

**T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**KAMU ÇALIŞANLARI DİNİ TUTUM VE SAĞLIK
ALGILARININ SOSYO-DEMOGRAFİK
DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİ: KAMU ALAN ÇALIŞMASI**

HASAN KAYAHAN

MAYIS - 2017

T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KAMU ÇALIŞANLARI DİNİ TUTUM VE SAĞLIK
ALGILARININ SOSYO-DEMOGRAFİK
DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİ: KAMU ALAN ÇALIŞMASI**

HASAN KAYAHAN

TEZ DANIŞMANI:
Doç.Dr. Aygöl YANIK

MAYIS – 2017

T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü

Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı öğrencisi Hasan KAYAHAN'ın “*Kamu Çalışanları Dini Tutum ve Sağlık Algılarının Sosyo-Demografik Değişkenlerle İlişkisi: Kamu Alan Çalışması*” başlıklı tezi .../.../.... tarihinde, aşağıdaki jüri tarafından Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca, değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Yrd. Doç. Dr. Cengiz CEYLAN
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdür V.

Bu tezin yüksek lisans derecesi elde etmek için gerekli olan koşulları sağladığını onaylarım.

Prof. Dr. Orhan YALÇIN
Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Anabilim Dalı Başkanı

Bu tezi okuyarak içerik ve nitelik açısından incelediğimizi ve Yüksek Lisans derecesi almak için yeterli olduğunu onaylıyoruz.

Doç. Dr. Aygül YANIK
Tez Danışmanı

Jüri üyeleri :

Prof.Dr. Orhan YALÇIN	Kırklareli Üniversitesi
Doç.Dr. Aygül YANIK	İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Yrd.Doç.Dr. Cemal ÇEVİK	Kırklareli Üniversitesi

Tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde bizzat elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada özgün olmayan tüm kaynaklara eksiksiz atıf yapıldığını, aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ediyorum.

Hasan KAYAHAN

16.04.2017

ÖZ

KAMU ÇALIŞANLARI DİNİ TUTUM VE SAĞLIK ALGILARININ SOSYO-DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİ: KAMU ALAN ÇALIŞMASI

Kayahan, Hasan

Yüksek Lisans, Sağlık Kurumları İşletmeciliği

Tez Yöneticisi: Doç.Dr. Aygül YANIK

Mayıs 2017

Bu çalışma, kamu personellerinin dini tutum ve sağlık algısı düzeylerinin belirlenmesi ve bunların sosyo-demografik değişkenlerle ilişkisinin ortaya konulması amacıyla yapılmıştır. Çalışmayı Türkiye'nin Konya ilinde bulunan 10 kamu kuruluşunda görev yapan personeller oluşturmaktadır. Örneklem tesadüfi örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Veri toplama tekniği olarak anket formu kullanılmıştır. Eksiksiz olarak yanıt verilen 456 anket değerlendirmeye alınmıştır. Verilerin analizi; IBM SPSS 22 paket programında yapılmıştır. Personelin dini tutum algısı incelendiğinde; inanç algısı, ibadet algısı, etkilenme algısı, memnuniyet algısı faktörleri ve genel dini tutum algısı çok yüksek düzeyde bulunmuştur. Ayrıca personelin sağlık algısı faktörleri açısından; öz farkındalık algısı orta, sağlıklılık algısı, çaresizlik algısı ve genel sağlık algısı yüksek düzeyde belirlenmiştir. Personellerde kurum, unvan, çalışma statüsü, cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, mesleki deneyim, kurum kıdemi, aylık gelire göre, DTA ve SA faktörleri açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Sonuç olarak personelin DTA ve SA demografik özelliklerine göre değişmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Algısı, Dini Tutum Algısı, Din ve Sağlık, Tıbb-ı Nebevi.

ABSTRACT

PUBLIC EMPLOYEES' RELIGIOUS ATTITUDES AND PERCEPTIONS OF HEALTH IN RELATION TO SOCIO-DEMOGRAPHIC VARIABLES: PUBLIC FIELD WORK

Kayahan, Hasan

Master of Science, Healthcare Management

Supervisor: Associate Professor Aygl Yanık

May 2017

This study is conducted to determine the religious attitudes and medical perceptions of the healthcare professionals and their relation to the socio-demographic variables. The study is conducted with medical professionals from 10 public institutions in Konya, Turkey. The samples were selected with random sampling. Questionnaires were used as the data collection method. 456 questionnaires with complete answers were taken into consideration. The analysis was conducted via IBM SPSS 22 software. When the religious attitude perceptions are examined, it is evident that the perception of belief, perception of worship, perception of exposure, perception of satisfaction factors and overall religious attitude perception are found to be considerably high. Additionally, in terms of the medical perception factors of the staff; self-awareness perception is found to be medium and perception of healthiness, perception of helplessness and overall medical perception are found to be high. There are meaningful differences among the staff in terms of the institution, title, status of work, gender, age, education, marital status, work experience, seniority at the workplace and monthly income by means of DTA and SA factors. Finally, DTA and SA of the staff change according to their demographic features.

Key Words: Perception Of Health, Perception Of Religious Attitude, Religion And Health, Tıbb-ı Nebevi.

ÖNSÖZ

Bu araştırmanın her aşamasında bilimsel katkılarını, yardımlarını, ilgisini ve sabrını esirgemeyen tez danışmanım Doç. Dr. Aygöl Yanık' a, yüksek lisansa başlamamda ve ders dönemi devam sürecinde kolaylık sağlayan Kırklareli Üniversitesi Personel Daire Başkanı Hülya Tuç, Personel Şube Müdürü İlhami Ak ve desteklerini daima yanımda hissettiren Personel Daire Başkanlığı idari personeline en içten sevgi ve saygılarımı sunar, teşekkürü bir borç bilirim.

Son olarak, bu tezin oluşma sürecinde sabır ve anlayış göstererek maddi ve manevi desteklerini hiç esirgemeyen, üzerimde büyük emekleri olan babam Kazım Kayahan, annem Şefika Kayahan, kardeşim Adem Kayahan, sevgili eşim Ayşe Kayahan ve oğlum Yusuf Eymen Kayahan başta olmak üzere CANIM AİLEME sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Hasan Kayahan

Mayıs, 2017

Kırklareli

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	iii
ÖZ.....	v
ABSTRACT.....	vi
ÖNSÖZ.....	vii
KISALTMALAR	xiii
TABLolar	xv
ŞEKİLLER	xix
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

DİN VE TOPLUM	5
1.1. DİN KAVRAMI, TANIMI ve MAHİYETİ	5
1.2. DİN TOPLUM İLİŞKİSİ	7
1.2.1. Dinin Toplum Üzerinde Etkisi	8
1.2.2. Toplumun Dine Etkisi	11
1.3. DİNİ TUTUM ve DAVRANIŞ.....	12
1.4. DİN SOSYOLOJİSİ.....	15
1.4.1. Din Sosyolojisi ve İslamiyet	15

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK VE TOPLUM.....	19
2.1. SOSYOLOJİK BAKIŞ AÇISIYLA SAĞLIK ve HASTALIK	19
2.1.1. Sağlık-Hastalığın Toplumsal Kökenleri.....	19
2.1.2. Sağlık Sosyolojisi.....	20
2.1.2.1. Sağlık Sosyolojisinin Temel Kavramları	23
2.1.2.1.1. Sağlık	23
2.1.2.1.2. Hastalık	24
2.1.2.1.3. Modern Tıp	26
2.1.2.1.4. Alternatif (Tamamlayıcı) Tıp.....	27

2.2. SAĞLIK DURUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	31
2.2.1. Çevre	32
2.2.2. Davranış (Yaşam Biçimi).....	34
2.2.3. Kalıtım (Genetik)	34
2.2.4. Sağlık Hizmetleri	35
2.3. İSLAM GELENEĞİNDE SAĞLIK ve TIP	36
2.3.1. Tıbb-ı Nebevi	36
2.3.2. Okuyarak Tedavi (Rukye).....	39
2.3.3. Kur'an-ı Kerim'de Geçen Şifa Ayetleri	42

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

KAMU ÇALIŞANLARINDA DİNİ TUTUM VE SAĞLIK ALGISININ DEĞERLENDİRİLMESİ	45
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI ve ÖNEMİ.....	46
3.1.1. Araştırmanın Amacı	46
3.1.2. Araştırmanın Önemi.....	46
3.2. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	47
3.3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	47
3.3.1. Hipotezler.....	47
3.3.2. Evren ve Örneklem	49
3.3.3. Veri Toplama Araçları	50
3.4. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ.....	50
3.5. BULGULAR	51
3.5.1. Personelin Demografik Özellikleri	51
3.5.2. Personelin Doktor Cinsiyet Tercihi	55
3.5.3. Personelin Nazara İnanma Durumu	55
3.5.4. Personelin Hastalık Nedeni Görüşü	57
3.5.5. Personelin Hastalandığında Davranış Şekli	57
3.5.6. Personelin Geleneksel İyileştiricilere Gitme Durumu	59
3.5.7. Personelin “Hastalıklar İnsanın Günahlarına Kefarettir.” Sözüne Katılma Durumu	60
3.5.8. Personelin Sadaka, Zekat ve Fitrenin Kaza, Bela ve Hastalıktan Koruduğuna İnanma Durumu	62

3.5.9. Personelin Kan Akıtmanın Kaza, Bela ve Hastalıktan Koruduğuna İnanma Durumu	63
3.5.10. Personelin Dini Açıdan Yenilmesi Yasak Olan Besin İnanıcı ve Davranış Şekli.....	64
3.5.11. Personelin Kurumuna Göre Hastalıklar İle İlgili İnançları.....	65
3.5.12. Personelin Unvana Göre Hastalıklar İle İlgili İnançları	67
3.5.13. Personelin Çalışma Statülerine Göre Hastalıklar İle İlgili İnançları	70
3.5.14. Personelin Cinsiyete Göre Hastalıklar İle İlgili İnançları.....	71
3.5.15. Personelin Yaşa Göre Hastalıklar İle İlgili İnançları.....	73
3.5.16. Personelin Medeni Duruma Göre Hastalıklar İle İlgili İnançları	75
3.5.17. Personelin Eğitim Durumuna Göre Hastalıklar İle İlgili İnançları	76
3.5.18. Personelin Mesleki Deneyimine Göre Hastalıklar İle İlgili İnançları	78
3.5.19. Personelin Gelirine Göre Hastalıklar İle İlgili İnançları.....	79
3.6. DİNİN TUTUM ALGISI	81
3.6.1. DTA Ölçeği Faktörleri, Faktör Yükleri ve Güvenirliği.....	81
3.6.2. DTA Ölçeği Faktör Ortalamaları ve Cronbach's Alpha Değerleri	83
3.6.3. DTA Ölçeği Sorularına Verilen Cevapların % ve Ortalama Dağılımı	84
3.7. SAĞLIK ALGISI.....	85
3.7.1. SA Ölçeği Faktörleri, Faktör Yükleri ve Güvenirliği.....	85
3.7.2. SA Ölçeği Faktörleri, Ortalama Dağılımı ve Cronbach's Alpha Değerleri	87
3.7.3. SA Ölçeği Sorularına Verilen Cevaplar % ve Ortalama Dağılımı	88
3.8. KAMU ÇALIŞANLARINDA DİNİ TUTUM ve SAĞLIK ALGISININ DEĞERLENDİRİLMESİ	89
3.8.1. Kuruma Göre Dini Tutum ve Sağlık Algısı.....	90
3.8.2. Unvana Göre Dini Tutum ve Sağlık Algısı	91
3.8.3. Çalışma Statüsüne Göre Dini Tutum ve Sağlık Algısı	94
3.8.4. Cinsiyete Göre Dini Tutum ve Sağlık Algısı.....	95

3.8.5. Yaşa Göre Dini Tutum ve Sağlık Algısı.....	98
3.8.6. Medeni Duruma Göre Dini Tutum ve Sağlık Algısı.....	101
3.8.7. Eğitime Göre Dini Tutum ve Sağlık Algısı	102
3.8.8. Mesleki Deneyime Göre Dini Tutum ve Sağlık Algısı.....	105
3.8.9. Kurum Kıdemine Göre Dini Tutum ve Sağlık Algısı.....	107
3.8.10. Gelire Göre Dini Tutum ve Sağlık Algısı.....	108
3.8.11. Personelin Dini Açıdan Yenilmesi Yasak Olan Besinler Hakkındaki Düşüncelerine Göre Dini Tutum ve Sağlık Algısı	111
3.8.12. Personelin “Hastalıkların İnsanın Günahlarına Kefarettir.” Sözüne Katılmalarına Göre Dini Tutum ve Sağlık Algısı	112
3.8.13. Personelin Doktor Cinsiyetine Önem Verme ve Tercih Etme Durumuna Göre Dini Tutum ve Sağlık Algısı.....	113
3.8.14. Nazara İnanmalarına Göre Dini Tutum ve Sağlık Algısı	114
3.8.15. Personelin DTA ile SA Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi	115
SONUÇ.....	117
KAYNAKÇA	123
EKLER.....	139
EK 1. GENEL BİLGİLER FORMU.....	139
EK 2. DİNİ TUTUM ALGISI ÖLÇEĞİ.....	142
EK 3. SAĞLIK ALGISI ÖLÇEĞİ.....	143

KISALTMALAR

ark.	: Arkadaşları
C.	: Cilt
Çev.	: Çeviren
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DTA	: Dini Tutum Algısı
DTAS	: Dini Tutum Algısı Soru
Hz.	: Hazreti
Ed.	: Editör
S.	: Sayı
SA	: Sağlık Algısı
SAS	: Sağlık Algısı Soru
sav	: Sallallahü aleyhi ve sellem
SHİ	: Soru Hastalık İnanç
ss.	: Sayfa Sayısı
vb.	: Ve benzeri

TABLolar

Tablo 1: Demografik Değişkenlerin Birleştirilme Tablosu.....	52
Tablo 2: Personelin Demografik Özellikleri	54
Tablo 3: Personelin Doktor Cinsiyet Tercihi İle İlgili Düşünceleri Dağılımı	55
Tablo 4: Personelin Nazara İnanma ve Nazar Değdiğinde Davranışı İle İlgili Düşünceleri Dağılımı	56
Tablo 5: Personelin Hastalıkların Nedenleri İle İlgili Düşünceleri Dağılımı	57
Tablo 6: Personelin Hastalandığında Davranışı İle İlgili Düşünceleri Dağılımı	58
Tablo 7: Personelin Geleneksel İyileştiricilere Gitme İle İlgili Düşünceleri Dağılımı	60
Tablo 8: Personelin “Hastalıkların İnsanın Günahlarına Kefarettir.” Sözüne Katılma İle İlgili Düşünceleri Dağılımı	61
Tablo 9: Personelin Sadaka, Zekat ve Fitrenin Kaza, Bela ve Hastalıktan Koruduğuna İnanma İle İlgili Düşünceleri Dağılımı	63
Tablo 10: Personelin Kan Akıtmanın Kaza, Bela ve Hastalıktan Koruduğuna İnanma İle İlgili Düşünceleri Dağılımı	64
Tablo 11: Personelin Dini Açıdan Yenilmesi Yasak Olan Besin İnanıcı ve Davranışı İle İlgili Düşünceleri Dağılımı.....	65
Tablo 12: Personelin Kurumuna Göre Hastalıklar İle İlgili İnançları Dağılımı	67
Tablo 13: Personelin Unvanlarına Göre Hastalıklar İle İlgili İnançları Dağılımı	69
Tablo 14: Personelin Çalışma Statülerine Göre Hastalıklar İle İlgili İnançları Dağılımı	71
Tablo 15: Personelin Cinsiyetine Göre Hastalıklar İle İlgili İnançları Dağılımı	73
Tablo 16: Personelin Yaşlarına Göre Hastalıklar İle İlgili İnançları Dağılımı	75
Tablo 17: Personelin Medeni Durumuna Göre Hastalıklar İle İlgili İnançları Dağılımı	76
Tablo 18: Personelin Eğitim Durumuna Göre Hastalıklar İle İlgili İnançları Dağılımı	78

Tablo 19: Personelin Mesleki Deneyimine Göre Hastalıklar İle İlgili İnançları Dağılımı	79
Tablo 20: Personelin Gelirine Göre Hastalıklar İle İlgili İnançları Dağılımı	81
Tablo 21: DTA Ölçek Faktörlerini Oluşturan Sorular, Faktör Yükleri ve Cronbach's Alpha Değerleri Dağılımı	83
Tablo 22: DTA Ölçek Faktörlerini Oluşturan Sorular, Cronbach's Alpha Değerleri ve Faktör Puanları Ortalama Dağılımı	84
Tablo 23: DTA Ölçeği Sorularına Verilen Cevaplar % ve Ortalama Dağılımı	85
Tablo 24: SA Ölçek Faktörlerini Oluşturan Sorular, Faktör Yükleri ve Cronbach's Alpha Değerleri Dağılımı	87
Tablo 25: SA Ölçek Faktörleri Soruları, Ortalama Dağılımı ve Cronbach's Alpha Değerleri	88
Tablo 26: SA Ölçeği Sorularına Verilen Cevaplar % ve Ortalama Dağılımı	89
Tablo 27: Personelin Kurumlarına Göre DTA ve SA Faktör Puanları Dağılımı	91
Tablo 28: Personelin Unvanına Göre DTA ve SA Faktör Puanları Dağılımı	93
Tablo 29: Unvana Göre DTA ve SA Fark Tablosu.....	94
Tablo 30: Personelin Çalışma Statülerine Göre DTA ve SA Faktör Puanları Dağılımı	95
Tablo 31: Çalışma Statüsüne Göre DTA ve SA Fark Tablosu	95
Tablo 32: Personelin Cinsiyete Göre DTA ve SA Faktör Puanları Dağılımı	98
Tablo 33: Personelin Yaş Gruplarına Göre DTA ve SA Faktör Puanları Dağılımı	100
Tablo 34: Yaşa Göre DTA ve SA Fark Tablosu	100
Tablo 35: Personelin Medeni Durumuna Göre DTA ve SA Faktör Puanları Dağılımı	102
Tablo 36: Personelin Eğitim Durumuna Göre DTA ve SA Faktör Puanları Dağılımı	105
Tablo 37: Eğitime Göre DTA ve SA Fark Tablosu	105
Tablo 38: Personelin Mesleki Deneyimine Göre DTA ve SA Faktör Puanları Dağılımı	106
Tablo 39: Mesleki Deneyimine Göre DTA ve SA Fark Tablosu.....	107

Tablo 40: Personelin Kurumdaki Kıdemine Göre DTA ve SA Faktör Puanları Dağılımı	108
Tablo 41: Kurum Kıdemine Göre DTA ve SA Fark Tablosu	108
Tablo 42: Personelin Gelirine Göre DTA ve SA Faktör Puanları Dağılımı	110
Tablo 43: Aylık Gelire Göre DTA ve SA Fark Tablosu	111
Tablo 44: Personelin Dini Açından Yenilmesi Yasak Olan Besinler Hakkındaki Düşüncelerine Göre DTA ve SA Faktör Puanları Dağılımı...	112
Tablo 45: Personelin Dini Açından Yenilmesi Yasak Olan Besin Yasaklarına Uyma Durumlarına Göre DTA ve SA Faktör Puanları Dağılımı	112
Tablo 46: Personelin “Hastalıklar İnsanın Günahlarına Kefarettir.” Sözüne Katılma Durumlarına Göre DTA ve SA Faktör Puanları Dağılımı	113
Tablo 47: Personelin Doktor Cinsiyeti Tercihine Göre DTA ve SA Faktör Puanları Dağılımı	114
Tablo 48: Personelin Hastalandıklarında Doktor Cinsiyeti Seçimlerine Göre DTA ve SA Faktör Puanları Dağılımı.....	114
Tablo 49: Personelin Nazara İnanmalarına Göre DTA ve SA Faktör Puanları Dağılımı	115
Tablo 50: DTA ile SA Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları	116

ŞEKİLLER

Şekil 1: Sağlığı Etkileyen Etmenler.....	32
Şekil 2: Biyolojik Etkenler ve Sağlık İlişkisi	33

GİRİŞ

İlk insanın sorunu neydi diye sorulsa ya hastalığına şifa ya da günahlarına tövbedir denilse herhalde yanlışlık yapılmış olmaz. Hasta olduğunu bilmeden hastalığı yaşayan insan, bedeninde hissettiği acı ve ağrının sebebini veya kaynağını mutlaka aramıştır. Ne oldu, neden oldu, neden bana oldu, neden şimdi oldu, ne yapmalıyım, kimden yardım almalıyım? Bu ve benzeri soruları kendisine soran insanoğlu üstesinden gelemediği şahsi sıkıntıları ve bazı tabiat olayları karşısında, kendisinden daha güçlü varlıkları fark etmesi, aynı zamanda kendisinin yeryüzünde çokta fazla güçlü olmadığını idrak etmesiyle sonuçlanmıştır. Böylece sığınma ve korunma ihtiyacı karşısında bütün âleme hakim olana sığınarak korunabileceği ve kendisini huzursuz edenlerin zararından kurtulabileceği düşüncesi insana, “Üstün Varlık”ın varlığına inanmaya yönlendirmiştir. O’ nun karşısında bazı önlem ve tedbirler alması ile bu üstün varlığa kendini teslim etmesiyle huzura ve emniyete ulaşacağı inancı, insanda imana dönüşmüş, hal tavır ve davranışlarla, sözlü iletişim ve dualarla bir bütün halinde günlük yaşam kurallarını düzenleme sonucunda aklında ve kalbinde inanç ve iman uygulaması, ritüeller ve törenler sistemini geliştirmiştir (Atmaca, 2011: 17; Öztürk Güntöre, 2005: 1-2). Tüm canlılar içerisinde düşünme, karar verme, akletme, düşündüğü şeyi uygulayabilme, plan yapma, sonuç çıkarma gibi zihinsel yetileriyle yaratılan insan, bu sonuca ulaşabilmiştir.

Tanrı fikri de insanla birlikte doğmuştur. Korku ve acziyetin sonucu olarak sonradan ortaya çıkmış değildir. Araştırmalar en ilkel kavimlerin yaşantılarında dahi, Tanrı fikrine ve dini inançlara sahip olduklarını göstermektedir. Tanrı fikri tabiat olaylarının insanda meydana getirdiği korkunun bir sonucu olarak ortaya çıkmış olsaydı, günümüzde bu tabiat olaylarının mahiyetinin anlaşılmasıyla Allah’a inanan hiçbir kimsenin bulunmaması gerekirdi. İnsan, ilk’i var eden, son’u var edecek olan ve ilk ile son arasındaki bütün oluşu bir denge ve düzen içerisinde kontrol eden ve güven içerisinde yoluna devam etmesini sağlayan mutlak kudret ve güç sahibi bir Varlık’a inanma ihtiyacı duymuştur (Düzgün, 2012: 16-17). İnsan

doğuştan bir takım özelliklerle doğar ki, buna fitrat denir. Ruh ve bedenden meydana gelmiş olan insan bedeninin, beslenme, barınma, korunma ihtiyaçları olduğu gibi, ruhsal ihtiyaçlarından biri de fitratında olan inanma ihtiyacıdır. Yapısında böyle bir özellik olduğu için, insan Allah'a ve bir dine inanmadan yaşayamaz. Bu insan için büyük bir ihtiyaçtır.

İnsan ansızın, hastalık veya kaza/bela ile karşılaştığında, ya kural ihlali yaptığı ve yeterince önlem almadığı düşüncesi ile kendini suçlu görmüş ya da gerekli ritüelleri yerine getirmediği gerekçesi ile "Üstün Varlık" ın gazabına uğradığı düşüncesi ile yine kendini kusurlu/hatalı görmüş olacağından, Üstün Varlık'tan affını dilemiştir (Atmaca, 2011: 17-18). Kur'an-ı Kerim'de Nisa Suresi'nin 28. ayetinde bu gerçeğe şöyle dikkat çekilmiştir: "...insan zayıf olarak yaratılmıştır". İnsan da bunun bilincinde olup, bir kul olarak Yaratıcı'sına karşı olan acizliğini anlayabilmeli ve dünyanın geçici bir yer olduğunu fark edebilmelidir.

İnsanların düşüncelerini, tutum ve davranışlarını, birbirleriyle olan ilişkilerini ve toplumsal yaşamlarını şekillendiren temel kurumların birinin en başında din gelmektedir. İnsanın oluşturduğu sosyal ve kültürel hayatta önemli bir yer tutan din, insan hayatını anlamlı kılma gibi temel işlevinin yanında, sosyal ve kültürel kontrolü sağlamada, bireysel ve toplumsal kimliğin kazanılmasında ve bireyin toplum içerisinde sosyalleşmesinde etkili bir rol oynar. Din en önemli toplumsal kurumlardan biridir ki, geçmişten günümüze sosyal ve siyasi olayların ortaya çıkışından toplumsal ilişkilere, kültür ve medeniyetlerin doğmasından veya yok olmasından ekonomik faaliyetlere, adet, gelenek ve göreneklerden kültürel yapıya, ülkeler arasındaki ilişkilerden bireysel davranışlara kadar hayatın her aşamasında dinin etkisini görmek kaçınılmaz bir gerçektir (Tunç, 2011: iii).

Bu araştırma, sosyo-demografik değişkenlerin kamu personelinin dini tutum ve sağlık algısı görüşleri arasında bir ilişkinin var olduğu kabulünden hareketle, bunu bir kamu alan araştırmasıyla ölçmek ve sonuçlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmada önce konunun teorik zemini üzerinde durulmuş, birinci bölümde; daima insanlar tarafından kabul görmüş bir kültür ve medeniyet ortamında yaşam bulmuş, toplum içerisinde şekillenmiş, yaşam sürmüş ve

her daim süreç olarak varlığını sürdürmüş ve sürdürecektir olan dinin toplum ile ilişkisine yönelik olarak, din kavramının tanımı, mahiyeti, dinin toplum ve toplumun din üzerindeki etkileri ve dini davranışın oluşmasının sebebi olan dini tutum hakkında bilgiler verilmiştir. Son olarak da din sosyolojisi ve İslamiyetten söz edilmiştir.

İkinci bölümde; toplum bireylerinin ana rahmine düştüğü andan itibaren insan yaşamında var olan ve var olmaya da devam edecek sağlık ile toplum ilişkisine değinilmiştir. Buna bağlı olarak sağlık, hastalık kavramları, sağlığı etkileyen etmenler ve sağlık sosyolojisi kavramları açıklanmaya çalışılmıştır. Ayrıca sağlık sosyolojisinin temel kavramları ve islam geleneğinde tıp konusuna değinilerek bu bölüm sonlandırılmıştır.

Üçüncü bölümde ise kamu çalışanlarının dini tutum ve sağlık algılarının sosyo-demografik değişkenlerle ilişkisine yönelik yapılan araştırmanın önemi, amacı, yöntemi ve verilerin analizi yapılmıştır. Analiz sonucundan elde edilen bulgular tartışılarak sonuç ve önerilerde bulunulmuştur.

1. BÖLÜM

DİN VE TOPLUM

1.1. Din Kavramı, Tanımı ve Mahiyeti

Din, insanlık tarihi boyunca insanlığın yaşamında daima var olmuş, hatta bu yaşama ciddi olarak damgasını vurmuştur. Yapılan araştırma ve incelemeler tarihte bütünüyle dinden uzak bir toplumun olmadığı, toplumun var olduğu her yerde mutlaka din kavramının kendiliğinden var olduğunu ortaya koymuştur (Toköz, 2013: 13). Nitekim eski Yunan filozoflarından Plutarque, “dünyayı dolaşınız, duvarsız, edebiyatsız, kanunsuz, servetsiz şehirler bulacaksınız; fakat mabedsiz ve mabudsuz bir şehir bulamayacaksınız” diyerek bu gerçeği farklı bir şekilde ifade etmiştir. Bergson' da “geçmişte olduğu gibi, günümüzde de, ilimsiz, sanatsız, felsefesiz insan toplumları vardır, fakat hiçbir zaman dinsiz bir toplum mevcut olmamıştır” diye söyler (Güneş, 2014: 153; Toköz, 2013 :30). Öyle ki insanın yaratılış fitratında olan bir dine inanma, bir dine ait olma inancı bu görüşler ile paralellik göstermektedir.

Günümüzün en önemli dinler tarihçilerinden biri olarak kabul gören M.Eliade de, ilk insanın “dindar adam” olduğunu ve buna ilave olarak anlamlı bir dünyanın kuruluşunun da ancak kutsalın keşfedilmesi ile mümkün olabileceğini ileri sürmüştür (Keskin, 2004: 7-8). Fitratında inanma olan insan, inanmış olduğu dinin gereklerini yerine getirerek geçici olan dünya hayatından asıl olan ahiret hayatına göçtüğünde yüce yaratanın cemalini görmek de inanların kutsalı keşfetmesi ile eşdeğerdedir.

Toplumsal yaşamın karışık ve kaos ortamlarında, güçlü insanlar bile kendilerinden daha güçlü olduğunu düşündükleri varlıklara sığınma ihtiyacı duymuştur. Hiçbir güce inanmıyorum diyen kişi dahi, kendini aşan soyut kuvvetlerin varlığını inkar etmemiştir (Doğan, 1979: 75). Öyle ki din de, insanların bu sığınma, üstün kuvvetin varlığına inanma ihtiyaçlarından doğmuştur. Din aynı zamanda bir sosyal kontrol aracı olması nedeniyle bazı davranışlara kutsallık kazandırmış, suç olarak kabul ettiği bazı davranışlara günah, haram, mekruh diyerek insanları bu tür davranışlardan men ederken,

dinsel törenler, ortak ayinler, ibadetler toplum dayanışmasını kuvvetlendiren unsurlar haline gelmiştir (Kaya, 2012: 35-36). Nitekim insan aciz olarak yaratılmış bir varlıktır. Yaşlanmak istememesine rağmen yaşlanması, ölmek istememesine rağmen çaresinin olmaması, soğukta ve sıcakta biraz fazla zaman geçirmesi, kişisel bakım ürünlerinin ortak kullanımı, dengesiz ve sağlıklı beslenme, stres gibi sebepler hastalıkların oluşması için yeterli olabilir. Hal böyleyken insan, inandığı dinin gereklerini yerine getirerek Allah'ın hoşnutluğuna ve rızasına mazhar olması gerekmektedir.

Bunların yanında evrenselliği, çeşitli şekillerde tezahür etmesi ve heterojenliği sebebiyle bütün dinleri kapsayan, yeterli, özenli ve herkes tarafından kabul edilebilir ortak bir din tanımı bulmak oldukça zordur.

Dinle ilgilenen herkes onu kendi alanı ve amaçları doğrultusunda tanımlama gayreti içerisinde olmuştur. Bir psikolog, dini, çok defa yaşanan bir tecrübe; bir sosyolog ise toplumsal bir kurum olarak göstermiştir. Aslında birçok din olması nedeniyle, çeşitli dinlere mensup insanların benimseyeceği ortak bir tanımlama yapmak da mümkün değildir (Dönmez, 1998: 149; Tunç, 2011: 6). Dini tanımlama girişiminde bulunan pek çok düşünür, genellikle onun sadece bir yönünü vurgulamış, böylece birbirinden farklı çok sayıda din tanımı ortaya çıkmıştır. Bu farklılık da din olgusunun karmaşık doğasından ve bu tanımları ortaya atanların bireysel duygu, düşünce ve dünya görüşlerinin etkisi altında kalmalarından kaynaklanmaktadır. Bu yönüyle bakıldığında doğru ya da yanlış bir din tanımı yoktur, gerçeğe az ya da çok yaklaşan tanım vardır denilebilir (Günay ve öte., 2012: 42-43).

Filozoflar dini çeşitli yönlerine vurgu yaparak tanımlamışlardır. Örneğin Schilling'e göre "Din, bizim varlığımızın mutlak varlıkla olan birleşmesidir", Schleiermacher; "Din bağımlılığımızın mutlak duygusundan ibarettir", Max Müller, "Din kavranılmayana kavramak, anlatılmayana anlatmak için yapılmış bir çaba" der. Felicien Challaye; İnsan yaşamının bağlı olduğu engin gerçeği her zaman tanımaya çalışmıştır. Onun karşısında daima bazıları kişisel, bazıları ortaklaşa, yani tapınıyla ilgili olan davranışlarıyla bir takım heyecanlar duyduğunu ifade etmektedir. Durkheim, dini, "kutsal varlıklarla ilgili her türlü ibadet ve itikatlardan meydana gelen

toplu bir sistemdir” ve Kant, İlahi emrin bilinmesi tanınması gibi insanın bütün vazifelerini din olarak kabul etmiştir. T. Parsons, dini amprik olmayan, değer koruyucu karakteriyle nitelendirmektedir. Bu bağlamda din, açık olarak bilimden, ideolojiden ve felsefeden ayrılmaktadır. Geertz’ in ifadesiyle de, toplumda karşılaşıla gelen olayların yorumunun yapılabilmesini kolaylaştıran, davranışlar için yol yordam sağlayan bir çeşit algılama çerçevesi teşkil etmektedir. Otto’ ya göre ise din, kutsalın tecrübesidir (Arifoğlu, 2013: 49; Tunç, 2011: 6-7).

İslam bilginlerinin, Kur’an-ı Kerim’de yer alan açıklamaları ve İslam inançlarını göz önüne alarak yaptıkları din tarifi şu şekildedir: Din akıl sahibi insanları kendi tercihleriyle bizzat hayırlı olan şeylere götüren ilahi bir kanundur (Harman, 2006: 4). İlahiyatçılar arasında da bazı farklılıklar olmakla birlikte genel olarak dini şu şekilde tarif etmişlerdir; “İnsanları, iyiliğe yöneltmek için, yüce Allah’ın, peygamberleri vasıtasıyla bildirdiği emirler ve hükümlerdir. Bu emir ve hükümler insanı hem bu dünyada hem de ahirette mutlu etmektedir” (Savaş, 2012: 9).

Bu tariflerden yararlanarak dini, bir topluluğun sahip olduğu inançlar, ibadetler ve ahlaki kuralların bütünüdür, şeklinde tanımlamak mümkündür (Dönmez, 1998: 149). Ancak, insanların subjektif bilgi ve görüşleriyle ortaya koydukları kurallar bütünü için din tabirinin kullanımı doğru bir yaklaşım olamaz. Allah tarafından vahiy melekleri vasıtası ile Peygamberlere ve Peygamberler ile de insanlara tebliğ edilen, yaşamı tüm yönleriyle çepe çevre kuşatan ilahi emir ve yasaklar bütününe din denilir.

1.2. Din Toplum İlişkisi

İnsan, topluluk içinde yaşam sürdüren sosyal bir varlıktır. Bu insanın sahip olduğu özelliklerinden bir tanesidir. Din, dil, tarih, hukuk, edebiyat, sanat ve ahlak gibi bir arada yaşayan insanların oluşturdukları ortak değerler ve bunların birleşmesiyle oluşan, ortak duygu ve düşünceler ile tarih boyunca insanlar çeşitli toplumlar, kültür ve medeniyetler oluşturmuşlardır. İnsanlar, insanı diğer canlı topluluklarından ayıran özellikleri sebebiyle, akıl ve yeteneklerini kullanarak daima kendilerini ve çevrelerini

geliştirmişlerdir. Bu gelişme hem maddi hem de manevi alanda görülmüştür. Diğer canlı topluluklarında ise, bu tür bir gelişme görülmez. Onlar yüzyıllardır aynı biçimde hayatlarını sürdürmektedirler (Aşıkoğlu, 1998: 1). Aşağıda toplumu oluşturan insanlar için vazgeçilmez bir unsur olan dinin toplum üzerinde etkisi ve toplumun dine etkisi açıklanmaya çalışılmıştır.

