _____. "Religion, Spirituality and Medicine: Research Findings and Implications for Clinical Practice". *Southern Medical Journal* 97, No. 12 (2004): 1194-1200.
- Koenig, Harold G., Linda K. George & Patricia Titus. "Religion, spirituality, and health in medically ill hospitalized older patients". *Journal of the American Geriatrics Society* 52, Issue 4 (2004): 554-562.
- Korap, Süel. "Hemodiyaliz Hastalarında Depresyona Bilişsel Yaklaşım". Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, 2000.

- Köklü, Nilgün. Şener Büyüköztürk ve Ömay Çokluk Bökeoğlu. *Sosyal Bilimler İçin İstatistik*. Ankara: Pegem A Yayıncılık. Geliştirilmiş 2. Baskı, 2006.
- Köktaş, M. Emin. *Türkiye’de Dinî Hayat*. İstanbul: İşaret Yayınları, 1993.
- Köroğlu, Cemile Zehra. “Türkiye’de Dinî Hayatın İncelenmesi: Bütüncül Bir Yaklaşım”. *Gümüşhane Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* 1, sy. 2 (2012): 82-102.
- Köse, Ali. *Freud ve Din*. İstanbul: İz Yayıncılık, 2000.
- _____. “Sekülerleşme Teorileri Bağlamında Türkiye’de Din ve Modernleşme”. *Laik Ama Kutsal*. Ed. Ali Köse, 16. İstanbul: Etkileşim Yayınları, 2006.
- _____. *Enteller Aleykümselâm Der Mi?*. İstanbul: İz Yayıncılık, 2012.
- Köse, Ali ve Ali Ayten. *Din Psikolojisi*. İstanbul: Timaş Yayınları, 2012.
- Köylü, Mustafa. “Ruh ve Beden Sağlığı İle Din İlişkisi Üzerine Yapılan Araştırmaların Bir Değerlendirmesi”. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* sy. 28 (2010): 5-36.
- Krause, Neal. “Religion and Health in Late Life”. *Handbook of the Psychology of Aging*. Ed. James E. Birren & K. Warner Schaie, 499-518, London: Elsevier Academic Press, 2006.
- Kula, Naci. *Kimlik ve Din*. İstanbul: Ayışığı Kitapları, 2001.
- Kur’an-ı Kerim*.
- Kurt, Abdurrahman. “Dindarlığı Etkileyen Faktörler”. *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* 18, sy. 2 (2009): 1-26.
- Kurt, Emine. “Kanser Hastalarında Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Dindarlık”. *Din, Değerler ve Sağlık*. Ed. Hayati Hökelekli, 171-208. İstanbul: Dem Yayınları, 2017.
- Küçükcan, Talip ve Ali Köse. *Doğal Afetler ve Din*. Ankara: Türkiye Diyanet Vakfı Yayınları, 2000.
- Larson, David B., Harold G. Koenig, Berton H. Kaplan, Raymond S. Greenberg, Everett Logue & Herman A. Tyroler. “The impact of religion on men's blood pressures”. *Journal of Religion and Health* 28, No. 4 (1989): 265-278.
- Lazarus, Richard S. and Susan Folkman. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer, 1984.
- _____. “Transactional Theory And Research On Emotions and Coping”. *European Journal of Personality* 1 (1987): 141-170.
- Lee, Gary R., Karen Seccombe and Constance L. Shehan. “Marital Status and Personal Happiness: An Analysis of Trend Data”. *Journal of Marriage and the Family* 53 (1991): 839-844.
- Leuba, James H., *A psychological Study of Religion*. New York: The Macmillan Company, 1912.
- Levin, Jeffrey S. and Preston L. Schiller. “Is there a religious factor in health?”. *Journal of Religion and Health* 26, No. 1 (1987): 9-36.

- Levy, NB. "Chronic renal failure and its treatment: dialysis and transplantation". *Psychiatric Care of the Medical Patient*. Ed. A Stoudemire and BS Fogel, 629-630. New York: Oxford University Press, 1993.
- Lindqvist, Ragny. Marianne Carlsson & Per-Olow Sjöden. "Coping strategies and quality of life among patients on haemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis". *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 12, No. 4 (1998): 223-230.
- Lipner, Julius. "Hinduların Hayata Bakış Açısı". *Dünya Dinlerinde Hayatın Anlamı*, Ed. J. Runzo-N.M. Martin, çev. Gamze Varım. İstanbul: Say Yay., 2002.
- Longman-Metro Büyük İngilizce Türkçe-Türkçe Sözlük*. İstanbul: Metro Kitap Yayın Pazarlama, 1993.
- Lucas, Richard E., Ed Diener, A. Grob, E. Suh & L. Shao. "Extraversion and pleasant affect: Analyses from 40 nations. Manuscript submitted for publication, University of Illinois, 1998.
- Lucas, Richard E. and Frank Fujita. "Factors influencing the relation between extraversion and pleasant affect". *Journal of Personality and Social Psychology* 79 (2000): 1039-1056.
- Lucchetti, Giancarlo. Luiz Guilherme Camargo de Almeida and Alessandra Lamas Granero. "Spirituality for dialysis patients: should the nephrologist address?". *J Bras Nefrol* 32, No. 1 (2010): 126-130.
- MacLean, Charles D., B. Susi, N. Phifer, L. Schultz, D. Bynum, M. Franco, A. Klioze, M. Monroe, J. Garrett & S. Cykert. "Patient preference for physician discussion and practice of spirituality". *Journal of General Internal Medicine* 18, Issue. 1 (2003): 38-43.
- Malkoç, Asude. "Öznel İyi Oluş Müdahale Programının Üniversite Öğrencilerinin Öznel İyi Oluş Düzeylerine Etkisi". Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, 2011.
- Markham, Ursula. *Kadınlar İçin Stres El Kitabı*. çev. Türkan Tezcan. İstanbul: Alfa Yayınları, 1998.
- Martínez, Beatriz Bertolaccini and Rodrigo Pereira Custódio. "Relationship between mental health and spiritual wellbeing among hemodialysis patients: a correlation study". *Sao Paulo Medical Journal* 132, No.1 (2014): 23-27.
- Martiny, Camila. A. C. de Oliveira e Silva, J. P. S. Neto and A. E. Nardi. "Psychiatric disorders in patients with end-stage renal disease". *Journal of Renal Care* 38 (2012): 131-137.
- Maselko, Joanna and Laura D. Kubzansky. "Gender differences in religious practices, spiritual experiences and health: Results from the US General Social Survey". *Social Science & Medicine* 62 (2006): 2848-2860.
- Maslow, Abraham. *İnsan Olmanın Psikolojisi*, çev. Okhan Gündüz. İstanbul: Kuraldışı Yayınları, 2001.
- Maton, Kenneth I. "The Stress-Buffering Role of Spiritual Support: Cross-Sectional and Prospective Investigations". *Journal for the Scientific Study of Religion* 28, No. 3 (1989): 310-323.

- Mazairac, Albert H.A., M.P.C. Grooteman, P.J. Blankestijn, E.L. Penne, N.C. van der Weerd, C.H. den Hoedt, M.A. van den Dorpel, E. Buskens, M.J. Nube, P.M. ter Wee, G.A. de Wit & M.L. Bots. "Differences in quality of life of hemodialysis patients between dialysis centers". *Qual Life Res.* 21 (2012): 299-307.
- McCullough, Michael E., William T. Hoyt, David B. Larson, Harold G. Koenig & Carl Thoresen. "Religious involvement and mortality: A meta-analytic review". *Health Psychology* 19, No. 3 (2000): 211-222.
- McFarland, Cathy and Dale T. Miller. "The framing of relative performance feedback: Seeing the glass as half empty or half full". *Journal of Personality and Social Psychology* 66 (6) (1994): 1061-1073.
- McMahon, D. M. *Happiness: A history (1st ed.)*. New York: Atlantic Monthly Press, 2006.
- Mehmedoğlu, Ali Ulvi. *Kişilik ve Din*. İstanbul: D.E.M. Yayınları, 2004.
- Merkus, Maruschka P., Kitty J. Jager, Friedo W. Dekker, Els W. Boeschoten, Paul Stevens & Raymond T. Krediet. "Quality of life in patients on chronic dialysis: selfassessment 3 months after the start of treatment". *American Journal of Kidney Disease* 29 (4) (1997): 584-592.
- Merkus, Maruschka P., Kitty J. Jager, Friedo W. Dekker, Rob J. De Haan, Els W. Boeschoten & Raymond T. Krediet. "Quality of life over time in dialysis: The Netherlands Cooperative Study on the Adequacy of Dialysis". *Kidney International* 56, (1999): 720-728.
- Miller, Alan S. and Rodney Stark. "Gender and Religiousness: Can Socialization Explanations Be Saved?". *American Journal of Sociology* 107, No. 6 (2002): 1399-1423.
- Miller, Alan S. and John P. Hoffmann. "Risk and Religion: An Explanation of Gender Differences in Religiosity", *Journal for the Scientific Study of Religion* 34, 1 (1995): 63-75.
- Mingardi, Giulio. Luigi Cornalba, Emanuela Cortinovia, Resy Ruggiata, Paola Mosconi, & Giovanni Apolone. "Health-related quality of life in dialysis patients: A report from an Italian study using the SF-36 health survey". *Nephrology Dialysis and Transplantation* 14, No. 6 (1999): 1503-1510.
- Mittal, Sanjeev K., Lori Ahern, Edith Flaster, John K. Maesaka & Steven Fishbane. "Self-assessed physical and mental function of haemodialysis patients". *Nephrol Dial Transplant* 16 (7) (2001): 1387-1394.
- Moattari, Marzieh. Marzieh Ebrahimi, Nasrin Sharifi & Jamshid Rouzbeh. "The effect of empowerment on the self-efficacy, quality of life and clinical and laboratory indicators of patients treated with hemodialysis: a randomized controlled trial". *Health and Quality of Life Outcomes* 10: 115 (2012): 1-10.
- Mollaoğlu, Mukadder. "Diyaliz Hastalarında Yeti Yitimi, Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Öz Yeterlilik Durumu". *TAF Preventive Medicine Bulletin* 10(2) (2011): 181-186.
- Moneta, Giovanni B. "The Flow Experience Across Cultures". *Journal of Happiness Studies* 5, (2004): 115-121.