1.2.1. Dinin Toplum Üzerinde Etkisi

Din ile toplum arasındaki ilişkiye dinin topluma etkisi yönünden bakıldığında zengin bir malzeme ile karşılaşılmaktadır. Bütün dinler, toplumsal yapıyla ilişki halindedir ki bu ilişki sayesinde dinler toplumları etkiler ve bu etki sonucunda da değişim kaçınılmaz olur. Her şeyden önce toplumsal örgütlenme ve davranışların şekil ve muhtevası dinin etkisine açıktır (Günay ve öte., 2012: 47). Günümüz insan yaşamının her anına, hatta tarihi süreç içerisine bakıldığında dahi toplumu oluşturan bireyler üzerinde dinin etkisi açıkça kendini göstermektedir.

Bireysel anlamda, insanların aşkın olanla bağ kurmalarını sağlama, dünya kurma, içinde yaşanılan dünyayı tanıma ve bu dünyada insanın kendisini belirli bir yere yerleştirmesinin modeli olma gibi bir takım fonksiyonları üstlenen din, toplumsal düzeyde de bir çok fonksiyonu yerine getirmektedir ki, dinin en temel fonksiyonlarının başında, toplumlara belli bir zihniyet kazandırma veya yeni bir dünya kurma vizyonu sağlamanın yanında; sosyalleştirme, yapılandırma, motive etme, kimlik ve kişilik kazandırma gibi işlevleri yerine getirerek toplumsal yapıda değişimlere kaynaklık etmektedir. Öyle ki, Berger'in ifadesiyle: "Hayata anlam ve gaye kazandıran din, insanın dünya kurma girişiminde stratejik bir rol oynamaktadır. Din, evrenin tamamını insan açısından mânidar bir varlık olarak kavramanın cüretkar bir girişimidir" Mardin'e göre ise din, bu zihniyet sayesinde insanlara çevrelerindeki dünyayı özel gözlüklerle görmeyi sağlayacak kavramsal görüş imkanları sağlar. Nitekim Wach, ilkel kabile yaşamına atıf yaparak "Onların hiçbir bayramı yoktur ki, aynı zamanda dini bir mâna ifade etmesin. Hiçbir mukaveleleri yoktur ki, Tanrı

adına aktedilmiş olmasın. Hiçbir spor yarışmaları yoktur ki, kendisine dini bir âyin eşlik etmesin” derken, bu gerçeğe dikkat çekmiştir (Keskin, 2004: 11-13; Ulaşır, 2014: 76).

Din ayrıca, akıl sahibi insanların yeme, içme ve uyuma gayesi dışındaki dünya hayatını anlamlandıran, kutsal bir intizama dönüştüren bir model olarak da yer edinmiştir. Din, Geertz’in ifadesiyle toplumda karşılaşılan olayların değerlendirmesini kolaylaştıran, davranışlara yol ve yöntem sağlayan bir nevi “algılama çerçevesi” de içermektedir (Okumuş, 2009: 328).

Din ve toplum ilişkileri incelenirken, dinin toplum üzerindeki etkisi olumlu ve olumsuz diye ayrılmıştır. Ancak, iyi irdelendiğinde din topluma daima olumlu katkı yapmış, olumsuzluklar, dini yanlış anlayan veya onu kişisel çıkarlarına alet edenlerden kaynaklanmıştır. Çünkü din, içinde barındırdığı iyilik, güzellik, çalışkanlık, özverilik, güvenilirlik, yardımseverlik ve bunlar gibi diğer tüm olumlu objeleri değer olarak devam ettirir. Bu da, dinin olumluluğunun kanıtıdır. Aksi düşünüldüğü takdirde ise dindar görünmek isteyen kişilerin olumsuz davranışları ve eksik inançlarının sebep olduğu görüşlerdir (Doğan, 1979: 80).

İslam dininin değişimden yana olmayan, gelişime engel teşkil eden, kalkınmayı desteklemeyen bir din olduğu, öyle ki Hristiyanlığın etkin bir din olduğu ve nitekim İslam’ın fakir ve gelişmemiş toplumların dini olmasına karşılık Hristiyanlığın kalkınmış, zengin ülkelerin dini olduğu biçiminde görüşler var olmakla birlikte, tarafsız bir tarihsel ve sosyolojik din değerlendirmesiyle bunun gerçeği yansıtmadığı, gerçekte İslam’ın değişimi ve gelişimi teşvik eden bir etken olduğu çeşitli sosyal zemin ve ortamlarda değişimin temel unsuru olduğu görülmektedir. Kur’an, Sünnet, İslam’ın tarihsel tecrübesi, günümüz Müslüman toplumlarının hayat çizgileri, İslam’ın sahip kıldığı inanç ve kazandırdığı zihniyet ve pratiklerle, toplumun gelişmesinde, güç ve ivme kazanmasında, maddî ve manevî huzura kavuşmasında, ekonomik kalkınmasında vb. teşvik edici rol üstlendiğini açıkça ortaya koymaktadır (Okumuş, 2009: 332; İnce, 2012: 123). Nitekim Vergin, Türkiye için din kavramının anlam ve önemini şu

cümle ile özetlemiştir: “Kimi devletlerin petrolü, kimi devletlerin silahı vardır. Ama Türkiye için en önemli faktör dindir” (Güneş, 2014: 155).

O halde anlaşılan şu ki; dinler hemen her toplumda toplumsal yapıyı dizayn etmede önemli bir görevi yerine getirmiştir. Montesquieu’ya göre hiçbir dine sahip olmamaktansa en ilkel dine inanmak yeğdir. Dinin toplum için en açık faydası, sahip olduğu değişmez karakteri nedeniyle onun bir toplumsal istikrar faktörü teşkil etmesi olgusundan kaynaklanmıştır. Öyle ki toplumsal uyumu sağlayan ve toplumdaki egemen güçlerin otorite ve baskılarını yumuşatan tek olgu dindir (Polat, 2002: 28-29). Bütün bunlardan yola çıkarak Tanyol (1946)’un da ifade ettiği gibi, “İçinde dinin tesiri olan her müesseseyi kötülemek, sadece bir yıkıntı ve yüz karası olarak görmek, bize ancak kendimizi köksüz bir millet olarak göstermekten başka bir işe yaramaz” (Eroğul, 2011: 36).

Ayrıca literatürde, din ile fiziksel ve ruhsal sağlık arasında pozitif bir ilişkinin olduğunu belirleyen çok sayıda araştırma mevcuttur. Din, tedavinin aksamasına neden olacak zararlı davranışları engelleyerek ya da hastalığa yol açacak davranışların önüne engel çekerek ölüm ya da hastalık riskini en aza düşürebilir. Ayrıca stresli yaşam koşulları ile yüzleşmede, bireye yardımcı olabilecek tutum ve davranışları geliştirerek bir bakış açısı sunabilmektedir (Yazgan, 2014: 25). Alanının en önemli mütehassıslarından biri olan Koenig, 2000 yılından önce dinin ruh ve beden sağlığına yaptığı katkı konusunda yapılan araştırma sonuçlarını özetlediğinde, dinî inanç ve uygulamaların, 5 çalışmanın 5’inde bağışıklık sistemini güçlendirdiği; 7 çalışmanın 5’inde kanser hastalığına ilişkin ölüm değerlerini düşürdüğü; 11 çalışmanın 7’sinde daha az kalp hastalıkları ve daha iyi kardiyolojik sonuçlar verdiği görülmüştür. Ayrıca 23 çalışmanın 14’ünde dindar bireylerde daha düşük kan basıncı olduğu, 3 çalışmanın 3’ünde dindar bireylerde daha düşük kolesterol olduğu, 25 çalışmanın 23’ünde dindar bireylerin daha az sigara içtikleri, 5 çalışmanın 3’ünde dindar bireylerin daha fazla egzersiz yaptıkları, 2 çalışmanın 2’sinde de dindar bireylerin daha iyi uyku düzenine sahip oldukları ortaya konulmuştur. Bütün bunların yanı sıra dindarlık düzeyi ile yaşam süresi arasındaki ilişkiyi inceleyen 52 çalışmanın 39’unda (% 75), dindarlık düzeyi

daha yüksek olan kişilerin, diğer bireylere kıyasla daha uzun süre ömür sürdükleri belirlenmiştir (Tokur, 2011: 72-73). İyileşen insanlar üzerinde yapılan bir araştırmada yüksek düzeyde dini inanç ile stresten kurtulma ve düşük seviyede anksiyete arasında ilişki kurulmuştur. Üniversite öğrencileri arasında yapılan ve dini inancın gücü ve bunun zihin sağlığına etkisini araştıran benzer bir araştırmada ise, inanç ile stresle başa çıkma ve düşük seviyede anksiyete arasında ilişki kurulmuştur (Salsman ve Carlson, 2004: 120). Bütün bu kavram ve araştırma sonuçları göstermektedir ki, insanın yaratılışından itibaren yaşamında mevcut olan dini dışlamak ya da ikinci plana atmak dinin değer kavramından hiçbir şey kaybettirmeyecek, kaybedecek olan insan olacaktır.

1.2.2. Toplumun Dine Etkisi

Bireylerin kendi içinde yaşadığı din, sadece subjektif bir tecrübe olarak kalmakta olup, somut bir şekle dönüşüp objektif olduğu takdirde toplum ile etkileşimi söz konusu olur. Her din ilk olarak belli bir topluma ait sosyal şartlar içinde doğmaktadır. Ancak bu konuda, ilkel dinler ile evrensel dinler arasında bazı farklılıklar bulunmaktadır. İlkel yani farklılaşmanın olmadığı toplumlarda inanç ve ibadetler üzerinde toplumsal izler görülmektedir. Bu toplumlarda mevcut olan tabii gruplara bağlı olan dinler, toplumsal yapıdan etkilenir. Belli toplumsal zümreler tarafından yaşatılan din, toplumsal koşullar nedeniyle şekillenmekte ve etkilenmektedir (Armağan, 2013: 63).

İlkel halk dinleri dini inançların katkısı ile maddi hayat şartları ve iktisadi, toplumsal etkenlerin tesirinde kalmaktadır. Öyle ki çiftçilik yaparak yaşamlarını devam ettiren kavimlerin tanrılarına "toprak ana", savaşçı özellikleri ön planda olan kavimlerde, "savaş ve zafer" tanrılarına; yaşam sürdürülen coğrafyanın etkisi altında deniz ile meşgul olan kavimlerde "koruyucu tanrıya"; alım-satım işi ile daha fazla uğraşan tüccar olan toplumlarda ise "eski yunan tanrısı Hermes" gibi ticaret tanrıları bulunmaktadır. Ayrıca ana erkil ailenin daha fazla söz sahibi olduğu toplumlarda "kadın tanrıçalar", baba erkil ailelerin söz sahibi olduğu toplumlarda ise, daha çok "erkek tanrılar" ile karşılaşmıştır. Hatta eski çağ Grekler ve Roma'sında dinin bir devlet görevi haline dönüşmüş olması bu

durumun bir göstergesidir (Toköz, 2013: 37). Sami dinlerinden birçoğu, ay tanrısına önem vermiştir ki bunun sebebi, göçebe şeklinde yaşam sürenlerin güneş ışığına fazla maruz kalmamak için gece vaktinin serinliğinden istifade etmelerindedir (Güneş, 2014: 161). Evrensel dinlerde ise durum farklıdır. Weber' in de belirttiği gibi bir dinin vasıf ve muhtevası, onun tipik temsilcisi olan toplumsal tabakaların ekonomik ve toplumsal çıkarlarına göre şekillenmez. Çünkü ilkel dinlerin aksine evrensel dinler yayılma eğiliminde oldukları için, belli toplumsal tabakalara değil bütün insanlığına hitap eder. İnsanları mesleklerine veya toplumsal tabakalarına göre sınıflandırmaz, belirli kavim ve ırklara da mahsus değildir (Günay ve öte., 2012: 51; Armağan, 2013: 63; Polat, 2002: 39). İslam dini ve kutsal kitabı Kur'an-ı Kerim'de sadece bir millete veya sadece Araplara değil tüm insanlığa hitap eden evrensel bir dindir.

Çağdaş sosyoloji biliminde toplum ile din arasındaki ilişkiler için ortaya konulan durum, toplumun dini ya da dinin toplumu belirlediği ve oluşturduğu değil, fakat her ikisinin de belirlenme ve oluşma yönünden birbirleri üzerinde etkili olduklarıdır. Yani sosyal hayat ile din arasında birinin diğerini etkilediği tek yönlü bir ilişki değil, ikisinin de karşılıklı olarak birbirlerinden etkilendiği çift yönlü bir ilişki söz konusudur (Gülen, 2007: 26). “Her din belli sosyal şartlarda ortaya çıkar ve belli sosyal zümreler tarafından yaşatılır” diyen Wach, modern metropollerde görülen dini zayıflığı ve buna nispeten, kırsal kesimdeki canlılığı, toplumun din üzerindeki etkisine örnek göstermiştir (Güneş, 2014: 161). Görülmektedir ki toplumsal ve doğal çevre, kültür ve medeniyetin ilerlemesi de din üzerinde etkisini göstermiştir. Özellikle halk dinlerinin çoğunluğu ekonomik ve sosyal faktörlerin etkisi altında kaldığı yadsınamaz bir gerçektir.

1.3. Dini Tutum ve Davranış

“Tutum” kelimesi latince “aptitude” batı dillerinde ise “attitude” olarak kullanılmaktadır. Tutum, sonradan kazanılmış, nispeten yerleşmiş, algılama, hissetme, düşünce ve belli uyaranlara karşı belli bir tarzda tepkide bulunma yatkınlığıdır (Magomedov, 2008: 22). Tutumlar uzun süreli olup, gelip geçici olarak kişinin gösterdiği eğilimleri, o kişinin tutumu olarak görmek

doğru olmasa gerek, unkü bu eğilimlerin tutum olarak nitelendirilebilmesi için, kişinin o eğilimi uzun süredir göstermesi gerekir (Apaydın, 2001: 33).

Tutum kavramı konusunda birçok sosyolog farklı tanımlamalar yapmıştır ki, Myers'e göre tutum, herhangi birisinin, bir obje veya insana yönelik inançları, duyguları ve süreklilik arz eden bilinçli bir şekilde göstermiş olduğu davranışlarının sergilenmesidir (Doğan, 2007: 29). Allport ise tutumun, kişinin geçmişte yaşamış olduğu yaşantı ve deneyimleri sonucunda oluştuğunu, ilgili olduğu bütün nesne ve durumlara karşı kişinin davranışları üzerinde yönlendirici ya da dinamik bir etkiye sahip ruhsal ve sinirsel bir hazırlık durumu olduğu şeklinde açıklar (Toman, 2015: 34). Günümüzde sosyal psikoloji literatüründe klasikleşerek kabul görmüş Smith' in ifadesi ile, "Tutum, bir bireye atfedilen ve onun psikolojik bir obje ile ilgili düşünce, duygu ve davranışlarını düzenli bir biçimde oluşturan eğilimdir"(Ağıkaya, 2008: 136).

Tutum bireye aittir ve onun bir konu hakkındaki duygu, düşünce ve davranışlarına bir bütünlük getirir. Bireyin tutumunu gözle görmek mümkün olamamaktadır ancak ortaya çıkan davranışları sayesinde anlaşılabilir. Yani soyut bir yapısı olan tutumu ancak somut gözle görülür davranışlara dönüştüğünde anlaşılabilir (Doğan, 2007: 30). İhtiyacı olduğu halde eşinin ve kızının çalışmasına izin vermeyen aile reisinin bu davranışından ancak, kadınların çalışmasına karşı olumsuz bir tutuma sahip olduğuna karar verilebilir (Macit, 2009: 56).

Araştırmada tutumun incelenme sebebi de davranışı meydana getiren etkenlerden birinin tutum olmasıdır. Ayrıca herhangi bir durumda ortaya çıkan tutum objesiyle, bir konu ve ortamla ilgili tutumların neler olduklarını, birbirleriyle olan ilişkilerini anlayıp ölçülebilirse, davranışın analizi ve değerlendirilmesi de daha iyi yapılabilir (Savaş, 2012: 13).

Tutumlar davranışı yönlendireceği gibi davranışta belirli bir obje konusunda tutumumuzu belirginleştirmeye başlar. Halk arasındaki yaygın tabirle "inandığınız gibi yaşamazsanız yaşadığınız gibi inanmaya başlarsınız". Sözel ifadelerde bile görülmektedir ki, kişiler inanmadıklarını söylediklerinde bile zamanla tutarlı olması ya da içinde bulunulan çelişkiden

kaçınmak adına söylediklerine kendileri de inanmaya başlarlar (Ok, 2011: 532).

Sosyal psikolojinin temel konularından biri olarak tutumun; konusu ile ilgili deneyim, bilgi, değer, kanaat, düşünce ve inançlar olarak bilişsel, tutum konusunu arzu edilen ya da arzulanmayan sonuçlarla ilişkilendirilmesine yönelik duygusal reaksiyonlar olarak duygu ve tutumla ilgili olumlu ya da olumsuz her türlü davranışa hazır olma biçimleri olarak davranış olmak üzere üç bileşeni bulunmaktadır. Öyle ki, İslam dini düşünce geleneğinde bilişsel olarak özümsememiş dini bir davranışın dinsel bir anlamı da olmayacaktır. Ya da davranışa yansıtılmamış bilişsel bir kabulün ciddi anlamda bir eksiklik taşıdığı düşünülmektedir.

Tutumlar ayrıca açık ve örtük olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Açık tutumlar doğrudan ve birey tarafından bilinçli bir biçimde sergilenen tutumları ifade ederken, örtük tutumlar kişinin farkında olmadıkları ve açık tutumun zıttı olan tutumları kapsamaktadır. Öyle ki bir insan genel olarak dindar kişilere karşı olumlu tutuma sahip olmasına rağmen bazı konularda hatta farkında bile olmadan dindar bireylerin bazı tavır ve davranışlarına yönelik olumsuz tutum içerisinde olabilmektedir (Ok, 2011: 531-532). İçki bağımlısı olan ya da içki ile ticaret yaparak para kazanan bir müslüman işletme sahibi, içki hakkında olumlu tutum sergileyebilir; buna karşın bir başka müslüman birey Kur'ân' daki içkiyi yasaklayan ayetlere bakarak bu konuda olumsuz tutum takınır. Dinin insana mutluluk ve huzur verdiğine inanan dindar bir insan, din hakkında olumlu bir tutuma sahipken dinin insanların geri kalmasına sebep olduğu düşüncesinde olan bir ateist, din hakkında olumsuz tutum takınabilir. Yine aynı dine inanan bireyler arasında dahi farklı dini tutumlar görülebilir. O halde dini tutum, kişinin din ile ilgili takınmış olduğu duygu, düşünce ve davranışlarını belirleme şeklidir (Kavas, 2013: 2).

Kur'an-ı Kerim'de "O halde sen, yüzünü ve özünü, halis muvahhid olarak dine yönelt. Yani Allah'ın insanları yaratmasında esas aldığı o fitrata uygun hareket et. Allah'ın bu hilkatini kimse değiştiremez. İşte dosdoğru din budur. Fakat, insanların ekserisi bunu bilmezler, anlamazlar" Hz. Muhammed (sav), "Her çocuk fitrat üzere doğar. Çocuğu, ebeveyni

Hristiyan, Yahudi, Mecusi vb. yapar” demiştir. Bu ayet ve hadiste, insanda Allah’ ı bilmek adına doğal bir yeteneğin olduğu belirtilmek ve hem bir dine bağlanma ve hemde o dinin doğal bir sonucu olarak ibadet etmek duygusu, insanın fitratında mevcut vazgeçilmez bir unsur olduğu açıkça ifade edilmiştir. Öyle ki insanın inanmış olduğu din ile ilgilenmesi neticesinde, din ve dine ait ritüellere karşı bir tutum sergilemesi kaçınılmazdır (Topuz, 1999: 29-30).

Müslüman bir şahsın islamın şartlarından olan kelime-i şehadet getirmesi, namazını vaktinde ve dosdoğru olarak kılması, ramazan ayında oruç tutması, sahip olduğu malının zekatını vermesi, hem bedenen hemde mali bir ibadet olan hacca gitmesi, restoran işleten bir kişinin ramazan ayı boyunca sadece iftar saatlerinde işletmesine müşteri kabul etmesi, sarhoş edici içkilerden uzak durması, zinaya yaklaşmaması, Hristiyan bir çocuğun vaftiz edilmesi, Zerdüşterin hiçbir şeyin önünde dayanamadığı, ilahi kudreti sembolize eden “ateş”i kutsal saymaları, Brahman Hintliler için “inek”in ilahi lütfu sembolize etmesi, yine aynı şekilde Hinduizm inancı olan “chhaupadi”ye göre regl olan ya da yeni doğum yapmış kadının kirli olarak görülmesi ve yaşanılan yerden uzak bir yerde kapalı olarak tutulması (tecrit edilmesi), Caynistlerin çıplak gezmeleri gibi her dinin mensubu inanmış olduğu dinin gereklerini yerine getirmeye çalışması dini tutumlarını göstermektedir (Ateş, 2013: 13; Harputlu, 2015: 8; Arslan, 2004: 195).

Tutumun davranışa dönüşemediği ortamlarda bireyler, aynı zamanda bir iç gerilim ya da çatışma yaşayabilmektedir. Bu çatışmanın ortadan kalkabilmesi tutum ve davranış tutarlılığıyla söz konusudur. Fakat bazen öyle konular söz konusudur ki örneğin dinî bir konu hakkında birey olumlu tutum sergilemesine karşın onu davranışına yansıtamamış olabilir. Öyleyse bu tutumların zayıf tutumlar olduğu söylenebilir.

1.4. Din Sosyolojisi

1.4.1. Din Sosyolojisi ve İslamiyet

Fransız filozof Auguste Comte yüzyıldan fazla bir süre önce sosyoloji (1839) kavramını kullanmıştır. Daha sonraları sosyoloji, dünyadaki üniversitelerde ders olarak okutulmuş ve bir akademik bilim dalı olarak

yaklaşık elli yılda sıradışı bir ilerleme kaydetmiştir. Sosyolojiyi tanımlarken, bu bilim dalının en önde gelen ilgi alanının insan davranışını açıklamak ve anlamak olduğu söylenebilir (Furseth ve Repstad, 2011: 21-22). Sosyoloji, bireyden çok bir nevi toplumun aynası konumundadır. Nitekim insanın sosyal olarak nitelendirilebilen bütün davranışları sosyolojinin ilgi alanına dahil olmaktadır.

Max Weber'e göre, sosyoloji dinin özünü değil, din ve dini inaçları incelemelidir. Din sosyolojisinin amacı da, dini davranışları ya da dinden kaynaklanan sosyal davranışları incelemektir (İnce, 2012 : 82). Wach'da bu doğrultuda din ve topluluk ilişkisini belli bir zaman diliminde incelemek ne kadar tek yönlü ise, onu Hristiyan Batı'daki şekliyle ele almanın da aynı şekilde tek yönlü olacağını belirlemiş ve hiçbir seçim yapmadan bütün dini kurumları araştırmaya dahil etmiştir (Şirmammadov, 2007: 92-93).

Genç bir bilim dalı olan sosyolojinin, alt dalı olan din sosyolojisi sosyolojiye oranla daha genç bir bilimdir. Din sosyolojisi kavramını terim olarak ilk defa Emile Durkheim 1899' da bir yazısında kullanmıştır. O halde din sosyolojisi 20. yüzyılın başlarında kurulmuştur, denilebilir. Din sosyolojisinin konuları hayatın neredeyse tüm alanlarını içine alır. Adından da anlaşılacağı üzere din sosyolojisi, din ve toplum sorunsalı ile ilgilenir. Din ve toplum ilişkileri, karşılıklı etkileşimi, yani dinin/dini hayatın üzerindeki etkileri ile toplumun/toplumsal hayatın din ve dini hayat üzerindeki etkileri, dini gruplaşmalar/cemaatler, dini kurumlar/örgütlenmeler, din sosyolojisinin en temel konularıdır (Bayyigit, 2013: 6-7; Kehrer, 2007: 347; Furseth ve Repstad, 2011: 28-29; Taplamacıoğlu, 1963: 39).

Din, herşeyden önce bir dil sistemidir. Anlam içeren ve muhabata davranış biçimi dayatan dinin toplumsal bir boyutu söz konusudur. Toplumun zihniyetini inşa etmede ve yönlendirmede önemli bir yer işgal eden dinin anlaşılma, yorumlanma ve uygulamaya aktarılma biçimleri dinin sosyal gerçekliğini oluşturmaktadır (Arabacı, 2006: 103). Din olgusu, insanları aşkınla bağ kurma ve çevresini belli bir sistem dahilinde algılama imkanı verme, değer hiyerarşisi sağlama, denetleme, kimlik belirleme gibi özsel yada işlevsel özellikleri bulunmaktadır (Erkol, 2004: 73). Semavi

dinlerin sonuncusu olan İslamiyet, yedinci yüzyılda Arap yarımadasında ortaya çıkmış, zamanla dünyanın çeşitli bölgelerine yayılmıştır. İslam dini bir Arap dini olarak değil, evrensel bir din olarak nitelendirilir. Müslüman olmak hiçbir şekilde etnik veya ırksal bir çağrışım olarak kabul edilemez, edilmemelidir (Tan, 2011: 56).

Toplum hayatında önemli bir yere sahip olan din ve özelde İslam sadece sosyologların değil uluslararası siyaset merkezleri de dahil olmak üzere siyaset yapıcılarının çalışma masalarında ve beyinlerinde her zaman önemli bir yer edinmiş ve edinmeye de devam etmektedir. Din sosyolojisi sahası içinde yapılan çalışmalar belirli bir din üzerinde yoğunlaştığında bu çalışmalar özel din sosyolojisi olarak ifade edilmektedir. Bilgiseven’de genel bir dinden hareket etmeyerek, din olarak, ele alınabilecek tek din olarak İslam’ı görmüştür. Öyle ki dünya üzerinde alışkanlık hale getirilen din diye adlandırılarak ifade edilen inanç sistemlerinin din seviyesine yükselmediğini belirterek, İslam dininin hem bir mesaj getirdiğini hemde bu mesajın ilimlerle ispatlanmaya da elverişli olduğunu belirtmiştir. Bilgiseven’in bu yaklaşımı din sosyolojisinin İslami içerikli olması sonucuna götürmüştür (İnan, 2009: 56-60).

İslam dininin getirdiği yeni ve dinamik ruh ile her alanda önemli bir değişme ve gelişme potansiyeline sahip olduğu görülmektedir. Öyle ki bilimsel alanda da bu yeni ruhun meyveleri görülmüştür. Kur’an-ı Kerim’de bilime, aklı kullanmaya ve araştırmaya verilen büyük önemin yanı sıra hadislerde de bilimin faziletinin ifade edilmesinin, Müslümanları pek çok konuda çalışma ve araştırmaya teşvik ettiği bir gerçektir. Bu konudaki teşvik, ilk dönemin savaşlarında Kur’an-ı ezbere bilen hafızların pek çoğunun şehit düşmesi ve Kur’an-ı Kerim’i yanlış okuyanların ortaya çıkması üzerine, Kur’an’ın muhafaza endişesidir. Hz. Peygamber (sav)’in hayatında vahiy katiplerinin yazdığı Kur’an-ı Kerim’in nüshalarının, Hz. Ebubekir döneminde Mushaf halinde toplanması, Hz. Osman döneminde de çoğaltılması hususu, İslamın yazılı kültüre verdiği önemi de ayrıca ortaya koymaktadır (Günay ve öte., 2012: 140-141). O zaman zarfında Mushaf halinde toplanıp çoğaltılan Kur’an-ı Kerim nüshalarının tahrif olmadan günümüze kadar hafızların zihinlerinde (kutsal olduğu iddia edilen hiçbir

kitapla mümkün olmayan) yaşatılarak gelmesi bunun apaçık bir göstergesi olsa gerek.

İslam düşünce tarihinde sistematik ve belirli bir disiplin içerisinde olmasa da Tefsir, Hadis, Fıkıh, Tasavvuf, İslam Tarihi ve İslam Felsefesi gibi ilimlerde din sosyolojisi konularıyla ilgili değerlendirme ve yorumlar yapılmıştır (Şirmammadov, 2007: 91).

Buradan yola çıkılarak bir değerlendirme yapıldığında, İslam modernizmi herhangi Müslüman bir aydının ortaya koyduğu veya koymak istediği bir düşünce ya da davranışın adı değildir. Dinin işimize gelmeyen bir kısmını atıp geri kalanını ihtiyaca cevap verebilecek şekilde zamanın şartlarına uydurmak da değildir. İslam modernizmi batıdan alınan bir sistemi yahut bazı sistemlerin bazı yanlışlarını islamla bağdaştırmaya çalışmak da değildir. İslam modernizmini bir kurtuluş hareketi olarak görmek yine ona batı karşısında oluşan bir tepkiler yığını olarak bakmak da yanlış olduğu gibi batıcılığın bir uzantısı da değildir (Düzgün, 2012: 191-192). İslam modernizmi, temel kaynakları olan Kur'an ve Sünnete dayandırıldığı, bu kaynaklar ve onların ışığında oluşan topyekün tarihi miras, ilmi ve rasyonel bir süzgeçten geçirilerek anlaşıldığı ve yorumlandığı takdirde (İslam) tarihinin ictimai gelişme süreci altında ezilmeye değil ama ona yön vermeye kadir bir inanç sistemi olarak kabul edilmelidir (Aydın, 1990: 274). Toplumda bazı kesimler tarafından Kur'an'ın bütün emir, yasak ve prensipleriyle her devir ve şartta uygulanamayacağını, sadece iman ve ahlak unsurlarının bugüne hitap edebileceğini, diğer hükümlerin ise yaşanılan devrin ihtiyaçları ve yönelimleri dikkate alınarak yeniden revize edilmesi gerektiğini, Hz. Peygamber (sav) sünnetini toplumun genel kabulleri olarak algılayıp, yaşanılan toplumun da kendi sünnetlerini oluşturabileceğini, hatta daha da ileriye giderek oluşturması gerektiğini ileri sürenler islamı tahrip ve tahrif etmekten başka bir şey yapmamışlar. Ancak ne bugün, ne de gelecekte muvaffak olamayacaklardır.

2. BÖLÜM

SAĞLIK ve TOPLUM

2.1. Sosyolojik Bakış Açısıyla Sağlık ve Hastalık

2.1.1. Sağlık-Hastalığın Toplumsal Kökenleri

Modern tıp sınırlı bir yapıya sahiptir, öyle ki insan bedenine tıpkı bir makineymiş gibi uzman ve teknik bir perspektifle baktığı için de dar bir görüşe sahiptir. Oysa insan biyolojik olduğu kadar psikolojik, toplumsal, kültürel ve sosyal bir varlıktır. Bu yüzden sağlık-hastalık olgusuna daha geniş bir perspektifle bakılma ihtiyacı vardır. Bunun sonucunda, tedavi etmenin sadece kişiyi ameliyat etme ve ilaç kullanma etkinliğine indirgenmemesi gereklidir. Çünkü sağlık ve hastalık tıbbi bir terim olduğu kadar, psikolojik ve sosyolojik hatta antropolojik bir unsurdur (Aytaç ve Kurttaş, 2015: 232).

İnsanlara sağlığın kendileri için ne anlama geldiği ne ifade ettiği sorulsa çoğunluğu benzer şekilde bir önem ve değer atfedilen ifadeler vereceklerdir. Ancak günlük hayata bakıldığında sağlık algısının insanların çoğunluğu için öncelikleri arasında yer almadığı, genellikle kaybedildiğinde önemi ortaya çıkan ve öncelik kazanan bir konu olduğu anlaşılmaktadır. Kişiler güzellik, keyif, dış görünüme verilen önem, zenginlik, iş, kariyer, damak zevki, sorumluluklar, alışkanlıklar gibi pek çok neden yüzünden sağlıklarından taviz vermektedir (Önder, 2014: 5). Hz. Peygamber (sav) bir Hadis-i Şerifinde bu durumu ne de güzel ifade etmiştir: Hastalık insan bedenine gelmeden sağlığın, uğraş içerisinde olunan işler sıkışık bir hal almadan boş vaktin, fakirlik ve yoksulluk gelmeden zenginliğin, ihtiyarlık gelmeden gençliğin, ölüm gelmeden yaşanılan hayatın kıymeti bilinmelidir. Ancak ne hikmetse insan sahip olduklarının kıymetini kaybedince anlıyor.

Tedavi kavramı, bilinçli bir eylem olarak ilk insana kadar uzayan bir faaliyeti kapsar. İnsanın kendisini iyi hissetmediğinde bunun nedenini ve kaynağını araştırması, insanın fitratı gereği aklını kullanmasının ve çözüm üretmesinin bir sonucudur. İlk inanç sistemlerinde, ölmüş bazı kişilerin veya cisimlerin halen görülüyor olması, aslında onların ruhu olduğu fikrini

oluşturmuş, ruhun zaman ve mekandan bağımsız yapısıyla da insanı, bir güç olduğu inancına zorlamıştır.

Tıbbın, hastalıkların tedavisi için geliştirilmiş bilinçli bir çaba olduğu düşünüldüğünde, bu bilim dalının insan bilinci kadar eski olduğu, 19. ve 20. yüzyıllardaki araştırmaların yanı sıra, paleontoloji ve antropolojinin sunduğu kanıtlar incelendiğinde, tıbbın kökenlerinin büyüye ve dini pratiklere uzandığı ortaya çıkmaktadır. Eskiden insanların hastalığı, yabancı bir gücün veya ruhun vücudu kontrolü altına alması şeklinde tanımlanması, günümüzde bedenın mikropla hastalanmasının ilkel ifadesidir. Hastalığı iyileştirmenin en yaygın yolu, kötü ruhu teskin edecek veya kovacak büyü, günümüzde ise bir kısım insanın ilaçla tedaviye yardımcı olması bağlamında kullandığı duanın karşılığı olarak düşünülebilir (Atmaca, 2011: 103-106). Literatürde yapılan araştırmalar duanın bireyin duygularını, algılarını, davranışlarını, fizyolojik ve psikolojik sağlığını iyileştirici etkisinin söz konusu olduğu ancak, bu etki kişinin inanç derecesine, samimi/içten bir inanca sahip olup, bunun devam ettirebilmesine bağlı olduğu belirtilmiştir (Koç, 2005: 81).

Sonuç olarak, tarım ile uğraşan toplumlar önceden avcılık ve toplayıcılıkla uğraşmakta, insanların hayatları da genellikle çevresel etkenler ve av kazaları sonucunda son bulmuştur. Tarım ile uğraşan toplumlarda hava, su, yiyecek vb. şeylerden bulaşan enfeksiyon hastalıkları nedeniyle, içinde bulunulan zaman içinde ise kronik hastalıklar yaygınlaşmış, kalp hastalıkları ve kanser ölüm nedenlerinin başlarında yer edinmeye başlamıştır. Sağlık ise, toplumun sosyo-kültürel yapısına, bireyin biyolojik gelişimi ile bu gelişim sürecinde ortaya çıkan değişimlere uyum sağlama süreci olarak değerlendirilmiştir.

2.1.2. Sağlık Sosyolojisi

Modern tıp, hastalıkların tedavisinin en iyi şekilde sonuç verebilmesi için hastalık ilerlemeden önce yapılacağını ifade etmektedir. Ancak bu modern tıbbın ya da alanında uzman hekimlerin güç yetirebileceği bir şey değildir. Bunun için sağlıkla ilgili görüşlerin geliştirilmesi, ilişkilerin düzenlenmesi, uygun önlemlerin alınması gerekir ki, bu noktada

sosyolojinin bilgisine ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık süreci hastane ve hastane öncesi/sonrası dönem olarak düşünüldüğünde hastane dönemi tıp alanına denk düşerken, hastane öncesi/sonrası dönem sosyoloji ve diğer sosyal bilimlere denk düşmektedir. Öyle ki sağlık sorunlarının belirlenmesi ve çözümünde medikal yaklaşımın etkisi kadar sosyolojik yaklaşımlara da ihtiyaç vardır. Bu, sağlığa daha geniş bir perspektiften bakma anlamı da yüklemektedir (Aytaç ve Kurtdaş, 2015: 240). Sağlık sosyolojisi, sosyoloji başta olmak üzere birçok bilimle ilişki içerisinde olmak durumunda olduğundan disiplinler arası bilim dalı olarak varlığını sürdürmektedir.

Belirtilmelidir ki sağlık sosyolojisi tıbbın değil sosyolojinin bir alt dalıdır. Öyle ki tıbbi, sosyolojik bir bakış açısıyla değerlendirme anlamına gelir. Sağlık sosyolojisinin ilgi alanını oluşturan şey, doktorların yetiştirilmesi, eğitimleri, doktorlar ile yardımcı sağlık görevlileri ve hastaların davranışlarındaki gelişmeler, tıbbi ve sağlıkla ilgili mesleklerin uzmanlaşmasıdır. Ayrıca tıbbi organizasyonlar, klinik, hastane gibi kurumlar bağlamında araştırılması da bu disiplinin konusunu oluşturmaktadır (Caner, 2013: 15). Bunlara ilave olarak sağlık sosyolojisi, sağlık ve hastalık kalıplarını, sigara içme, alkol tüketimi, egzersiz yapma gibi sağlıkla ilişkili davranış unsurlarını ele aldığı gibi, tüketim faktörlerini belirleyen kültürel faktörleri, üretim sürecindeki sanayi ve çevre kirliliğini, iş kazaları ve stresin yol açtığı sağlık ve hastalık durumlarını konu edinen araştırma ve incelemeler de ilgi alanı içerisindedir (Eryiğit Günler, 2011: 8). Nitekim hızla sanayileşen metropol kentlerde ortaya çıkan insan sorunları, değişim talepleri, toplumsal sorunların ele alınıp değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmüştür. Sorunları belirleme, açıklama ve çözme girişimleri hem sosyolojinin hem de sosyolojinin alt dallarının gelişimine katkı sağlamıştır. Bu dönemde sanayi kentlerinde ortaya çıkan sağlık sorunlarına ilişkin çalışmalar sağlık sosyolojisinin özünü oluşturmuştur. İlk yapıtlarda da kentlerde yaşam sürdüren işçilerin sağlıksız çalışma ve barınma koşullarına değinilmiş, örneğin Karl Marx, Kapital (1867) adlı eserinde ve Friedrich Engels, İngiltere’de işçi sınıfının durumu (1844) ve konut sorunu (1872) isimli eserlerinde; kötü koşullarda görev yapan ve barınan işçilerin sağlık durumlarına ve bu durumun sağlık, hastalık

üzerindeki etkisine değinmiştir (Güven, 2014: 130). Türkiye’de son dönemlerde işyerlerinde çalışanların iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması ve mevcut sağlık ve güvenlik şartlarının iyileştirilmesi için yürürlüğe konulan iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yasal mevzuatlar çerçevesinde gerekli yaptırımlar getirilerek bu durum aşılmaya çalışılmaktadır.

Sosyolojinin diğer alanlarından bağımsız olarak sağlık sosyolojisi terimi ilk olarak Charles McIntyre, 1894’te toplumsal etmenlerin sağlıktaki önemini konu alan makalesinde kullanmış, 1940’ lı yıllarda ABD’de özel bir alan olarak ortaya çıkmış, ancak sosyologlar tarafından çok fazla ilgilenilen bir alan olmamıştır. 1960’lara kadar da önemli bir gelişme sağlayamamıştır. Avrupa’da ise 1950’lerin sonlarına doğru gelişim göstermeye başlamıştır (Eryiğit Günler, 2011: 9; Güven, 2014; 130; Aytac ve Kurtdaş, 2015: 242). Araştırmaya konu olan din sosyolojisi ile bir karşılaştırma yapıldığında sağlık sosyolojisinin din sosyolojine göre daha genç bir bilim dalı olduğu söylenebilir.

Talcott Parsons, sağlık ve hastalığı sosyal bir fenomen olarak ele alarak, sağlık sosyolojisinin kavramsal çerçevesine olumlu katkılar yapmış ve ‘hasta rolü’, ‘hasta davranışı’, ‘hekim rolü’ gibi kavramları tanımlamıştır. Robert K. Merton ise arkadaşlarıyla yaptığı çalışmalarda sağlık, hekimler ve özellikle tıp eğitimi üzerine çalışmıştır. Sağlık ve hastalık konusunda hekimlerin toplumsal kontrol işlevi gibi gizli toplumsal mekanizmalara dikkat çekerek sağlık ve hastalığa diyalektik açıdan yaklaşan Parsons ve Merton, Türk sağlık sosyolojisinin gelecek nesillere aktarılması açısından da öneme sahiptir ki, Türk sosyoloji kaynaklarının ilk sağlık sosyolojisi çalışmalarında bu isimlerin etkisi görülmüştür (Güven, 2014: 132).

Uzun yıllardır çözülemeyen sağlık sorunları toplum gündemini işgal etmekte ve hastanelerde yaşanan hataların insan sağlığına yaptığı etkiler, ölümlerle biten toplumsal olaylar ile sonuçlanmakta, ölüm ile yaşam arasındaki süre her geçen gün biraz daha daralmaktadır. Nitekim sosyal etmenler yalnızca hastalık ve sakatlık istatistiklerini belirlememekte, aynı zamanda bu koşullar ile sağlık arasındaki ilişkinin anlaşılması, hastalıkların engellenmesinde ve sağlığın korunması ve geliştirilmesinde başarı şansını yükseltmektedir.

2.1.2.1. Sağlık Sosyolojisinin Temel Kavramları

2.1.2.1.1. Sağlık

Bireyin yaşamını etkileyen unsurların başında olan sağlığın geçmişten günümüze çeşitli şekillerde tanımlandığı görülmektedir. Bu durumu toplumun sağlığı algılayış biçimindeki farklılık ve sağlığın tanımlanmasında kullanılan kavramların taşıdığı bazı belirsizlikler güçleştirmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) kurumsal kimliği ile 1947 yılında yaptığı sağlık tanımı, sağlığın pozitif tanımları arasında günümüzde bile büyük bir çoğunluk tarafından kabul gören bir tanım olarak geçerliliğini sürdürmektedir. Buna göre "sağlık; sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali" olarak tanımlanmıştır. Öyle ki, iyi ve kötünün subjektif değerlendirmeler içermesi ve tam olarak açıklanamaması sağlığın tanımlanması konusunda farklı görüşlerin ortaya çıkmasına, Larson tarafından bu tanımın gereğinden fazla basitleştirilmiş ve özet bir tanım olduğu, sağlığı gereğinden fazla dar bir biçimde tanımladığından, ruhsal/manevi sağlık ve ekonomik iyilik hali gibi bireysel sağlık ile ilgili faktörlere yer vermemesi konusunda eleştirilmesine rağmen, kurumsal kimliğe dayalı ve genel kabul gören bir tanım olarak geçerliliğini kaybetmemiştir (Kızılkaya, 2013: 4; Kurtdaş, 2013: 26-27; Önder, 2014: 11).

T. Parsons'a göre sağlık, bireylerin işlevsel olma yeteneğidir. Toplumsal yaşam içerisinde her bireyin yerine getirmesi gerekli belirli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır. Bireyler toplum içerisinde taşımış olduğu rol ve sorumluluğu yerine getirebildiği zaman zarfında sağlıklı olarak değerlendirilir. Oysa bazı kişiler hastalık belirtilerini deneyimlemelerine rağmen kendilerini hasta olarak tanımlamayabilmektedir. Ayrıca kronik hastalıklarda hastalığa ve tedaviye uyum sağlandıktan sonra günlük işlevlere dönme de söz konusudur. Bu durum bireyin sağlıklı olduğu hasta olmadığı anlamına gelmemektedir (Tekin, 2007: 22).

Sonuç olarak sağlık, subjektif olarak değerlendirildiğinde, belli bir zaman dilimi içerisinde kişinin kendini enerjik, canlı ve sağlıklı hissetmesi; objektif açıdan fiziki muayene ve laboratuvar sonuçları ile birlikte değerlendirildiğinde bir bozukluk, yetersizlik ve hastalığın olmaması;

fonksiyonel açıdan kişinin toplumsal yaşam içerisindeki rol ve sorumluluklarını bağımsız bir şekilde yerine getirebilmesi; ruhsal açıdan kişinin iç ve dış çevresini gerçekçi biçimde algılayabilmesi ve değerlendirebilmesi ile duygu-düşünce ve davranışlarını kontrol edebilmesi; sosyal yönden kişinin aile, meslek, gelir, statü, sosyal destek, yaşadığı sosyal ve kültürel çevre ile yaşam tarzının sağlıklı bir yaşam için gereken nitelikte olması; psikolojik yönden kişinin sosyal şartlara ilişkin olumlu algılara sahip olması, optimal sağlık düzeyini sürdürmesi için gerekli sağlığı koruyucu ve geliştirici alışkanlıklar kazanması ve iyilik halini artırma yönelimi içerisinde olması olarak tanımlanabilir (Tekin, 2007: 27). Nitekim bu durum sağlığa öyle bir anlam ve önem yüklemektedir ki, insanların huzurlu ve mutlu bir şekilde yaşam sürmeleri için sağlıkları büyük önem taşımaktadır. İnsan yaşamı boyunca sahip olabileceği en değerli şey sağlıktır. Öyle ki sağlık olmadıktan sonra dünyalar bizim olsa da bir anlamı olmaz.

2.1.2.1.2. Hastalık

Türkçe “hasta” ve dolayısıyla “hastalık” sözcüklerinin kökeni Farsça yaralanmış, incinmiş anlamına gelen “haste” dir. Farsça hasta anlamındaki bir diğer sözcük olan “bimar” ve Arapça hastalık karşılığı olan “maraz” ile “illet” Türkçe’ye geçmiş ancak günümüzde kullanımı pek yaygın değildir (Olgun Henzel, 2009: 4). Hasta, bir sağlık kuruluşunun ürettiği ve sunduğu hizmeti satın alan kişi veya fiziksel veya psikolojik rahatsızlığı bulunan, vücut organlarının normal işlevini yerine getirmediği bir durumda tedaviye ihtiyaç duyan (Tengilimoğlu, 2012: 61), canlı varlığa denir. Hastalık ise canlılarda normal fizyolojik ya da ruhsal yapıyı, işlevi ve dengeyi değiştiren ya da engelleyen ve çeşitli belirtilerle ortaya çıkan bozukluktur (Eren, 2010: 6). Nitekim hastalık kavramı olarak da iki farklı anlam içermektedir (Kaya, 2012: 19; Tekin, 2007: 30):

- 1) *Medikal açıdan hastalık (disease)*, belirli işaret ve semptomlarla kendini belli eden patolojik bir anormalliği gösteren, hekimin hastayı muayene etmesi ve tıbbi literatüre göre kişinin kendine has

yakınmalarının bir hastalık tanısına bağlanması anlamına gelmektedir.

- 2) *Toplumsal-kültürel içerikli bir kavram olarak hastalık (illness)*, sağlıksızlığın veya patolojik sürecin sonuçlarının birey tarafından algılanması, kişinin ağrı, acı vb. hissetme durumunu belirtir. Patolojik bir anormallik olmadan birey kendisini subjektif anlamda kötü hissedebileceği gibi, tam tersine sübjektif anlamda hasta ve rahatsız hissetmediği halde patolojik anlamda hasta olabilir. Yani kişinin doktora giderken hissettiği rahatsızlık durumu toplumsal-kültürel içerikli hastalık (illness), doktorun tespit ettiği hastalık durumu medikal hastalık (disease), doktordan evine dönerken kişinin hastalık hali ise sickness olarak ifade edilmektedir.

Sağlık-hastalık kavram çiftinin olumsuz yönünü vurgulayan hastalık kavramı sağlık kavramında olduğu gibi farklı şekil ve boyutlarda tanımlanmıştır. Hastalık kavramının anlamı içinde bulunduğu kültürden kültüre ve zaman içinde aynı kültürde dahi değişim göstermiştir ve tarih içerisinde günümüze gelene kadar da çeşitli aşamalardan geçmiştir. Modern tıbbın ortaya çıkışına kadar ruhsal ve mekanik güçlerin bir ürünü olarak yer edinmiş olan hastalık, özellikle salgın hastalıklar Tanrının bir gazabı olarak değerlendirilmiştir. Hastalık gereksiz ya da haksız yere ortaya çıkmış olabileceği gibi hakedildiği için başa geldiği de düşünülmüştür (Kurtdaş, 2013: 28). İçinde bulunulan geçici imtihan dünyasında başa Allah tarafından bir şekilde gelen hastalığa isyan etmeden, sabırla tıbbın gereklerini yerine getirerek, şükür içerisinde bu imtihan başarılı bir şekilde geçirilmelidir.

İnsan bedeninin yemek yemeye, giyinmeye ve barınacak bir yer bulmaya ihtiyacı vardır. Bedenin bu üç hakkını ve bunların gerektirdiği şeyleri, dengeli ve yetecek kadar bedene vermek gereklidir ki, beden korunmuş olsun; açlık veya mide dolgunluğuyla, soğuk veya sıcaktan kaçınarak hastalanmadan kalabilsin (Hakkı, 2012: 349), Parsons da hasta kişinin, toplum içinde her zaman yerine getirdiği fonksiyonlarını yapamaz duruma gelip, sorumluluklarını yerine getiremeyebileceğini belirtmiştir. Böyle bir durumda kişinin hastalık uzmanlarından yardım almaya ihtiyacı olduğu gibi, iyileşmek için hekimlerin ya da diğer terapistlerin bilgilerini

yerine getirmek zorunda olduğunu ifade etmiştir (Kızılc¸elik, 1995: 66). Nitekim hastalık insan yaşamında programlanmamış, irade dışı gerçekleşen ve özellikle istenmeyen bir durumdur. Hastalık her ne kadar tek bir kişiyi ilgilendirir gibi gözükse de ait olduğu topluma zarar verebilir.

2.1.2.1.3. Modern Tıp

Modern tıp, bilimin kurallarına ve bilimsel yöntemin uygulanmasına dayanır. Bu nedenle konvansiyonel tıba “bilimsel tıp” ya da “kanıta dayalı tıp” denilmektedir. Hastalık patofizyolojik sürecine göre açıklanır ve tedavi bu süreci etkileyecek şekilde planlanır. konvansiyonel tedaviler ve uygulamalar bilimsel araştırmalardan elde edilen kanıtlarla şekil almaktadır (Karayağız Muslu ve Öztürk, 2008 : 63). Öyle ki modern tıbbın gelişimi, bilimdeki özellikle de biyolojideki büyük ilerlemelere ve teknolojik gelişmelere dayanmaktadır. Bu anlamda modern tıbbın doğuşu 19. yüzyılda biyolojideki büyük gelişmeler ile başlamıştır. Özellikle L.Pasteur’un bakteriler ve hastalık arasında bir bağlantı olduğunu ispat etmesi ve “mikrop teorisi” modern tıbbın doğuşunda ve esasını teşkil etmesinde oldukça etkili olmuştur (Kızılc¸elik, 1995: 75).

Günümüzde modern tıp alanında büyük bir gelişme söz konusudur. Teknolojinin gelişimi ile paralel olarak görüntüleme cihazlarındaki gelişim, cerrahi alanda kullanılan minyatür aletlerin geliştirilmesi, lazer vb. kullanılmasından bazı müdahaleleri gerçekleştiren robotların geliştirilmesine kadar pek çok gelişme hastalıkların tanı ve tedavisini kolaylaştırmaktadır. Eskiden yapılması imkansız görülen pek çok ameliyatlar çok kısa bir süre içerisinde yapılabilmekte, başarılı organ nakilleri gerçekleştirilmektedir. İçinde bulunulan yüzyılın en büyük çalışmalarından biri olan İnsan Genom Projesi de insan gen haritasının çıkarılması, hastalık yapıcı genlerin belirlenmesi ve ileride pek çok hastalığın ortaya çıkmadan çok önce teşhis edilerek tedavi edilmesi yönünde modern tıp insanlık için büyük umut teşkil etmektedir (Tekin, 2007: 49). Günümüz dünyasında bir çok alanda ortaya çıkan değişimler ve gelişmeler

Türkiye’de de yakından takip edilmekte, son dönemde yapılan sağlık reformları ve yasal mevzuatlar ile bu gelişmeler desteklenmektedir.

Modern tıbbın dayandığı üç temel varsayım vardır. İlk olarak, hastalık insan bedenindeki normal gidişatın bozulmasıdır. Bu bozulmaya neden olan etken bulunmalı ve tedavi edilmelidir. İkinci olarak, zihin ve beden ayrı ayrı tedavi edilebilir. Hasta bütün bir birey değil, bir “hasta beden” i temsil etmektedir. “Hasta beden” öteki etkenler dikkate alınmadan yalıtılmış biçimde yönlendirilebilir, incelenebilir ve tedavi edilebilir. Üçüncü olarak, hastalığın tedavisi sadece eğitim almış tıp uzmanları tarafından yapılabilir. Bilimsel olmayan tıbbi uygulamalara ve tıp eğitimi almamış kişilere tedavi sürecinde yer yoktur (Kurtdaş, 2013: 33). Modern tıp hastalara insan olarak yaklaşmaz, pasif objeler olarak davranır. Tıp eğitiminde de çalışma nesnesi bedendir. Tıpta hasta değil hastalık vardır. Illich’e göre tıp, kar amacı güden ve hastalık üreten bir kurumdur. Öyle ki modern tıp artık çok büyük bir ticari pazar konumu haline gelmiştir. Bu pazar, ilaç endüstrisi, teknolojik tıbbi makineler ve özel hastaneleriyle her geçen gün daha da büyümektedir. Nitekim bu pazarda en büyük paya sahip olan ilaç endüstrisidir ve halen yılda 7 milyar doların üzerinde ilaç satılmakta ve bu rakam her yıl %9’luk bir hızla artmaktadır (Kalındemirtaş, 2010: 11-13).

Günümüzde sağlık sistemi içerisinde hizmet verenler ile hizmeti alanların istenilen düzeyde memnuniyetinden bahsetmek pek de mümkün değildir. Özellikle son zamanlarda modern tıbbın bazı hastalıklarda yetersiz kaldığı kanısı, hastane ortamlarındaki hastane enfeksiyonu, tıbbi hatalar yüzünden yaşanan ölüm ve tedavisi mümkün olmayan sakat kalmalar, hastalığın tedavisi için kullanılan yapay sentetik ilaçların yan etkileri vb. bir çok neden modern tıba olan güveni sarsmaktadır. Halk arasında yaygın kullanılan tabir ile Allah kimseyi ne hastaneye düşürsün ne de hastanesiz bıraksın.

2.1.2.1.4. Alternatif (Tamamlayıcı) Tıp

İlk insanlar kendilerinin hem doktoru hem de eczacısı olmuş, hastalıklara karşı doğada buldukları bitkileri ve hayvanlardan elde ettikleri

malzemeleri kullanmışlardır (Kalındemirtaş, 2010: 1). Yaşamı boyunca bir tane bile tıp kitabı okumamasıyla övünen Samuel Thomson'un, "Her insan kendi kendinin doktorudur", sözü slogan haline gelmiştir (Sandoz, 2010: 21). Rahip Kneipp eserlerinde der ki; "Her hastalık için bir bitki yaratılmıştır!" (Treben, 2000: 5). O halde herkes, şifalı bitkileri yerinde, zamanında, yeterince ve uygun yöntemle kullanarak kendi sağlığını koruyabilir.

Bitkilerle tedavi yöntemleri İslam kültüründe önemli bir yere sahiptir. İslam inancına göre ölüm dışında her hastalığın bir devası/şifası vardır ve bitkilerde bu deva/şifanın önemli kaynaklarından. İlaç yapımında kullanılan bitkisel, hayvansal ve mineral içeren maddeleri satan kişiler için kullanılan aktarlar ya da halk hekimleri arasında ismi efsane olmuş halk hekimlerinin piri kabul edilen Lokman Hekim, bitkilerin dilinden anlayan hatta birbirleriyle konuşan çiçeklerden ölümsüzlük ilacını yapmayı bilen fakat ilaç reçetesini Asi nehrinden geçerken elinden düşüren kişi olarak bilinmektedir (Akgül, 2009: 18).

Hiçbir şeyi sebepsiz yaratmayan Allah, doğada mevcut milyonlarca nebat ve canlıyı da bizce bilinebilen veya bilinemeyen hikmetleri ile birlikte yaratmıştır. Yenilen meyve ve sebzelerin hemen hemen hepsi tedavi edici imkanlarının yanında, üstün bir koruyucu özellik içermektedir. Hiçbir antibiyotik tek bir portakaldan, hiçbir fosfor ve iyot ilacı tek bir balıktan, hiçbir vitamin kapsülü yarım kilo havuçtan daha üstün değildir (Pamuk, 2001: 12-13). Bu örnekleri daha da artırabilmek mümkündür ki tabiat her şey Allah tarafından insan için yaratılmıştır. İnsan kendi için yaratılan bu nebatatın bilinci ve şükrü içerisinde olmalı ki, gelecek nesillere emanete hıyanet etmeden bu doğal tabiat mirasını aktarabilsin.

Alternatif tıp uluslararası literatürde "Folk Medicine (Halk Tıbbı)" veya "Traditional Medicine (Geleneksel Tıp)" olarak isimlendirilmiştir (Kılınç, 2015: 4). Alternatif tıp uygulamaları, modern tıp uygulamalarındaki bilim anlayışından çok farklı bir anlayışla, modern tıbbın yerine kullanılmıştır. Bunlara örnek olarak; benzeri ile tedavi olarak kullanılan homeopati, geleneksel Çin tıbbı olan ve eski bir hint yöntemi olan Ayur-Veda ve güneşten yararlanma, diyet ve bitkilerden yararlanma olarak kullanılan

Naturapati verilebilir. Burada içine düşülen yanılığının iki önemli açıklaması vardır. Birincisi geniş halk kitlelerinin bilmediği bir bilgi şudur; modern tıp uygulamaları için üretilen teknolojik ilaçların önemli bir kısmının aktif maddesi bitkiler olmak üzere doğal ürünlerden sağlanmaktadır. Yanılığa düşülen diğler açıklama ise, doğal malzemelerin içerdikleri aktif maddenin tek olduğunun düşünülmesidir ki bu büyük bir hatadır. Çünkü şifalı kabul görmüş herhangi bir maddenin kimyasal yapısı tamamen açıklanmış olsa dahi bunun insan sağlığı açısından araştırmasını yapmak bugünkü en son teknolojilerle dahi çok zaman alıcı, yüksek maliyetli ve zordur (Yeşilşerit, 2012: 77-78).

Şifalı kabul edilen bir bitkinin hangi bölümünün kullanılacağı, taze veya kurutulmuş olarak mı kullanılacağı, suda kaynatılma, damıtma ve demleme sürelerine göre farklı bir biyokimyasal yapıya dönüşmesi sebebiyle, bitkinin doğru dozda kullanılması, tedavide kullanılacak kısmın doğru zamanda toplanması bitkisel tedavide ayrıca önem arz etmektedir (Yeşilşerit, 2012: 77), öyle ki sinameki müşhil edici bir bitkidir. Bu bitkinin bütün organları aynı işlevi görmektedir. Ancak yaprağında bu etki daha fazla olduğu için yaprağının öğütülmüş tozunun kullanılması yaygınlaşmıştır (Karabulut, 1993: 111). Aynı şekilde damar sertliği ve idrarı söktürmek için kabak suyu içilmesi gerekirken, bağırsak iltihabında pişmiş kabak, öksürük için kabak tatlısı yenmeli, mide sancısının giderilmesi için üzüm yaprağı suyu içilmesi iyi gelirken, kan yapması için kuru üzüm, böbrek halsizliği için taze üzüm yenmelidir (Pamuk, 2001: 42-690).

Hatta bazı hayvanların bile iç güdüleriyle hareket ederek kendi hastalıklarını şifalı bitkilerden yiyerek veya bu bitkilere hasta organını sürterek kendi kendilerini tedavi etmeye çalıştıkları rivayet edilmiştir. Kış uykusundan gözleri zayıflamış olarak uyanan yılan, rezene otunu arayıp, bu ottan yemesi ve gözlerine sürmesi yılanın daha iyi görmesine olanak sağlar. Ot yemeyen kedinin kusmak istediği zaman müşhil otunu yiyerek kusması, gelinciğin yılanı ördürdüğü zaman sedef otundan yemesi, kablumbağanın beyaz benekli yılanı yakalayıp yemesinin ardından zehrini etkisiz hale getirmek için yabani kekik otundan yemesi vb. hayvanların bile hastalandıklarında veya zehirli bir madde yediklerinde kendi kendilerini

tedavi etme içgüdüğü içerisinde olduğu görülmektedir (Karabulut, 1993: 110-111).

Kökleri 4000 yıl öncesine dayanan, Cumhuriyetin ilanı ve sağlık alanında yapılan reformlarla birlikte zamanla terk edilen fakat halk arasında uygulamaları devam eden sülükle tedavi (Hirudoterapi) de geleneksel bir tedavi olarak birçok toplumda varlığını sürdürmüştür. Kaynaklarda sülüklerin vücutta hangi noktaya uygulanacağı hastalığa göre karar verilmiş, baş ağrısında boyuna, göz ağrısında kulakların başa bitişik noktasına, bel, sırt ve kol ağrılarında omuz başlarına, bacak ve ayak ağrılarında bacakların etli kısımlarına uygulanmıştır (Kılınç, 2015: 31-34).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'de geleneksel tıba karşı kayıtsız kalamamış ve geleneksel tıp uygulamalarının modern tıp bilimin ışığı altında değerlendirilmesine imkan sağlamak üzere bu konuyu gündemine almıştır. 1977 yılında Cenevre'de geleneksel tıp ve modern tıbbın işbirliğinin gelişiminin hızlanması amacıyla düzenlenen toplantının sonucu 1978 yılında yayımlanmıştır. Aynı yıl DSÖ geleneksel tıbbı resmen tanıdığını ilan etmiş ve geleneksel tıpla ilgili ilk olarak Çin tıbbı ile ilgilenmiştir. Ayrıca DSÖ'nün 2002 yılında yayımladığı "Geleneksel Tıp Stratejisi Planlaması" ile geleneksel tıp uygulamalarının yasallaşmasını teşvik etmiştir (Kalındemirtaş, 2010: 15; Kılınç, 2015: 2).

Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviye halk tarafından gittikçe artan şekilde sahip çıkılması sebebiyle de, Amerikan Hükümeti Ulusal Sağlık Enstitüleri, (NIH-The US Government National Institutes for Health) 1998 yılında, araştırmalar yapmak ve tamamlayıcı ve alternatif tedavi konusunda tavsiyelerde bulunmak ve rehberlik etmek için "Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp için Amerikan Ulusal Sağlık Merkezi"ni (NCCAM-The US National Institutes of Health Center for Complementary and Alternative Medicine) kurmuştur (Yıldız, 2006: 6).

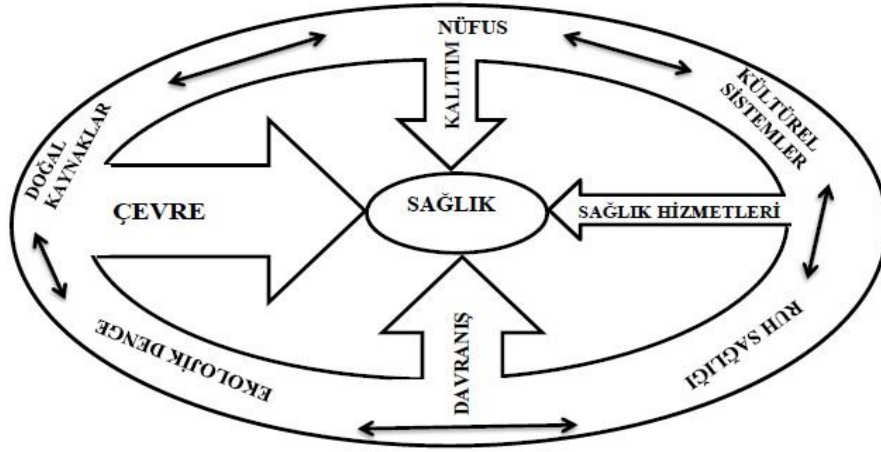
1994 yılında Erciyes Üniversitesinin davetlisi olarak Kayseri'ye gelen Prof.Dr. Ayhan Songar, özel bir televizyon konuşmasında, "Bitkilerle yapılan tedavi, alternatif bir tedavi midir?", şeklinde sorulan bir soruya: "Hayır, bazı tabibler bitkilerle yapılan tedaviye alternatif tedavi gözüyle bakıyorsa da; bitkilerle tedavi, alternatif tedavi olmayıp, aksine

terkedilmesinden dolayı unutulmuş bir tedavi usulüdür” diye cevap vermiştir (Karabulut, 1993: 112).

Her ne kadar sadece yüzeysel ve meteryal tıbbı bağı kalmak yanışsa, aynı şekilde sadece doğal tıp yöntemlerini de tek doğru olarak kabul etmek yanıştır (Saraç, 2007: 213). Literatür araştırmasında da görölmüştür ki, günümüze kadar ecdadımız tarafından bitkilerle tedavi konusunda yazılan yüzlerce kitap kütüphaneleri süslemektedir. Yeterki onları gün yüzüne çıkarıp, değerlendirmeye alacak ilim adamları bulunsun. Özellikle dini ve alternatif tedavi kaynaklarında ölümden başka her şeye çare olarak nitelendirilen çörek otunun üzerinde çalışılması gerektiği değerlendirilmektedir.

2.2. Sağlık Durumunu Etkileyen Faktörler

Bireylerin mevcut sağlık durumu ve sağlık durum algıları, birçok faktörün etkisinde kalmaktadır. Bu faktörler, tek başlarına veya birden fazlası bir arada etki ederek, kişinin sağlık durumunun belirlenmesinde doğrudan veya dolaylı olarak rol oynamaktadır. Bireylerin sağlık durumunu doğru anlayabilmek için sağlık kavramına çevresel yaklaşımı geliştiren Henrick L. Blum'un (1974) bütüncül sağlık modelindeki sağlık düzeyini etkileyen faktörler; çevre, davranış (yaşam biçimi), sağlık hizmetleri, kalıtım (genetik) olarak sınıflandırılmıştır (Öztürk, 2016: 6). Sağlık durumunu etkileyen bu faktörlerin etki düzeyleri birbirlerinden farklılık göstermektedir. şekil 1'de görüldüğü üzere okların genişliği faktörlerin sağlığa olan göreceli etkisinin büyüklüğünü göstermiştir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 19). şekilde ayrıca sağlık çok boyutlu bir kavram olarak ele alınmış ve birbiriyle ilişkisi olan birçok faktör sağlık durumunu doğrudan ve dolaylı bir şekilde etkilemektedir. Bu faktörlerin genel olarak açıklanmasına aşağıda yer verilmiştir:



Şekil 1. Sağlığı Etkileyen Etmenler

Kaynak: Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 19.

2.2.1. Çevre

Kişinin dışında bulunan ve kişiyi etkisine alan kişi dışındaki herşey onun çevresinin bir unsurunu oluşturmaktadır. Bu çevresel unsurlar ile kişi, anne rahminde olduğu andan, ölünceye kadar sürekli bir etkileşim içerisinde. Doğrudan veya dolaylı olarak kişinin sağlığını etkileyen çevre aynı zamanda içerisinde yaşam sürdürülen yerdir. Bu iç içe geçmiş sistemler bütünü olan çevrenin en temel gereksinimleri su, yiyecek ve barınaktır ki, bunlar olmadan uzun süre yaşam söz konusu olamaz (Şahabettinoğlu, 2015: 45).

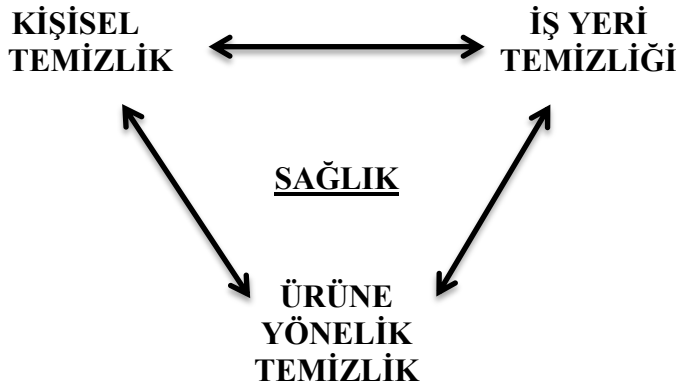
Çevre kendi içerisinde biyolojik, sosyal ve fiziki çevre olarak sınıflandırılabilir (Önder, 2014: 38):

Biyolojik çevreyi, hastalıklara yol açan mikroorganizmalar, bitkiler, hayvanlar gibi çevremizdeki tüm canlılar oluşturmaktadır.

Sosyal çevreyi, kişinin içinde yaşadığı insan topluluklarının yapısı ve ilişkileri ile ilgili olan nüfus artışı, yoksulluk, eğitim düzeyi, örf ve adetler gibi bir çok faktörden oluşur. Sosyal çevre sağlığın hem devamı, hem de bozulmasında etkili olabileceği söylenebilir.

Fiziki çevreyi ise, iklim, hava kirliliği, toprağın yapısı, atıklar, doğal afetler vb. fiziki çevre içinde yer almaktadır. Hayatımızın büyük bir bölümü iş yeri ortamı içerisinde geçmektedir. Araştırmaya konu kamu kurumlarının

ve özellikle sağlık tesislerinin temizlik konusu, kişisel temizlik, iş yeri temizliği ve ürüne yönelik temizlik olarak iç içe düşünölmelidir (şekil 2). İnsan yaşamında mutluluğun sağlanması için sağlıklı olmak çok önemlidir. Temizlik, temel olarak hastalık yapan mikroplar olmak üzere istenmeyen biyolojik faktörlerin gelişimini engelleyen beraberinde hastalıklardan korunmayı ve sağlığı devam ettirmenin vazgeçilmez bir olgusudur (Özcan, 2001: 4).



şekil 2. Biyolojik Etkenler ve Sağlık İlişkisi

Kaynak: Özcan, 2001: 4.

Fiziki çevre ile ilgili olarak Erzurumlu İbrahim Hakkı Hazretleri Marifetname isimli eserinde sağlığı korumanın birinci sebebi olarak canlıları kuşatan havadan bahsetmiştir. İnsanın soluduğu havanın, kötü duman ve rüzgarlarla özelliğinin de değiştiğini belirterek; yaz mevsimi safrayı çoğaltmakla hastalık oluşturduğunu, susuzluk ve harareti ortaya çıkarttığını, sonbaharın, gece ve gündüzü, sıcaklık ve soğukluğu değiştirerek hastalıkları çoğaltıp, meyveleri artırıp kanı azattığını, kiş mevsiminin nezle ve öksürüğu ortaya çıkardığını, ilkbaharın ise, karışımları hareket ettirerek bademcikleri şişirip, kanı çoğaltıp maddi hastalıkları ortaya çıkardığını ifade etmiş ancak, sıhhat ve sağlık için en uygun mevsimin de ilkbahar olduğunu belirtmiştir (Hakkı, 2012: 115). Soluduğumuz havada amonyak, karbonmonoksit, ağır metaller, nitrojenoksit, ozon, sulfüroksit, organik zehirler gibi bir çok hava kirliliğine sebep olan etkenler bulunmaktadır. Çocuklar, yaşlılar, hamileler, daha önce kalp/solunum rahatsızlığı geçirmiş

kişiler ve zamanının çoğunu dışarıda geçirmek durumunda olan kişiler hava kirliliğine karşı daha savunmasız olan kesim grubunu oluşturmaktadır. Özellikle daha sık nefes alıp verme, akciğerlerin gelişmekte olması, dışarıda daha fazla zaman geçirmeleri sebebiyle çocuklar hava kirliliğinden daha fazla etkilenmektedirler. Sağlığı etkileyen unsurların başında çevrenin ilk sırada yer aldığı ve DSÖ'nün yılda dört milyondan fazla çocuğun çevresel nedenlerle hayatını kaybettiği verisi (Sezer, 2011: 59) göz önüne alındığında içinde bulunulan çevreyi ve soluduğumuz havayı kirletmeme konusunda daha bilinçli olunmalıdır.