- Moss, R.H. and A.G. Billings. "Conceptualizing and Measuring Coping Resources and Processes". *Handbook of Stress*. Eds. Goldberg, L. & Brenznitz. S., London: Collier Macmillan Publishers, 1982.
- Mutçalı, Serdar. *Arapça - Türkçe Sözlük*. İstanbul: Dağarcık Yayınları, 1995.
- Mutlu, Ercan. "Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri, Sosyal Destek Kaynakları ve Hastalık Sürecinin Benlik Saygısına Etkisi". Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, 2007.
- Mutlu, Kayhan. "Bir Dindarlık Ölçeği (Sosyolojide Yöntem Üzerine Bir Tartışma)". *İslami Araştırmalar Dergisi* III, sy. 4 (1989): 194-199.
- Myers, David G. and Ed Diener. "Who is Happy?". *American Psychological Society*, 6, No. 1 (1995): 10-17.
- _____. "The Pursuit of Happiness", *Scientific American* 274, Issue. 5 (1996): 54-56.
- Myers, David G. "Religion and Human Flourishing". *The Science of Subjective Well-Being*. Ed. M. Eid and R.J. Larsen, 323-343. New York: The Guilford Press, 2008.
- National Kidney Foundation. "K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification". 2002, erişim tarihi: 03 Haziran 2017, https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/ckd_evaluation_classification_stratification.pdf.
- National Kidney Foundation. "Global Facts: About Kidney Disease". 2015, erişim tarihi: 20 Haziran 2017, https://www.kidney.org/kidneydisease/global-facts-about-kidney-disease#_ENREF_2.
- Nişel, Rauf Nurettin. Ayşe Çınar ve Hüseyin Ekizler. "Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Uluslararası Mukayeseli Analizi". *Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi* 38, sy. 1 (2016): 249-259.
- Norfok, Donald. *İş Hayatında Stres Kaynakları*. çev. Leyla Serdaroğlu. İstanbul: Form Yayınları, 1989.
- O'Brien, Mary Elizabeth. "Religious faith and adjustment to long-term hemodialysis". *Journal of Religion and Health* 21 (1982): 68-80.
- O'Donnell, K. and JY Chung. "The diagnosis of major depression in end stage renal disease". *Psychother Psychosom* 66 (1) (1997): 38-43.
- Oishi, Shigehiro. Edward F. Diener, Richard E. Lucas & Eunkook M. Suh. "Cross-Cultural Variations in Predictors of Life Satisfaction: Perspectives From Needs and Values". *Personality And Social Psychology Bulletin* 25, No. 8 (1999): 980-990.
- Okutan, Mustafa ve Dilaver Tengilimoğlu. "İş Ortamında Stres ve Stresle Başa Çıkma Yöntemleri: Bir Alan Uygulaması", t.y., erişim tarihi: 23 Temmuz 2017, <http://www.koniks.com/data/pdf/4302.pdf>.
- Okyayuz, Ülgen. "Ölüm ve Ölümcül Hastalık". *Kriz Dergisi* 3 (1-2) (t.y.): 185-189.
- Oman, Doug and Carl E. Thoresen. "Do Religion and Spirituality Influence Health?". *Handbook of The Psychology Of Religion And Spirituality*. Ed. Raymond F. Paloutzian and Crystal L. Park, 435-459. New York: The Guilford Press, 2005.

- Onay, Ahmet. *Dindarlık, Etkileşim ve Değişim*. İstanbul: D.E.M. Yayınları, 2004.
- Ormel, Johan. Siegwart Lindenberg, Nardi Steverink & Lois M. Verbrugge. "Subjective Well-Being and Social Production Functions". *Social Indicators Research* 46, (1999): 61-90.
- Özcan, Yarkın. Mustafa Baştürk, S.Suat Aslan ve Cengiz Utaş. "Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastalarda Psikiyatrik Morbidite ve Yaşam Kalitesi". *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi* 7 (4) (2000): 333-337.
- Özçürümez, Gamze. Nilgün Tanrıverdi ve Leyla Zileli. "Kronik Böbrek Yetmezliğinin Psikiyatrik ve Psikososyal Yönleri". *Türk Psikiyatri Dergisi* 14, sy. 1 (2003):72-80.
- Özdemir, Aydan A. "Hemodiyaliz Tedavisi Gören Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Tedavilerinin Toplumsal Cinsiyet Yaklaşımı ile Değerlendirilmesi". Doktora Tezi, Başkent Üniversitesi, 2016.
- Özdoğan, Öznur. "Dindarlıkla İlgili Bazı Faktörlerin Kendini Gerçekleştirme Düzeyine Etkisi". Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, 1995.
- Öztürk, Bihter. "Hemodiyaliz Tedavisini Sürdüren Hastalarda Tedaviye Uyumun ve Eğitim Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi". Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi, 2011.
- Öztürk, Eyüp Ensar. "İyimserlik ve Dindarlık". Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, 2013.
- Pakpour, Amir H., Mohsen Saffari, Mir Saeed Yekaninejad, Davood Panahi, Adrian P. Harrison & Stig Molsted. "Health-Related Quality of Life in a Sample of Iranian Patients on Hemodialysis". *Iranian Journal of Kidney Diseases* 4, No. 1 (2010): 50-59.
- Paloutzian, Raymond F. and Crystal L. Park. *Handbook of The Psychology and Spirituality*. London: Guilford Press, 2005.
- Paloutzian, Raymond F. *Psychology of Religion Module Paperback*, 2017, erişim tarihi: 19 Temmuz 2017, <https://www.amazon.com/Psychology-Religion-Module-Raymond-Paloutzian/dp/1546875255>.
- Pargament, Kenneth I., David S. Ensing, Kathryn Falgout, Hannah Olsen, Barbara Reilly, Kimberly Van Haitma & Richard Warren. "God Help Me: (I): Religious Coping Efforts as Predictors of the Outcomes to Significant Negative Life Events". *American Journal of Community Psychology* 18, No. 6 (1990): 793-824.
- Pargament, Kenneth I. *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, and Practice*. New York: Guilford, 1997.
- Pargament, Kenneth I., Bruce W. Smith, Harold Koenig & Lisa Perez. "Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors". *Journal for the Scientific Study of Religion* 37(4) (1998): 710-724.
- Pargament, Kenneth I., Harold G. Koenig & Lisa M. Perez. "The Many Methods of Religious Coping: Development and Initial Validation of the RCOPE". *Journal of Clinical Psychology* 56 (4) (2000): 519-543.

- Pargament, Kenneth I., Nalini Tarakeshwar, Christopher G. Ellison & Keith M. Wulff. "Religious Coping Among the Religious: The Relationships Between Religious Coping and Well-Being in a National Sample of Presbyterian Clergy, Elders, and Members". *Journal for the Scientific Study of Religion* 40: 3 (2001): 497-513.
- Pargament, Kenneth I. and Gene. G. Ano. 'Empirical advances in the psychology of religion and coping'. *Religious Influences on Health and Well-Being in the Elderly*. Eds. K. W. Schaie, N. Krause and A. Booth, New York: Springer, 2004.
- Pargament, Kenneth I., Gene G. Ano and Amy B. Wachholtz. "The Religious Dimension of Coping Advances in Theory, Research, and Practice". *Handbook of The Psychology Of Religion And Spirituality*. Ed. Raymond F. Paloutzian and Crystal L. Park, 479-495. New York: The Guilford Press, 2005.
- Pargament, Kenneth I. *Spiritually Integrated Psychotherapy: Understanding and Addressing the Sacred*. New York: Guilford, 2007.
- Pargament, Kenneth I. and Hisham Abu Raiya. "A decade of research on the psychology of religion and coping: Things we assumed and lessons we learned". *Psyche and Logos* 28(2) (2007): 742-766.
- Pargament, Kenneth I., Margaret Feuille and Donna Burdzy. "The Brief RCOPE: Current Psychometric Status of a Short Measure of Religious Coping". *Religions* 2 (1) (2011): 51-76.
- Pargament, Kenneth I. "Religion and coping: The current state of knowledge". *Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping*. Ed. S. Folkman, New York: Oxford University Press, 2011.
- Park, Crystal. Lawrence H. Cohen and Lisa Herb. "Intrinsic Religiousness and Religious Coping as Life Stress Moderators for Catholics Versus Protestants". *Journal of Personality and Social Psychology* 59, No. 3 (1990): 562-574.
- Patel, Samir S., Viral S. Shah, Rolf A. Peterson & Paul L. Kimmel. "Psychosocial variables, quality of life, and religious beliefs in ESRD patients treated with hemodialysis". *American Journal of Kidney Diseases* 40, No. 5 (2002): 1013-1022.
- Peker, Hüseyin. *Din Psikolojisi*. İstanbul: Çamlıca Yayınları, 2011.
- Peterson, Christopher and Martin Seligman. *Character Strength and Virtues: A Handbook and Classification*. New York: Oxford University Press, 2004.
- Petruta, Rusu and Maria Nicoleta Turliuc. "Ways Of Approaching Religiosity In Psychological Research". *The Journal of International Social Research* 4, Issue. 19 (2011): 352-362.
- Pew Research Center. "Modest Drop in Overall Rates of Belief and Practice, but Religiously Affiliated Americans Are as Observant as Before". 2015, Erişim Tarihi: 16 Haziran 2017, <http://www.pewforum.org/2015/11/03/chapter-2-religious-practices-and-experiences/>
- Peiro, Amado. "Happiness, Satisfaction and Socio-economic Conditions: Some International Evidence". *The Journal of Economics* 35 (2006): 348-365.