2.2.2. Davranış (Yaşam Biçimi)

Her canlının yaşamını sürdürebilmesi, hayatta kalabilmesi ve bir denge içinde kalabilmesi için karşılanması gereken gereksinimleri bulunmaktadır. Açlık, susuzluk, cinsellik gibi biyolojik dürtüler doyurulmadan ruhsal bir gelişim ve toplumsal bir uyum ya da denge olması düşünülemez. Ruhsal, toplumsal uyumunu yakalayamayan bir birey biyolojik gereksinimlerini karşılayamaz duruma gelebilir. Nathanson, “Kadınlar hastalanır, erkekler ölür” demektedir, erkeklerin kadınlara oranla daha kısa ortalama yaşam süresine sahip olduklarını belirtmektedir. Kadınlar daha sık sağlık problemleri yaşamakta, fakat görece hafif, kısa süreli hastalıklara maruz kalmaktadırlar. Halbuki erkekler daha az hastalanmakta, fakat daha ciddi, uzun süreli, yüksek oranda ölümle sonuçlanan hastalıklar ile karşı karşıya kalmaktadırlar (Tekin, 2007: 54-56). Öyleyse kişinin tüm hayatı boyunca hayat görüşüne paralel olarak geliştirdiği değer, tutum ve alışkanlıklar, insanoğlunun davranışını belirlemektedir.

2.2.3. Kalıtım (Genetik)

Her bireyin diğer bireylerden farklı bir psikolojik yapısı, duygu ve düşünce dünyası vardır. Birbirlerinden farklı yönelimleri, arzu, istek, algı ve beklentileri doğrultusunda tutum ve davranışları da farklı bir boyut kazanır. İnsanın doğuştan farklı bir psikolojik yapıya sahip olmasının yanı sıra bu yapı hayat boyu yaşanan olaylar ve çevresinde bulunan kişilerin de etkisiyle

farklı bir boyut kazanmaya devam eder. Bu psikolojik yapı olumlu yaşantılar, olumlu bir çevre, olumlu anne-baba tutumları gibi psikolojik etkenlerin varlığında olumlu gelişme gösterirken; hastalık, taciz, şiddet gibi kötü yaşam olay ve koşulları, anne ya da babanın ayrı olması, boşanması veya ölümü gibi psikolojik etmenlerin varlığında bozuk bir gelişme gösterebilmektedir. İnsanın içinde bulunduğu psikolojik donanımı ile içinde yer aldığı fiziksel, sosyal ve psikolojik şartlar arasında karşılıklı bir etkileşim vardır. Öyle ki farklı psikolojik donanıma sahip kişilerin bu şartlardan etkilenme ve onları etkileme dereceleri de farklı olmaktadır (Tekin, 2007: 57).

Kronik hastalıklarda genetiğin rolünü inceleyen Özsoy (1997), koroner kalp hastalığı, hipertansiyon, felç, diyabet ve bazı kanser türlerinin ortaya çıkışında genetik faktörlerin etkili olduğunu ortaya koymuştur. Genetik ile kronik hastalıklar arasındaki ilişkiye örnek olarak diyabet (şeker) hastalığı verilebilir. Diyabetli bir kişinin ailesindeki bireylerin %25-%50'sinde diyabet hastalığı görülürken, bu hastalığa yakalanmayan kişilerin ailesindeki bireylerin %15'inden daha azında bu hastalığa rastlanılmamaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 27-28). Kalıtsal hastalık riski taşıyan aileler hastalığın doğacak olan çocuğa da geçmemesi ve gerekli önlem ve tedavilerin yapılabilmesi için genetik uzmanına danışılması hem aile için hem de gelecek nesil ve toplumlar için yerinde olacaktır. Genetik rahatsızlığın çok azının doğumdan sonra tedavi edilebildiği göz önüne alındığında ilgili sağlık kuruluşları da bu işin sıkı takipçisi olmalıdır.

2.2.4. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri genel olarak sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmaları kapsamaktadır. Sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetlerini içermektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 29). DSÖ'de sağlık hizmetlerini, gerek bireylerin gerekse toplumun sağlığa ilişkin beklentilerini karşılamak için, sağlık kuruluşlarında görev yapan sağlık personeli tarafından yürütülen her türlü koruyucu ve tedavi edici hizmet olarak tanımlamıştır (Önder, 2014: 39). Gezici Sağlık Hizmetlerinin

Yürütülmesi Hakkında Yönerge'nin dördüncü maddesinde de sağlık hizmetleri, "insan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenek ve becerileri azalmış olanların rehabilite edilmesi için yapılan hizmetler" şeklinde tanımlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2006: 1).

Henrick L.Blum'ın çevresel sağlık modeli, birey ve toplumun sağlık durumunu etkileyen faktörlerden sağlık hizmetlerinin sanıldığından daha az etkili olduğunu ortaya koymuştur. Nitekim bir ülkede sağlık sisteminin çok iyi bir işlev içerisinde olması, o toplumun sahip olduğu sağlık statüsünün yüksek ve başarılı olduğu anlamı taşımamaktadır.

2.3. İslam Geleneğinde Sağlık ve Tıp

2.3.1. *Tıbb-ı Nebevi*

Hz. Peygamber (sav) bir taraftan insanlığın manevi dünyasını, diğer yandan da maddi dünyasının imarı için evrensel ve ebedi ilkeler göndermiştir. İmandan ibadete, ahlaktan adaba, adaletten iktisada, temizlikten tedaviye kadar hayatın her alanında insanlığa zengin bir miras bırakmıştır. O'nun insanlığa sunduğu ilkelerin bir kısmı da sağlık alanıyla ilgilidir (Şeker, 2013: 157). Hz. Peygamber (sav)'in merhamet ve şefkatinin bir tezahürü olan tıbbi tavsiyeleri zaman içerisinde kitaplarda bir araya getirilmiş ve "tıbb-ı nebevi" ilmi ortaya çıkmıştır. Tıbb-ı nebevi bazı yazarlar tarafından, Hz. Peygamber (sav)'den insan bedeninin beslenip korunmasına dair tıp konusunda nakledilen ayet ve hadislerin bütünü şeklinde tanımlanmıştır (Tekineş, 1998: 58).

Sağlıktan veya tıpla ilgili çeşitli konulardan söz eden Kur'an ve hadislerdeki talimatlar, bir bütün olarak Müslüman tıbbının İslam ile ilişkisini kurmuştur. Bizzat Hz. Peygamber (sav)'in tıp ve sağlıkla yakından ilgilendiği, bize intikal eden Hadis-i Şeriflerinden anlaşılmaktadır. Öyle ki, bu hadislerde onun tedavi usulleri (bal, kan alma ve dağlama) bulunduğu gibi, ilaç olarak tavsiye ettiği bir takım nebatların (sarı sabır, sürme vb.) isimleri geçmekte ve hastalık çeşitleri (veba, cüzzam, sıtma) sayılmakta ve bunlar için tedbirler ileri sürülmektedir. O'nun tıpla ilgili bütün bu

bilgilerinin derlendiği Tıbb-ı Nebevi adı verilen kitaplar, yakın zamana kadar islam ülkelerinde bir sağlık el kitabı olarak elden ele dolaşmıştır (Tokaç, 2000: 4-5). Tıbb-ı Nebevi denilince ilk akla Hz.Peygamber (sav)'in Hadis-i Şerifleri gelebilir, ancak Kur'an-ı Kerim'de de konu ile ilgili birçok ayet bulunmaktadır. Bu ayet ve hadislerin bir kısmına genel tıp, koruyucu hekimlik ve tedavi şekilleri şeklinde bakıldığında;

a) Genel tıbbı dair ayet ve hadisler:

1. “Biz Kur'an-ı müminlere şifa ve rahmet olarak indiririz”(İsra, 17/82),
2. “Kim bilgisi olmadığı halde hekimlik yapmaya kalkışırsa sebep olacağı zararı öder” (Ebu Davud, Diyat 23; İbni Mace, Tıb 16),
3. Sad İbni Vakkas hastalanmış, Hz. Peygamber (sav) ziyaretine gitmiş. Sad'ı evinde hasta yatar görünce “Haris bin Kelde'yi çağırın, o iyi bir hekimdir, sizi tedavi etsin” buyurmuştur (Ebu Davud, Tıp, 12), (Yıldız, 2014),
4. Allah'tan şifa talep etmeyene Allah şifa vermesin. (Ebu Davut, Tıp, 19),
5. “Allah şahsı ancak gücünün yeteceği ölçüde mükellef kılar” (Bakara, 2/286), (Erten, 2004: 51).

b) Koruyucu hekimliğe dair ayet ve hadisler:

- 1) Hayız halinde iken kadınlara yaklaşılmaması (Bakara, 2/222),
- 2) “Cüzzamlıdan, aslandan kaçır gibi kaçınız” (Buhari, Merda 19; A.bin Hanbel, Müsned, 2/443),
- 3) “Size ne oluyor ki dişleriniz sararmış olduğu halde yanıma geliyorsunuz. Misvak kullanınız” (A.bin Hanbel, Müsned, 1/214),
- 4) Çocukların 2 yıl emzirilmesi (Bakara, 2/233; Kasas, 28/12),
- 5) “Seyahate çıkınız, sıhhat bulursunuz” (Taberani),
- 6) İhtiyarlıkta gebe kalınmayacağı (Zariyat, 52/29),
- 7) “İnsanoğlu midyesinden daha zararlı bir kap doldurmamıştır. İnsanoğluna belini doğrultacak birkaç lokma kafidir. Mutlaka yemesi gerekirse midyesinin üçte birini yemeye, üçte birini

içmeye, üçte birini de nefes alıp vermeye bırakmalıdır” (Tirmizi, Kitabu’z-Zühd, Hadis No:2380).

c) Tedavi konusunda ayet ve hadisler:

- 1) “Rabbin bal arısına şöyle vahyetti: “Dağlardan, ağaçlardan ve insanların kurdukları çardaklardan kendine göz göz ev (kovan) edin. Sonra da her türlü meyveden ye de Rabbin’in nasa yayılman için belirlediği yolları tut. Onların karınlarından renkleri çeşit çeşit bir şerbet çıkar ki ondan insanlara şifa vardır. Elbette düşünen kimseler için bunda alacak ibret vardır” (Nahl, 16/68-69),
- 2) “İsmid (sürme taşı) çekin. O gözü açar ve kirpikleri besler” (Tirmizi Libas 23; A.bin Hanbel, Müsned 3/476),
- 3) “Çörek otu, ölümden başka her derde devadır” (Buhari, Tıb 7),
- 4) “Peygamber Efendimiz (sav) baş ağrısından şikayet eden bir kimseye kan aldırmasını tavsiye etti” (Müslim, Selam 71) (Yıldız, 2014),
- 5) Ey Allah’ın kulları tedavi olun. Çünkü Allah hiçbir dert yaratmadı ki, onun şifasını yaratmamış olsun (Erten, 2004: 51).

Tıbb-ı Nebevi ile ilgili hadislere bakıldığında ki bu örnekler artırılabilir, yukarıda da ifade edildiği gibi genel tıp konuları, koruyucu hekimlik ve tedavi şekilleri ile ilgili oldukları görülecektir. O dönemin imkanları ile birlikte değerlendirildiğinde Hz. Peygamber (sav) ile birlikte yeni bir tıp anlayışının doğduğu, tıp konusundaki açıklamaları sıradan tavsiyelerden ibaret olmadığı, bazı beyanlarının vahiyle kendisine bildirildiği hatta mucize olduğu kabul edilmiştir.

Tıbb-ı Nebevi konusunda Hz. Peygamber (sav)’in sözlerine sahabe harfiyen uymuştur. Öyle ki, Suriye’ye gelen Hz. Ömer, burada veba salgını olduğunu öğrenince geri dönmek istemişti. Geri dönme kararı aldığı için Hz. Ebu Ubeyde Hz. Ömer’e itiraz etti ve “Allah’ın takdirinden mi kaçıyorsun?” diye sordu. Bu soruya Hz. Ömer “Evet, ben Allah’ın bir takdirinden diğer takdirine kaçıyorum” dedi. Zira Resûlullah (sav)’in şöyle buyurduğunu biliyorum: “Bir yerde veba hastalığını iştirerseniz oraya gitmeyiniz. Bir yerde de veba hastalığı çıkar da siz orada bulunursanız vebadan kaçarak oradan

çıkılmamız (Tekineş, 2010: 126). O günün şartlarında Hz. Peygamber (sav)'in müminlere tavsiye etmiş olduğu bu uygulama, günümüzde bulaşıcı bir hastalığa maruz kalan şüpheli durumdaki insan ve hayvanların karantinaya alınması kavramı ile ne kadar da benzerlik göstermektedir.

Sonuç olarak Hz. Peygamber (sav), müminler için sadece dini konularda değil dünyevi konularda da en güzel örnek teşkil etmiştir. O, yaşamış olduğu döneminin sağlık ile ilgili bilgilerini hurafe ve batıl inanışlardan soyutlayarak modern tıbbın temellerinin atıldığı bir şekle taşımıştır. Kendisi hekimlere tedavi olmuş, tedavi şekilleri ve ilaçlar konusunda müminlere nasihat ve tavsiyelerde bulunmuştur. Sahabe de dini konularda olduğu gibi tıbbi konularda da Hz. Peygamber (sav)'i örnek almış, söylediklerini harfiyen yerine getirmişlerdir.

2.3.2. Okuyarak Tedavi (Rukye)

Daha önce de değinildiği gibi, tarihsel süreç içerisinde bakıldığında hastalıklarla mücadele etme çabası insan varlığı için en eski uğraşlardan birisi olmuş ve çok farklı tedavi yöntemleri denenmiştir. Gerek kabileler gerekse medeniyet kurmuş topluluklar öncelikle hastalığın sebebi, kaynağı ile inanç/tıbbi bir arada düşünmüşlerdir. Öyle ki hayatı yaratan ve ölüme hükmeden ilahlar aynı zamanda sağlık ve hastalıktan da sorumlu tutulmuşlardır. Dolayısıyla geçmiş uygarlıklarda tıbbın dinsel boyutu, bilgi kaynağında, hastalıkların nedenlerinde, şifanın kaynağında, tedavi edicilerin aynı zamanda din adamı oluşlarında ve şifalı unsurların tanrısal oluşunda kendini gösterirken, neredeyse bütün din ve medeniyetlerde hastalıklar için dua edildiği, duaların vazgeçilmez bir ilaç veya yakarış olarak kabul gördüğü anlaşılmaktadır (Kaya, 2012: 49).

Duanın tedavi üzerindeki etkileri her devirde insanların dikkatini çekmiş ve dindarlıkla bireyin kendini fiziksel anlamda sağlıklı hissetmesi arasında pozitif bir ilişki kurulmuştur. Dua eden hastada kanser, böbrek iltihaplar, ülser, deri, akciğer, kemik ve karın zarı erimesi gibi hastalıkların normal iyileşme süresinin son derece kısalmasıyla hızlı bir şekilde iyileştiği, dua

etme alışkanlığı olan hastalarda bedensel hastalıklarla mücadele de olumlu etkilerinin olduğu psikologlar tarafından ispatlanmıştır.

Doktor, dua eden hastasını gördüğünde sevinebilir. Çünkü duanın meydana getirmiş olduğu huzur, tedavide kuvvetli bir yardımcıdır. Öyle ki yapılan bir araştırmada kiliseye içten bağlanan ve sıklıkla giden Kanadalı öğrencilerin, kiliseye devam etmeyen öğrencilere göre sağlık sorunları yüzünden doktora gitme oranlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Günümüzde dua ile elde edilen şifalardan sıklıkla bahsedilmektedir. Dua ve dini telkin ile Fransa'daki Lourdes şifa yurdunda hastalıkların tedavisinin yapıldığı bilinmektedir (Tunç, 2011: 10; Malakçı, 2006: 18), duanın ruhsal hayata olumlu etkilerinden hareketle, manevi ya da dini konularda eğitilmiş olmayan uzmanların yanlış teşhis koyabilmesi ve ağır mesleki hatalara yol açabilmesinin mümkün görünmesi sebebiyle, ABD'de uzmanlık eğitiminde dini ve manevi konuların eklenmesi, bir ihtiyaç sonucunda gerçekleşmiştir (Güzel, 2009: 89).

Aslında hastalıkla mücadele ve tedavi tıp ilminin konusu olmakla birlikte tedavide dini metinlerin okunması ve duanın tedavi üzerindeki etkisi gözardı edilemez. Okumak ve üfürmek ile tedavi, bütün eski kavimlerde var olan usullerdendir. Eski Mısır kalıntıları meyanında hastaların tedavisi için tavsiye olunan birçok *nüşalar* bulunmuştur. Onlardan intikal eden bilgilerden anlaşıldığına göre o zamanlarda kahin bir hastanın tedavisi için davet olunduğu zaman, yanında biri *muska ve dua kitabını*, diğeri tıbbi ilaçları alarak iki adam ile birlikte giderdi. Eski Mısırlılar hem *muska ve dua*, hem ilaçlarla hastaları tedavi ederlerdi. Gerek *muska yazmakta*, gerek *okumakta*, sözü ma'budlarından birine ve özellikle eski Mısır ma'budlarından İsis, Osiris ve Râ'ya tevcih ederlerdi. *İlacı yaparken yahut onu hastaya içirirken birtakım özel dualar okurlardı*. Bunlara misal olmak üzere aşağıdaki dua hasta ilaç içerken okunurdu:

“Bütün hastaları için şifa kitabı budur. Ey İsis! “Horus” un pederi “Osiris”, biraderi “Set” tarafından öldürüldüğü zaman onun yüzünden duçar olduğu elem ve acılardan şifayaâb ettiğin gibi beni şifayâb eder misin? İsis, ey büyük sâhire! Oğlun “Horus”u nasıl kurtardın ise beni de müellem, mükedder, fena ve şeytani şeylerden, bana arız olabilecek müzmin, öldürücü ve habis hastalıkların cümlesinden şifayâb edip kurtar...” (Atmaca, 2011: 39-40).

Türkçede efsun, tılsım, nefes, üfürük gibi kullanımı olan rukye, korku, nazar değmesi, cinnet vb. hastalıklar karşısında kişinin başvurduğu şifa arayışıdır ki üç farklı şekilde gerçekleştirilir: Ya kendisinden şifa ümit edilen ayetler, dualar okunup hasta üzerine üflenir, ya bunlar bir şey üzerine yazılır ve hasta bunları boynunda veya üzerinde taşır veya suya okunup üflenir veya bu yazılanlar suya batırılır ve bu su hastaya içirilir (Sarımurat, 2008: 89). Hz. Peygamber (sav) bazı durumlarda rukye yapılmasına izin vermiştir. Bu konudaki rivayetlerden bazıları şunlardır (Eren, 2010: 131):

- a) Hz. Aişe (ra) rivayeti: Rasulullah (sav) bana göz değmesine karşı rukye yaptırmamı emretti,
- b) Ümmü Seleme (ra) rivayeti: Rasulullah (sav), bir gün Ümmü Seleme'nin odasında yüzünde sarılık olan bir cariye/küçük kız gördü ve "Bu kıza rukye yaptırın, çünkü onda nazar vardır" buyurdu,
- c) Hz. Aişe (ra) rivayeti: "Nebi (sav) rukye yaparken nefes ederdi/üflerdi".

Allah'a sığınarak kendisi ve başkaları için dua etmek, okumak sadece meşru bir davranış değil aynı zamanda bir emirdir. Rukye, Kur'an ayetleriyle, Allah'ın isim ve sıfatlarıyla Arapça ve anlamı anlaşılır bir dille yapıldığı takdirde mubahtır. Rukyenin kötü yönünü ifade eden efsundur ki; büyücülükte kullanılmakta, cadıların elinde malzeme olmaktadır. Hadislerden anlaşılacağı üzere yasaklanmış rukiyeler, hakikatleri belli olmayan ve Allah'a ortak koşma manası taşıyan ve başkasından yardım dilemeyi çağrıştıracak ifadeleri içeren ve ayrıca Kur'an'da sihrin kötülenmesi ve haram sayılması sebebiyle de rukye de sihir yer almamalıdır (Sarımurat, 2008: 89-90; Eren, 2010: 101-102). İnsan için hidayet ve kurtuluş rehberi olan Kur'an-ı Kerim ayetlerinin, duaların ve Hz. Peygamber (sav) sözlerini, hal tavır ve davranışlarını ihtiva eden Hadis-i Şeriflerin kullanılarak kişiye şifa buldurulmasında bir sakınca bulunmamaktadır. Bu durum tabiki gelişen modern tıbbın imkanlarının kullanılmayacağı anlamı taşımamaktadır ki, buna İslam dini de karşıdır.

2.3.3. Kur'an-ı Kerim'de Geçen Şifa Ayetleri

Şifa kelimesi Kur'ân-ı Kerim'de dört defa (şifa), bir defa (yesfi) ve bir defa da (yesfini) şeklinde geçmektedir:

- Biz Kur'an'dan müminlere şifa ve rahmet olan şeyler indiriyoruz (İsra 17; 82),
- Ey insanlar, size Rabbinizden bir öğüt, göğüslerde olan (sıkıntılar) a şifa ve inananlara bir yol gösterici ve rahmet gelmiştir (Yunus 10; 57),
- Onlarla savaşın ki Allah, sizin ellerinizle onlara azap etsin, onları rezil etsin, sizi onlara üstün getirsin ve inananlar toplumunun göğüslerine şifa versin (Tevbe 9; 14),
- De ki: "O, inananlar için bir yol gösterici ve (gönüllere) şifadır" (Fussilet 41; 44),
- Hastalandığım zaman bana şifa veren O'dur (Şuara 26; 80),
- "Rabbin bal arısına şöyle vahyetti: "Dağlardan, ağaçlardan ve insanların kurdukları çardaklardan kendine evler edin!" "Sonra her türlü meyvelerden ye de Rabbinin yollarında boyun eğerek yürü!" Onun karınlarından, renkleri çeşit çeşit bir içecek çıkar ki onda insanlara şifa vardır. Şüphesiz bunda düşünen bir millet için ibret vardır (Nahl 16; 68-69).

Ayrıca bazı araştırmacılara göre, Kur'ân-ı Kerim'de 40'tan fazla tıpla ilgili ayet vardır. Kur'ân-ı Kerim'in önemle üzerinde durduğu ve hakkında kısa da olsa bazı önemli bilgiler verdiği konuların başında, astronomiden sonra tıp ve koruyucu hekimliğin geldiği belirtilebilir.

Kur'an-ı Kerim'de;

- Gebelik ve kısırlıktan (Hud, 72; Meryem, 9; Nur, 31, 60; Talak, 4),
- Hayız halinde iken kadına yaklaşılmamasından (Bakara, 222),
- Çocukların emzirilmesinden (Bakara, 233; Kasas, 12),
- İhtiyarlıkta gebe kalınmayacağından (Zariyat, 29),
- Anatomiden (Araf, 69; Fatır, 1),

- Fiziyojiden (Nahl, 66) bahsetmekte ve hastalıkların nasıl ortaya çıktığına ve sebeplerine dair kısa ve özet bilgiler içermektedir (Kaya, 2012: 51).

Bütün bunların yanı sıra şuda belirtilmelidir ki Kur'an-ı Kerim bir fizik, tıp, matematik vb. kitabı değildir. Bilimlerin ilgi alanına giren konulardan bahsetmesi, Kur'an-ı Kerim'de hiçbir şeyin eksik bırakılmadığını ve kendi gerçekliğini göstermektedir ki, Kur'an-ı Kerim bir hidayet rehberidir.

3. BÖLÜM

KAMU ÇALIŞANLARINDA DİNİ TUTUM VE SAĞLIK ALGISININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma, Türk kamu yönetimi içinde köklü bir yeri olan yurdun iç güvenliğini ve asayişini sağlamak, kamu düzeyini korumak, illerin genel idaresini düzenlemek, mahalli idareler üzerinde merkezi idare adına vesayet makamı olarak nezarete bulunmak ve bu idarelerin gelişmelerine yardımcı olmak, halkın nüfus ve vatandaşlık işlemlerini yerine getirmek, muhtemel savaş ve tabii afetler konularında sivil savunma hizmetlerini yürütmekle görevli İçişleri Bakanlığı'nın üstlenmiş olduğu bu çok önemli görevlerin taşra teşkilatı marifetiyle yerine getirdiği Konya Valiliği, Meram, Selçuklu, Sarayönü, Kadınhanı, Ilgın ve Doğanhisar Kaymakamlıklarında ve 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile teşkilat, görev, yetki ve sorumlulukları düzenlenmiş olan, herkesin bedeni, zihni ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hal içerisinde hayatını sürdürme görevi içerisinde olan Sağlık Bakanlığının Konya Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı Konya Eğitim Araştırma Hastanesi, Doğanhisar İlçe Devlet Hastanesi ile İlçe Toplum Sağlığı Merkezinde yapılmıştır.

Yapılan araştırmaya konu Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1967 yılında yeni yapılan 225 yataklı binasına taşınarak hizmete başlamış ve geçen süreç içerisinde yeni yapılan ek binalar ve eklenen yeni sağlık birimleri ile 2015 yılında Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi arasında imzalanan afilyasyon protokolü ile Sağlık Bilimleri Üniversitesine bağlanarak, 1182 yatak kapasitesi ve 2062 sağlık personeli ile Konya'nın Meram ilçesinde sağlık hizmeti sunmaktadır. Doğanhisar Devlet Hastanesi 25 yatak kapasitesi ve 62 personeli ile Doğanhisar Toplum Sağlığı Merkezi de 15 sağlık personeli ile Doğanhisar İlçesinde sağlık hizmeti sunmaktadır. Konya Valiliği ise, Konya'nın Cumhuriyet öncesi Valilerinden Said Paşa döneminde 1885-1886 yıllarında Konya dış kale duvarlarının muntazam taşları kullanılarak yapılmış ve halen aynı tarihi mirası üzerinde taşıyarak, 150 personeli ile Konya halkına hizmet vermektedir.

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

3.1.1. Araştırmanın Amacı

Çalışmada Sağlık Bakanlığı Konya Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı sağlık kuruluşlarında görev yapan sağlık personeli ile idari personelin ve Konya Valilik ve Kaymakamlıklarında görev yapan idari personelin sağlık algılarının ve dini tutum algı düzeylerinin belirlenmesi ve bunların sosyo-demografik değişkenlerle ilişkisini ortaya koymak amaçlanmıştır. Bununla birlikte çalışmadan edinilen bilgiler ışığında sağlık personelinin dini tutum ile sağlık algısının Valilik ve Kaymakamlık çalışanlarına göre farklılık gösterip göstermediği açıklığa kavuşturulmaya çalışılmıştır.

3.1.2. Araştırmanın Önemi

İslam dini, insan hayatına ve sağlığına büyük önem vermiş, Kur'an-ı Kerim'de ve Hz. Peygamber (sav)'in hadislerinde, hayat ve sağlığın Yüce Allah'ın insana en büyük emanet ve nimeti olduğu beyan edilerek, bunların korunması emredilmiştir. İslama göre, hastalıktan korunmak, tedaviden daha önce gelmektedir. Günümüz tıbbının da en önemli konusu koruyucu hekimliktir (Özbuğday, 2001). İslam dini tıp anlayışı ile günümüz sağlık politika ve tıp anlayışı benzerlik göstermektedir.

Bireyleri oluşturan toplumun yaşantısını anlayabilmek için de inançların, tutumların ve bilgilerin nasıl oluştuğu ile bunları nelerin etkilediğini anlamak da bir zorunluluktur. Dinin veya onun yaşanan şekli olan dindarlığın bireysel ve toplumsal boyutlarının önemini belirtmek gereklidir (Savaş, 2012: 4). İşte bu sebeptendir ki çalışmada kamu personelinin dini tutum ve sağlık algıları belirlenerek; personelin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, geliri ve mesleğinin getirmiş olduğu unvanı vb. dini tutum ve sağlık algısına ne derece etki ettiğini incelemek önem arz etmiştir.

Bu kamu alan çalışması, sağlık personelinin dini tutum ve sağlık algısının Valilik-Kaymakamlık çalışanlarına göre farklılık göstermesi açısından önemli sonuçlar ortaya koymaktadır.

3.2. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada kamu çalışanlarının kendi istekleri ile araştırmaya katılmaları sağlanmıştır. Bu nedenle araştırmaya katılmak istemeyen, iş yoğunluğu nedeniyle zaman ayıramayan, izinli, hastalık raporlu olan ve başka nedenlerle görev yerlerinde bulunmayan personeller araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır. Ayrıca araştırma bulguları katılımcıların cevapları ile sınırlıdır.

3.3. Araştırmanın Yöntemi

3.3.1. Hipotezler

Çalışma kapsamında kamu personeli genel bilgilerinin sosyo-demografik değişkenlerle ilişkisine yönelik olarak aşağıda belirtilen hipotezler kurulmuş ve sınanmıştır.

H₁: Personelin unvanına göre; hastalıkların nedeni düşünceleri, hastalıkların günahlara kefarete katılma, hekim cinsiyet tercihi, geleneksel iyileştiricilere gitme, nazara inanma, sadaka, zekat vb. hastalıklardan koruduğuna inanma ve türbe, ören yeri kümbet gibi ziyaret yerlerine gitme açısından, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır.

H₂: Personelin çalışma statüsüne göre; hastalıkların nedeni düşünceleri, hastalıkların günahlara kefarete katılma ve türbe, ören yeri kümbet gibi ziyaret yerlerine gitme açısından, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.

H₃: Personelin cinsiyetine göre; hastalıkların nedeni düşünceleri, hastalıkların günahlara kefarete katılma, hekimin cinsiyetinin önemi, hekim cinsiyet tercihi ve türbe, ören yeri kümbet gibi ziyaret yerlerine gitme açısından, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır.

H₄: Personelin yaşına göre; hastalıkların nedeni düşünceleri, hekim cinsiyet tercihi, kan akıtmanın hastalıkları önlediği inaçları ile sadaka, zekat vb. hastalıklardan koruduğu düşüncesi açısından, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır.

H₅: Personelin medeni durumuna göre; hekim cinsiyeti tercihi açısından, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır.

H₆: Personelin eğitim durumuna göre; hastalıkların nedeni düşünceleri, hastalıkların günahlara kefarete olduğuna katılma, hekim cinsiyet tercihi, sadaka, zekat vb. hastalıklardan koruduğu düşünceleri, türbe, ören yeri, kümbet gibi ziyaret yerlerine gitme ve sağlığın tanımını bilme oranları açısından, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır.

H₇: Personelin mesleki deneyimine göre; türbe, ören yeri kümbet gibi ziyaret yerlerine gitme oranları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır.

H₈: Personelin gelirine göre; hastalıkların nedeni düşünceleri, hastalıkların günahlara kefarete olduğuna katılma, hekim cinsiyet tercihi, sadaka, zekat vb. hastalıklardan koruduğu düşünceleri, türbe, ören yeri, kümbet gibi ziyaret yerlerine gitme açısından, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır.

Çalışma kapsamında kamu personelinin dini tutum ve sağlık algı düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlerle ilişkisine yönelik olarak ise aşağıda belirtilen hipotezler kurulmuş ve sınanmıştır.

H₉: Personelin kurumlarına göre; DTA ve SA ölçek puanları açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmaktadır.

H₁₀: Personelin unvanına göre; DTA ve SA ölçek puanları açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmaktadır.

H₁₁: Personelin çalışma statülerine göre; DTA ve SA ölçek puanları açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmaktadır.

H₁₂: Personelin cinsiyetine göre; DTA ve SA ölçek puanları açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmaktadır.

H₁₃: Personelin yaşlarına göre DTA ve SA ölçek puanları açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmaktadır.

H₁₄: Personelin medeni durumuna göre; DTA ve SA ölçek puanları açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmaktadır.

H₁₅: Personelin eğitim durumuna göre; DTA ve SA ölçek puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır.

H₁₆: Personelin mesleki deneyimine göre; DTA ve SA ölçek puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır.

H₁₇: Personelin kurumdaki kıdemine göre; DTA ve SA ölçek puanları açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmaktadır.

H₁₈: Personelin gelirine göre; DTA ve SA ölçek puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır.

3.3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Sağlık Bakanlığı Konya Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Doğanhisar Devlet Hastanesi ve Toplum Sağlığı Merkezinde görev yapan personel ile İçişleri Bakanlığı Konya Valiliği, Selçuklu, Meram, Sarayönü, Ilgın, Kadınhanı ve Doğanhisar Kaymakamlığı personeli oluşturmaktadır. Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnsan Kaynakları ve Özlük İşleri'nden alınan bilgilere göre hastane bünyesinde 2016 yılında 2062, Doğanhisar Devlet Hastanesinde 62 ve Toplum Sağlığı Merkezinde ise 15 sağlık çalışanı görev yapmaktadır. Konya Valiliğinde 150, kaymakamlıklarda ise 325 personelin görev yaptığı tespit edilmiştir. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Konya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden ve Konya Valiliği İl Yazı İşleri Müdürlüğünden araştırma için alınan resmi iznin ardından, örneklem rastgele yöntemle seçilmiştir. Veriler anket formu ile toplanmıştır. Anket formu 02.07.2015–08.11.2015 tarihleri arasında uygulanmıştır. Araştırmada, kamu çalışanlarından gönüllü katılımı esas alınarak araştırma doğrultusunda hazırlanan anket formunu doldurmayı kabul eden 246 İçişleri Bakanlığı personeli ve 218 Sağlık Bakanlığı personeli üzerinde anket uygulanmış olup, örneklem büyüklüğü 464'tür. Ancak eksik ve hatalı yanıtlanan 8 anket değerlendirmeye alınmamıştır. Ayrıca yoğun iş temposunda olma veya çalışma odalarında bulunmamaları nedeni ile anket doldurma uygulamasını kabul etmeyen personel araştırmaya dahil edilmemiştir. Böylece evreni temsil edecek örneklem büyüklüğü 456 olup, analizler de 456 anket üzerinden yapılmıştır.

3.3.3. Veri Toplama Araçları

Çalışma kapsamında bulunan kamu personelinin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bilgi toplamak amacıyla genel bilgiler formu hazırlanmıştır. Bu form ile kamu personelinin kurumu, görev unvanı, çalışma statüsü, cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, mesleki deneyimi, gelir durumu, hastalık nedeni, hastalandıkları zaman nasıl hareket ettikleri, doktor cinsiyet tercihleri ve günlük hayatta karşılaşılan kırık çıkıkçı, hoca, tekke, nazar, kan akıtma, sadaka, zekât, fitre, türbe gibi kavramların hastalık ile ilişkisine yönelik sorular ile bilgi sahibi olmak amaçlanmıştır.

Personelinin dini tutum algılarını ölçmek için Kaya (1998) tarafından geliştirilen dini tutum ölçeği kullanılmıştır. 30 ifadeden oluşan bu ölçek, çalışanların dini olgulara ne derece katıldıklarına ilişkin ifadelerden oluşmaktadır. Hiç Katılmıyorum =1, Katılmıyorum =2, Kararsızım =3, Katılıyorum =4, Tamamen Katılıyorum =5 şeklinde puanlanmıştır (Kavas, 2013: 150).