- Pilger, Caliope. Renata Ohana Pereira dos Santos, Maicon Henrique Lentsck, Sueli Marques & Luciana Kusumota. "Spiritual well-being and quality of life of older adults in hemodialysis". *Rev Bras Enferm* [Internet] 70, No. 4 (2017): 689-696.
- Powdthavee, Nattavudh. "Would you like to know what makes people happy? An overview of the datasets on subjective well-being". *Australian Economic Review* 48, No. 3 (2015): 314-320.
- Powell, Lynda H., Leila Shahabi and Carl E. Thoresen. "Religion and Spirituality: Linkages to Physical Health". *American Psychologist* 58, No. 1 (2003): 36-52.
- Proctor, Carmel L. "Subjective Well Being". *ResearchGate*, 2016, erişim tarihi: 20 Haziran 2017, https://www.researchgate.net/publication/263919613_Subjective_well-being
- Quinn, Philip L. "Hristiyanlık Hayatın Anlamını Nasıl Güvenceye Alır?". *Dünya Dinlerinde Hayatın Anlamı*. Ed. J. Runzo-N.M. Martin, çev. Gamze Varım, 110-111. İstanbul: Say Yay., 2002.
- Ramirez, Susana P., D.S. Macêdo, P.M.G. Sales, S.M. Figueiredo, E.F. Daher, S.M. Araújo, K.I. Pargament, T.N. Hyphantis & A.F. Carvalho. "The relationship between religious coping, psychological distress and quality of life in hemodialysis patients". *Journal of Psychosomatic Research* 72 (2012): 129-135.
- Rayyani, Masoud. Lila Malekyan, Mansooreh Azzizadeh Forouzi & Farideh Razban. "Self-care Self-efficacy and Quality of Life among Patients Receiving Hemodialysis in South-East of Iran". *Asian J. Nur. Edu. & Research* 4, No. 2 (2014): 165-171.
- Reed, Pamela G. "Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adults". *Research In Nursing & Health* 10, No. 5 (1987): 335-344.
- Reisoğlu, Serpil. "Üniversite Öğrencilerinin Öznel İyi Oluşlarını Yordamada Beş Faktör Kişilik Özellikleri, Mizah Tarzları ve Duygusal Zekânın Rolü". Doktora Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, 2014.
- Rızvı, S. Adıbul Hasan. S.A.A. Naqvı, Z. Hussain, A. Hashmi, F. Akhtar, M. Hussain, E. Ahmed, M.N. Zafar, S. Hafız, R. Muzaffar & F. Jawad. "Renal transplantation in developing countries". *Kidney International*, 63, Supplement 83 (2003): S96-S100.
- Rippentrop, A. Elizabeth. E.M. Altmaier, J.J. Chen, E.M. Found & V.J. Keffala. "The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population". *Pain* 116, No. 3 (2005): 311-321.
- Robson, Colin. *Bilimsel Araştırma Yöntemleri: Gerçek Dünya Araştırması*, çev. Şakir Çinkır ve Nihan Demirkasımoğlu. Ankara: Anı Yay., 2015.
- Runzo, J. ve N.M. Martin. "Anlam ve Asya Dini". *Dünya Dinlerinde Hayatın Anlamı*. Ed. J. Runzo-N.M. Martin. çev. Gamze Varım. İstanbul: Say Yay., 2002.
- Ryan, Richard M. and Edward L. Deci. "On Happiness And Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being". *Annual Review of Psychology* 52 (2001):141-166.

- Ryff, Carol D. "Happiness Is Everything or Is It? Explorations on The Meaning of Psychological Well-Being". *Journal of Personality and Social Psychology* 57, No. 6 (1989): 1069-1081.
- Ryff, Carol D. and Marilyn J. Essex. "Psychological Wellbeing In Adulthood and Old Age: Descriptive Markers and Explanatory Processes". *Annual Review of Gerontology and Geriatrics* 11 (1991): 144-171.
- Ryff, Carol D. "Psychological Well-Being in Adult Life". *Current Directions in Psychological Science* 4, No. 4 (1995): 99-104.
- Ryff, Carol D. and Corey Lee M. Keyes. "The Structure of Psychological Well-Being Revisited". *Journal of Personality and Social Psychology* 69, No. 4 (1995): 719-727.
- Sabado, Joaquin Tomas and Joaquin T. Limonero. "Religiousness and Death Anxiety". *Religion and Psychology*. Ed. D. Ambrose Sylvan, 111. New York: Nova Science Publisher Inc., 2006.
- Sabbah, Ibtissam. Nabil Drouby, Sanaa Sabbah, Nathalie Retel-Rude & Mariette Mercier. "Quality of life in rural and urban populations in Lebanon using SF-36 health survey". *Health and Quality of Life Outcomes* 1, No. 30 (2003): 1-14.
- Sağduyu, Afşin. Vesile Şentürk, Siren Sezer, Remzi Emiroğlu ve Sevgi Özel. "Hemodiyalize Giren ve Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Ruhsal Sorunlar, Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyum". *Türk Psikiyatri Dergisi* 17, sy.1 (2006): 22-31.
- Sağır, Zeynep. "Suriyeli Mültecilerde Dinî Başa Çıkma ve Ruh Sağlığı". Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, 2014.
- Sağlık Bakanlığı. *Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2014-2017)*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2014.
- Sağlık Hizmetleri Sekreterliği: Örnekleme*. Ankara: Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları, 2011.
- Saltürk, Ayça Gökçen Değirmenci. "*Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesinin Diyaliz Yeterliliği İle İlişkisi*". Uzmanlık Tezi, İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2006.
- Santos, Paulo Roberto. J.R.F.G.C. Júnior, J.R.M.C. Filho, T.P. Ferreira, J.N.G. dos Santos Filho & S. da Silva Oliveira. "Religious coping methods predict depression and quality of life among endstage renal disease patients undergoing hemodialysis: a cross-sectional study". *BMC Nephrology* 18, No. 197 (2017): 1-8.
- Saran, Rajiv. Yi Li, Bruce Robinson, Kevin C. Abbott, Lawrence Y.C. Agodoa, John Ayanian and et.al. "US Renal Data System 2015 Annual Data Report: Epidemiology of Kidney Disease in the United States", *American Journal of Kidney Disease* 67, Issue. 3, Supl. 1 (2016): A7-A8.
- Sarıçioğlu, Ekrem. *Başlangıçtan Günümüze Dinler Tarihi*. İstanbul: Otağ Yayınevi, 1983.

- Saroglou, Vassilis. "Gençlerin Dinleri ve Kişilikleri: Belçika'da Yapılan Yeni İncelemeler". çev. Veysel Uysal. *İlahiyat Fakültesi Dergisi* sy. 19 (2000): 123-144.
- Satıcı, Seydi Ahmet. "Üniversite Öğrencilerinin Affetme, İntikam, Sosyal Bağlılık ve Öznel İyi Oluşları: Farklı Yapısal Modellerin Denenmesi Üzerine Bir Araştırma". Doktora Tezi, Anadolu Üniversitesi, 2016.
- Saudino, Kimberly J., G.E. McClearn, Robert Plomin, Nancy L. Pedersen & Paul Lichtenstein. "Can personality explain genetic influences on life events?". *Journal of Personality and Social Psychology* 72 (1) (1997): 196-206.
- Saygılı, Sefa. *Strese Son*. İstanbul: TÜRDAV Yayınları, 2001.
- Schafer, Walter. *Stres Management For Wellness*. New York: Mc. Graw Hill, 1987.
- Seeman, T.E, L.F. Dubin and M. Seeman. "Religiosity/spirituality and health: A critical review of the evidence for biological pathways". *American Psychologist* 58, No. 1 (2003): 53-63.
- Seligman, Martin E.P. and Mihaly Csikszentmihalyi. "Positive Psychology: An Introduction". *American Psychologist* 55, No. 1 (2000): 5-14.
- _____. "Positive Psychology, Positive Prevention, and Positive Therapy", t.y., erişim tarihi: 28 Ağustos 2017, <http://www-personal.umich.edu/~presto/Downloads/DC/10-Seligman2002.pdf>.
- _____. *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press, 2002.
- Seligman, Martin E.P., Tracy A. Steen, Nansook Park & Christopher Peterson. "Positive Psychology Progress Empirical Validation of Interventions". *Tidsskrift For Norsk Psykologforening* 42 (2005): 874-884.
- Seta, John J., Catherine E. Seta and Todd McElroy. "Better than better-than-average (or not): Elevated and depressed self-evaluations following unfavorable upward comparisons". *Self and Identity* 5, (2006): 51-72.
- Seyidoğlu, Halil. *Bilimsel Araştırma ve Yazma El Kitabı*. İstanbul: Güzem Yayınları. 8.Baskı, 2000.
- Sezer, M. Tuğrul. "Diyaliz Hastalarında Psikiyatrik Sorunlar". t.y., erişim tarihi: 24 Haziran 2018, <http://www.tbv.com.tr/tr/content/main/page/p/275-diyaliz-hastalarinda-psikiyatrik-sorun-lar>.
- Sheldon, Kennon M. and Laura King. "Why positive psychology is necessary". *American Psychologist* 56 (2001): 216-217.
- Shin, D.C. and D. M. Johnson. "Avowed Happiness As An Overall Assessment Of The Quality Of Life". *Social Indicators Research* 5 (1978): 475-492.
- Sillick, Warren J., Bruce A. Stevens and Stuart Cathcart. "Religiosity and happiness: A comparison of the happiness levels between the religious and the nonreligious". *The Journal of Happiness & Well-Being* 4, No. 1 (2016): 115-127.
- Smart, Ninian. *The Religious Experience of Mankind*. New York: Charles Scribner's Sons. 2. Baskı, 1976.

- Sodhi, Renu and Dr. Manju. "Spiritually and mental health among normal and chronic disease group". *International Journal of Research Studies in Psychology* 2, No. 1 (2013): 59-68.
- Soykan, A., H Boztas, S Kutlay, E Ince, G Nergizoglu, Ay Dileköz & O Berksun. "Do sexual dysfunctions get better during dialysis? Results of a six-month prospective follow-up study from Turkey". *International Journal of Impotence Research* 17 (2005): 359-363.
- Spinale, Joann. Scott D. Cohen, Prashant Khetpal, Rolf A. Peterson, Brenna Clougherty, Christina M. Puchalski, Samir S. Patel & Paul L. Kimmel. "Spirituality, Social Support, and Survival in Hemodialysis Patients". *Clin J Am Soc Nephrol* 3 (2008): 1620-1627.
- Stark, Rodney. "Physiology and Faith: Addressing the "Universal" Gender Difference in Religious Commitment". *Journal for the Scientific Study of Religion* 41, No. 3 (2002): 495-507.
- Steffen, Patrick R., Alan Hinderliter, James Blumenthal & Andrew Sherwood. "Religious coping, ethnicity, and ambulatory blood pressure". *Psychosomatic Medicine* 63 (2001): 523-530.
- Stewart, William C., Michelle P. Adams, Jeanette A. Stewart & Lindsay A. Nelson. "Review of Clinical Medicine and Religious Practice". *Journal of Religion and Health* 52 (2013): 91-106.
- Stojanovic, Miomira and Vladisav Stefanovic. "Assessment of health-related quality of life in patients treated with hemodialysis in Serbia: influence of comorbidity, age, and income". *Artificial Organs* 31, Issue. 1 (2007): 53-60.
- Stone, Arthur A. and Christopher Mackie. *Subjective wellbeing: Measuring happiness, suffering, and other dimensions of experience*. Washington D.C.: National Academies Press, 2013.
- Strack, Fritz. Michael Argyle and Norbert Schwarz. "Introduction". *Subjective well-being: An Interdisciplinary Perspective*. Ed. Fritz Strack, Michael Argyle and Norbert Schwarz, 1-3. Oxford England: Pergamon Press, 1991.
- Strawbridge, William J., Sarah J. Shema, Richard D. Cohen & George A. Kaplan. "Religious attendance increases survival by improving and maintaining good health practices, mental health, and stable marriages". *Annals of Behavioral Medicine* 23, No. 1 (2001): 68-74.
- Stroebe, Wolfgang. Margaret Stroebe, Georgios Abakoumkin & Henk Schut. "The role of loneliness and social support in adjustment to loss: A test of attachment versus stress theory.". *Journal of Personality and Social Psychology* 70(6), (1996): 1241-1249.
- Subaşı, Necdet. "Türkiye Dindarlığı: Yeni Tipolojiler". *İslamiyat Dergisi* 5, sy. 4 (2002): 17-40.
- Suhail, Kausar and Haroon Rashid Chaudhry. "Predictors of Subjective Well-Being in An Eastern Muslim Culture". *Journal of Social And Clinical Psychology* 23, No. 3 (2004): 359-376.

- Suh, Eunkook. Ed Diener and Frank Fujita. "Events and Subjective Well-Being: Only Recent Events Matter". *Journal of Personality and Social Psychology* 70, No. 5 (1996): 1091-1102.
- Sullivan, William Patrick. "It helps me to be a whole person: The role of spirituality among the mentally challenged". *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16 (3) (1993): 125-134.
- Süleymanlar, Gültekin. Kenan Ateş ve Nurhan Seyahi. *Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon 2015 Raporu*. Ankara: Türk Nefroloji Derneği Yayınları, 2016.
- _____. *Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon 2016 Raporu*. Ankara: Türk Nefroloji Derneği Yayınları, 2017.
- _____. *T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu*. Ankara: Türk Nefroloji Derneği Yayınları, 2018.
- Şahin, Hülya. "Yetiştirme Yurtlarında Kalan ve Aileleriyle Yaşayan Liseli Gençlerin Stresle Başa Çıkma Stratejileri". Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, 1995.
- Şahin, Sevil. "Diyaliz Tedavisi Alan Bireylerin Umutsuzluk ve Sosyal Destek Düzeyleri". Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi, 2007.
- Şentürk, Habil. *Din Psikolojisine Giriş*. İstanbul: İz Yayıncılık, 2013.
- Taheri-Kharameh, Zahra. "The relationship between spiritual well-being and stress coping strategies in hemodialysis patients". *Health, Spirituality and Medical Ethics* 3, No. 4 (2016): 24-28.
- Tan, Mehtap. Ayşe Okanlı, Elanur Karabulutlu ve Neşe Erdem. "Hemodiyaliz Hastalarında Sosyal Destek ve Umutsuzluk Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi". *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 8, sy. 2 (2005): 32-39.
- Taner, Dilber. "Öğretmenlerin Umutsuzluk Düzeyi İle Okul Kültürü Arasındaki İlişki". Yüksek Lisans Tezi, Yedi Tepe Üniversitesi, 2008.
- Tanrıverdi, Mehmet Halis. Aytaç Karadağ ve Esra Şüheda Hatipoğlu. "Kronik Böbrek Yetmezliği". *Konuralp Tıp Dergisi* 2, sy. 2 (2010): 27-32.
- Tarhan, Nevzat. *Mutluluk Psikolojisi ve Stresle Başa Çıkma*. İstanbul: Timaş Yayınları. 28. Baskı, 2018.
- Taş, Kemalettin. "Dindarlığa Etki Eden Faktörler". *Süleyman Demirel Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* sy. 13 (2004): 63-83.
- Tatarkiewicz, W. *Analysis of happiness*. The Hague, Netherlands: Martinus Nijhoff, 1976.
- Tay, Louis. Miao Li, David Myers & Ed Diener. "Religiosity and Subjective Well-Being: An International Perspective". *Religion and Spirituality Across Cultures* (2014):163-175.
- TDK. "Dindar", t.y., erişim tarihi: 11 Temmuz 2017, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.596527bee22033.52411542.

- TDK. “Erek”, t.y., erişim tarihi: 21 Eylül 2017, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.59c2daa6b01657.1529719.
- TDK. “Şükür”, t.y., erişim tarihi: 22 Ekim 2017, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.59ebe065730401.29715232.
- TDK. “Kanaat”, t.y., erişim tarihi: 22 Ekim 2017, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.59ebee7ba5566.70740454.
- Terjesen, Mark D., Matthew Jacofsky, Jeffrey Froh & Raymond Digiuseppe. “Integrating positive psychology into schools: Implications for practice”. *Psychology in the Schools* 41(1) (2004): 163-172.
- The Dhammapada*, çev. F. Max Fuller, Sacred Books of East, X.
- The Telegraph*, “Mapped: The world's most (and least) religious countries”, 2017, erişim tarihi: 16 Haziran 2017, <http://www.telegraph.co.uk/travel/maps-and-graphics/most-religious-countries-in-the-world/>.
- Thompson, Edward H., Leslie Killgore and Heather Connors. “Heart Trouble and Religious Involvement among Older White Men and Women”. *Journal of Religion and Health* 48 (2009): 317-331.
- Thoresen, Carl E. and Alex H. S. Harris. “Spirituality and Health: What’s the Evidence and What’s Needed?”. *The Society of Behavioral Medicine* 24, No. 1 (2002): 3-13.
- Tıp Terimleri Sözlüğü*. “Morbidity Nedir?”, t.y., erişim tarihi: 24 Haziran 2017, <http://www.tipterimlerisozlugu.com/morbidity.html>.
- Tiliouine, Habib. Robert A. Cummins and Melanie Davern. “Islamic religiosity, subjective well-being, and health”. *Mental Health, Religion & Culture* 12, No.1 (2009): 55-74.
- Tiliouine, Habib. “Measuring Satisfaction with Religiosity and Its Contribution to the Personal Well-Being Index in a Muslim Sample”. *Applied Research Quality Life* 4 (2009): 91-108.
- Tix, Andrew P. and Patricia A. Frazier. “The Use of Religious Coping During Stressful Life Events: Main Effects, Moderation and Mediation”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66(2) (1998): 411-422.
- Tokgöz, Gül. İrem Yaluğ, Samuray Özdemir, Ayten Yazıcı, Kazım Uygun ve Tamer Aker. “Kanserli Hastalarda Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Yaygınlığı ve Ruhsal Gelişim”. *New Symposium Journal* 46, sy. 2 (2008): 51-61.
- Tokur, Behlül. “Stres-Dindarlık İlişkisi Üzerine Bir Araştırma”. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, 2011.
- Townsend, Mark. Virginia Kladder, Hana Ayele & Thomas Mulligan. “Systematic review of clinical trials examining the effects of religion on health”. *South Medical Journal* 95, No. 12 (2002): 1429-1434.
- Tuncer, Mehmet. “Aristo ve Farabi’de Mutluluk Düşüncesi”, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, 2006.
- Tutar, Hasan. *Kriz ve Stres Ortamında Yönetim*. İstanbul: Hayat Yayınları, 2000.