Personelin sağlık algısını ölçmek için ise, 2007 yılında Diamond ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan ve 2009 yılında Kadioğlu ve Yıldız tarafından Türkçe'ye çevrilen sağlık algısı ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin iyi düzeyde güvenilirlik derecesine sahip olduğu bulunmuştur. 15 madde ve üç alt faktörden oluşan bu ölçek, çalışanların sağlık algısı ölçeğine ne derece katıldıklarına ilişkin ifadelerden oluşmaktadır. “Hiç Katılmıyorum =1”, “Katılmıyorum =2”, “Kararsızım =3”, “Katılıyorum =4”, “Tamamen Katılıyorum =5” şeklinde puanlanmıştır (Kadioğlu ve Yıldız, 2012: 48).

3.4. Verilerin İstatistiksel Analizi

Verilerin istatistiksel analizi IBM SPSS Statics Version 22 paket programında %95 güvenle yapılmıştır. Ankette verilen cevaplara göre Cronbach's Alfa güvenilirlik analizi yapılmış olup, analiz sonucunda anket sorularının alt başlık puanlarının Kolmogorov Smirnov analizi normal dağılım gösterip göstermediğine bakılmıştır. Kolmogorov Smirnov analizinde anketlerin tüm alt başlık puanlarının normal dağılım göstermediği saptanmıştır ($p < 0,05$). Verilerin iki grup arasında

karşılaştırılmasında Mann Whitney U, ikiden fazla grup arasında karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H (post hoc Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U) istatistiksel analizleri kullanılmıştır. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı, $p > 0,05$ istatistiksel olarak anlamsız kabul edilmiştir. Araştırmada %, ortalama gibi tanımlayıcı testlerden ve ki-kare testinden de yararlanılmıştır.

3.5. Bulgular

Bu bölümde araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılan personelden ölçekler yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklamalar, yorumlar ve konu ile ilgili literatürde mevcut olan araştırmalar ile karşılaştırmalar yapılmıştır.

3.5.1. Personelin Demografik Özellikleri

Çalışmaya katılan örneklemin demografik özelliklerini daha iyi analiz edilebilmek amacıyla unvan değişkeninde sağlık yöneticisi ve genel yöneticiyi yönetici kategorisinde, uzman doktora ve pratisyen doktora hekim kategorisinde, sorumlu hemşire ve hemşire-ebeyi hemşire-ebe kategorisinde, yaş değişkeninde; 46-55, 56 ve üstü yaş aralığını 46 ve üstü kategorisinde, medeni durumu değişkeninde bekar ve diğerini bekar kategorisinde, eğitim durumunda yüksek lisans ve tıpta uzmanlık-doktora yüksek lisans, doktora kategorisinde mesleki deneyimde 16-20 ve 20 yıl ve üstünü 16 yıl ve üstü kategorisinde, kurumdaki kıdemi 16-20 yıl ve 20 yıl ve üstünü 16 yıl ve üstü kategorisinde, geliri 1000 ve daha az ile 1001-2000' i 2000 ve daha az kategorisinde değerlendirmeye alınmıştır (Tablo 1).

Tablo 1: Demografik Değişkenlerin Birleştirilme Tablosu

	<i>Eski gruplar</i>	n	%	<i>Yeni gruplar</i>
Unvan	Sağlık Yöneticisi	13	2,9	Yönetici
	Genel Yönetici	57	12,5	
	Uzman Dr	31	6,8	Hekim
	Pratisyen Dr	33	7,2	
	Sorumlu Hemşire	17	3,7	Hemşire-Ebe
	Hemşire-Ebe	59	12,9	
	İdari Memur	246	53,9	İdari Memur
Yaş	23 ve altı	23	5	23 ve altı
	24-35	169	37,1	24-35
	36-45	171	37,5	36-45
	46-55	80	17,5	46 ve üstü
	56 ve üstü	13	2,9	
Medeni Durum	Evli	364	79,8	Evli
	Bekar	89	19,5	Bekar
	Diğer	3	0,7	
Eğitim Durumu	İlkokul/Ortaokul	14	3,1	İlkokul/Ortaokul
	Lise ve dengi okul	81	17,8	Lise ve dengi okul
	Önlisans	79	17,3	Önlisans
	Lisans	187	41	Lisans
	Yüksek Lisans	62	13,6	Yüksek Lisans, doktora
	Tıpta uzmanlık -Doktora	33	7,2	
Mesleki Deneyim	1 yıldan az	21	4,6	1 yıldan az
	1-5 yıl	93	20,4	1-5 yıl
	6-10 yıl	105	23	6-10 yıl
	11-15 yıl	75	16,4	11-15 yıl
	16-20 yıl	71	15,6	16 yıl ve üstü
	20 yıl ve üstü	91	20	
Kurumdaki Kıdem	1 yıldan az	76	16,7	1 yıldan az
	1-5 yıl	153	33,6	1-5 yıl
	6-10 yıl	114	25	6-10 yıl
	11-15 yıl	39	8,6	11-15 yıl
	16-20 yıl	24	5,3	16 yıl ve üstü
	21 yıl ve üstü	50	11	
Aylık Gelir (₺)	1000 ve daha az	15	3,3	2000 ve daha az
	1001 – 2000	64	14,1	
	2001-3000	228	50,3	2001-3000
	3001-4000	90	19,9	3001-4000
	4001 ve üzeri	56	12,4	4001 ve üzeri

Yeni oluşan gruplardan sonra araştırma örnekleminin demografik özellikleri (Tablo 2) incelendiğinde; kuruma göre dağılım tablosunda araştırmaya katılan 456 personelden %46,9'unun hastane personeli, %39,5'i kaymakamlık personeli ve %13,6' sının ise valilik personeli olduğu görülmektedir.

Personelin unvanına göre, %15,4'ünü yönetici, %14'ünü hekim, %16,6'sını hemşire-ebe ve %53,9'unu idari memur oluşturmaktadır. Katılımcılar arasında unvan dağılımının birbirine yakın olduğu, idari memurun çoğunlukta olduğu gözlenmiştir.

Personelin çalışma statülerine göre, %81,8'inin kadrolu devlet memuru, %12,5'inin sözleşmeli (4/B) personel, %5,7'si ise hizmet ihalesi ile istihdam edilen personel olduğu anlaşılmaktadır. Araştırmaya konu olan sağlık personeli ve valilik-kaymakamlık personelinin büyük bir çoğunluğunu kadrolu devlet memurlarından teşekkül etmiştir.

Personelin cinsiyete göre dağılımında %58,1'ini erkek, %41,9'unu kadın personel oluşturmaktadır. Araştırmaya katılanlar içerisinde erkek personel oranının daha fazla olduğu görülmektedir. Her ne kadar gelişmiş ülkelere nazaran Türkiye'de kadınların iş gücüne katılım oranları düşük olsa da, çalışmada kadın personelin kamu sektöründe istihdamının azımsanamayacak düzeyde olduğu gözlenmiştir. Ayrıca Türkiye'de kadınların çalışmasına karşı tutumları konu edinen araştırmalardan elde edilen bulgulara göz atıldığında genelde kadının çalışmasına olumlu yaklaşıldığı görülmektedir.

Personelin yaş dağılımına göre, %5'inin 23 yaş ve altı yaş aralığında, %37,1'i 24-35 yaş aralığında, %37,5'i 36-45 yaş aralığında, %20,4'ünü ise 46 yaş ve üzeri yaş aralığındadır. Her yaş grubundan personelin olduğu ancak, 24-35 ve 36-45 yaş aralığı personelin çoğunlukta olduğu, oranlarının birbirine çok yakın, kurumların genç ve dinamik bir yapıya sahip olduğu belirlenmiştir.

Personelin medeni durum dağılımı incelendiğinde %79,8'inin evli, %20,2'sinin ise bekar olduğu görülmektedir. Aile birliğinin kurulması kavramını ifade eden evlenme, toplumumuzda yaygın olarak kabul edilen sosyal olaylardan biri olarak görülmüş ve benimsenmiştir. Aynı şekilde personelin yaş dağılımı göz önüne alındığında, toplumda kabul görmüş yaş aralığında olmalarından da kaynaklanmaktadır.

Personelin %3,1'i ilkokul/ortaokul, %17,8'i lise ve dengi okul, 17,3'ü önlisans, %41'i lisans ve %20,8'ini yüksek lisans ve doktora mezunu olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan personelin eğitim seviyesinin

yüksek çıkması, özellikle hastane ve valiliklerde yüksek eğitimli personelin tercih edilmesine ve çalıştırılmasına bağlanabilir.

Personelin mesleki deneyimleri incelendiğinde, %4,6' sını 1 yıldan az, %20,4'ü 1-5 yıl, %23'ü 6-10 yıl, %16,4'ünü 11-15 yıl ve %35,6' sını 16 yıl ve üzeri personelden oluşmaktadır. Personel, mesleki deneyimine göre kıdemli, işinde uzman ve tecrübeli personelden oluşmaktadır.

Personelin son olarak aylık gelir durumuna göre ise, %17,4'ü 2000 ve daha az, 50,3'ü 2001,3000, %19,9'u 3001-4000, %12,4'ü 4001 ve üzere bir gelire sahip olduğu belirlenmiştir.

Yukarıda açıklanan sağlık personeli ve valilik-kaymakamlık personelinin demografik değişkenlere göre dağılımı (Tablo 2)'de verilmiştir.

Tablo 2: Personelin Demografik Özellikleri

		n	%
Kurum	Hastane	214	46,9
	Kaymakamlık	180	39,5
	Valilik	62	13,6
Unvan	Yönetici	70	15,4
	Hekim	64	14,0
	Hemşire-ebe	76	16,6
	İdari Memur	246	53,9
Çalışma Statüsü	Kadrolu Devlet Memuru	373	81,8
	Sözleşmeli (4/B) Personel	57	12,5
	Hizmet ihalesi ile istihdam edilen	26	5,7
Cinsiyet	Erkek	265	58,1
	Kadın	191	41,9
Yaş	23 ve altı	23	5,0
	24-35	169	37,1
	36-45	171	37,5
	46 ve üstü	93	20,4
Medeni Durum	Evli	364	79,8
	Bekar	92	20,2
Eğitim Durumu	İlkokul/Ortaokul	14	3,1
	Lise ve dengi okul	81	17,8
	Önlisans	79	17,3
	Lisans	187	41,0
	Yüksek Lisans, doktora	95	20,8
Mesleki Deneyim	1 yıldan az	21	4,6
	1-5 yıl	93	20,4
	6-10 yıl	105	23,0
	11-15 yıl	75	16,4
	16 yıl ve üstü	162	35,6
Aylık Gelir (₺)	2000 ve daha az	79	17,4
	2001-3000	228	50,3
	3001-4000	90	19,9
	4001 ve üzeri	56	12,4

3.5.2. Personelin Doktor Cinsiyet Tercihi

Personelin doktor cinsiyet tercihinin göre dağılımını incelendiğinde; doktorun cinsiyetinin önemli olduğunu düşünenlerin oranı %30,7, doktorun cinsiyetinin önemli olmadığını düşünenlerin oranının ise %69,3 olduğu görülmektedir. Doktor cinsiyetinin önemli olduğunu düşünenlerin ise %60,4'ü erkek doktor seçtiğini, %39,6 kadın doktor seçtiğini belirtmiştir (Tablo 3). Tekin (2007: 258) araştırmasında, yapılan araştırmayı destekler şekilde örneklem grubunun %1,6'sı erkek doktor tercih ettiğini, %3,9'u kadın doktor tercih ettiğini, %94,5'i ise hekimin cinsiyetinin önemli olmadığını belirtmiştir.

Çalışmaya katılan personelin büyük bir çoğunluğu doktorun cinsiyetinin önemli olmadığı görüşü göz önünde bulundurulduğunda, 2004/117 sayılı Genelge ile başlatılan, 17.10.2007 tarih ve 9379 sayılı Makam Olur'u ile yürürlüğe giren "Sağlık Hizmeti Sunumunda Poliklinik Hizmetlerinin Hastaların Hekimini Seçmesine ve Değiştirmesine İmkan Verecek Şekilde Düzenlenmesi Hakkında Yönerge" hükümleri uyarınca, hastanın, kendisine sağlık hizmeti veren veya verecek olan hekimi serbestçe seçme ve değiştirme hakkına yasal mevzuat çerçevesinde de olanak sağlanması ve hekimin cinsiyetinden çok alanında uzman, tecrübeli, iyi muamele eden, hastalığı hakkında anlayabileceği şekilde bilgi vermesi tercih sebebi olmuştur.

Tablo 3: Personelin Doktor Cinsiyet Tercihi İle İlgili Düşünceleri Dağılımı

		n	%
Doktorun cinsiyeti (erkek ya da kadın olması) sizce önemli mi?	Evet	140	30,7
	Hayır	316	69,3
(Evet ise) Hastalandığınızda hangi doktoru seçersiniz?	Erkek doktor seçerim	134	60,4
	Kadın doktor seçerim	88	39,6

3.5.3. Personelin Nazara İnanma Durumu

Nazar, başka bir deyişle göz değmesi, belli kimselerde bulunulduğuna inanılan insanlara, özellikle çocuklara, evcil hayvanlara, eve, mala-mülke, hatta cansız nesnelere de zarar veren, yani güzel bulunan bir şeye hasetle,

kıskançlıkla, bakışta ki çarpıcı ve öldürücü güçle bakılması ve bakılanın da bundan zarar görmesine denilir. Kur'an-ı Kerim'de nazar açıkça bulunmamakla birlikte nazara işaret eden ayet-i kerimeler vardır. Hz. Peygamber (sav)'den nazar ile ilgili rivayet edilen hadis-i şeriflerin tamamı göz değmesinin gerçek olduğunu açıkça ifade etmiştir (Kuzey, 2007: 5-44).

Personelin, nazara inanır mısınız? sorusuna verilen yanıtları incelendiğinde; personelin büyük bir çoğunluğu %95,6' sını nazara inandığını belirtmiş, inanmayanların oranı %4,4 ile azınlıkta kalmıştır. Birine nazar değdiğinde ne yapılır? sorusuna ise personelden, %78,1'i dua okunduğunu, %9,1'i din büyüğüne okutulduğunu (rukye), %8,4'ü konu hakkında bir bilgisinin olmadığını, %3,5'i ise kurşun döktürdüğünü ifade etmiştir (Tablo 4).

Nazara inanma ve birisine nazar değdiğinde ne yapılır? konusunda literatürde araştırmayı destekler şekilde benzer sonuçlar belirlenmiştir. Kuzey (2007: 19-46)'in "Kur'an ve Sünnet'te Nazar" isimli çalışmasında, pek çok konuda olduğu gibi nazarı önleme konusunda da müminin en önemli silahlarından birinin dua olduğuna dikkat çekilerek, Hz. Peygamber (sav)'in nazarın etkilerinden korunmak amacıyla kendisi için dua ettiği gibi torunları içinde dua ederek, bu konuda bizlere de kendimizi ve sevdiklerimizi nazar değmesinden koruyabilmek için dua ederek Allah'a sığınmamız gerektiğini öğretmiştir. Yine aynı şekilde çalışmada halk arasında "nazar duası" olarak bilinen Kalem suresi 51. ve 52. ayetlerin rukye yapılarak okunması islam alimleri tarafından tavsiye edildiği bildirilmiştir.

Tablo 4: Personelin Nazara İnanma ve Nazar Değdiğinde Davranışı İle İlgili Düşünceleri Dağılımı

		n	%
Nazara inanır mısınız?	Evet	435	95,6
	Hayır	20	4,4
Birine nazar değmişse ne yapılır?	Bilmiyorum	38	8,4
	Kurşun döktürülür	16	3,5
	Din büyüğüne okutulur	41	9,1
	Dua okunur	353	78,1
	Diğer	4	0,9

3.5.4. Personelin Hastalık Nedeni Görüşü

Personelin hastalıkların en önemli nedeni olarak; %82,9'u stresi, %60,5'i zararlı alışkanlıkları, %60,2'si mikropları, %58,6'sı yetersiz beslenmeyi, %38,6'sı kalıtım(genetik) hastalık nedeni olarak belirttikleri görülmektedir. Personelin hastalıkların nedeni olarak düşüncelerinde, inanç eksikliği veya inançsızlığın, nazarın ve ibadet etmemenin diğer etkenlere göre daha az oranda etki ettiği belirlenmiştir (Tablo 5).

Tokur (2011: 32-33) çalışmasında yapılan araştırmayı destekler şekilde, stresin fizyolojik ve psikolojik sonuçlarına değinilerek, hekimlerin stresin bütün tıbbi sorunların yarısından fazlasında önemli bir rol oynadığını düşündüklerini belirterek, stresin fiziksel göstergeleri ne olursa olsun stresin daima psikolojik sonuçlar doğurduğunu, bireyde kas ve sinirsel gerilime yol açan gerginlik, geçimsizlik, sürekli endişe hali ve yetersizlik duygusunun yanında; anksiyete, depresyon, yorgunluk, uykusuzluk ve tükenme biçiminde kendini gösterdiğini belirtmiştir.

Tablo 5: Personelin Hastalıkların Nedenleri İle İlgili Düşünceleri Dağılımı

Size göre hastalıkların en önemli nedeni nedir?	n	%
Mikroplar	274	60,2
Yetersiz beslenme	267	58,6
Zararlı Alışkanlıklar	276	60,5
Stres	378	82,9
Kalıtım	176	38,6
İnanç eksikliği veya inançsızlık	84	18,4
İbadet etmeme	65	14,3
Nazar	71	15,6
Diğer	24	5,3

3.5.5. Personelin Hastalandığında Davranış Şekli

Personel hastalandığında genelde nasıl bir davranış sergilediği ile ilgili dağılım incelendiğinde, personelin yarısı %50,2'si hastaneye gittiğini, %20,2'si aile hekimine gittiğini, %12,5'i kendi evde varsa veya eczaneden ilaç aldığını, %10,7'si ise hiçbir şey yapmayıp geçmesini beklediğini ifade etmiştir. Personelin yaklaşık %30'u hastalandığı zaman sağlık kuruluşlarına başvurmayıp, rahatsızlığının geçmesini beklemekte ya da kendi bildiği

yöntemlerle evden veya eczaneden ilaç olarak tedavi olmaya çalışmaktadır (Tablo 6).

Kaya (2012: 80) çalışmasında yapılan araştırmayla aynı benzerlikte örneklem grubunun %62'si hastalandığında hastaneye gittiğini, %18'i eczaneden ilaç alıp ya da evde bulunan ilaçlardan içtiğini, %12'si hiçbir şey yapmayarak geçmesini beklediğini ve %8'i de diğer yollara başvurduğunu belirtmiştir.

2004 yılı sonlarında çıkan Aile Hekimliği Kanunu'na göre 2009 yılında kurulan aile hekimliği uygulamasına rağmen personelin hastalandıklarında ilk muayenelerinde hastaneye gittikleri görülmektedir. Bunda aile hekimliklerinin 7/24 esasına göre çalışmadıklarının da etkili olduğu söylenebilir. Ancak en önemli etken toplumsal olarak sevk zinciri bilincinin yeretince oluşmamasıdır. Oysa hastalıkların %90'ının teşhis ve tedavisinin aile hekimliklerinde gerçekleştirilebildiği göz önüne alındığında acil hastalıklar dışında hastaneye yapılan başvuru, hastanelerde gereksiz yığılmalara, sağlığın sunumunda kaliteyi düşürmeye ve asıl hastanede tedavi olması gereken hastaların mağduriyetine neden olduğu düşünülmektedir.

Ayrıca devletin kamu kurum kuruluşları ve sivil toplum örgütleri desteğiyle okullarda öğrencilere, yayın organları ile vatandaşlara reçetesiz ilaç kullanmanın sonuçları ile ilgili kamu spotu, afiş ve el broşürü vb. ile farkındalık oluşturmak adına yapılan çalışmalar göz önüne alındığında ve araştırmaya katılan personelin %96,9'u lise ve üstü eğitim seviyesine sahip olması birlikte değerlendirildiğinde; personelin kendi kendine ilaç tedavisi uygulaması veya hiçbir şey yapmadan geçmesini beklemesi düşündürücü bir sonuçtur.

Tablo 6: Personelin Hastalandığında Davranışı İle İlgili Düşünceleri Dağılımı

	n	%
	Aile hekimine giderim	92 20,2
	Hastaneye giderim	229 50,2
	Tanıdıklarına danışırım	3 0,7
Hastalandığınız zaman genelde nasıl hareket edersiniz?	Hiçbir şey yapmam geçmesini beklerim	49 10,7
	Kendim evde varsa veya eczaneden ilaç alırım.	57 12,5
	Diğer	26 5,7

3.5.6. Personelin Geleneksel İyileştiricilere Gitme Durumu

Personel hastalandığında veya kırık çıkık gibi durumlarda geleneksel iyileştiricilere gitme ile ilgili olarak, %55,4'ü gitmediğini, %44,6'sı ise gittiğini belirtmiştir (Tablo 7).

Kaya (2012: 81) çalışmasında araştırmaya katılan kişilerin %88 oranında hastalık yada kırık çıkık için doktor yerine kırık-çıkıkçı, hoca tekke vb. geleneksel iyileştiricilere başvurmadıklarını, %12,0 oranında ise geleneksel iyileştiricilere başvurduklarını, Tekin'in (2007: 212-212)'in çalışmasında ise, örneklem grubunun %19,9'u geleneksel iyileştiricilere gittiği, %80,1' inin gitmediği tespiti yapılmıştır. Geleneksel iyileştiricilere gidenlerin de, %78,9 oranla kırık-çıkık/burkulma gibi nedenlerle, %14,5'inin fitik, romatizma, sırt-bel ağrısı, mide problemleri gibi fizyolojik sorunlar nedeniyle, %5,3'ünün korku hali, depresyon gibi ruhsal problemler nedeniyle başvurduğunu belirtmiştir. Geleneksel iyileştiriciye gidenlerin %61,8'i geleneksel iyileştiricinin rahatsızlığını iyileştirdiğini, %38,2'si iyileştiremediğini ifade ettiğini bildirmiştir. Görüldüğü üzere genellikle modern tıp tercih edilmekte, geleneksel iyileştiricilere itibar edilmemektedir. Bu çalışma sonuçları yapılan araştırma ile paralellik göstermektedir.

Eskiden sosyal güvence yokluğu, doktor bulamama, ulaşım güçlüğü ve en önemlisi eğitim eksikliği nedeniyle özellikle 11-20 yaş grubunun tercih ettiği kırık ve çıkıkçılar, Türkiye'deki tıbbi olanakların yeterli seviyeye geldiği, genel sağlık sigortasının uygulandığı günümüzde, halk sağlığı açısından büyük bir problem oluşturmaktadır ki, birçok masum çocuk bu sebeple sakat kalmıştır. Konusunda ehil olmayan kişilerin söz konusu tedavi şekli ile ilgili gerekli adli ve cezai yükümlülüklerin yeniden gündeme alınması ve düzenlenmesi gerekmektedir. Nitekim araştırmada hekimin muayene sonrası hastadan istemiş olduğu röntgeni çektirip, hekime göstermeyip kırık çıkıkçıya götürüldüğü, bel ağrısı çeken hastanın kırık çıkıkçıya giderek belini çektirdiği ancak, gerekmemesine rağmen ameliyat olmak zorunda kalındığı birçok vakanın olduğu tespiti yapılmıştır.

Ancak ilginç olan diğer bir bulgu da şudur ki, özellikle el-ayak parmağı/bilekleri çıkıklarında bazı hekimlerin kırık çıkıkçıya yönlendirdikleri de bilinmektedir.

Tablo 7: Personelin Geleneksel İyileştiricilere Gitme İle İlgili Düşünceleri Dağılımı

		n	%
Hastalandığınızda veya kırık çıkık gibi durumlarda doktor yerine geleneksel iyileştiricilere (Kırık çıkıkçı, hoca, tekke v.s) gittiğiniz olur mu?	Evet	203	44,6
	Hayır	252	55,4

3.5.7. Personelin “Hastalıklar İnsanın Günahlarına Kefarettir.” Sözüne Katılma Durumu

Personel “Hastalıklar İnsanın Günahlarına Kefarettir.” sözüne, %73,9 oranında katıldığını, %26,1 oranında ise katılmadığını belirtmiştir (Tablo 8).

Araştırmayı destekler şekilde literatürde ayet ve hadis-i şerifler bulunmaktadır: Nitekim, Hz. Peygamber (sav) ashabına şöyle bir soru sordu: “Hasta olmayı sever misiniz?” Sahabe: “Vallahi biz sıhhat ve afiyette olmayı severiz.” dediler. Bunun üzerine Hz. Peygamber (sav): “Allah’ın kendisini (hastalık vb. ile) hatırlamadığı hiç birinizde hayır yoktur” buyurdu (Seyyar, 2016). Hasta olan bir kişi bunda bir hayır vardır, demek suretiyle içinde bulunduğu sıkıntılı duruma sabretmelidir. Bakara suresi 216. ayetteki ifade ile “....sizin hayır bildiklerinizde şer, şer bildiklerinizde hayır vardır. Allah bilir siz bilemezsiniz.”

Haris-i Muhasibi (ra) şöyle demiştir. “Hastalık, günahkar kimseler için ceza; günahlardan tevbe edenler için bir temizlik; temizlenenler için ise derecelerinin yükselmesidir.”

“(Ey İman Edenler! Allah’ın vadettiği sevaba ulaşmak) ne sizin boş umutlarınızla ve ne de ehl-i kitabın boş umutlarıyladır. Her kim bir kötülük yaparsa, onunla cezalanır...” ayeti nazil olduğu zaman Ebu Bekir (ra): “Ya Rasulallah! Bu ayetten sonra halimiz ne olur?” diye endişesini bildirdi. Bunun üzerine Hz. Peygamber (sav): “Ey Ebu Bekir! Allah seni bağışlasın! Sen hastalanmaz mısın, sen bir işten dolayı zahmet çekmez misin, sen bir şeye üzülmez misin, sana bela ve musibet isabet etmez mi?” diye sordu.

Hiz. Ebu Bekir de ‘‘Evet’’ diye cevap verince, Hiz.Peygamber (sav): ‘‘İŖte bunlar iŖlediĐiniz kötülüklerin karŖılıĐı cezalardır...’’ buyurmuŖtur. Yine Hiz. Peygamber (sav) ‘‘Dünyada kiŖinin  ekmiŖ olduğu musibetler, hastalıklar, üzüntü ve kederler, iŖlenen k t l klere karŖı bir cezadır.’’ buyurdu.

 mm l-Ala (ra) demiŖtir ki: Ben hasta idim. Hiz. Peygamber (sav) hasta hatırı sormak için yanıma geldi de: ‘‘Ey Ümmül-Ala! M jdelenip sevin, Ŗ phesiz ki Yüce Allah-ateŖin, altın ve g m Ŗ n pasını giderdiği gibi- hasta kimsenin günahlarını da (hastalık sebebiyle) giderir’’ buyurdu. ‘‘Ŗ phesiz ki mümin kimseye bir hastalık isabet edip, sonra Yüce Allah o kimseye sıhhat ve afiyet verirse, o hastalık ge miŖ günahlarından bazılarına keffaret ve gelecek için dahi bir ders ( Ğ t) olur. Münafık kimse de hastalanıp sonra afiyet bulursa, sahibinin bağlayıp sonra salıverdiği deve gibidir. Niçin bağlandığını ve niçin salıverildiğini bilmez’’ (Karabulut, 1993: 319-321).

Hiz. Peygamber (sav) buyuruyor ki: ‘‘Sevabın çokluğu, belanın b y kl Ğuyle beraberdir. Allah bir toplumu sevdiği zaman Ŗ phesiz onları (sıkıntı, musibet ve belalarla) imtihan eder. Artık kim bir (imtihan edildiği bela ve musibetlere) rıza gösterirse, Allah’ın rızası (ve sevabı) o kimseyedir. Kim de (imtihan edildiği bela ve musibetlere)  fkelenir ise, Allah’ın gazabı o kimseyedir’’ (Eren, 2010: 135).

Bu ayet ve hadisler göstermektedir ki, islam dini inancına sahip, akıl sahibi insanların baŖına gelen hastalık, bela, musibet, dert, zahmet, üzüntü, kedere vb. razı olup, bunda bir hikmet ve nimetin olabileceğini d Ŗ n p sabrederse, Yüce Allah’ın ağacın yapraklarını d kt Ğu gibi kiŖinin de günahlarının dökülmesine, hem de manevi derecesinin artmasına vesile olur.

Tablo 8: Personelin ‘‘Hastalıkların İnsanın Günahlarına Kefarettir.’’ Sözüne Katılma İle İlgili D Ŗ nceleri Dağılımı

		n	%
‘‘Hastalıklar insanın günahlarına kefarettir’’ sözüne katılıyor musunuz?	Evet	332	73,9
	Hayır	117	26,1

3.5.8. Personelin Sadaka, Zekat ve Fitrenin Kaza, Bela ve Hastalıktan Koruduğuna İnanma Durumu

Personel sadaka, zekat, fitre vb. insanı kötülüklerden, kaza ve beladan, hastalıklardan koruduğuna inanma dağılımı incelendiğinde, personelin tamamına yakını %96,7'si inandığını, %3,3'ü ise inanmadığı belirtilmiştir (Tablo 9).

Türkiye İşlam toplumunda kesinlikle bencillik yoktur, toplumculuk vardır, paylaşmak vardır. Nitekim, Allah rızası için, özellikle fakir ve ihtiyacı olan kişilere, karşılıksız olarak yapılan maddi ve manevi her iyiliğe sadaka denilmektedir. Sadakanın faydaları hakkında, Kur'an-ı Kerim'de ve Hz. Peygamber (sav) hadis-i şeriflerinde şöyle buyrulmuştur (Topbaş, 2015; Aluç, 2015):

- “Herhangi birinize ölüm gelip de, “Ey Rabbim! Beni yakın bir zamana kadar ertelesen de, sadaka verip iyilerden olsam! demeden önce, size verdiğimiz rızıktan harcayın” (Münafikun 63/10),
- Allah (cc) “Ey iman edenler! kazandıklarınızın iyilerinden ve yerden sizin için çıkardıklarımızdan Allah yolunda harcayın...” (Bakara 2/267), buyurarak inananlara sadaka vermeyi emretmekte,
- “Hastalarınızı sadakayla tedavi edin. Sadaka, her hastalığı ve belayı defeder” (Beyhaki),
- “İyilik ömrü artırır, sadaka günahları giderir ve kötü ölümden korur” (Taberani),
- “Sıkıntılarınızı sadakayla önleyin” (Deylemi),
- “Sadaka vermekte acele edin; çünkü belâ sadakayı geçemez” (Heysemi, III, 110; Beyhaki),
- “Bir hurma tanesi de olsa, sadaka olarak verin; çünkü o, az da olsa açlığı dindirir ve suyun ateşi söndürdüğu gibi günahları yok eder” (Tirmizi, İman, 8/2616; İbni Mübarek),
- “Güne başlarken sadaka vermek, felaketleri önler” (Deylemi).

Bu ayet ve hadis-i şeriflerden de anlaşılacağı üzere sadaka, Allah'ın rızasını kazanmanın dünya ve ahiret mutluluğunu elde etmenin yollarından bir tanesidir.

Temizlemek, çoğalmak, artış ve bereket manalarına gelen, İslam dininin şartlarından bir tanesi olan zekat; bir malın belli bir miktarını uygun bir zaman sonrasında ona hak kazananlara vermektir. Her ne kadar verilen zekat malın azaldığı gibi görünsede, zekat verenin malının daha da çoğaldığı, hayr adına sarf edilen bir şeyin yerine Allah'ın daha iyisini daha fazlasını koyduğu bir gerçektir. Bir fakirin gönlü hoş edilerek yapılacak hayrın mükafatını Allah'ın vereceği göz önünde bulundurulduğunda, zekatın insanın başına gelmesi muhtemel bela ve hastalıklardan koruduğu muhakkaktır. Nitekim araştırmada, ayet ve hadisler ile aynı görüş doğrultusunda sonuç vermiştir.

Tablo 9: Personelin Sadaka, Zekat ve Fitrenin Kaza, Bela ve Hastalıktan Koruduğuna İnanma İle İlgili Düşünceleri Dağılımı

		n	%
Sadaka, zekat, fitre vs. insanı	Evet	440	96,7
kötülüklerden, kaza ve beladan, hastalıklardan koruduğuna inanır mısınız?	Hayır	15	3,3

3.5.9. Personelin Kan Akıtmanın Kaza, Bela ve Hastalıktan Koruduğuna İnanma Durumu

Kan akıtmanın kaza, bela ve hastalıktan koruduğuna inanma ile ilgili olarak, personelin %64,1' inandığı, %35,9'u ise inanmadığı belirtilmiştir (Tablo 10).

Kan akıtmanın kaza, bela ve hastalıklardan koruduğuna inanmaya ilişkin, literatürde yapılan araştırmayı destekler şekilde benzer sonuçlar belirlenmiştir. Çetin (2008: 194) araştırmasında kurbanın kaza ve belayı savuşturduğuna ilişkin örneklem grubunun %51,0'i kesinlikle katıldığını, %33,1'i ise katıldığı, %8,0'i ise kararsız olduğunu ve katılmadığını ifade etmiştir. Kaya (2012: 89) araştırmasında, sağlıklı olmak algısı ile kan akıtmanın hastalık ve belalardan korumasına yönelik görüşler açısından istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmuştur. Ancak burda asıl olan

akıtılan kanın Allah adına yapılmış olması gerekmektedir. Allah'tan başkasına yaklaşmak ve onu yüceltmek için akıtılan kan, Allah'a ortak koşmaktır (şirk) ki, bu durumdan kaçınmak gerekir.

Tablo 10: Personelin Kan Akıtmanın Kaza, Bela ve Hastalıktan Koruduğuna İnanma İle İlgili Düşünceleri Dağılımı

	n	%
Kan akıtmanın bela, hastalık v.s. den koruduğuna inanıyor musunuz?	287	64,1
Evet		
Hayır	161	35,9

3.5.10. Personelin Dini Açıdan Yenilmesi Yasak Olan Besin İnancı ve Davranış Şekli

İnsan yaşamında yapması ve yapmaması gereken bir davranışın kendisine ne gibi bir etkisi olduğunu bilirse, hem inancı artar hem de o davranışı yapma konusunda kendisini daha iyi motive eder. Araştırmada personelin dini açıdan yenilmesi yasak olan besinler hakkındaki düşüncelerine bu amaçla yer verilmiştir ki, personelin %94,1'i dini açıdan yenilmesi yasak olan besinlerin var olduğunu, %5,9'u ise yok olduğunu belirtmiştir. Aynı şekilde var olduğunu düşünenlerin tamamına yakını %97,9'u da bu yasaklara uyduğunu belirtmiştir (Tablo 11). Ayrıca dini açıdan yenilmesi yasak olan besinler var ise nelerdir sorusuna personel; özellikle domuz eti, alkollü içkiler, leş, Allah'tan başkası adına kesilen kurbanlar gibi cevaplar vermiştir.

Bu bilgiler ışığında domuz, obur, hantal, ağır, gayretsiz, pis görünümlü ve her türlü pisliği ve hayvan leşlerini yiyerek beslenen, diğer hayvanlar gibi vücut temizliği yapmayan, dişisini de kıskanmayan, İlahi kaynaklı dinlerde yasaklanmış ve en çok etinden istifade edildiği için Kur'an-ı Kerim'de özellikle domuz etine vurgu yapılarak haram kılınmış ve necis olarak kabul edilmiş bir hayvandır (Karaağaç, 2008: 51; Karabulut, 1993: 224-225). Domuz eti yiyenlerin karakterlerinin de bozulduğu iddia edilmekle birlikte, Reckeweg, domuz etinin insan sağlığına zararları konusunda, domuz eti ile beslenen kimseler belli yerde yağ toplanması sebebiyle silindir gibi bir vücuda sahip olduklarını belirterek, domuz eti yiyenlerin domuza benzediklerini iddia etmiştir (Karaağaç, 2008: 52-54).