- Tuzgöl Dost, Meliha. "Üniversite Öğrencilerinin Öznel İyi Oluş Düzeyleri". Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, 2004.
- Tuzgöl Dost, Meliha. "Öznel İyi Oluş Ölçeği'nin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması". *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 3, sy.23 (2005): 103-110.
- Tülek, Nergis. "Evli Bireylerin Öznel İyi Olma Düzeylerinin Yordanması". Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, 2011.
- Tümer, Günay. "Çeşitli Yönleriyle Din". *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* 28, sy. 1 (1987): 213-219.
- Türkiye'de Dinî Hayat Araştırması*. Ankara: Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları, 2014.
- Türkmen, Aydın. "Renal Transplantasyon". *İç Hastalıkları 2 C*. Ed. K. Büyüköztürk, 2599-2601. y.y.: Nobel Tıp Kitapevleri, 2007.
- Türkmen, Mustafa. "Öznel İyi Oluşun Yapısı ve Anababa Tutumları, Özsaygı ve Sosyal Destekle İlişkisi: Bir Model Sınaması". *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 5/1 (2012): 41-73.
- Türk, Süleyman. Giray Karalezli, Halil Zeki Tonbul, Mustafa Yıldız, Lutfullah Altıntepe, Alaattin Yıldız ve Mehdi Yeksan. "Erectile dysfunction and the effects of sildenafil treatment in patients on haemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis". *Nephrol Dial Transplant* 16 (2001): 1818-1822.
- Uçman, Perin. "Ülkemizde Çalışan Kadınlarda Stresle Başa Çıkma ve Psikolojik Rahatsızlıkları". *Psikoloji Dergisi* 7, sy. 24 (1990): 58-75.
- Ulu, Mustafa. "Dindarlığın Tanımı, Boyutları ve Ölçülmesi Üzerine Psikolojik Bir Araştırma-Erciyes Üniversitesi Öğrencileri Örneği". Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi, 2013.
- Uysal, Veysel. *Geleneksellik-Çağdaşlık Bağlamında Türkiye'de Dindarlık ve Kadın*. İstanbul: D.E.M. Yayınları, 2006.
- Ünal, Gülseren ve Ayşegül Bilge. "Hemodiyaliz Tedavisindeki Son Dönem Böbrek Yetmezlikli Hastaların Ruhsal Durumlarının ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi". *Ege Tıp Dergisi* 44, sy. 1 (2005): 35-38.
- Veenhoven, Ruut. "Is Happiness A Trait?". *Social Indicators Research* 32 (1994): 101-160.
- Vergote, Antoine. *Din İnanç ve İnançsızlık*. çev. Veysel Uysal. İstanbul: İFAV, 1999.
- Viemerö, Vappu and Christina Krause. "Quality of life in individuals with physical disabilities". *Psychotherapy and Psychosomatics* 67, No. 6 (1998): 317-322.
- Voltan-Acar, Nilüfer. İbrahim Yıldırım ve Tuncay Ergene. "Bireylerin Dindarlık Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi". *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* sy. 12 (1996): 45-56.
- Ward, Andrew M. "The Relationship Between Religiosity and Religious Coping to Stress Reactivity and Psychological Well-Being". Uzmanlık Tezi, Georgia State University, 2010.
- Watts, Alan. *Mutluluğun Anlamı*. çev. Semih Aközlü. Ankara: İmge Kitabevi, 1992.

- Wyshak, Grace. "Income and Subjective Well-Being: New Insights from Relatively Healthy American Women, Ages 49-79." *Plos One* 11, No. 2 (2016): 1-16.
- Wills, Eduardo. "Spirituality and Subjective Well-Being: Evidences for a New Domain in the Personal Well-Being Index". *Journal of Happiness Studies* 10 (2009): 49-69.
- Wilson, Warner. "Correlates of avowed happiness". *Psychological Bulletin* 67, (1967): 294-306.
- Winefield, Helen R., Tiffany K Gill, Anne W. Taylor & Rhiannon M. Pilkington. "Psychological well-being and psychological distress: is it necessary to measure both?". *Psychology of Well-Being: Theory, Research and Practice* 2, No. 3 (2012): 1-14.
- Winter, L., M.P, Lawton, R.J. Casten & R.L. Sando. "The relationship between external events and affect states in older people". *International Journal of Human Development and Aging* 50 (1999): 1-12.
- Witter, Robert A., Morris A. Okun, William A. Stock & Marilyn J. Haring. "Education and subjective well-being: A meta-analysis". *Educational Evaluation and Policy Analysis* 6(2) (1984): 165-173.
- Wood, Joanne V. "What is Social Comparison and How Should We Study it?". *Personality and Social Psychology Bulletin* 22, Issue. 5 (1996): 520-537.
- Woods, Teresa E. And Gail H. Ironson. "Religion and spirituality in the face of illness: How cancer, cardiac, and HIV patients describe their spirituality/religiosity". *Journal of Health Psychology* 4, Issue. 3 (1999): 393-412.
- World Economic Forum. "Religion and happiness. Is there a link?". 2018, erişim tarihi: 3 Mayıs 2018): <https://www.weforum.org/agenda/2018/02/are-religious-people-happier-than-non-religious-people-research-shows-it-isn-t-quite-so-simple>.
- World Health Organization. "Preventing chronic diseases: a vital investment." t.y., erişim tarihi: 03 Haziran 2017, http://www.who.int/entity/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf.
- World Health Organization. "Constitution Of The World Health Organization". 2006, erişim tarihi: 29 Haziran 2017, http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- World Kidney Day. "Chronic Kidney Disease", 2017. erişim tarihi: 22 Haziran 2017, <http://www.worldkidneyday.org/faqs/chronic-kidney-disease/>.
- Wulff, David M. "Din Psikolojisine Genel Bir Bakış". çev. Mustafa Koç. *İslami Araştırmalar Dergisi* 17, sy. 3 (2004): 252-263.
- Xu, Jianbin. "Pargament's Theory of Religious Coping: Implications for Spiritually Sensitive Social Work Practice". *British Journal of Social Work* 46 (2016): 1394-1410.
- Xu, Jingping and Robert E. Roberts. "The power of positive emotions: It's a matter of life or death- Subjective well-being and longevity over 28 years in a general population". *Health Psychology* 29 (2010): 9-19.

- Yaparel, Recep. “Yirmi-Kırk Yaşlar Arası Kişilerde Dinî Hayat ile Psiko-Sosyal Uyum Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma”. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, 1987.
- _____. “Dinin Tarifi Mümkün Mü?”. *Dokuz Eylül Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* sy. 4 (1987): 403-417.
- Yavuz, Demet. Rahman Yavuz ve Alpaslan Altunoğlu. “Hemodiyaliz Hastalarında Görülen Psikiyatrik Hastalıklar”. *Turkish Medical Journal* 6(1) (2012): 33-37.
- Yazgan, Eda Özge. “Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Dinî İnanç ve Maneviyatın Depresyon Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Belirlenmesi”. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, 2014.
- Yeğenağa, İtr ve Erkan Dervişoğlu. *Kronik Böbrek Hastaları İçin Eğitim Kitabı*. İstanbul: Roche Yayınları, 2007.
- Yetim, Ünsal. *Toplumdan Bireye Mutluluk Resimleri*. İstanbul: Bağlam Yayıncılık, 2001.
- Yetişkin, Şehriban. “Hemodiyaliz Hastalarının Yeti Yitimi, Anksiyete ve Depresyon Yönünden Değerlendirilmesi”. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2008.
- Yıldırım, Yasemin Kuzeyli. “Diyaliz Hastalarında Progresif Gevşeme Yöntemlerinin Kaygı Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi”. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, 2002.
- Yıldırım, Ali ve Hasan Şimşek. *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2006.
- Yıldız, Murat. “Dindarlığın Tanımı ve Boyutları Üzerine Psikolojik Bir Çalışma”. *Tabula-Rasa Felsefe ve Teoloji* Y. 1, sy. 1 (2001): 19-42.
- Yılmaz, Abdullah ve Süleyman Ekici. “Örgütsel Yaşamda Stresin Kamu Çalışanlarının Performansına Etkileri Üzerine Bir Araştırma”. *Yönetim ve Ekonomi* 10, sy. 2 (2003): 1-19.
- Yılmaz, Orhan. “Stresin Performans Üzerine Etkisi 40ıncı Piyade Eğitim Alay Komutanlığı Lider Personeli Üzerinde Bir Araştırma”. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, 2006.
- Yitik, Ali İhsan. “Hinduizm”. *Yaşayan Dünya Dinleri*. Ed. Şinasi Gündüz, 277-304. Ankara: DİB Yayınları, 2010.
- Yitik, Ali İhsan. “Budizm”. *Yaşayan Dünya Dinleri*. Ed. Şinasi Gündüz, 307-355. Ankara: DİB Yayınları, 2010.
- Yorulmaz, Özlem. “Relationship Between Religiosity and Happiness in Turkey: Are Religious People Happier?”. *Çankırı Karatekin University Journal of The Faculty of Economics and Administrative Sciences* 6, Issue. 1 (2016): 801-818.
- Yüce, Fatma. “Gençlerde Dinî Yönelim ve Kişilik”. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, 2009.
- Zengin, Oğuzhan ve Buğra Yıldırım. “Hemodiyaliz Hastalarının Psikososyal Sorunlarına İlişkin Algıları”. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 26, No. 1 (2017): 67-73.

Zinnbauer, Brain J., Kenneth I. Pargament, Brenda Cole, Mark S. Rye, Eric M. Butter, Timothy G. Belavich, Kathleen M. Hipp, Allie B. Scott & Jill L. Kadar. "Religion and spirituality: Unfuzzifying the fuzzy". *Journal for the Scientific Study of Religion*. 36, No. 4 (1997): 549-564.

Zinnbauer, Brain J., Kenneth I. Pargament. "Religiousness and Spirituality". *Handbook Of The Psychology Of Religion And Spirituality*. Ed. Raymond F. Paloutzian and Crystal L. Park, 21-42. New York and London: The Guilford Press, 2005.



EKLER

EK-1. Power Analysis (Güç Analizi)

The screenshot shows the DSS Research website's 'Calculators' page. The main heading is 'Calculators'. Below it, there is a breadcrumb trail: 'You are here: Knowledge Center - Toolkit Calculators - Sample Size Calculators'. The page is divided into several sections:

- Webinars**
- Calculators**
 - Sample Size Calculator (selected)
 - Average, One Sample
 - Average, Two Sample
 - Percentage, One Sample
 - Percentage, Two Sample
 - Sample Error Calculator
 - Statistical Power Calculator
 - Research and PDV from DSS
- News Room**
 - Wrt Worth, Times - October 24, 2012 - DSS Research, the leader in health care man...
 - DSS Health Care Engagement Index (HCEI) sh...
 - The DSS Health Care Engagement Index for Q1 2012 increased from 59.5 for Q4 2011.
 - DSS Health Care Engagement Index shows st...
 - The DSS Health Care Engagement Index for Q4 2012 dropped to 59.5 from 60.0 in Q3.
- Newsletter Signup**
 - Enter your email address
 - Subscribe
- Check Out Our Blog - Click Here**

The central focus is the **Researcher's Toolkit** for 'One Sample Using Percentage values'. It includes the following fields and options:

- Test Value (%):** 57 (Value to compare the sample percentage to)
- Sample Percentage (%):** 65 (Value expected for sample or expected from sample)
- Alpha Error Level or Confidence Level:** 5% (Probability of incorrectly rejecting the null hypothesis that there is no difference in the percentage values). An Alpha of 5% corresponds to a 95% Confidence Interval.
- Beta Error Level or Statistical Power (1 - Beta):** 80% (Probability of incorrectly failing to reject the null hypothesis that there is NO difference in the percentage values - assuming no difference when a real difference exists). A Beta of 50% is used in most single calculations of sampling error.

At the bottom of the calculator, it displays **Sample Size = 160** and a **Calculate Sample Size** button.

Footer: Home | About Us | Solutions | Industries | Knowledge Center | News | Careers | Contact Us | Site Map | Request Info | Privacy Policy | © 2017 Denison Support Systems, LP. All Rights Reserved

EK-2. Bilimsel Çalışma Ön İzin Komisyon Onayı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Çorum İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 72743589 /
Konu : Bilimsel Çalışma Ön İzin Komisyon Onayı

Sayın: Prof. Dr. Şaban HAKLI
(Hitit Üniversitesi İlahiyat Fakültesi)
ÇORUM

İlgi: 17.07.2017 tarihli başvurunuz.

İlgi tarihli başvurunuz istinaden; koordinatörlüğünü üstleneceğiniz "Hemodiyaliz Hastalarında Dindarlık ve Öznel İyi Oluş" isimli çalışmanın, Genel Sekreterliğimize bağlı T.C. Sağlık Bakanlığı Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılabilmesi için Ön İzin verilmesi hakkında alınan Genel Sekreterlik Makamının 20.07.2017 tarih ve 72743589-799-E.615/49378427 sayılı Bilimsel Çalışma Ön İzin Komisyon Onayı, Ön İzin Formu ve Araştırma Çalışmaları Başvuru Formu yazımız ekinde gönderilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Finans Hizmetleri Başkanlığının 20.02.2013 tarih ve 1488 sayılı Onayı ile yürürlüğe giren "Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi ile Yürütülecek Çalışmalar ile İlgili Usul ve Esaslar Hakkındaki Yönergenin 7. Maddesinde "Çalışma, ön izin alınmasına müteakip destekleyici tarafından sağlık tesisinden alınacak hizmetleri değerlendirmek üzere "Araştırma/Proje Bütçe Formu" ve ekleri ile birlikte Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna gönderilir. Eğer sağlık tesisinden alınacak hizmet yoksa çalışma Kuruma bilgi amaçlı gönderilir denilmekte olup, ilgili madde doğrultusunda işlem yapılması, destekleyici veya bilimsel çalışmayı yapan kişiler tarafından kurumla yapılan yazışmalardan tarafımıza bilgi verilmesi, çalışmanın başlayış ve bitiş tarihlerinin Genel Sekreterliğimize bildirilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Dr. İhsan DEMİRBAŞ
İdari Hizmetler Başkanı

EKLER:

- 1- Onay (1 Sayfa)
- 2- Ön İzin Formu (1 Sayfa)
- 3- Araştırma Çalışmaları Başvuru Formu (2 Sayfa)

ÇORUM KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - İDARİ HİZMETLER BAŞKANLIĞI
Adı: Gülabibey Mah. Millet 1 Sokak No: 37/ÇORUM Tel: 0 364 202 06 66-Faks: 0 364 202 06 69 Dahili No: 131-140
Ayrıntılı Bilgi İçin: Uzman: Yeliz YELEN AKPINAR E-Posta: khh19.egitim@saglik.gov.tr www.corumkhhb.gov.tr
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d0cbfc30-1ac3-4626-9809-04f5285bd328 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-3. Onam Formu (Hasta İçin)

ONAM FORMU (Hasta için)

Çalışmanın Başlığı: *Hemodiyaliz Hastalarında Dindarlık ve Öznel İyi Oluş*

Araştırmacı: Nevzat GENCER

“*Hemodiyaliz Hastalarında Dindarlık ve Öznel İyi Oluş*” başlıklı çalışma, TC. Sağlık Bakanlığı Hitit Üniversitesi Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Çorum İli İlçe Diyaliz Ünitelerinde tedavi gören hastalarda hastanın dindarlık düzeyi ile öznel iyi oluşu, dindarlığın hastalıkla baş etme ve yaşam memnuniyeti/mutluluğu arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmada; araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan “Kişisel Bilgi Formu”, “Dindarlık Envanteri” ve “Öznel İyi Oluş Ölçeği” uygulanacaktır. Araştırma sonucunda elde edilecek bilgilerin, hastalara yönelik manevî danışmanlık çalışmalarına ışık tutacağı değerlendirilmektedir.

Bu çalışma hastalar üzerinde herhangi bir ruhsal ya da fiziksel risk oluşturmayacaktır. Hastalar çalışmaya gönüllü olarak katılacak ve araştırmacı tarafından sorulan sorulara yanıt vereceklerdir. Soruların yer aldığı form hastanın kendisi tarafından, gerekmesi/istenmesi durumunda da hasta yakını ya da araştırmacı tarafından doldurulacaktır.

Katılımcının istemesi durumunda çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkı bulunmaktadır. Ayrıca isteğine bakılmaksızın araştırmacı tarafından da katılımcı araştırma dışı bırakılabilir. Bu çalışma sırasında yapılacak işlemler için katılımcıdan bir ücret talep edilmeyecek, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna bir araştırma gideri yüklenmeyecek ve çalışmada yer aldığı için katılımcılara herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Teşekkür ederim.

...../...../2017

Araştırmacının adı: Nevzat GENCER

İmzası

Telefon :

Gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren yukarıdaki metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı ve sorularım yanıtlandı. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde istediğim zaman araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Gerek araştırma yürütülürken, gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda güvence aldım. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi bireysel onayım ile katılmayı kabul ediyorum.

Tarih

	Adı-Soyadı	İmzası
Katılımcının		
Tanığın		
Araştırmacının	Nevzat GENCER	
Çalıştığı Kurum	İl Milli Eğitim Müdürlüğü (Karşıyaka Ortaokulu)	
Bağlı Olduğu Üniversite	Hitit Üniversitesi (Doktora Öğrencisi)	

EK -4. Kişisel Bilgi Formu

Saygıdeğer Katılımcı,

Bu anket formu, bilimsel bir çalışmada veri olarak kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Anket sorularına vereceğiniz cevaplar, toplu değerlendirilerek yorumlanacağı için forma isim yazmanız gerekmemektedir. Ancak soruları dikkatli okumanız ve tüm sorulara içtenlikle ve size uygun olan cevabı vermeniz araştırma sonuçlarının objektifliği ve güvenirliliği açısından son derece önemlidir. Samimi katkılarınız ve işbirliğiniz için teşekkür ederim.