Alkol’de gelişmiş ülkeler başta olmak üzere bütün dünyada önemli bir sağlık problemi olduğu kadar sosyal açıdan da zarar ve afetlere yol açan bir maddedir. Türkiye’de de her geçen gün hızla tüketimi artan alkol, cinayetlerin, şiddet suçlarının, cinsel saldırıların, evlilikte şiddetin, çocuğa kaba kuvvetin, akıl hastalıklarının, hırsızlık ve çalma suçlarında sorumlu tutulmaktadır. DSÖ’nün verilerine göre ölümlü trafik kazalarının büyük bir çoğunluğu alkollü iken araç kullanma sebebiyle meydana gelmektedir (Saygılı, 2011: 101-105). Alınan alkolün %10’u midede, kalanı ise ince bağırsaklarda emilerek kısa sürede kana karışmaktadır. Her bir kadeh içki insan beyninde iki bin kadar hücrenin ölümüne sebep olmakta, genç yaşta içkiye başlayan kişilerde ileriki yaşlarda telafisi mümkün olmayan beyin dokusu kaybına yol açmaktadır. Kur’an-ı Kerim’de Maide suresi 90., 91. ayetlerinde içki kesinlikle yasaklanmıştır. Hz.Peygamber (sav) hadis-i şeriflerinde de içki bütün kötülüklerin kaynağı “ümmül-habais” her çeşit şerrin anahtarı ve bütün günahların toplantığı şey olarak nitelendirilmiştir (Tunalı, 2006: 93-96; Taştanova, 2012: 25-27). Bütün bunlar içkinin insan sağlığına ne kadar zarar verdiğinin apaçık göstergesidir. Nitekim içki tüm kötülüklerin anasıdır. Yeryüzünde bu kadar hastalığa ve toplumsal huzursuzluğa tek başına sebebiyet verecek bir başka madde yoktur herhalde. Ayrıca yukarıdaki açıklamalar ışığında islam dininde yasak olan besinlerin sağlığa zararları bilimsel olarak da kanıtlanmıştır.

Tablo 11: Personelin Dini Açıdan Yenilmesi Yasak Olan Besin İnancı ve Davranışı İle İlgili Düşünceleri Dağılımı

		n	%
Sizce dini açıdan yenilmesi yasak olan besinler var mı?	Var	429	94,1
	Yok	27	5,9
(Var ise) Bu yasaklara uyuyor musunuz?	Evet	429	97,9
	Hayır	9	2,1

3.5.11. Personelin Kurumuna Göre Hastalıklar İle İlgili İnançları

Personelin görev yaptığı kurumuna göre hastalıklar ile ilgili inançları dağılımı incelendiğinde (Tablo 12);

Hastalıkların en önemli nedeni düşünceleri, hastalıkların günahlara kefarete katılma, hekimin cinsiyetinin önemi, hastalanıldığında hekim cinsiyet tercihi ile sadaka, zekat, fitre vb. insanı kötülüklerden, kaza, bela ve hastalıklardan koruduğuna inanma oranları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0,05$).

Hastalıkların en önemli nedeni puanları açısından; stres, mikroplar ve kalıtımın etki oranı hastane personeli için valilik ve kaymakamlık personeline göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bunda hastane personelinin çalışma ortamlarındaki salgın, bulaşıcı ve enfeksiyonel risklerden kaynaklandığı söylenebilir. Hastane personelinin ibadet etmemenin hastalık nedeni olarak puanı, valilik ve kaymakamlık personeline oranla daha düşük olduğu görülmüştür.

Hastalıkların insanın günahlarına kefarettir, sözüne katılma puanları açısından; hastane personelinin bu hadis-i şerife katılım oranı kaymakamlık ve valilik oranına göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Hastane personelinin konuya daha çok bilimsel açıdan yaklaştığı şeklinde yorumlanabilir.

Hekimin cinsiyetinin önemi puanları açısından; hekimin cinsiyeti hastane ve valilik personelinin, kaymakamlık personeline göre daha önemli olduğu görülmektedir.

Hastalanıldığında hekimin cinsiyeti puanları açısından; valilik ve kaymakamlık personeli erkek hekim tercih ederken hastane personelinin kadın hekim tercih ettiği görülmektedir.

Sadaka, zekat, fitre vb. insanı kötülüklerden, kaza, bela ve hastalıklardan koruduğuna inanma puanları açısından; valilik ve kaymakamlık personelinin tamamı inandığını belirtirken, hastane personelinin valilik ve kaymakamlık personeline göre konu ile ilgili inancının daha düşük olduğu görülmüştür.

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$). Diğer değişkenler açısından grupların benzer davranışlarda bulunduğu tespit edilmiştir.

Tablo 12: Personelin Kurumuna Göre Hastalıklar İle İlgili İnançları Dağılımı

		Kurum						X ²	P
		Hastane		Kaymakamlık		Valilik			
		n	%	n	%	n	%		
SHİ12	Var	205	95,8	164	91,1	60	96,8	4,275	0,111
SHİ14	Mikroplar	152	71	86	48	36	58,1	21,632	0,001
	Yetersiz beslenme	132	61,7	96	53,3	39	62,9	3,368	0,186
	Zararlı Alışkanlıklar	135	63,1	99	55	42	67,7	4,238	0,120
	Stres	190	88,8	138	76,7	50	80,6	10,382	0,006
	Kalıtım	99	46,3	52	28,9	25	40,3	12,541	0,002
	İnanç eksikliği veya inaçsızlık	32	15	40	22,2	12	19,4	3,479	0,176
	İbadet etmeme	19	8,9	33	18,3	13	21	9,796	0,007
	Nazar	35	16,4	25	13,9	11	17,7	0,710	0,701
Diğer	8	3,7	10	5,6	6	9,7	3,445	0,180	
SHİ15	Evet	140	65,7	146	83,4	46	75,4	15,701	0,001
SHİ18	Evet	77	36	40	22,2	23	37,1	10,079	0,006
SHİ19	Erkek doktor seçerim	33	34	69	80,2	32	82,1	49,989	0,001
	Kadın doktor seçerim	64	66	17	19,8	7	17,9		
SHİ20	Evet	102	47,9	75	41,7	26	41,9	1,736	0,420
SHİ21	Evet	97	45,8	79	44,1	26	42,6	0,225	0,894
SHİ22	Evet	202	94,4	174	97,2	59	95,2	1,948	0,393
SHİ24	Evet	135	63,4	109	62,6	43	70,5	1,290	0,525
SHİ25	Evet	198	93	180	100	62	100	17,967	0,001
SHİ26	Evet	179	83,6	146	81,6	51	82,3	0,860	0,860
SHİ27	Evet	208	97,7	171	96,1	58	93,5	2,695	0,247

Pearson Chi-Square, Fisher's Exact test

3.5.12. Personelin Unvana Göre Hastalıklar İle İlgili İnançları

Personelin unvanına göre hastalıklar ile ilgili inançları dağılımı incelendiğinde (Tablo 13);

SHİ11, SHİ14, SHİ15, SHİ16, SHİ19, SHİ20, SHİ21, SHİ22, SHİ25 ile SHİ26 oranları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0,05$).

Eşi ile akrabalık bağı puanları açısından; hekim ve hemşire-ebe grubu personelin yönetici ve idari memur grubu personele oranla eşleri ile akrabalık bağlarının yok denecek kadar az olduğu saptanmıştır.

Hastalıkların en önemli nedeni puanları açısından; mikropların ve kalıtımın etki oranı hekim ve hemşire-ebe grubu personeli için yönetici ve

idari memura göre daha yüksekken, zararlı alışkanlıkların etki oranı hemşire-ebe grubu personeli için idari memuru, yönetici ve hekim grubu personele göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hekim, hemşire-ebe grubu personelin ibadet etmemenin hastalık nedeni olarak puanı, yönetici ve idari memura göre daha düşük olduğu görülmüştür.

Hastalıkların günahlara kefarete katılma puanları açısından; hekim ve hemşire-ebe grubu personelin yönetici ve idari memur grubu personele oranla daha az inandıkları görülmektedir. Bu durum kurumuna göre hastalıklar ile ilgili inanç dağılımında olduğu gibi sağlık personelinin hastalıklara yaklaşırken bilimi ön planda değerlendirdikleri şeklinde yorumlanabilir.

Sizce gebeliği önleyici yöntem kullanmak günah mıdır? sorusu puanları açısından; yönetici ve idari memur grubu personelin hekim ve hemşire-ebe grubu personele oranla daha fazla günah olarak düşündükleri saptanmıştır.

Hastalanıldığında hekim cinsiyet tercihi puanları açısından; yönetici ve idari memur grubu personelin erkek hekimi tercih ederken, hekim ve hemşire-ebe grubu personelin daha çok kadın hekimi tercih ettiği belirlenmiştir.

Hastalanıldığında veya kırık çıkık gibi durumlarda doktor yerine geleneksel iyileştiricilere gitme durumu puanları açısından; personelden hekimlerin de azımsanmayacak bir oranda geleneksel iyileştiricileri tercih ettiği görülmektedir. Bunu idari memur, yönetici ve hemşire-ebe grubu personel izlemektedir.

Fal, büyü, çarpılma ve cinli olma gibi kavramlara inanma puanları açısından; hemşire-ebe grubu personelin daha fazla inandığı belirlenmiştir. Bunu idari memur, ve yönetici olan grup izlemektedir. Fal, büyü, çarpılma ve cinli olma gibi kavramlara en az hekim grubu personelin inandığı görülmektedir.

Nazara inanma durumu puanları açısından; hekim ve hemşire-ebe grubu personelin yönetici ve idari memur grubu personele oranla nazara inanma oranları daha düşük olduğu saptanmıştır.

Sadaka, zekat, fitre vb. insanı kötülüklerden, kaza, bela ve hastalıklardan koruduğuna inanma puanları açısından; unvan gruplarından

hemşire-ebe, yönetici ve idari memur grubu personelin hekim grubu personeline oranla daha fazla inanç gösterdiği belirlenmiştir.

Türbe, ören yeri, kümbet gibi ziyaret yerlerine gitme oranları açısından; yönetici ve hekim grubu personelin idari memur ve hemşire-ebe grubu personele oranla ziyaret yerlerine daha fazla gittikleri tespit edilmiştir.

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Diğer değişkenler açısından görev unvana göre personelin davranışlarının değişmediği görülmektedir.

Tablo 13: Personelin Unvanlarına Göre Hastalıklar İle İlgili İnançları Dağılımı

		Unvan								X ²	P
		Yönetici		Hekim		Hemşire-Ebe		İdari Memur			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
SHİ11	Yok	60	92,3	49	96,1	68	100	181	82,3	8,447	0,001
	Yakın akraba	2	3,1	1	2	0	0	17	7,7		
	Uzaktan akraba	3	4,6	1	2	0	0	22	10		
SHİ12	Var	69	98,6	62	96,9	72	94,7	226	91,9	5,581	0,160
SHİ14	Mikroplar	35	50	46	71,9	55	72,4	138	56,3	12,914	0,005
	Yetersiz beslenme	40	57,1	36	56,3	54	71,1	137	55,7	5,920	0,116
	Zararlı Alışkanlıklar	38	54,3	30	46,9	56	73,7	152	61,8	11,804	0,008
	Stres	58	82,9	54	84,4	68	89,5	198	80,5	3,424	0,331
	Kalıtım	28	40	28	43,8	38	50	82	33,3	7,821	0,049
	İnanç eksikliği veya inaçsızlık	20	28,6	8	12,5	10	13,2	46	18,7	7,706	0,052
	İbadet etmeme	15	21,4	1	1,6	8	10,5	41	16,7	43,418	0,004
	Nazar	13	18,6	3	4,7	13	17,1	42	17,1	6,804	0,078
	Diğer	5	7,1	0	0	3	3,9	16	6,5	0,490	0,125
SHİ15	Evet	52	76,5	34	53,1	53	70,7	193	79,8	19,277	0,000
SHİ16	Evet	16	24,6	2	3,1	5	7,2	48	22	19,883	0,000
SHİ18	Evet	24	34,3	24	37,5	29	38,2	63	25,6	6,797	0,079
SHİ19	Erkek doktor seçerim	27	84,4	4	16,7	13	35,1	90	69,8	41,474	0,000
	Kadın doktor seçerim	5	15,6	20	83,3	24	64,9	39	30,2		
SHİ20	Evet	31	44,3	37	57,8	26	34,2	109	44,5	7,845	0,049
SHİ21	Evet	25	36,8	21	32,8	45	60	111	45,3	12,530	0,006
SHİ22	Evet	68	97,1	56	87,5	73	96,1	238	97,1	1,877	0,019
SHİ24	Evet	41	61,2	37	57,8	47	62,7	162	66,9	2,260	0,520
SHİ25	Evet	69	98,6	52	81,3	74	98,7	245	99,6	11,090	0,000
SHİ26	Evet	67	95,7	60	93,8	59	77,6	190	77,6	19,596	0,000
SHİ27	Evet	67	97,1	64	100	72	96	234	95,5	1,515	0,396

Pearson Chi-Square, Fisher's Exact test

3.5.13. Personelin Çalışma Statülerine Göre Hastalıklar İle İlgili İnançları

Personelin çalışma statülerine göre hastalıklar ile ilgili inançları dağılımı incelendiğinde (Tablo 14);

SHİ14, *SHİ15* ile *SHİ26* oranları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).

Hastalıkların en önemli nedeni puanları açısından; stres, mikroplar, zararlı alışkanlıklar ve kalıtımın etki oranı hizmet ihalesi ile istihdam edilen personeli için kadrolu devlet memuru ve sözleşmeli (4/B) personele göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kadrolu devlet memuru grubu personelin ibadet etmemenin hastalık nedeni olarak puanı, hizmet ihalesi ile istihdam edilen ve sözleşmeli (4/B) personele göre daha düşük olduğu görülmüştür.

Hastalıkların günahlara kefarete katılma puanları açısından; kadrolu devlet memuru grubu personelin hizmet ihalesi ile istihdam edilen ve sözleşmeli (4/B) personel grubu personele oranla daha az inandıkları saptanmıştır.

Türbe, ören yeri, kümbet gibi ziyaret yerlerine gitme oranları açısından; kadrolu devlet memuru grubu personelin sözleşmeli (4/B) personel ve hizmet ihalesi ile istihdam edilen personel grubuna oranla ziyaret yerlerine daha fazla gittikleri belirlenmiştir.

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Bu değişkenler dikkate alındığında çalışma statüsüne göre grupların aynı doğrultuda hareket ettiği tespit edilmiştir.

Tablo 14: Personelin Çalışma Statülerine Göre Hastalıklar İle İlgili İnançları Dağılımı

		Çalışma Statüsü						X ²	p
		Kadrolu Devlet Memuru		Sözleşmeli (4/B) Personel		Hizmet İhalesi ile İstihdam Edilen			
		n	%	n	%	n	%		
SHİ12	Var	354	94,9	51	89,5	24	92,3	1,669	0,206
SHİ14	Mikroplar	230	61,8	25	43,9	19	73,1	8,564	0,014
	Yetersiz beslenme	224	60,1	28	49,1	15	57,7	2,443	0,295
	Zararlı Alışkanlıklar	233	62,5	25	43,9	18	69,2	8,039	0,018
	Stres	317	85	38	66,7	23	88,5	10,696	0,003
	Kalıtım	157	42,1	8	14	11	42,3	16,582	0,000
	İnanç eksikliği veya inaçsızlık	66	17,7	11	19,3	7	26,9	1,608	0,453
	İbadet etmeme	44	11,8	14	24,6	7	26,9	9,396	0,005
	Nazar	56	15	10	17,5	5	19,2	0,516	0,703
Diğer	20	5,4	2	3,5	2	7,7	0,826	0,697	
SHİ15	Evet	264	71,7	49	89,1	19	73,1	7,488	0,024
SHİ18	Evet	115	30,8	16	28,1	9	34,6	0,376	0,829
SHİ19	Erkek doktor seçerim	106	59,6	20	64,5	8	61,5	0,280	0,869
	Kadın doktor seçerim	72	40,4	11	35,5	5	38,5		
SHİ20	Evet	164	44,1	26	45,6	13	50	0,370	0,831
SHİ21	Evet	162	43,8	27	48,2	13	50	0,701	0,704
SHİ22	Evet	355	95,4	54	94,7	26	100	0,799	0,729
SHİ24	Evet	230	62,7	38	69,1	19	73,1	1,831	0,400
SHİ25	Evet	358	96	56	100	26	100	2,953	0,302
SHİ26	Evet	316	84,7	43	76,8	17	65,4	7,463	0,024
SHİ27	Evet	359	96,8	52	92,9	26	100	2,545	0,238

Pearson Chi-Square, Fisher's Exact test

3.5.14. Personelin Cinsiyete Göre Hastalıklar İle İlgili İnançları

Personelin cinsiyetine göre hastalıklar ile ilgili inançları dağılımı incelendiğinde (Tablo 15);

SHİ11, SHİ14, SHİ15, SHİ16, SHİ18, SHİ19 ile SHİ26 oranları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0,05$).

Eşi ile akrabalık bağı puanları açısından; erkek personelin kadın personele göre oranla eşlerinin yakın ve uzak akraba olduğu belirlenmiştir.

Hastalıkların en önemli nedeni puanları açısından; stres, mikroplar ve kalıtımın etki oranı kadın personel için erkek personele göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kadın personelin ibadet etmemenin hastalık nedeni olarak puanı, erkek personele göre daha düşük olduğu görülmüştür.

Hastalıkların insanın günahlara kefarettir, sözüne katılma puanları açısından; bu hadis-i şerife erkek personelin kadın personele oranla daha fazla katıldığı sonucuna ulaşılmıştır. Cirhinlioğlu ve Ok (2011: 133) çalışmasında kadınların dindarlık düzeylerinin erkeklerin dindarlık düzeyinden daha yüksek olduğu sonucu göz önüne alındığında, bu sonuç yapılan araştırma ile benzerlik göstermemektedir.

Sizce gebeliği önleyici yöntem kullanmak günah mıdır? sorusu puanları açısından; erkek personel için gebeliği önleyici yöntem kullanmanın günah olması oranı kadın personele oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hekimin cinsiyetinin önemi puanları açısından; kadın personel için hekimin cinsiyeti erkek personele oranla daha önemli olduğu belirlenmiştir. Tekin (2007: 259) araştırmasında doktor cinsiyeti tercihi yapan örneklem grubundan cinsiyet tercihi yapan kadınların %92,9'u kadın doktoru tercih ederken, erkeklerin %71,4'ü erkek doktor tercih ettiği belirlenmiştir. Bu sonuç yapılan araştırmayı destekler niteliktedir.

Hastalanıldığında hekimin cinsiyeti puanları açısından; hekim tercihinde cinsiyetin önemli olduğunu düşünen personelden; erkek personelin erkek hekimi, kadın personelin ise kadın hekimi tercih ettiği görülmektedir. Bunda özellikle kadın hastalıklarında kadın personelin bayan hekim yanında hastalığını daha kolay ifade edebilmesi ve rahat davranabilmesi ile bayan personelin eşinin izin vermemesi ve karşı cinsin namahrem olması nedeniyle kadın hekimi tercih ettiği şeklinde ifade edilebilir. Daha net ifade ile, kadın ve erkek personelin hekim cinsiyet tercihine ilişkin tutumunun daha çok geleneksel değerler doğrultusunda biçimlendiği belirtilebilir.

Türbe, ören yeri, kümbet gibi ziyaret yerlerine gitme puanları açısından; kadın personelin erkek personele oranla daha fazla türbe, ören yeri kümbet gibi ziyaret yerlerine gittiği belirlenmiştir.

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Diğer değişkenler açısından kadın ve erkek personelin benzer yönde bir yol izlediği, yaklaşımlarının değişmediği belirlenmiştir.

Tablo 15: Personelin Cinsiyetine Göre Hastalıklar İle İlgili İnançları Dağılımı

		Cinsiyet				X ²	p
		Erkek		Kadın			
		n	%	n	%		
SHİ11	Yok	209	85,3	149	93,7	10,905	0,004
	Yakın akraba	19	7,8	1	0,6		
	Uzaktan akraba	17	6,9	9	5,7		
SHİ12	Var	247	93,2	182	95,3	0,862	0,353
SHİ14	Mikroplar	145	54,9	129	67,5	7,362	0,007
	Yetersiz beslenme	147	55,5	120	62,8	2,475	0,116
	Zararlı Alışkanlıklar	155	58,5	121	63,4	1,097	0,295
	Stres	211	79,6	167	87,4	4,777	0,029
	Kalıtım	81	30,6	95	49,7	17,215	0,000
	İnanç eksikliği veya inaçsızlık	54	20,4	30	15,7	1,611	0,204
	İbadet etmeme	48	18,1	17	8,9	7,708	0,005
	Nazar	41	15,5	30	15,7	0,005	0,946
Diğer	18	6,8	6	3,1	2,968	0,085	
SHİ15	Evet	202	77,7	130	68,8	4,509	0,034
SHİ16	Evet	60	25,4	11	6,1	26,908	0,000
SHİ18	Evet	70	26,4	70	36,6	5,464	0,019
SHİ19	Erkek doktor	118	92,9	16	16,8	131,442	0,000
	Kadın doktor	9	7,1	79	83,2		
SHİ20	Evet	126	47,7	77	40,3	2,465	0,116
SHİ21	Evet	115	43,9	87	45,8	0,160	0,689
SHİ22	Evet	252	95,5	183	95,8	0,034	0,855
SHİ24	Evet	164	63,6	123	64,7	0,065	0,799
SHİ25	Evet	258	97,4	182	95,8	0,855	0,355
SHİ26	Evet	210	79,5	166	86,9	4,190	0,041
SHİ27	Evet	250	95,1	187	98,4	3,664	0,056

Pearson Chi-Square, Fisher's Exact test

3.5.15. Personelin Yaşa Göre Hastalıklar İle İlgili İnançları

Personelin yaşına göre hastalıklar ile ilgili inançları dağılımı incelendiğinde (Tablo 16);

SHİ14, SHİ19, SHİ24 ile SHİ25 oranları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).

Hastalıkların en önemli nedeni puanları açısından; personelin hastalığın en önemli nedeni olarak gördükleri kalıtımın 23 ve altı ile 24-35 yaş aralığındaki personelde 36-45 ve 46 ve üstü personele oranla daha fazla

öneme sahip olduğu görülmektedir. Personelin yaşı ilerledikçe hastalıkların nedeni olarak gördükleri inanç eksikliği ve inançsızlığın daha etkili olduğu görülmektedir. Yapılan araştırmaların bazılarında yaşın ilerlemesiyle birlikte dini yaşantıya daha fazla ilgi gösterildiği göz önüne alındığında bu sonuç manidardır.

Hastalanıldığında hekimin cinsiyeti puanları açısından; 23 yaş ve altı personelin kadın hekimi, 24-35, 36-45 ve 46 ve üstü personelin ise erkek hekimi tercih ettiği görülmüştür.

Kan akıtmanın bela, hastalık vb. den koruduğuna inanma puanları açısından; 24-35 ve 36-45 yaş grubu personelin 23 ve altı ve 46 ve üstü yaş personeline oranla kan akıtmanın bela, hastalık vb. den koruduğuna daha fazla inandığı saptanmıştır.

Sadaka, zekat, fitre vb. insanı kötülüklerden, kaza, bela ve hastalıklardan koruduğuna inanma puanları açısından; 24-35, 36-45 yaş grubu personelin 23 ve altı ile 46 ve üstü yaş grubu personele göre sadaka, zekat, fitre vb. insanı kötülüklerden, kaza, bela ve hastalıklardan koruduğuna daha fazla inandığı görülmektedir.

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Diğer değişkenler açısından 23 yaş ve altı, 24-35 yaş, 36-45 yaş ve 46 yaş ve üzeri olan personelin birbirine benzeyen davranışlarda bulunduğu belirlenmiştir.

Tablo 16: Personelin Yaşlarına Göre Hastalıklar İle İlgili İnançları Dağılımı

		Yaş								X ²	p
		23 ve altı		24-35		36-45		46 ve üstü			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
SHİ12	Var	18	78,3	160	94,7	163	95,3	88	94,6	2,559	0,110
SHİ14	Mikroplar	15	68,2	106	62,7	106	62	47	50,5	3,665	0,056
	Yetersiz beslenme	14	60,9	104	61,5	96	56,1	53	57	0,732	0,392
	Zararlı Alışkanlıklar	12	52,2	111	65,7	100	58,5	53	57	0,865	0,352
	Stres	16	69,6	141	83,4	146	85,4	75	80,6	0,215	0,643
	Kalıtım	9	39,1	77	45,6	64	37,4	26	28	6,291	0,012
	İnanç eksikliği veya inançsızlık	3	13	24	14,2	35	20,5	22	23,7	4,328	0,037
	İbadet etmeme	7	30,4	18	10,7	28	16,4	12	12,9	0,173	0,677
	Nazar	6	26,1	24	14,2	32	18,7	9	9,7	1,513	0,219
	Diğer	2	8,7	9	5,3	9	5,3	4	4,3	0,414	0,520
SHİ15	Evet	15	71,4	126	75,4	124	73,4	67	72,8	0,103	0,749
SHİ18	Evet	9	39,1	44	26	61	35,7	26	28	0,031	0,860
SHİ19	Erkek doktor	6	42,9	43	54,4	52	60,5	33	76,7	7,212	0,007
	Kadın doktor	8	57,1	36	45,6	34	39,5	10	23,3		
SHİ20	Evet	7	30,4	77	45,6	79	46,2	40	43,5	0,190	0,663
SHİ21	Evet	8	36,4	88	52,4	71	41,8	35	38	3,017	0,082
SHİ22	Evet	22	95,7	164	97,6	163	95,3	86	92,5	2,955	0,086
SHİ24	Evet	12	54,5	117	69,6	114	68,3	44	48,4	5,235	0,022
SHİ25	Evet	21	95,5	166	98,2	168	98,2	85	91,4	4,757	0,029
SHİ26	Evet	17	73,9	138	81,7	138	81,2	83	89,2	3,023	0,082
SHİ27	Evet	19	86,4	165	98,2	163	95,3	90	97,8	0,706	0,401

Fisher's Exact test, Ki-kare trend analizi

3.5.16. Personelin Medeni Duruma Göre Hastalıklar İle İlgili İnançları

Personelin medeni durumuna göre hastalıklar ile ilgili inançları dağılımı incelendiğinde (Tablo 17);

SHİ19 puanları açısından; evli olan personelin erkek doktoru, bekar olan personelin kadın doktoru tercih ettiği görülmüştür.

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Bu değişkenler açısından evli ve bekar personelin benzer şekilde davrandığı belirlenmiştir.

Tablo 17: Personelin Medeni Durumuna Göre Hastalıklar İle İlgili İnançları Dağılımı

		Medeni Durum				X ²	p
		Evli		Bekar			
		n	%	n	%		
SHİ12	Var	344	94,5	85	92,4	0,588	0,443
SHİ14	Mikroplar	217	59,8	57	62	0,145	0,703
	Yetersiz beslenme	216	59,3	51	55,4	0,461	0,497
	Zararlı Alışkanlıklar	225	61,8	51	55,4	1,251	0,263
	Stres	306	84,1	72	78,3	1,745	0,186
	Kalıtım	135	37,1	41	44,6	1,733	0,188
	İnanç eksikliği veya inançsızlık	67	18,4	17	18,5	0,001	0,987
	İbadet etmeme	52	14,3	13	14,1	0,001	0,970
	Nazar	56	15,4	15	16,3	0,047	0,828
	Diğer	19	5,2	5	5,4	0,007	0,934
SHİ15	Evet	269	75,1	63	69,2	1,315	0,252
SHİ18	Evet	112	30,8	28	30,4	0,004	0,950
SHİ19	Erkek doktor seçerim	119	65,4	15	37,5	10,657	0,001
	Kadın doktor seçerim	63	34,6	25	62,5		
SHİ20	Evet	163	44,9	40	43,5	0,060	0,806
SHİ21	Evet	163	45,2	39	42,9	0,155	0,694
SHİ22	Evet	347	95,6	88	95,7	0,001	1,000
SHİ24	Evet	225	62,8	62	68,9	1,140	0,286
SHİ25	Evet	353	97	87	95,6	0,431	0,513
SHİ26	Evet	303	83,5	73	79,3	0,870	0,351
SHİ27	Evet	350	96,7	87	95,6	0,249	0,540

Pearson Chi-Square, Fisher's Exact test

3.5.17. Personelin Eğitim Durumuna Göre Hastalıklar İle İlgili İnançları

Personelin eğitim durumuna göre hastalıklar ile ilgili inançları dağılımı incelendiğinde (Tablo 18);

SHİ12, SHİ14, SHİ15, SHİ16, SHİ19, SHİ25, SHİ26 ile *SHİ27* puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0,05$).

Dini açıdan yenilmesi yasak olan besin varlığı puanları açısından; personelin eğitim seviyesi yükseldikçe dini açıdan yenilmesi yasak olan besinlerin varlığına olan inancın da arttığı belirlenmiştir.

Hastalıkların en önemli nedeni puanları açısından; stres ve kalıtımın etki oranı eğitim durumu önlisans olan personel için eğitim durumu

ilkokul/ortaokul ile lise ve dengi okul olan personele göre daha yüksek, aynı şekilde eğitim durumu yüksek lisans, doktora olan personel için ise, eğitim durumu lisans olan persone göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Genel olarak personelin eğitim seviyesi yükseldikçe hastalık nedeni olarak belirtilen stres ve kalıtımın da etki oranının arttığı yorumu yapılabilir

Hastalıkların insanın günahlarına kefarettir, sözüne katılma puanları açısından; eğitim durumu lise ve dengi okul olan personelin bu söze katılma oranı en yüksek iken, lise ve dengi okul durumundan sonraki eğitim seviyesi artışında bahsi geçen söze katılma oranı düşmektedir.

Hastalanıldığında hekimin cinsiyeti puanları açısından; eğitim durumu lise ve dengi okul, önlisans ve lisans olan personelin erkek hekim seçtiği, eğitim durumu yüksek lisans, doktora olan personelin ise kadın hekim seçtiği saptanmıştır.

Sadaka, zekat, fitre vb. insanı kötülüklerden, kaza, bela ve hastalıklardan koruduğuna katılma puanları açısından; personelin eğitim seviyesi yükseldikçe sadaka, zekat, fitre vb. insanı kötülüklerden, kaza, bela ve hastalıklardan koruduğuna inanma oranlarının da düştüğü görülmektedir.

Türbe, ören yeri, kümbet gibi ziyaret yerlerine gitme puanları açısından; personelin genel olarak eğitim seviyesi yükseldikçe türbe, ören yeri, kümbet gibi ziyaret yerlerini gitme oranlarının da arttığı saptanmıştır. Tekin (2007: 220) araştırmasında eğitim seviyesi düşük olanların sağlık amaçlı yatır-türbe ziyareti yapmayı daha fazla tercih ettikleri belirlenmiştir. Bu sonuç yapılan araştırmayı desteklememektedir.

DSÖ'nün yapmış olduğu *sağlık tanımına katılma* puanları açısından; personelin eğitim seviyesi arttıkça DSÖ'nün yapmış olduğu; "sağlık, sadece hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir." tanımına katılım oranının da arttığı görülmüştür.

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$). Diğer değişkenler açısından farklı eğitim durumunda olan personelin davranışlarının değişmediği saptanmıştır.

Tablo 18: Personelin Eğitim Durumuna Göre Hastalıklar İle İlgili İnançları Dağılımı

		Eğitim Durumu										X ²	p
		İlkokul/ Ortaokul		Lise ve dengi okul		Önlisans		Lisans		Yüksek Lisans, Doktora			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
SHİ11	Yok	9	75	58	79,5	62	87,3	152	91	77	95,1	18,277	0,012
	Yakın akraba	2	16,7	8	11	5	7	3	1,8	2	2,5		
	Uzaktan akraba	1	8,3	7	9,6	4	5,6	12	7,2	2	2,5		
SHİ12	Var	11	78,6	69	85,2	78	98,7	177	94,7	94	98,9	15,675	0,000
SHİ14	Mikroplar	6	42,9	44	54,3	51	64,6	113	60,4	60	63,8	2,163	0,141
	Yetersiz beslenme	10	71,4	44	54,3	53	67,1	108	57,8	52	54,7	0,599	0,439
	Zararlı Alışkanlıklar	6	42,9	53	65,4	52	65,8	113	60,4	52	54,7	0,797	0,372
	Stres	8	57,1	61	75,3	69	87,3	158	84,5	82	86,3	6,719	0,010
	Kalıtım	0	0	18	22,2	34	43	79	42,2	45	47,4	17,427	0,000
	İnanç eksikliği veya inancsızlık	1	7,1	16	19,8	18	22,8	30	16	19	20	0,005	0,944
	İbadet etmeme	3	21,4	17	21	12	15,2	20	10,7	13	13,7	3,452	0,063
	Nazar	1	7,1	14	17,3	17	21,5	22	11,8	17	17,9	0,041	0,839
Diğer	2	14,3	3	3,7	6	7,6	10	5,3	3	3,2	0,954	0,329	
SHİ15	Evet	10	71,4	65	82,3	61	78,2	141	75,8	55	59,8	7,845	0,005
SHİ16	Evet	6	50	21	28	12	16,9	26	15,5	6	6,7	19,743	0,000
SHİ18	Evet	2	14,3	23	28,4	21	26,6	60	32,1	34	35,8	3,007	0,083
SHİ19	Erkek doktor	4	50	36	70,6	21	63,6	56	63,6	17	40,5	4,343	0,037
	Kadın doktor	4	50	15	29,4	12	36,4	32	36,4	25	59,5		
SHİ20	Evet	6	42,9	33	40,7	33	41,8	78	41,9	53	55,8	2,920	0,087
SHİ21	Evet	5	35,7	33	41,3	43	54,4	86	46,7	35	36,8	0,256	0,613
SHİ22	Evet	12	85,7	77	96,3	75	94,9	183	97,9	88	92,6	0,030	0,863
SHİ24	Evet	8	57,1	47	60,3	46	59,7	128	69,6	58	61,1	0,699	0,403
SHİ25	Evet	14	100	79	98,8	78	98,7	184	98,4	85	89,5	9,922	0,002
SHİ26	Evet	6	42,9	53	66,3	60	75,9	172	92	85	89,5	38,260	0,000
SHİ27	Evet	12	85,7	74	92,5	75	94,9	183	98,4	93	98,9	11,200	0,001

Fisher's Exact test, Ki-kare trend analizi

3.5.18. Personelin Mesleki Deneyimine Göre Hastalıklar İle İlgili İnançları

Personelin mesleki deneyimine göre hastalıklar ile ilgili inançları dağılımı incelendiğinde (Tablo 19);

SHİ26 oranları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0,05$). Personelin yaşı ile doğru orantılı olarak mesleki

deneyimi arttıkça türbe, ören yeri, kümbet gibi ziyaret yerlerine gitme oranlarının da arttığı görülmüştür.

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$). Yani personelin mesleki deneyim süresine göre bu değişkenler açısından benzer nitelikte davrandıkları tespit edilmiştir.