Araştırmacı: Nevzat GENCER
Hitit Üniversitesi Felsefe ve Din Bilimleri
Anabilim Dalı
Din Psikolojisi Doktora Öğrencisi
e-mail: nevzatgencer@gmail.com

1. Cinsiyetiniz Kadın Erkek
2. Yaşınız 18–30 31–40 41–50 51–60 61–75
 76 ve üzeri
3. Eğitim durumunuz
 Okuma Yazması Yok Okur-Yazar İlkokul Mezunu
 Orta ve Dengi Okul Mezunu Lise ve Dengi Okul Mezunu
 Yük.Okul/Üniversite Mezunu Doktora
4. Medeni durumunuz Evli Hiç Evlenmemiş Dul veya Boşanmış
5. Ekonomik olarak kendinizi nasıl hissediyorsunuz?
 Düşük Ortanın altı Orta Ortanın üstü
6. Sürekli yaşadığınız yere göre diyaliz tedavisini alma şekliniz
 Köyde yaşıyorum, diyaliz tedavisi için il merkezine geliyorum.
 İlçede yaşıyorum, diyaliz tedavisi için il merkezine geliyorum.
 İlçede yaşıyorum, diyaliz tedavisini ilçede alıyorum.
 İl Merkezinde yaşıyorum, diyalizi il merkezinde alıyorum.
7. Mesleğiniz
 Memur Esnaf/Zanaatkâr İşçi Emekli
 Serbest Meslek (Av., Dr., vb.) Ev Hanımı Çiftçi
 İşsiz Diğer
8. Ne kadar süredir diyaliz tedavi görüyorsunuz?
 6 ay-5 yıl 6-10 yıl arası 11-15 yıl arası 16 yıl ve üzeri
9. Dinî açıdan kendinizi nasıl tanımlarsınız?
 Çok dindarım Dindarım Biraz dindarım Hiç dindar değilim
10. Mutlu hissetme açısından kendinizi nasıl tanımlarsınız?
 Çok mutlu Mutlu Biraz mutlu Hiç mutlu değilim

EK -5. Dindarlık Envanteri (Madde Örnekleri)

Madde No	Aşağıdaki formda gösterilen cümleleri dikkatlice okuyunuz. Anket formunda yer alan cümleler için Kesinlikle katılıyorum (5), Katılıyorum (4), Kararsızım (3), Katılmıyorum (2), Kesinlikle katılmıyorum (1) şeklinde seçenekler sunulmuştur. Görüşlerinize uygun olan cevabı (X) işareti ile işaretleyiniz. Lütfen soruları BOŞ BIRAKMAYINIZ.	Kesinlikle Katılıyorum (5)	Katılıyorum (4)	Kararsızım (3)	Katılmıyorum (2)	Kesinlikle Katılmıyorum (1)
2	Çağdaş dünyada insanlığın karşılaştığı önemli sorunların çoğu, dinî inançların ciddiye alınmamasından kaynaklanmaktadır.	()	()	()	()	()
4	Beş vakit namazımı düzenli olarak kılıyorum.	()	()	()	()	()
6	Hac ibadeti, maddî ve bedenî durumu müsait olanların yerine getirmesi gereken bir dinî görevdir.	()	()	()	()	()
8	Kur'an-ı Kerim'in Allah'ın kelamı olup ayetlerin hepsinin gerçek olduğuna ve değişmeden günümüze ulaştığına inanıyorum.	()	()	()	()	()
10	Günlük hayatımda, yapacağım işlerde Allah'ın nasıl davranmamızı istediğini düşünerek karar veriyorum.	()	()	()	()	()
12	İnsan, kazancının bir kısmını fakirlere zekât ve sadaka olarak vermelidir.	()	()	()	()	()
15	Ahiret gününe ve öldükten sonra tekrar dirileceğime inanıyor ve bu konuda hiç şüphe duymuyorum.	()	()	()	()	()
17	Dinî inançları olmayan bir kimse bana göre organlarından biri eksik olan insan gibidir.	()	()	()	()	()
19	Bizim Allah'tan geldiğimizi ve tekrar O'na döneceğimizi hatırladıkça ölümden pek korkmuyorum.	()	()	()	()	()
20	Dinî inanç ve düşüncelerim olmasaydı hayat biçimim şimdikinden daha kötü olurdu.	()	()	()	()	()
24	Düzenli olarak Kur'an okurum.	()	()	()	()	()

EK-6. Öznel İyi Oluş Ölçeği (Madde Örnekleri)

Madde No	Bu envantere kişiliğinizin ve yaşamınızın çeşitli yönlerine ilişkin ifadeler bulunmaktadır. Bu ifadeleri tek tek okuyarak, ifadenin size ne derece uygun olduğuna karar veriniz. Buna göre; "Tamamen Uygun (5), Çoğunlukla Uygun (4), Kısmen Uygun (3), Biraz Uygun (2) ve Hiç Uygun Değil (1) seçeneklerinden uygun olanın karşısına (X) işareti koyunuz. Lütfen tüm ifadelere boş bırakmadan cevap veriniz.	Tamamen Uygun (5)	Çoğunlukla Uygun (4)	Kısmen Uygun (3)	Biraz Uygun (2)	Hiç Uygun Değil (1)
1	Geleceğe yönelik planlar yapmaktan hoşlanırım.	()	()	()	()	()
4	Geriye dönüp baktığımda isteklerimin çoğunu elde edemediğimi görüyorum.	()	()	()	()	()
10	Küçük sorunları bile büyütürüm.	()	()	()	()	()
11	Kendimi genel olarak canlı ve enerjik hissederim.	()	()	()	()	()

12	Yakın gelecekte yaşamımda güzel gelişmeler olacağına inanıyorum.	()	()	()	()	()
14	Yaşamıma beni ona bağlayacak anlamlar katmakta zorlanmam.	()	()	()	()	()
17	Mümkün olsa geçmiş hayatımı değiştiririm.	()	()	()	()	()
18	Ailemle olan ilişkilerimden memnunum.	()	()	()	()	()
19	Genelde hüzünlü ve düşünceliyim.	()	()	()	()	()
21	Kendimi yalnız hissediyorum.	()	()	()	()	()
23	Genel olarak kendimi huzurlu hissediyorum.	()	()	()	()	()
26	Çevremdeki insanların yaşamlarına imreniyorum.	()	()	()	()	()
31	İç dünyanın zaman geçtikçe zenginleştiğini hissediyorum.	()	()	()	()	()
32	Tandığım insanların çoğundan daha fazla sıkıntım var.	()	()	()	()	()
33	Yaşamın zorluklarıyla baş etme gücüne güveniyorum.	()	()	()	()	()
35	Geçmişte yaptığım hatalardan dolayı yoğun suçluluk duygusu yaşıyorum.	()	()	()	()	()
39	Çevremde ihtiyaç duyduğumda destek alabileceğim insanlar var.	()	()	()	()	()
40	Sıklıkla kendimi ümitsiz ve çökkün hissediyorum.	()	()	()	()	()
42	İsteklerime ve değerlerime uygun bir hayat sürüyorum.	()	()	()	()	()
44	Yaşama iyimser bir açıyla bakabilme yönümden memnunum.	()	()	()	()	()

Katılımlarınız için teşekkür ederim.

EK-7. Görüşme Formu ve Mülakat Dökümü (Örnek)

Araştırma Konusu: *Hemodiyaliz Hastalarında Dindarlık ve Öznel İyi Oluş*

Yer : Hitit Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü

Giriş

Merhaba, benim adım Nevzat GENCER. Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü doktora öğrencisiyim. *Hemodiyaliz Hastalarında Dindarlık ve Öznel İyi Oluş* üzerine bir araştırma yapıyorum.

Amacım: Hemodiyaliz hastalarının dinî/manevî duygularının ve dindarlıklarının ÖİÖ'ları üzerinde olumlu/olumsuz ne çeşit bir katkısının olduğunu anlamaya çalışmaktır.

Çalışmanın Önemi: Hemodiyaliz ile dindarlık ve ÖİÖ ya da hemodiyaliz ve dinî başa çıkmayı inceleyen bilimsel bir çalışma bulunmamaktadır. Bu konuda düşüncelerinizi öğrenmek istiyorum.

GÖRÜŞME SORULARI: *Aşağıdaki soruları içtenlikle cevaplayınız.*

Görüşmecinin Adı-Soyadı: M. K.

Katılımcı Numarası: K-14

Cinsiyet : Erkek

Yaş : 39

Eğitim : Yüksek Okul

Ekonomik Durum : Orta

Meslek : Memur

Sürekli Yaşanılan Yer : İl Merkezi

Tedavi Süresi : 8 yıl

1. Hemodiyaliz hastası olduğunuzu duyduğunuzda ilk tepkiniz ne oldu?

“Doktora ilk gidişim şeker hastalığı şüphesiyle ilgiliydi. Ablam da böbrek hastasıydı. Ben de gizli şekerim ya da böbrek sorunum olabilir endişesiyle gitmişim doktora. Böbrek hastası olduğum ve diyaliz almam gerektiği bana söylendi. Sakin karşıladım aslında. Hani derler ya her şeyin kötü yönüne değil, iyi tarafına bakmak gerekir diye. Ben öyle yaptım ve ‘Bunda da bir hayır vardır.’ diyerek tedaviye başladım.”

2. “Bu hastalık neden benim başıma geldi?” diye hiç düşündünüz mü?

“Kolumuza fistül dedikleri bir şey takılıyor. İlk defa fistül takılırken 70’li yaşlarında bir amca da aynı anda oradaydı ve o da diyalize başlayacaktı. Mesela o amca ‘Bu kadar insanın içinden bu hastalık bula bula beni mi buldu, niye benim başıma böyle bir şey geldi?’ gibi çok söylenmişti. Ama ben olaya biraz farklı yönden bakmaya çalıştım. Bu hastalık bir ceza mı, ödül mü? Onu görmek lazım. Bana göre ödül, ona göre ceza. Bunu anlamak lazım. Bir de şöyle bir şey vardır. Kadere inanıyorsan ona göre de bakarsın. Kader bir boru gibidir ve sen o borunun içinde ilerlersin. Zıplasan en fazla borunun üstüne değersin, dışına çıkamazsın. Bunu sen değiştiremezsin. Sadece yol alırsın. Bu yol alma süresince de inanç, dua ve takva yol alırkenki durumu algılama biçimini etkiler. Ben bu hastalığı bu şekilde karşıladım.”

3. Geçen süre zarfında dinî duygu ve düşüncelerinizde herhangi bir değişiklik oldu mu? Oldu ise nasıl bir değişiklik oldu?

“Geçen sürede iş ortamın, arkadaşlık ortamın bazı düşüncelerinizi değiştiriyor. Diyalize ilk başladığım sıralarda çalıştığım yerde patronumuz her sabah bize dinî bilgileri içeren konuşmalar yapardı, ilmiyal dersi verirdi. Bu benim genel dini görüşlerimin oluşmasında etkili olmuştur. Kendi bakış açım bu şekilde olduğundan hastalık süresince de bu konuda olumsuz ya da uzaklaşma duygusu yaşamadım. Tam tersine yakınlaşma ve bağlılık daha fazla oluştu.”

4. Hastalıkla başa çıkma yöntemleriniz nelerdir?

“Tıbbi olarak her şeyi yapıyorum ve gerisini takdir olarak Allah’a bırakıyorum. Manevî anlamda dua ediyorum. Ben annemle birlikte yaşıyorum. Annemin desteği oluyor ve kendi dışından alınan destek fazlasıyla olumlu etkiliyor. Buradaki hastalarla görüştüğünüzde, onları gözlemlediğinizde çok sorunlu insanların olduğunu göreceksiniz. Bizler de ister istemez bu insanların dertlerini dinliyoruz. Ailesinden destek görenle destek görmeyen arasında çok fark oluyor. Hastalığın gidişatı, hastanın hayata bakış açısı, yaşam tarzı çok değişiyor. Bunlar İstanbul’da da diyalize girdiğimde gözlemlediğim şeylerdi. Bizde bir iki seans gelmediğinizde ölüm riskiniz artar. Kan kirlenir, vücut şişer ve saire. Orada benden 5-6 yaş küçük birisiyle diyalize giriyordum. Bazen genç, gelmek istemiyordu. Sırf o gelsin diye bilgisayarımı veriyordum ona, internet paketi alıyordum, sohbet etmeye ve ortak bir konu bulmaya çalışıyordum. Bir nevi destek. Ailesinden yeteri kadar destek görmüyordu. Bu da onun diyalizi alma isteğini etkiliyordu. Bence aile ya da çevre desteği bizlerde önemli. Bir de zaman zaman yalnızlık hissi oluşuyor. Yalnızlık hissi toplumdaki beklentileriniz karşılanmadığında oluşuyor. Yalnızlığım hiç kimsenin olmamasından dolayı değil, yalnızlığımı soracak birisinin olmamasından dolayı dedikleri gibi bir yalnızlık hissi oluyor. Aslında çevrenizde bir sürü insan var ama sizi anlayıp gerçekten sizi kuşatan, duygularınızla sizi yaşatan insan olması lazım.”

5. İbadet eder misiniz? Bu süreçte ibadet/dua sizin için bir anlam ifade ediyor mu? Nasıl?

“Genelde ibadet etmeye çalışıyorum. Çevre önemli. Mesela yaşadığım köyde imam arkadaşın dinî konularda çok büyük desteğini gördüm. Orada yaşarken hiçbir vakti kaçırmamaya çalışırdım ama sonra bir kopukluk oldu. Şuan vakit namazlarını kılmıyorum ama onun dışında hastalığım elverdiği sürece orucumu aksatmamaya çalışıyorum. Dua, yakınlık hissi veriyor ve insanı manevî olarak rahatlatıyor.”

6. Hastalıktan dolayı ibadetlerinizi yerine getiremediğiniz zamanlar oluyor mu? Böyle durumlarda kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

“Çoğu insan için hastalık hali bir kaçış yöntemi ama benim için öyle değil. Diyalize başlamadan önce bir yıl boyunca tahliller yapıldı ve gözetim altında tutuldum. O dönemde oruç tutmak istedim. Doktor oruç tutmamı uygun bulmadı. Çorum’a geldikten sonra da yine hocalarım uygun görmedi ve oruç tutamıyorum. Tutmak istiyor muyum? Tabii ki ama birde şu var: Diyaliz hastaları diyete uymak zorunda. Yine de suçluluk duyuyorsunuz. Bu suçluluk duygusu da yerine ve zamanına göre değişebiliyor. Mesela ben okulda çalışıyorum. Lisedeki tüm öğrenciler bile oruçlarını tutuyor, ben tutmuyorum. Bu durumda suçlu hissediyorum. Ama bir diğer yönüne de bakıyorum. Bir insanın kendi bedenine kasıtlı olarak zarar vermesi hem dinî açıdan hem de yaşamsal açıdan yasak. Bazı diyaliz hastalarında idrar çıkışı olmuyor. Bende idrar çıkışı var. Oruç tuttuğum zaman bu risk de ortaya çıkıyor. Doktorlar bu riske girmeyelim dediler. Böyle baktığınız zaman da suçluluk duygusu kalkıyor.”

7. Öncesine kıyasla hastalık sonrası süreçte hayata bakışınızda bir değişiklik oldu mu? Oldu ise nasıl bir değişiklik oldu?

“Beklentileri çok etkiliyor. Şahsen benim hayattan bir beklentim yok. Burası bir aile gibidir. Herkesle rahatlıkla konuşuruz. Benim yaşam enerjim öyle fazla değil. Şunu alayım, bunu satayım,

şunu yapmaya çalışayım gibi bir enerjim, isteğim yok. Yani bugün amacım neyse onu yaşamak isterim, yarını düşünmem. Önceden böyle değildim, hedeflerim vardı ama şu an hedefler koymuyorum. İnsanımızın hastalığa, hastaya bakışı da bizleri etkiliyor. Mesela bu hastalığın bulaşıcı olduğunu düşünen insanlar vardı etrafımda. Son zamanlarda belirli bir mesafe alındı bu konuda. Bir de toplumumuz hasta insana farklı bir gözle bakıyor. Ya koruma şeklinde ya da uzaklaştırma, dışlama şeklinde. Mesela ben bekârim. Kız istemeye gideyim. ‘Sen böbrek hastasısin.’ derler ve bitti. Başka hiçbir şansın yok. Bu dışlamak mı, korumak mı? Kendi kızını korurken beni dışlıyor. Normal insan muamelesi yapılmaması beni rahatsız ediyor.”

8. Kendinizi iyi bir dindar olarak görüyor musunuz? Neden öyle düşünüyorsunuz?

“Dinimizin kurallarına elimden geldiği kadar uymaya çalışıyorum. Ben de kendimi bu açıdan dindar görüyorum. Tabii ki eksikler çoktur.”

9. Dindar olmanın mutluluk üzerinde bir etki yaptığını düşünüyor musunuz? Nasıl?

“Tabii ki. İnsanlar sığınacak bir yer arıyor ve zor durumda kaldığı zaman birisinden ya da bir şeyden yardım istiyor. Biz bunu duayla yapıyoruz. Bunun rahatlığı, bunun güvencesiyle hareket ediyoruz. Birisinin sizi duyduğunu düşünmeniz, cevap vereceğini ümit etmeniz insanın özgüvenini artırıyor. Özgüveni yüksek olan insan hayatta hiçbir şeyden korkmaz ve mutlu olur. Düşünsenize Allah bizi yarattı ve sahipsiz de bırakmadı. Bizim bir sahibimiz var. Bizi gözeten ve kollayan birisi var. Bu duygu insanı mutlu ve güvende hissettiriyor. Bakış açınız da ona göre yönlenecek, değişiyor. Bardağın dolu kısmına bakmanızı sağlıyor, her zaman boş kısmını görmemek lazım. Bunu inançlar sağlıyor.”

10. Ölüm sizce ne anlam ifade ediyor?

“Ölüm korkusu bende yok ama ben kendimi tez canlı olarak tanımlarım. Ölümle ilgili en çok merak ettiğim şey ilk gecedir. Ölüm kaygısı, korkusu değil, aslında bir merak. Bir de zaten ‘Korkunun ecele faydası yoktur.’ derler ya öyle bir şey.”

Katılımlarınız için teşekkür ederim.