Tablo 19: Personelin Mesleki Deneyimine Hastalıklar İle İlgili İnançları Dağılımı

		Mesleki Deneyim						X ²	p				
		1 yıldan az		1-5 yıl		6-10 yıl				11-15 yıl		16 yıl ve üstü	
		n	%	n	%	n	%			n	%	n	%
SHİ12	Var	17	81	87	93,5	100	95,2	72	96	153	94,4	1,786	0,181
SHİ14	Mikroplar	9	42,9	65	70,7	60	57,1	45	60	95	58,6	0,322	0,571
	Yetersiz beslenme	8	38,1	56	60,2	62	59	47	62,7	94	58	0,390	0,532
	Zararlı Alışkanlıklar	8	38,1	63	67,7	67	63,8	43	57,3	95	58,6	0,187	0,665
	Stres	13	61,9	74	79,6	91	86,7	68	90,7	132	81,5	1,631	0,202
	Kalıtım	4	19	44	47,3	47	44,8	28	37,3	53	32,7	2,230	0,135
	İnanç eksikliği veya inaçsızlık	1	4,8	20	21,5	17	16,2	14	18,7	32	19,8	0,482	0,487
	İbadet etmeme	2	9,5	18	19,4	11	10,5	14	18,7	20	12,3	0,347	0,556
	Nazar	2	9,5	15	16,1	17	16,2	13	17,3	24	14,8	0,008	0,928
	Diğer	2	9,5	4	4,3	8	7,6	4	5,3	6	3,7	0,931	0,335
SHİ15	Evet	14	70	68	73,9	83	79,8	49	66,2	118	74,2	0,075	0,785
SHİ18	Evet	9	42,9	24	25,8	35	33,3	26	34,7	46	28,4	0,160	0,689
SHİ19	Erkek doktor	11	73,3	25	52,1	29	58	18	54,5	51	67,1	0,749	0,387
	Kadın doktor	4	26,7	23	47,9	21	42	15	45,5	25	32,9		
SHİ20	Evet	5	23,8	45	48,4	50	47,6	32	42,7	71	44,1	0,024	0,877
SHİ21	Evet	7	33,3	48	52,2	51	48,6	30	41,1	66	41	1,506	0,220
SHİ22	Evet	20	95,2	89	96,7	102	97,1	69	92	155	95,7	0,358	0,550
SHİ24	Evet	10	50	63	67,7	72	69,9	50	67,6	92	58,2	1,102	0,294
SHİ25	Evet	19	95	92	98,9	102	97,1	72	96	155	95,7	1,156	0,282
SHİ26	Evet	15	71,4	71	76,3	88	84,6	64	85,3	138	85,2	4,043	0,044
SHİ27	Evet	19	95	90	96,8	99	95,2	73	97,3	156	96,9	0,214	0,643

Pearson Chi-Square, Fisher's Exact test

3.5.19. Personelin Gelirine Göre Hastalıklar İle İlgili İnançları

Personelin gelirine göre hastalıklar ile ilgili inançları dağılımı incelendiğinde (Tablo 20);

SHİ12, SHİ14, SHİ15, SHİ19, SHİ21, SHİ25 ile SHİ26 oranları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).

Dini açıdan yenilmesi yasak olan besin varlığı düşüncesi puanları açısından; personelin gelir seviyesi yükseldikçe dini açıdan yenilmesi yasak olan besinlerin varlığına olan inancın da arttığı belirlenmiştir.

Hastalıkların en önemli nedeni puanları açısından; personelin gelir seviyesi arttıkça hastalık nedeni olarak belirtilen ibadet etmeme etki oranının da düştüğü görülmektedir.

Hastalıkların insanın günahlarına kefarettir, sözüne katılma puanları açısından; personelin genel anlamda gelir seviyesi arttıkça bu söze katılma oranının da düştüğü gözlenmiştir.

Hastalanıldığında hekimin cinsiyeti puanları açısından; geliri 2000 ve daha az, 2001-3000 olan personel erkek hekim tercihinde bulunurken, 3001-4000 ve 4001 ve üzere personelin kadın hekimi tercih ettiği görülmektedir.

Fal, büyü, çarpılma ve cinli olma gibi kavramlara inanma puanları açısından; personelin 2001-3000 üzeri gelir seviyesi arttıkça fal, büyü, çarpılma ve cinli olma gibi kavramlara inanma oranının da düştüğü belirlenmiştir.

Sadaka, zekat, fitre vb. insanı kötülüklerden, kaza, bela ve hastalıklardan koruduğuna inanma puanları açısından; personelin gelir seviyesi arttıkça sadaka, zekat, fitre vb. insanı kötülüklerden, kaza, bela ve hastalıklardan koruduğuna inanma oranının düştüğü belirlenmiştir. İçinde bulunulan toplum içerisinde bu sonuç ne kadar da düşündürücüdür. Toplumu oluşturan bireylerin gelir durumu arttıkça ihtiyaç sahiplerine daha fazla el uzatılmalı, Hz. Peygamber (sav)'in az sadaka çok belayı def eder ve sadaka ömrü uzatır sözü insan yaşamına uygulandığında, insanoğlu veren elin alan elden üstün olduğu ve karşılığını fazlası ile alacağı bilinci aşılmalıdır.

Türbe, ören yeri, kümbet gibi ziyaret yerlerine gitme puanları açısından; personelin gelir seviyesi arttıkça türbe, ören yeri, kümbet gibi ziyaret yerlerine gitme oranının da artış gösterdiği gözlenmiştir.

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$). Diğer değişkenler açısından farklı gelir grubunda olan personelin davranışlarının benzer olduğu saptanmıştır.

Tablo 20: Personelin Gelirine Göre Hastalıklar İle İlgili İnançları Dağılımı

		Aylık Gelir (₺)								X ²	p
		2000 ve daha az		2001-3000		3001-4000		4001 ve üzeri			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
SHİ12	Var	71	89,9	213	93,4	87	96,7	55	98,2	5,284	0,022
SHİ14	Mikroplar	41	52,6	140	61,4	56	62,2	36	64,3	1,708	0,191
	Yetersiz beslenme	42	53,2	140	61,4	53	58,9	30	53,6	0,010	0,919
	Zararlı Alışkanlıklar	38	48,1	154	67,5	54	60	27	48,2	0,197	0,657
	Stres	60	75,9	190	83,3	76	84,4	50	89,3	3,804	0,051
	Kalıtım	23	29,1	91	39,9	38	42,2	24	42,9	2,703	0,100
	İnanç eksikliği veya inançsızlık	14	17,7	48	21,1	15	16,7	7	12,5	1,120	0,290
	İbadet etmeme	16	20,3	35	15,4	12	13,3	1	1,8	8,588	0,003
	Nazar	12	15,2	40	17,5	13	14,4	5	8,9	1,361	0,243
Diğer	5	6,3	14	6,1	5	5,6	0	0	2,348	0,125	
SHİ15	Evet	66	83,5	164	73,9	71	78,9	29	51,8	11,115	0,001
SHİ18	Evet	17	21,5	72	31,6	31	34,4	17	30,4	1,534	0,215
SHİ19	Erkek doktor	29	70,7	80	66,1	18	47,4	5	26,3	13,585	0,000
	Kadın doktor	12	29,3	41	33,9	20	52,6	14	73,7		
SHİ20	Evet	28	35,4	102	44,9	45	50	28	50	3,538	0,060
SHİ21	Evet	36	45,6	110	48,7	40	45,5	15	26,8	4,579	0,032
SHİ22	Evet	76	96,2	219	96,5	88	97,8	49	87,5	3,748	0,053
SHİ24	Evet	60	77,9	132	58,7	66	75	29	51,8	2,811	0,094
SHİ25	Evet	79	100	226	99,1	87	96,7	46	82,1	31,047	0,000
SHİ26	Evet	55	70,5	187	82	80	88,9	53	94,6	15,598	0,000
SHİ27	Evet	74	93,7	220	96,9	87	97,8	55	98,2	2,211	0,137

Fisher's Exact test, Ki-kare trend analizi

3.6. Dini Tutum Algısı

Aşağıda personelin DTA düzeyinin ölçülmesi ve değerlendirilmesine yönelik analizler yer almaktadır.

3.6.1. DTA Ölçeği Faktörleri, Faktör Yükleri ve Güvenirliği

Dini tutum algısı ölçeğindeki “Hiç Katılmıyorum, Katılmıyorum, Kısmen Katılıyorum, Katılıyorum, Tamamen Katılıyorum” şeklindeki 30 ifade sorusu için yapılan güvenilirlik analizinde İtem total korelasyon katsayıları negatif bulunan ve Cronbach's Alfa katsayısından büyük olan ve soru silindiğinde katsayının arttığı görülen 16. ve 30. sorular ölçekten çıkarıldığında Cronbach's Alfa katsayısı 0,899 olarak bulundu. Bulunan katsayı ile kullanılan ölçeğin yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğu

sonucuna varıldı. Madde-Toplam korelasyon katsayıları 0,292 ile 0,755 aralığında değişmektedir. Ölçekte bulunan soruların homojen ve birbiri ile ilişkili olduğu belirlendi (Anova F:45,565 p<0,001).

Ankete orijinaline uygun olarak alt faktörleri belirleyebilmek amacı ile Varimax düzeltmeli boyut analizi uygulandı. Öncesinde verilerin boyut analitik modeli ile modellenip modellemeyeceğine ilişkin ölçüt olan Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri 0,929 bulunmuş olup soruların faktör analizi yapmaya uygun olduğu saptandı. Barlett's testi sonucu incelendiğinde ise yüksek düzeyde anlamlı sonuç elde edilmiştir ($X^2= 7190,56$ p<0,001). Değişkenler arasında yüksek korelasyon bulunmaktadır. Faktör sayısının belirlenmesinde özdeğer (Eigenvalue) olarak 1'den büyük olan faktörler anlamlı olarak seçildi. Buna göre ankette 1'den büyük olan 6 faktör bulunmaktadır. Birinci faktör toplam varyansın %19,024'ünü açıklarken 6 faktör birlikte %60,092'lik bir açıklayıcılığa sahiptir.

Ancak; 1, 10, 11, 12, 14, 17, ve 20. sorular binişik özellikte olduklarından (faktör yükleri arasında %10'dan daha az fark olması) analizden çıkarılarak analiz yenilendi. Yenilenen analize göre anketin Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri 0,915 olarak bulunmuştur. Bu değer 0,50'nin üzerinde olduğundan veri seti faktör analizi için uygun bulunmuştur. Barlett's testi sonucu incelendiğinde ise yüksek düzeyde anlamlı sonuç elde edilmiştir ($X^2= 5800,666$ p<0,001). Değişkenler arasında yüksek korelasyon bulunmaktadır.

Binişik maddeler çıkarıldıktan sonra ölçekte özdeğeri 1'in üzerinde olan 4 faktör bulundu. Bu 4 faktörün varyansa yaptığı toplam katkı % 57,68'dir.

DTA ölçeği faktör yükleri aşığıdaki Tablo 21'de belirtilmiştir. DTA genel ölçek ve faktörlerin güvenilirliğine bakıldığında; Faktör 1: *İnanç algısı* 0,890, Faktör 2: *İbadet algısı* 0,723, Faktör 3: *Etkilenme algısı* 0,511, Faktör 4: *Memnuniyet algısı* 0,462 ve genel DTA 0,862 olarak belirlenmiştir. Ölçek güvenilirirdir.

Tablo 21: DTA Ölçek Faktörlerini Oluşturan Sorular, Faktör Yükleri ve Cronbach's Alpha Değerleri Dağılımı

Faktörler	Sorular	Faktör yükleri	C.Alfa
Faktör 1 : İnanç Algısı	S4.Allah, gerçekten mevcuttur.	0,497	0,890
	S5.İçki içmek günahtır.	0,326	
	S7.Dinin yasakladığı şeyleri yapmaktan sakınmak gerekir.	0,545	
	S8.Kişi günde beş vakit namaz kılmalıdır.	0,612	
	S19.Allah'ın emirlerini yapmayan ve yasaklarından kaçınmayanlar ahirette cezasını çekecektir.	0,526	
	S21.Kur'an-ı Kerim'in haber verdiği her şey doğrudur.	0,784	
	S22.Mahşer günü herkes Allah'a hesap verecektir.	0,892	
	S23.Kur'an, Allah'ın emirlerini iletir.	0,903	
	S24.Kıyamet günü vardır.	0,895	
	S25.Allah, söylediğimiz ve yaptığımız her şeyi bilir.	0,887	
Faktör 2 : İbadet Algısı	S6.Her gün ibadete ayrılacak zamanın, daha faydalı bir işte kullanılması daha iyidir.	0,595	0,723
	S15.Camiye gitmenin hiç bir faydası yoktur.	0,719	
	S26.Cennet ve cehennem diye bir şey yoktur.	0,616	
	S28.Sabah ezanları yüksek sesle okunarak, insanlar rahatsız edilmemelidir.	0,635	
	S29.Oruç tutmak, akşama kadar aç kalmanın başka bir ismidir.	0,572	
Faktör 3 : Etkilenme Algısı	S9.Din aleyhinde söylenen veya yapılan şeylere oldukça kızarım.	0,664	0,511
	S18.Toplu ibadetlere katılmaktan zevk duyarım.	0,631	
	S27.Allah'a ancak din yolu ile yaklaşılabilir.	0,613	
Faktör 4 : Memnuniyet Algısı	S2.İbadetin faydası yalnız psikolojiktir.	0,707	0,462
	S3.Dinî konular ile ilgilenmem.	0,546	
	S13.Dua etmek, insanın kendi kendini tatmin etmesidir.	0,692	
Genel DTA			0,862

3.6.2. DTA Ölçeği Faktör Ortalamaları ve Cronbach's Alpha Değerleri

Personelin dini tutum algısı ve ölçek faktörleri incelendiğinde; *inanç algısı* ($4,74 \pm 0,41$), *ibadet algısı* ($4,67 \pm 0,50$), *etkilenme algısı* ($4,34 \pm 0,70$), *memnuniyet algısı* ($4,16 \pm 0,83$) ve *genel dini algısı* ($4,59 \pm 0,40$) çok yüksek düzeyde bulunmuştur. Araştırma sonucuna göre, personelin inanç algısını ifade eden Allah'ın varlığına, bu dünyanın geçici olduğu asıl hayatın ahiret olduğuna, yüce kitap Kur'an-ı Kerim'e inanmaya ve dinin emir/yasaklarına

riayet ettikleri belirlenmiştir. Personelin ibadet algısı boyutunda, imtihan içinde bulunduğumuz dünya hayatı koşuşturmasında ibadete de zaman ayrılması gerektiği ve sonucunda imtihandan başarı bir şekilde geçerek cennete kavuşmayı istediği sonucunu ortaya koymaktadır. Araştırmada personelin inanç ve ibadet ritüellerini tek başına değil de inanlar ile cami, mescid vb. yerlerde hep birlikte yerine getirmekten duyduğu mutluluk ve hazzı ve bu mutluluğa ve huzura gölge düşürmek isteyenlere de tepkisini ortaya koyduğu anlaşılmaktadır. Personelin dini tutum algısı faktörlerinin ortalama dağılımı Tablo 22’de verilmiştir.

Tablo 22: DTA Ölçek Faktörlerini Oluşturan Sorular, Cronbach’s Alpha Değerleri ve Faktör Puanları Ortalama Dağılımı

Faktörler	Sorular	Cronbach's Alpha	Ort.±SS	Min.-Max.
İnanç Algısı	4,5,7,8,19,21,22,23,24,25	0,890	4,74±0,41	2,7-5
İbadet Algısı	6,15,26,28,29	0,723	4,67±0,50	2,0-5
Etkilenme Algısı	9,18,27	0,511	4,34±0,70	1,3-5
Memnuniyet Algısı	2,3,13	0,462	4,16±0,83	1,5-5
Genel DTA		0,862	4,59±0,40	2,3-5

3.6.3. DTA Ölçeği Sorularına Verilen Cevapların % ve Ortalama Dağılımı

Personelin DTA görüşleri açısından katılıyorum ve tamamen katılıyorum seçenekleri birlikte değerlendirildiğinde en etkili beş değişken önem sırasıyla aşağıda belirtilmiştir (Tablo 23);

- 1) DTA S4. Allah gerçekten mevcuttur (%86),
- 2) DTA S25. Allah, söylediğimiz ve yaptığımız her şeyi bilir (%81,6),
- 3) DTA S23. Kur’an, Allah’ın emirlerini iletir (%81,1),
- 4) DTA S21. Kur’an-ı Kerim’in haber verdiği her şey doğrudur (%80,3),
- 5) DTA S24. Kıyamet günü vardır (%80).

Tablo 23: DTA Ölçeği Sorularına Verilen Cevaplar % ve Ortalama Dağılımı

	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum	Ort.±SS (Min.-Max.)
Sorular	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
DTAS1	4 (0,9)	5 (1,1)	4 (0,9)	101 (22,1)	342 (75)	4,69±0,63 (1-5)
DTAS2	237 (52,4)	146 (32,3)	19 (4,2)	32 (7,1)	18 (4)	1,78±1,08 (1-5)
DTAS3	295 (65)	105 (23,1)	6 (1,3)	35 (7,7)	13 (2,9)	1,6±1,04 (1-5)
DTAS4	5 (1,1)	3 (0,7)	5 (1,1)	51 (11,2)	392 (86)	4,8±0,59 (1-5)
DTAS5	20 (4,4)	7 (1,5)	4 (0,9)	82 (18)	343 (75,2)	4,58±0,94 (1-5)
DTAS6	327 (71,9)	102 (22,4)	4 (0,9)	8 (1,8)	14 (3,1)	1,42±0,86 (1-5)
DTAS7	1 (0,2)	4 (0,9)	4 (0,9)	108 (23,7)	339 (74,3)	4,71±0,55 (1-5)
DTAS8	- (-)	3 (0,7)	7 (1,5)	98 (21,5)	347 (76,3)	4,73±0,52 (2-5)
DTAS9	15 (3,3)	16 (3,5)	14 (3,1)	123 (27)	287 (63,1)	4,43±0,96 (1-5)
DTAS10	309 (67,9)	120 (26,4)	8 (1,8)	7 (1,5)	11 (2,4)	1,44±0,82 (1-5)
DTAS11	326 (71,6)	100 (22)	7 (1,5)	10 (2,2)	12 (2,6)	1,42±0,85 (1-5)
DTAS12	7 (1,5)	7 (1,5)	7 (1,5)	111 (24,3)	324 (71,1)	4,62±0,74 (1-5)
DTAS13	217 (47,7)	115 (25,3)	23 (5,1)	49 (10,8)	51 (11,2)	2,13±1,4 (1-5)
DTAS14	4 (0,9)	9 (2)	3 (0,7)	140 (30,7)	300 (65,8)	4,59±0,69 (1-5)
DTAS15	339 (74,5)	105 (23,1)	3 (0,7)	3 (0,7)	5 (1,1)	1,31±0,63 (1-5)
DTAS16	172 (38)	80 (17,7)	85 (18,8)	89 (19,6)	27 (6)	2,38±1,32 (1-5)
DTAS17	2 (0,4)	9 (2)	8 (1,8)	133 (29,2)	304 (66,7)	4,6±0,67 (1-5)
DTAS18	6 (1,3)	18 (3,9)	21 (4,6)	157 (34,4)	254 (55,7)	4,39±0,85 (1-5)
DTAS19	5 (1,1)	5 (1,1)	6 (1,3)	126 (27,7)	313 (68,8)	4,62±0,68 (1-5)
DTAS20	261 (57,2)	111 (24,3)	38 (8,3)	31 (6,8)	15 (3,3)	1,75±1,08 (1-5)
DTAS21	1 (0,2)	- (-)	3 (0,7)	86 (18,9)	366 (80,3)	4,79±0,45 (1-5)
DTAS22	()	3 (0,7)	3 (0,7)	87 (19,1)	363 (79,6)	4,78±0,48 (2-5)
DTAS23	- (-)	- (-)	1 (0,2)	85 (18,7)	369 (81,1)	4,81±0,4 (3-5)
DTAS24	- (-)	2 (0,4)	4 (0,9)	85 (18,6)	365 (80)	4,78±0,46 (2-5)
DTAS25	- (-)	2 (0,4)	2 (0,4)	80 (17,5)	372 (81,6)	4,8±0,44 (2-5)
DTAS26	360 (79,3)	81 (17,8)	4 (0,9)	4 (0,9)	5 (1,1)	1,27±0,63 (1-5)
DTAS27	20 (4,4)	30 (6,6)	35 (7,7)	119 (26,2)	251 (55,2)	4,21±1,12 (1-5)
DTAS28	346 (75,9)	89 (19,5)	6 (1,3)	7 (1,5)	8 (1,8)	1,34±0,74 (1-5)
DTAS29	359 (78,7)	76 (16,7)	2 (0,4)	17 (3,7)	2 (0,4)	1,3±0,71 (1-5)
DTAS30	265 (58,6)	80 (17,7)	63 (13,9)	20 (4,4)	24 (5,3)	1,8±1,16 (1-5)

3.7. Sağlık Algısı

Aşağıda personelin SA düzeyinin ölçülmesi ve değerlendirilmesine yönelik analizler yer almaktadır.

3.7.1. SA Ölçeği Faktörleri, Faktör Yükleri ve Güvenirliği

Sağlık algısı ölçeğindeki “Hiç Katılmıyorum, Katılmıyorum, Kısmen Katılıyorum, Katılıyorum, Tamamen Katılıyorum” şeklindeki 15 ifade sorusu için yapılan güvenilirlik analizinde İtem total korelasyon katsayıları

negatif bulunan ve Cronbach's Alfa katsayısından büyük olan ve soru silindiğinde katsayının arttığı görülen 1,4,5,9,10,11 ve 14. sorular ölçekten çıkarıldığında Cronbach's Alfa katsayısı 0,665 olarak bulundu. Madde-Toplam korelasyon katsayıları 0,281 ile 0,464 aralığında değişmektedir. Ölçekte bulunan soruların homojen ve birbiri ile ilişkili olduğu belirlendi (Anova F:76,344 p<0,001).

Ankete orijinaline uygun olarak alt faktörleri belirleyebilmek amacı ile Varimax düzeltilmeli faktör analizi uygulandı. Öncesinde verilerin faktör analitik modeli ile modellenip modellemeyeceğine ilişkin ölçüt olan Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri 0,661 bulunmuş olup soruların faktör analizi yapmaya uygun olduğu saptandı. Barlett's testi sonucu incelendiğinde ise yüksek düzeyde anlamlı sonuç elde edilmiştir ($X^2 = 723,848$ p<0,001). Değişkenler arasında yüksek korelasyon bulunmaktadır. Faktör sayısının belirlenmesinde özdeğer (Eigenvalue) olarak 1'den büyük olan faktörler anlamlı olarak seçildi. Buna göre ankette 1'den büyük olan 3 faktör bulunmaktadır. Birinci faktör toplam varyansın %24,736'sını açıklarken 3 faktör birlikte %64,070'lik bir açıklayıcılığa sahiptir. Ölçekte binişik madde bulunmamaktadır.

Sağlık algısı ölçeği faktör yükleri Tablo 24' de aşağıda belirtilmiştir. SA genel ölçek ve faktörlerin güvenilirliğine bakıldığında; Faktör 1: *Öz farkındalık algısı* 0,663, Faktör 2: *Sağlıklılık algısı* 0,831, Faktör 3: *Çaresizlik algısı* 0,481 ve *genel SA* 0,665 olarak belirlenmiştir Ölçek güvenilirirdir.

Tablo 24: SA Ölçek Faktörlerini Oluşturan Sorular, Faktör Yükleri ve Cronbach's Alpha Değerleri Dağılımı

Faktörler	Sorular	Faktör yükleri	C.Alfa
Faktör 1: Öz Farkındalık Algısı	S6.Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.	0,708	0,663
	S7.Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.	0,749	
	S8.Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.	0,713	
	S15.Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.	0,604	
Faktör 2: Sağlıklılık Algısı	S2.Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.	0,917	0,831
	S12.Sağlıklı olmak şans işidir.	0,897	
Faktör 3: Çaresizlik Algısı	S3.Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olan olur.	0,694	0,481
	S13.Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem.	0,836	
Genel SA			0,665

3.7.2. SA Ölçeği Faktörleri, Ortalama Dağılımı ve Cronbach's Alpha Değerleri

Personelin sağlık algısı ve ölçek faktörleri incelendiğinde; öz farkındalık algısı ($3,11 \pm 0,81$) orta, sağlıklılık algısı ($3,78 \pm 0,1,05$), çaresizlik algısı ($3,72 \pm 0,91$) ve genel sağlık algısı ($3,43 \pm 0,62$) yüksek düzeyde bulunmuştur. Araştırma sonucuna göre, personelin sağlıklı kalmak ve sağlığı korumak adına yapılması gerekenler konusunda bilgisinin çok da fazla olmadığı sonucunu ortaya koymaktadır. Araştırmada personelin sağlığı büyük çoğunlukla şansa bağladığı, ayrıca ne yapılırsa yapılsın hasta olunacaksa zaten olduğu ve sağlığı değiştirmenin kişinin kendi elinde olmadığı sonucuna varılmaktadır. Personelin sağlık algısı faktörlerinin ortalama dağılımı Tablo 25'te verilmiştir.

Tablo 25: SA Ölçek Faktörleri Soruları, Ortalama Dağılımı ve Cronbach's Alpha Değerleri

Faktörler	Sorular	Cronbach's Alpha	Ort.±SS	Min.-Max.
Öz Farkındalık Algısı	6,7,8,15	0,663	3,11±0,81	1-5
Sağlıklılık Algısı	2,12	0,831	3,78±0,1,05	1-5
Çaresizlik Algısı	3,13	0,481	3,72±0,91	1-5
Genel SA		0,665	3,43±0,62	1,25-5

3.7.3. SA Ölçeği Sorularına Verilen Cevaplar % ve Ortalama Dağılımı

Personelin SA görüşleri açısından katılıyorum ve tamamen katılıyorum seçenekleri birlikte değerlendirildiğinde en etkili beş değişken önem sırasıyla aşağıya çıkarılmıştır (Tablo 26);

- 1) SA S5. Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım (%61,2),
- 2) SA S4. Sağlıksam bu Allah'ın bir lütfudur (%50,7),
- 3) SA S11. Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir (50,5),
- 4) SA S1. Sağlığımı çok düşünürüm (%47,8),
- 5) SA S9. Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım (%47,8).

Tablo 26: SA Ölçeği Sorularına Verilen Cevaplar % ve Ortalama Dağılımı

	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum	Ort.±SS (Min.-Max.)
Sorular	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
SAS1	6 (1,3)	36 (7,9)	43 (9,4)	218 (47,8)	153 (33,6)	4,04±0,93 (1-5)
SAS2	146 (32)	183 (40,1)	47 (10,3)	63 (13,8)	17 (3,7)	2,17±1,13 (1-5)
SAS3	104 (22,8)	196 (43)	43 (9,4)	70 (15,4)	43 (9,4)	2,46±1,26 (1-5)
SAS4	10 (2,2)	26 (5,7)	13 (2,9)	176 (38,6)	231 (50,7)	4,3±0,93 (1-5)
SAS5	10 (2,2)	33 (7,2)	35 (7,7)	279 (61,2)	99 (21,7)	3,93±0,88 (1-5)
SAS6	69 (15,2)	175 (38,5)	80 (17,6)	117 (25,7)	14 (3,1)	2,63±1,11 (1-5)
SAS7	35 (7,7)	116 (25,5)	47 (10,3)	203 (44,6)	54 (11,9)	3,27±1,19 (1-5)
SAS8	44 (9,7)	138 (30,3)	69 (15,2)	159 (34,9)	45 (9,9)	3,05±1,2 (1-5)
SAS9	24 (5,3)	74 (16,2)	75 (16,4)	218 (47,8)	65 (14,3)	3,5±1,09 (1-5)
SAS10	59 (12,9)	171 (37,5)	66 (14,5)	120 (26,3)	40 (8,8)	2,8±1,21 (1-5)
SAS11	21 (4,6)	75 (16,5)	56 (12,3)	230 (50,5)	73 (16)	3,57±1,08 (1-5)
SAS12	128 (28,1)	185 (40,6)	56 (12,3)	68 (14,9)	19 (4,2)	2,27±1,14 (1-5)
SAS13	113 (24,8)	250 (54,8)	46 (10,1)	33 (7,2)	14 (3,1)	2,09±0,95 (1-5)
SAS14	100 (21,9)	213 (46,7)	67 (14,7)	61 (13,4)	15 (3,3)	2,29±1,06 (1-5)
SAS15	68 (14,9)	182 (40)	76 (16,7)	117 (25,7)	12 (2,6)	2,61±1,1 (1-5)

3.8. Kamu Çalışanlarında Dini Tutum ve Sağlık Algısının Değerlendirilmesi

Personelin dini tutum ve sağlık algısının sosyo-demografik değişkenler açısından; kurum, unvan, çalışma statüsü, yaş, eğitim, mesleki deneyim, kurum kıdemi, aylık gelire göre analizlerinde istatistiksel olarak bazı farklılıklar bulunmuştur. Bu farklılıkların hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U analizi yapılmıştır.

3.8.1. Kuruma Göre Dini Tutum ve Sağlık Algısı

Personelin kurumuna göre DTA ve SA ölçekleri genel ve alt faktör puanları ortalama dağılımı incelendiğinde (Tablo 27);

İnanç, ibadet, etkilenme ve genel DTA puanları ile *öz farkındalık, çaresizlik ve genel SA* puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).

İnanç, Etkilenme ve genel DTA puanlarında; kurumu hastane olan personelin puanları ile kurumu valilik ve kaymakamlık olan personelin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,0167$). Kurumu valilik ve kaymakamlık olan personelin *inanç, etkilenme ve genel DTA* puanlarının hastane personeline oranla daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

İbadet puanlarında; kurumu hastane olan personelin puanları ile kurumu kaymakamlık olan personelin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,0167$). Kurumu kaymakamlık olan personelin *ibadet* algı puanlarının hastane personeline oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Literatürde yapılan araştırmaların bir kısmında eğitim düzeyi yükseldikçe dindarlık eğilimleri ve düzeylerinin azaldığı, aynı şekilde gelir durumu iyi olan örneklem grubunun dindarlık düzeyi düşük, gelir durumu az olan grubun dindarlık düzeyi yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hastane personelinin valilik ve kaymakamlık personeline oranla eğitim seviyesinin ve gelir düzeyinin yüksek olduğu göz önüne alındığında DTA ölçekleri genel ve alt faktör puanları ortalama dağılımının daha düşük çıkması manidar bir sonuçtur.

Öz farkındalık, çaresizlik ve genel SA puanlarında; kurumu hastane olan personelin puanları ile kurumu kaymakamlık olan personelin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,0167$). Kurumu hastane olan personelin *öz farkındalık, çaresizlik ve genel SA* puanlarının kaymakamlık personeline oranla daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

İçinde bulunulan sınıf ve sağlık ilişkisi ile ilgili yapılan araştırmalarda, sosyal sınıfla sağlık arasında bir ilişki ortaya çıkmıştır. Bireyin sağlık arama ve sağlık sisteminden yararlanma olasılıkları, içinde yaşadıkları sınıfsal konumla çok yakından ilişkilidir. Çünkü hiyerarşinin alt kısımlarında

yaşayanlar sağlık sorunlarını öncelikle kendileri çözmeye çalışmakta, mecbur kalmadıkça sağlık kuruluşuna başvurmamakta ya da başvuramamaktadır (Koroğlu ve Koroğlu, 2015: 809-810). Bireyin içerisinde bulunduğu çalışma ve yaşam koşulları bu sonucun çıkmasında etkili olmuştur.

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Hastane, Valilik ve Kaymakamlık personelinin *memnuniyet ve sağlıklılık* açısından benzer algı içerisinde bulunduğu tespit edilmiştir.

Tablo 27: Personelin Kurumlarına Göre DTA ve SA Faktör Puanları Dağılımı

Faktörler	Kurum			X ²	p
	Hastane	Kaymakamlık	Valilik		
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS		
İnanç	4,64±0,45	4,81±0,37	4,87±0,28	31,541	0,000
İbadet	4,62±0,52	4,74±0,46	4,65±0,5	10,486	0,005
Etkilenme	4,2±0,72	4,46±0,68	4,49±0,56	19,844	0,000
Memnuniyet	4,13±0,8	4,16±0,89	4,25±0,73	1,214	0,545
Genel DTA	4,5±0,43	4,65±0,38	4,68±0,3	17,468	0,000
Öz Farkındalık	3,31±0,86	2,9±0,72	3,03±0,72	26,772	0,000
Sağlıklılık	3,61±1,17	3,94±0,93	3,9±0,86	5,725	0,057
Çaresizlik	3,81±0,87	3,59±0,96	3,82±0,83	7,617	0,022
Genel SA	3,51±0,67	3,33±0,58	3,45±0,55	8,890	0,012

Kruskal Wallis H analizi

3.8.2. Unvana Göre Dini Tutum ve Sağlık Algısı

Personelin unvanına göre DTA ve SA ölçekleri genel ve alt faktör puanları ortalama dağılımı incelendiğinde (Tablo 29);

İnanç, ibadet, etkilenme ve genel DTA puanları ile *öz farkındalık, çaresizlik ve genel SA* puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).

İnanç puanlarında; unvanı hekim olan personelin puanları ile unvanı yönetici, hemşire-ebe ve idari memur olan personelin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,0083$). Yönetici personel hekim olanlara göre, hemşire-ebe ve idari memur olan personel ise hekim olanlara göre *inanç* algısı daha yüksek olduğu görülmektedir. *İnanç* algısı en

yüksek olan grup yönetici olan gruptur. Bunu idari memur, hemşire-ebe ve hekim grubu takip etmektedir.

İbadet puanlarında; unvanı hekim olan personelin puanları ile unvanı idari memuru olan personelin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,0083$). İdari memurun unvanı hekim olan personel grubuna göre ibadet algısının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Etkilenme puanlarında; unvanı hekim olan personelin puanları ile unvanı yönetici olan personelin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,0083$). Yönetici personelin unvanı hekim grubu personel grubuna göre etkilenme algısının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Genel DTA puanlarında; unvanı hekim olan personelin puanları ile unvanı yönetici, hemşire-ebe ve idari memuru olan personelin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,0083$).

Yönetici ve idari memurun, *inanç*, *ibadet*, *etkilenme* ve *genel DTA* puanlarının; hemşire-ebe ve özellikle hekim grubu personelin puanlarına oranla daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Aydemir (2008: 50) çalışmasında meslek unvan grubuna göre örneklem grubunun dindarlık düzeyleri arasında önemli bir farkın olmadığı, Aydın (1995: 166)'ın çalışmasında da mesleğin dini inkar düzeyine bir etkisinin olmadığı sonucuna varılmıştır. Akdoğan (1999: 112) çalışmasında da; dini inancın önemi ile meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu sonuçlar yapılan araştırma ile farklılık göstermektedir.

Öz farkındalık puanlarında; unvanı hekim olan personelin puanları ile unvanı yönetici, hemşire-ebe ve idari memur olan personel ve unvanı hemşire-ebe personelin puanları ile unvanı yönetici ve idari memur olan personel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,0083$). Hekim olan personelin unvanı yönetici, hemşire-ebe ve idari memur grubuna göre, hemşire-ebe grubu personelin ise yönetici ve idari memur grubu personele oranla öz farkındalık algı düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Çaresizlik puanlarında; unvanı hekim olan personelin unvanı yönetici ve idari memur olan personel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark

bulundu ($p<0,0083$). Hekim olan personelin unvanı yönetici ve idari memur grubu personele göre çaresizlik algı düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Genel SA puanlarında; unvanı hekim olan personelin puanları ile unvanı yönetici, hemşire-ebe ve idari memur puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,0083$).

Hekim ve hemşire-ebe grubu personelin, *öz farkındalık*, *çaresizlik* ve *genel SA* puanlarının; yönetici ve idari memur grubu personelin puanlarına oranla daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Unvana göre sağlık personelinin SA ölçekleri genel ve alt faktör puanlarına göre algı düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna varılmış bu da, sağlık personelinin mesleki bilgi ve sağlık alanında tecrübe itibarıyla daha bilinçli oldukları yorumu yapılabilir.

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 28: Personelin Unvanına Göre DTA ve SA Faktör Puanları Dağılımı

Faktörler	Unvan				X ²	p
	Yönetici	Hekim	Hemşire-Ebe	İdari Memur		
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS		
İnanç	4,84±0,29	4,51±0,5	4,76±0,36	4,77±0,4	29,471	0,000
İbadet	4,72±0,43	4,54±0,58	4,68±0,49	4,69±0,49	9,807	0,020
Etkilenme	4,46±0,64	4,17±0,65	4,36±0,64	4,35±0,74	9,406	0,024
Memnuniyet	4,2±0,78	3,99±0,83	4,24±0,8	4,17±0,85	4,097	0,251
Genel DTA	4,67±0,3	4,39±0,5	4,61±0,37	4,61±0,4	14,553	0,002
Öz Farkındalık	2,81±0,73	3,93±0,59	3,24±0,86	2,94±0,72	88,791	0,000
Sağlıklılık	3,81±0,99	3,48±1,2	3,86±1,05	3,83±1,02	4,251	0,236
Çaresizlik	3,69±0,89	4,13±0,43	3,63±1,08	3,66±0,92	14,136	0,003
Genel SA	3,28±0,56	3,87±0,5	3,49±0,75	3,34±0,57	44,269	0,000

Kruskal Wallis H analizi

Tablo 29: Unvana Göre DTA ve SA Fark Tablosu

Faktörler	1 2	1 3	1 4	2 3	2 4	3 4
İnanç	,000	,222	,471	,000	,000	,508
İbadet	,016	,860	,980	,027	,003	,890
Etkilenme	,003	,197	,290	,086	,012	,635
Memnuniyet	,134	,675	,945	,074	,079	,528
Genel DTA	,000	,499	,449	,007	,001	,942
Öz Farkındalık	,000	,001	,220	,000	,000	,001
Sağlıklılık	,211	,573	,724	,074	,054	,717
Çaresizlik	,002	,922	,779	,009	,000	,748
Genel SA	,000	,028	,528	,005	,000	,023

3.8.3. Çalışma Statüsüne Göre Dini Tutum ve Sağlık Algısı

Personelin çalışma statülerine göre DTA ve SA ölçekleri genel ve alt faktör puanları ortalama dağılımı incelendiğinde (Tablo 31);

Öz farkındalık ve *genel SA* puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).

Öz farkındalık puanlarında; “Kadrolu Devlet Memuru” olan personelin puanları ile statüsü “Sözleşmeli (4/B) Personel” olan personelin puanları arasında ($p<0,004$) ve “Kadrolu Devlet Memuru” olan personelin puanları ile statüsü “Hizmet İhalesi ile İstihdam Edilen” personelin puanları arasında ($p<0,015$),

Genel SA puanlarında; “Kadrolu Devlet Memuru” olan personelin puanları ile statüsü “Sözleşmeli (4/B) Personel” olan personelin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (0,014).

“Sözleşmeli (4/B) Personel”in, “Kadrolu Devlet Memuru”na göre, aynı şekilde “Hizmet İhalesi ile İstihdam Edilen” personelin, “Kadrolu Devlet Memuru”na göre işten çıkarılma riskinin daha yüksek olması ve personele tanınan sosyal ve ekonomik hakların farklı olması, “Hizmet İhalesi ile İstihdam Edilen” personeli oluşturan grubun, “Kadrolu Devlet Memurları”na ve “Sözleşmeli (4/B) Personel”e oranla eğitim düzeyinin daha düşük olması ile çalışma şartlarının farklı olması *öz farkındalık* ve *genel SA* düzeyinde farklılığa neden olduğu sonucuna varılabilir.

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). *Öz farkındalık* ve *genel SA* dışındaki değişkenler

açısından çalışma statüsüne göre grupların aynı doğrultuda algıya sahip oldukları söylenebilir.

Tablo 30: Personelin Çalışma Statülerine Göre DTA ve SA Faktör Puanları Dağılımı

Faktörler	Çalışma Statüsü			X ²	p
	Kadrolu Devlet Memuru	Sözleşmeli (4/B) Personel	Hizmet İhalesi ile İstihdam Edilen		
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS		
İnanç	4,74±0,41	4,79±0,39	4,64±0,43	5,128	0,077
İbadet	4,68±0,48	4,6±0,62	4,74±0,43	0,463	0,793
Etkilenme	4,34±0,7	4,38±0,62	4,26±0,78	0,231	0,891
Memnuniyet	4,18±0,82	4,03±0,9	4,21±0,7	1,254	0,534
Genel DTA	4,59±0,41	4,58±0,38	4,55±0,32	1,876	0,391
Öz Farkındalık	3,17±0,83	2,86±0,61	2,79±0,75	12,872	0,002
Sağlıklılık	3,78±1,04	3,78±1,08	3,75±1,2	0,002	0,999
Çaresizlik	3,76±0,89	3,56±0,98	3,6±0,99	2,323	0,313
Genel SA	3,47±0,62	3,26±0,55	3,23±0,66	9,170	0,010

Kruskal Wallis H analizi

Tablo 31: Çalışma Statüsüne Göre DTA ve SA Fark Tablosu

Faktörler	1 2	1 3	2 3
İnanç	,119	,130	,031
İbadet	,868	,514	,548
Etkilenme	,968	,637	,667
Memnuniyet	,267	,810	,615
Genel DTA	,544	,205	,406
Öz Farkındalık	,004	,015	,558
Sağlıklılık	,978	,979	,960
Çaresizlik	,168	,437	,888
Genel SA	,014	,048	,633

3.8.4. Cinsiyete Göre Dini Tutum ve Sağlık Algısı

Personelin cinsiyetlerine göre DTA ve SA ölçekleri genel ve alt faktör puanları ortalama dağılımı incelendiğinde (Tablo 35);

İnanç, ibadet, etkilenme, memnuniyet ve genel DTA puanları ile *sağlıklılık* puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).

İnanç, ibadet, etkilenme, memnuniyet ve genel DTA puanlarında; erkek personel ile kadın personelin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı

fark bulundu ($p < 0,0083$). Toplumun ana unsurunun kadın olduğu aşikâr bir gerçekliktir. O, sosyolojik anlamda ailenin temel direği, kültürün yaratıcı unsuru, ahlaki değerlerin koruyucusu ve nesilden nesile aktarıcısıdır. Yine o, dinî hayatımızdaki deruni boyuta yön veren en önemli muhataptır (Savaş, 2012: 23). Kadının ve erkeğin yaratılışı dinsel ve bilimsel açıdan farklı olduğu bilinmektedir. Kadınlar erkeklere oranla daha duygusallardır. Erkek personelin kadın personele oranla *DTA* alt faktörlerindeki farklılıkta; onların annelik, gebelik, lohusalık, özellikle her ay söz konusu olan ay hali vb. nedenlerden psikolojilerinin etkilendiği bilinmekte, bununla birlikte psikoloji ve jinekoloji uzmanlarının yaptığı araştırmalar bu sonuçları desteklemektedir. Kadınların gel git ruh halleri onları sabırsız, alıngan, kendilerine yapılan iyilikleri bile inkar eden ufak meseleleri büyüten, her şeyi problem haline getiren bir varlık haline getirmektedir. Bunların nedeni onların duygusal olmalarından kaynaklanmaktadır. Bu olumsuz özellikler bile duygusallığın ve anneliğin verdiği güzel özelliklerin yan etkileridir.

Araştırmayı destekler nitelikte Mehmedoğlu (1999: 120), Kafalı (2005: 66), Karaşahin (2006: 159) ve Sevindik (2015: 76) araştırmasında erkeklerin kadınlara oranla daha dindâr olduğu ve ibadetlere yönelik tutum düzeyleri daha yüksek çıkmıştır.

İslam dışındaki dinlerde ve dinî kitaplarda kadının dinsel açıdan bir değeri olmadığı; evlilik, boşanma ve mirasa ilişkin kuralların tümünün erkeklere tanındığı, genel olarak kadının konumunun farklılık göstermesi (Gürhan, 2010: 63-70), araştırmada etkili olmuştur denilebilir.

Ancak Yoğurtcu (2009: 52), Kurnaz (2015: 87) ve Uysal (2015: 45)'ın araştırmasında, kadınların erkeklere oranla daha dindâr oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Kadınların psikolojik ve fizyolojik açıdan erkeklerden daha duygusal bir konumda olmaları, özellikle ev hanımlarının dinî ritüelleri yerine getirme ve katılmalarına ayıracak boş zamanlarının erkeklerden daha fazla olması gibi etkenler daha dindâr çıkmalarında etkili olmuş olabilir. Genel olarak Batı Avrupa ve ABD eksenli bir çok araştırma, kadınların erkeklere oranla daha dindâr oldukları, kiliseye gidenlerin oranının, kadınlarda daha yüksek olduğu, kadınların erkeklere oranla Tanrı'ya daha yakın hissettikleri, ibadetleri sırasında daha yüksek bir ruhanilik yaşadıkları,

yine aynı şekilde kadınların daha fazla ibadet ettikleri, kutsal kitap okudukları ve dua ettikleri ortaya konmuştur (Hökelekli ve öte., 2010: 96). Akdoğan (1999: 105) araştırmasında ise, inanç ile cinsiyet arasında bir ilişkinin bulunmadığı ortaya çıkmıştır.

Sağlıklılık puanlarında; erkek personel ile kadın personelin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,0083$). Erkek personelin kadın persone göre *sağlıklılık* algısının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bertakis ve ark. (2009) tarafından yapılan çalışmada sağlık hizmetleri kullanımında cinsiyet farklılıkları incelenmiş ve diğer değişkenler kontrol edilse bile kadınların tıbbi hizmetleri kullanma ve ayakta tedavi harcamaları yönünden erkeklerden daha yüksek bir orana sahip olduğu belirtilmiştir (Erdem ve Pirinçci, 2003: 45). Kadınların erkeklere oranla daha fazla hastalandıkları, sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlandıkları, daha fazla sağlık kurumuna gittikleri ve daha fazla sağlık kurumunda kaldıkları görülmektedir. Kadınlar, hastalıkları konusunda daha titiz/hassas davranmakta ve hastalıklarını daha kolay kabul etmektedirler. Kadınlar hastalıklarını kabul etme ve hasta rolünü benimsemeye erkeklere oranla daha rahattırlar. Toplumsal değerlerin etkisi ile erkek hastalansa bile bunu çok zor kabul etmektedir (Koroğlu ve Koroğlu 2015: 809; Araz ve öte., 2007: 119). Ayten (2013: 18-19) araştırmasında, kadınların sağlık davranışlarına riayet etme eğilimlerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Ayrıca kadınların düzenli egzersiz yapma, meyve, sebze ve tahıl tüketme, tütün, alkol kullanmama, emniyet kemeri takma, yeterli ve düzenli uyku, stresle olumlu mücadele ve kilo kontörü gibi sağlık davranışlarını yerine getirme davranışlarının erkeklere göre daha olumlu olduğu ifade edilmiştir. Ancak kadın personelin ekonomik sorumluluğunun çok fazla olmaması, iş hayatından beklentilerinin az, işe karşı özlem düzeyinin düşük olması nedenleri ve ekonomik açıdan maddi sorumluluğun daha çok erkeklere yüklenmesi, evi geçindiren konumunda olmaları çalışmanın onlar için bir zorunluluk haline gelmesinden dolayı erkek personelin sağlığına daha fazla dikkat etmesi erkek personelin *sağlıklılık* oranının kadın personele göre daha yüksek çıkmasına neden olmuştur, denilebilir.

Öz farkındalık, çaresizlik ve genel SA değişkenleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Bu değişkenler açısından cinsiyete göre, personelin benzer algı içerisinde bulunduğu görülmüştür.

Tablo 32: Personelin Cinsiyete Göre DTA ve SA Faktör Puanları Dağılımı

Faktörler	Cinsiyet		Z	p
	Erkek	Kadın		
	Ort.±SS	Ort.±SS		
İnanç	4,78±0,38	4,68±0,44	-2,999	0,003
İbadet	4,71±0,47	4,62±0,54	-1,976	0,048
Etkilenme	4,46±0,66	4,18±0,72	-4,606	0,000
Memnuniyet	4,23±0,85	4,07±0,79	-2,546	0,011
Genel DTA	4,64±0,38	4,51±0,43	-3,691	0,000
Öz Farkındalık	3,08±0,79	3,15±0,84	-0,996	0,319
Sağlıklılık	3,94±0,98	3,56±1,12	-3,623	0,000
Çaresizlik	3,78±0,92	3,65±0,88	-1,767	0,077
Genel SA	3,47±0,58	3,38±0,68	-1,448	0,148

Mann Whitney U analizi

3.8.5. Yaşa Göre Dini Tutum ve Sağlık Algısı

Personelin yaş gruplarına göre DTA ve SA ölçekleri genel ve alt faktör puanları ortalama dağılımı incelendiğinde (Tablo 33);

İbadet ve memnuniyet puanları ile *çaresizlik ve genel SA* puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).

İbadet puanlarında; “24-35 yaş” grubu personelin puanları ile yaşları “46 yaş ve üstü” grubu personelin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,0083$).

Memnuniyet puanlarında; “36-45 yaş” grubu personelin puanları ile “46 yaş ve üstü” grubu personelin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,0083$).

İbadet puanları ve *memnuniyet* puanları birlikte değerlendirildiğinde; yaşın ilerlemesi ile yaşanan psikolojik ve fizyolojik değişimler kişiyi dindarlaştığı şeklinde yorumlanabilir. Bazı araştırmaya sonuçlarında da yaşın ilerlemesiyle birlikte dini yaşantıya daha fazla ilgi gösterildiği görülmüştür

(Baynal ve Yaman, 2015: 163). Türkiye’de yaş ve din ilişkisine ampirik düzeyde ilk dikkat çeken araştırma niteliği taşıyan Taplamacıoğlu (1962: 145-146) araştırmasında namaz kılan, orucunu tutan ve diğer dini görevlerini yerine getirmeye çalışan kimselerin oranı 16-30 yaş grubunda %31,8 iken, 30-50 yaş grubunda %48,5’e, 50 ve üzeri yaş grubunda ise %69,5’e yükseldiği gözlenmiştir. Tekin (2007: 302) araştırmasında yaş grubu düzeyi arttıkça dini ibadetleri yerine getirme oranının arttığı, Mehmedoğlu (1999: 121)’nun, Karaşahin (2006: 116)’in, Akdoğan (1999: 106)’ın ve Yoğurtcu (2009: 56) araştırmalarında da inanma düzeylerinin yaş ilerledikçe arttığı ve katılımcıların dindarlık dereceleri ile yaşları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir.

Ancak yapılan araştırma bulguları ile de aynı benzerlikte Şengül (2007: 134), Uysal (2015: 47) ve Kurnaz (2015: 90) araştırmasında yaşa göre dini yönelimde anlamlı bir farklılaşmanın olmadığı görülmüştür. Yaşın, dindarlık üzerindeki etkisinin diğer etkenlere oranla daha az önemli olduğu söylenebilir. Yaşlılıkta, kendiliğinden yaşa bağlı olarak bir dindarlığın ortaya çıkması yerine, hayattan alınması gereken zevklerin büyük ölçüde sona erdiği bu dönemde, yaşlıların ölümün varlığını daha fazla hissederek, önceden farkına varamadığı yeni gerçeklerin farkına vararak, biraz da mecburiyetten dini değerlere kolaylıkla bağlanıldığı şeklinde değerlendirme yapmak daha doğru olacaktır.

Çaresizlik puanlarında; “24-35 yaş” grubu personelin puanları ile “36-45 yaş” grubu personelin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,0083$).

Genel SA puanlarında; “24-35 yaş” grubu personelin puanları ile “46 yaş ve üstü” grubu personelin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi ($p<0,0083$).

Çaresizlik puanları ve *genel SA* puanları birlikte değerlendirildiğinde; bireyin yaşı ilerledikçe sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmaya başladığı genel bir kanı olarak görülür. Normal olarak yeni doğan çocuklar, yaşlı insanlar ve 15-44 yaş kadınlar daha çok sağlık hizmetine ihtiyaçları bulunmaktadır. Rosenberg ve Hanlon tarafından yapılan bir araştırmada 65 yaş ve üzeri kişiler 15-64 yaş arasındaki kişilerden 1.8 kat daha fazla genel

pratisyen hizmetlerini kullanmaktadırlar (Erdem ve Pirinçci, 2003: 41). Ayten (2013: 20)'in çalışmasında da kişinin yaşı arttıkça sağlık davranışlarına riayet etme eğiliminin arttığı görülmüştür. Sağlık açısından risk yaşı altındaki ve üstündeki bireylerin sağlık durumu değerlendirmeleri ileri yaştaki kişiler aleyhine neticelenmektedir.

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Farklılık bulunmayan değişkenler açısından 23 yaş ve altı, 24-35 yaş, 36-45 yaş ve 46 yaş ve üzeri olan personelin birbirine benzeyen davranışlarda bulunduğu belirlenmiştir.

Tablo 33: Personelin Yaş Gruplarına Göre DTA ve SA Faktör Puanları Dağılımı

Faktörler	Yaş				X ²	p
	23 ve altı	24-35	36-45	46 ve üstü		
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS		
İnanç	4,67±0,57	4,8±0,34	4,72±0,39	4,69±0,48	4,294	0,231
İbadet	4,65±0,61	4,74±0,44	4,68±0,47	4,53±0,59	12,077	0,007
Etkilenme	3,94±0,99	4,32±0,72	4,4±0,59	4,39±0,73	5,436	0,143
Memnuniyet	4,35±0,93	4,2±0,76	4,23±0,83	3,93±0,89	11,139	0,011
Genel DTA	4,52±0,56	4,63±0,35	4,6±0,38	4,5±0,47	4,574	0,206
Öz Farkındalık	3,11±0,74	3,03±0,75	3,1±0,83	3,26±0,89	4,624	0,202
Sağlıklılık	3,52±1,23	3,67±1,1	3,85±0,99	3,91±1,03	5,585	0,134
Çaresizlik	3,37±1,13	3,62±0,88	3,84±0,87	3,81±0,93	10,851	0,013
Genel SA	3,28±0,68	3,34±0,59	3,47±0,63	3,56±0,62	9,549	0,023

Kruskal Wallis H analizi

Tablo 34: Yaşa Göre DTA ve SA Fark Tablosu

Faktörler	1 2	1 3	1 4	2 3	2 4	3 4
İnanç	,971	,523	,563	,056	,124	,936
İbadet	,958	,681	,112	,252	,001	,018
Etkilenme	,078	,038	,030	,613	,306	,483
Memnuniyet	,126	,276	,025	,404	,020	,004
Genel DTA	,715	,784	,477	,686	,027	,113
Öz Farkındalık	,491	,831	,482	,452	,035	,133
Sağlıklılık	,555	,221	,126	,148	,044	,453
Çaresizlik	,363	,036	,049	,009	,036	,935
Genel SA	,843	,239	,091	,035	,006	,333

3.8.6. Medeni Duruma Göre Dini Tutum ve Sağlık Algısı

Personelin medeni durumlarına göre DTA ve SA ölçekleri genel ve alt faktör puanları ortalama dağılımı incelendiğinde (Tablo 36);

Etkilenme, sağlıklılık ve genel SA puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).

Etkilenme puanlarında; evli personel ile bekar personelin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,0083$). Araştırmada evli olan personelin bekar personele oranla *etkilenme algı* düzeyinde farklılık olduğu belirlenmiştir. Nitekim çeşitli araştırmalarda da evlilerin dini ritüelleri yerine getirme açısından bekarlara göre genel anlamda daha dindar olduğu görülmüştür. Erzurum ve çevre köylerinde namazlarını düzenli kılanların oranı evlilerde %40, dullarda %34,4 ve bekarlarda %21,3 olarak belirlenmiştir (Kurt, 2009: 12-13). Evli personelin bekar personele göre daha yaşlı olduğu göz önünde tutulduğunda, ilerleyen yaşla birlikte dini aktivitelerde, maneviyatta ve ölüm sonrası hayatta sevdikleriyle kavuşacaklarına inanma eğiliminde artış söz konusudur. Şengül (2007: 127) araştırmasında, evlilerin bekarlara kıyasla, dindarlığın bütün boyutlarında yüksek puan aldığı, Aydemir (2008: 49)'in araştırmasında, evli ve diğer grupta olan örneklem grubunun dindarlık puan ortalamasının bekarlardan yüksek olduğu, Yoğurtcu (2009: 54-55) Toköz (2013: 95), Uysal (2015: 47) ve Kurnaz (2015: 91)'in araştırmasında, evli olan kişilerin bekarlara nazaran daha dindar olma eğiliminde oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışma sonuçları yapılan araştırma ile paralellik göstermekle birlikte, medeni durum ile dindarlık arasındaki ilişki yadsınamaz bir gerçektir. Dindarlık evliliğe yön verirken, evlilik de dindarlığın biçimini şekillendirmektedir.

Ancak Sevindik (2015: 83) araştırmasında, bekarların dindarlık düzeyi evlilerin dindarlık düzeyinden yüksek bulunmuştur.

Sağlıklılık ve genel SA puanlarında; evli personel ile bekar personelin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,0083$). Bireylerin medeni durumu sağlıklarını ve sağlığa bakış açılarını etkileyen önemli bir değişkendir. Bekarken sadece kendinden ve kendi sağlığından sorumlu olan birey, evlendikten sonra kendi sağlığının yanında aile üyelerinin de sağlığından birinci derece sorumlu hale gelir ve sağlığa ve

sağlıkla ilgili konulara ilgisi artar. Bu durum evli olan bireyin sorumluluk duygusunun daha fazla gelişmiş olmasıyla açıklanabilir. Nitekim bekarların sorumluluk duygusunun yeterince gelişmediği ve dolayısıyla evlilere göre sağlık algılarının yeterince oluşmadığı şeklinde yorumlanabilir. Araz ve öte., (2007: 115) yaptığı araştırmasında sağlık davranışlarının medeni duruma göre farklılaştığı ve evlilerin, bekarlara oranla hastalık durumlarında doktora gitmeyi daha çok tercih ettikleri belirlenmiştir. Bu sonuç yapılan araştırma ile benzerlik göstermektedir.

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Bu değişkenler yönünden evli ve bekar personelin diğer faktör yaklaşımlarının değişmediği tespit edilmiştir.

Tablo 35: Personelin Medeni Durumuna Göre DTA ve SA Faktör Puanları Dağılımı

Faktörler	Medeni Durum		Z	p
	Evli	Bekar		
	Ort.±SS	Ort.±SS		
İnanç	4,76±0,39	4,66±0,45	-1,862	0,063
İbadet	4,67±0,5	4,67±0,48	-0,305	0,761
Etkilenme	4,41±0,64	4,09±0,83	-3,487	0,000
Memnuniyet	4,16±0,83	4,16±0,81	-0,026	0,979
Genel DTA	4,61±0,39	4,51±0,43	-1,922	0,055
Öz Farkındalık	3,11±0,82	3,08±0,75	-0,436	0,663
Sağlıklılık	3,85±1	3,5±1,22	-2,418	0,016
Çaresizlik	3,75±0,89	3,63±0,97	-1,311	0,190
Genel SA	3,46±0,62	3,32±0,63	-2,150	0,032

Mann Whitney U analizi

3.8.7. Eğitime Göre Dini Tutum ve Sağlık Algısı

Personelin eğitim durumlarına göre DTA ve SA ölçekleri genel ve alt faktör puanları ortalama dağılımı incelendiğinde (Tablo 37);

İnanç ve memnuniyet, öz farkındalık, sağlıklılık, çaresizlik ve genel SA puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).

İnanç puanlarında; “lisans” mezunu personelin puanları ile “yüksek lisans, doktora” mezunu personelin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,005$).

Memnuniyet puanlarında; “lisans” mezunu personelin puanları ile “ilkokul/ortaokul” ve “yüksek lisans, doktora” mezunu personelin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,005$).

İnanç ve *memnuniyet* puanları birlikte değerlendirildiğinde, insan doğumundan başlayarak tüm yaşamı boyunca dinin ve eğitimin işbirliği içerisinde yaşamını sürdürmektedir. Dinin ve eğitimin en önemli ve öncelikli hedefi, kişiye olumlu davranışlar kazandırmak ve bireyin yetişmesine ve gelişimine katkı sağlamaktır. Dinin insana kazandırmayı amaçladığı davranışlarla eğitimin kazandırmayı amaçladığı davranışlar neredeyse aynıdır (Keyifli, 2013: 117-118).

Türk toplumunda gerçekleştirilen araştırmaların bir kısmında eğitim düzeyi yükseldikçe dindarlık eğilimleri ve düzeylerinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Taplamacıoğlu (1962: 150) yükseköğrenim mezunu bulunmayan katılımcılar üzerinde yapmış olduğu araştırmasında, namazını kılan, orucunu tutan ve elden geldiğince dini görevlerini yerine getiren dini bütün kimselerin çoğunluğunu okur-yazar olmayan kişiler oluşturmuştur. Günay’ın (1999: 101-122) araştırmasında da okur-yazar olmayanlar arasında namaz kılmayanlara hiç rastlanılmazken ilkokul mezunlarının %4’ü, ortaokul ve lise düzeyinde öğrenim görenlerin %14,3’ü ve yüksek öğrenim düzeyinde öğrenim görenlerin 34,7’si namaz kılmadığı belirtilmiştir. Namaz kılanların oranı da okur-yazar olanlardan öğrenim seviyesi arttıkça düşüş göstermiştir. Bu durum cuma namazında ve oruç tutmada da aynı eğilimi göstermiştir. Kardeşin (2006: 193), Aydemir (2008: 52), Yoğurtcu (2009: 58), Toköz (2013: 95), Uysal (2015: 48) ve Kurnaz (2015: 93) yaptığı araştırmasında da benzer sonuçlar belirlenmiştir. Ancak Akdoğan (1999: 107) ve Mehmedoğlu (1999: 122)’nin araştırmasında dindarlık dereceleri ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirlenmiştir. Bazı araştırmalara göre eğitim düzeyi yükseldikçe, dine olan ilginin arttığı, yaşanan dindarlığın kalitesinin de yükseldiği belirlenmiştir. İlgili bulgular incelendiğinde ise, daha çok etkin din hizmeti veren Hristiyan, Yahudi ya da çeşitli mezheplere bağlı eğitim kurumlarında yürütülen din merkezli öğrenim hayatının göstergeleri olduğu belirlenmiştir. Türkiye’de Kur’an Kursları, İmam-Hatip Okulları ve İlahiyat

Fakülteleri bu çerçevede benzer sonuçların gündeme geldiği örnekler arasında yer aldığı söylenebilir (Hökelekli ve öte., 2010: 103). Bu çalışmalar yapılan araştırma ile kısmen benzerlik göstermektedir.

Sonuçlar göstermektedir ki kişinin eğitim düzeyi ile dindarlık arasında ilişki karmaşık bir yapıya sahiptir. Bu hususta bir genelleme yapmaktan kaçınılmalıdır. İnce (2012: 145)'nin araştırmasında eğitim düzeyi ile dini inanç arasında doğrudan bir ilişki yerine eğitim düzeyinin yükselip düşmesinden öte eğitimin niteliğine vurgu yapılmıştır. Alınan eğitimin nitelik ve içeriği bu hususta önemli bir göreve sahip olacaktır.

Öz farkındalık puanlarında; “yüksek lisans, doktora” mezunu personelin puanları ile “lise ve dengi okul”, “önlisans” ve “lisans” mezunu personelin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,005$).

Sağlıklılık puanlarında; “lisans” mezunu personelin puanları ile “yüksek lisans, doktora” mezunu personelin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,005$).

Genel SA puanlarında; “lise ve dengi okul” mezunu personelin puanları ile “yüksek lisans, doktora” mezunu personelin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,005$).

Öz farkındalık, *sağlıklılık* ve *genel SA* puanları birlikte değerlendirildiğinde, kişilerin sağlık tutum ve davranışlarını etkileyen eğitim, kişilerin bilgilerini ve bilişsel yeteneklerini artırdığı için sağlık ve sağlık hizmeti konusunda hem kendilerini hem de sahip olduğu ailesinin sağlığı ile ilgili daha iyi kararlar ve seçimler yapmasına da yol gösterecektir.

Birey, sahip olduğu eğitim düzeyine göre hayatı üzerinde kontrol duygusuna sahiptir. Daha eğitilmiş bireyler, daha çok sağlık hizmeti kullanma eğilimindedirler (Köroğlu ve Köroğlu 2015: 809). Yardımcıoğlu (2013: 70) çalışmasında eğitime yapılan harcamaları ve sağlık değişkenleri arasında uzun dönemde karşılıklı olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç araştırmayı destekler niteliktedir.

Eğitim, sağlıkla ilgili önerilen tavsiyelere ve kamu sağlık kampanyalarına da katılımı etkileyen bir unsurdur. Nitekim sağlıklı bireyler ve sağlıklı bir topluma sahip olmak isteyen ülkeler eğitimin kalitesinin artırılmasına yönelik politikalar belirlemelidir.

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Diğer değişkenler açısından “ilkokul/ortaokul”, “lise ve dengi okul”, “önlisans”, “lisans” ve “yüksek lisans, doktora” mezunu olan personelin birbirine benzeyen davranışlarda bulunduğu belirlenmiştir.

Tablo 36: Personelin Eğitim Durumuna Göre DTA ve SA Faktör Puanları Dağılımı

Faktörler	Eğitim Durumu					X ²	p
	İlkokul/ Ortaokul	Lise ve dengi okul	Önlisans	Lisans	Yüksek Lisans, Doktora		
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS		
İnanç	4,64±0,52	4,75±0,4	4,75±0,43	4,79±0,35	4,65±0,46	12,528	0,014
İbadet	4,6±0,58	4,66±0,53	4,6±0,58	4,74±0,4	4,61±0,55	3,801	0,434
Etkilenme	4,24±1,01	4,4±0,59	4,32±0,86	4,35±0,66	4,33±0,66	0,912	0,923
Memnuniyet	3,74±0,63	4,12±0,99	4,09±0,86	4,32±0,71	4,01±0,84	15,136	0,004
Genel DTA	4,45±0,44	4,59±0,39	4,56±0,46	4,65±0,32	4,5±0,47	7,395	0,116
Öz Farkındalık	3,34±0,82	3±0,83	2,97±0,68	3,03±0,77	3,43±0,89	19,884	0,001
Sağlıklılık	3,82±1,12	3,67±1,04	3,87±1,05	3,94±1	3,49±1,11	12,656	0,013
Çaresizlik	3,64±0,93	3,46±1,11	3,6±0,94	3,82±0,87	3,88±0,67	10,052	0,040
Genel SA	3,54±0,73	3,28±0,64	3,35±0,57	3,46±0,6	3,56±0,66	10,801	0,029

Kruskal Wallis H analizi

Tablo 37: Eğitime Göre DTA ve SA Fark Tablosu

Faktörler	1 2	1 3	1 4	1 5	2 3	2 4	2 5	3 4	3 5	4 5
İnanç	,250	,278	,149	,862	,917	,631	,028	,559	,027	,001
İbadet	,473	,763	,442	,996	,605	,808	,277	,298	,654	,065
Etkilenme	,905	,919	,836	,662	,791	,687	,525	,537	,377	,774
Memnuniyet	,042	,078	,002	,155	,529	,375	,179	,056	,474	,003
Genel DTA	,139	,169	,062	,525	,895	,507	,216	,393	,328	,021
Öz Farkındalık	,180	,114	,210	,631	,811	,781	,001	,530	,000	,000
Sağlıklılık	,431	,908	,831	,201	,189	,034	,307	,644	,023	,001
Çaresizlik	,688	,900	,421	,344	,596	,015	,014	,057	,048	,926
Genel SA	,300	,454	,731	,928	,462	,030	,004	,133	,021	,205

3.8.8. Mesleki Deneyime Göre Dini Tutum ve Sağlık Algısı

Personelin mesleki deneyimlerine göre DTA ve SA ölçekleri genel ve alt faktör puanları ortalama dağılımı incelendiğinde (Tablo 39);

İbadet puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).

İbadet puanlarında; mesleki deneyimleri “6-10 yıl” olan personelin puanları ile mesleki deneyimleri “16 yıl ve üstü” personelin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,01$). Personelin mesleki deneyimi 6-10 yıl olanların *ibadet* algısı puanının 16 yıl ve üstü personele göre fazla olduğu görülmektedir. Sonuç olarak mesleki deneyim süresinin artması ile personelin *ibadet* algısı puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Diğer değişkenler açısından “1 yıldan az”, “1-5 yıl”, “6-10 yıl”, “11-15 yıl” ve “16 yıl ve üzere” mesleki deneyimi olan personelin birbirine benzeyen davranışlarda bulunduğu belirlenmiştir.

Tablo 38: Personelin Mesleki Deneyimine Göre DTA ve SA Faktör Puanları Dağılımı

Faktörler	Mesleki Deneyim					X ²	p
	1 yıldan az	1-5 yıl	6-10 yıl	11-15 yıl	16 yıl ve üstü		
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS		
İnanç	4,71±0,48	4,77±0,39	4,76±0,37	4,71±0,4	4,73±0,43	1,937	0,747
İbadet	4,72±0,6	4,72±0,48	4,76±0,38	4,68±0,49	4,58±0,56	11,720	0,020
Etkilenme	4±1,01	4,27±0,73	4,39±0,63	4,42±0,63	4,37±0,7	4,979	0,289
Memnuniyet	4,3±0,89	4,22±0,74	4,2±0,72	4,23±0,94	4,05±0,87	5,576	0,233
Genel DTA	4,56±0,51	4,61±0,38	4,63±0,33	4,6±0,41	4,54±0,44	2,243	0,691
Öz Farkındalık	3,08±0,72	3,07±0,75	3,17±0,75	3,07±0,78	3,12±0,91	0,882	0,927
Sağlıklılık	3,74±1,25	3,65±1,07	3,82±1,04	3,74±1,1	3,86±1,01	3,001	0,558
Çaresizlik	3,55±1,26	3,64±0,87	3,75±0,87	3,83±0,81	3,74±0,94	3,186	0,527
Genel SA	3,36±0,72	3,36±0,6	3,48±0,58	3,43±0,63	3,46±0,64	2,688	0,611

Kruskal Wallis H analizi

Tablo 39: Mesleki Deneyime Göre DTA ve SA Fark Tablosu

	1 2	1 3	1 4	1 5	2 3	2 4	2 5	3 4	3 5	4 5
İnanç	,450	,629	,924	,723	,652	,203	,421	,353	,769	,497
İbadet	,548	,541	,205	,064	,991	,250	,013	,253	,007	,215
Etkilenme	,304	,113	,070	,099	,271	,151	,260	,650	,993	,604
Memnuniyet	,409	,316	,773	,174	,812	,357	,187	,242	,270	,060
Genel DTA	,901	,773	,574	,737	,807	,836	,330	,904	,214	,269
Öz Farkındalık	,760	,953	,652	,916	,368	,956	,651	,472	,824	,607
Sağlıklılık	,498	,978	,838	,893	,205	,390	,091	,812	,714	,542
Çaresizlik	,855	,745	,538	,684	,284	,092	,189	,451	,892	,481
Genel SA	,687	,689	,877	,830	,131	,344	,146	,785	,819	,850

3.8.9. Kurum Kıdemine Göre Dini Tutum ve Sağlık Algısı

Personelin görev yapmış oldukları kurum kıdemlerine göre DTA ve SA ölçekleri genel ve alt faktör puanları ortalama dağılımı incelendiğinde (Tablo 39);

İbadet, etkilenme, öz farkındalık ve sağlıklılık puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).

İnanç puanlarında; kurumdaki kıdemleri “16 yıl ve üstü” olan personelin puanları ile kurumdaki kıdemleri “1 yıldız az” olan personelin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,01$).

Etkilenme puanlarında; kurumdaki kıdemleri “16 yıl ve üstü” olan personelin puanları ile kurumdaki kıdemleri “1-5 yıl” olan personelin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,01$).

İnanç ve *etkilenme* puanları birlikte değerlendirildiğinde; kurumdaki çalışma süresi 16 yıl ve üstü olan personelin yaşça da büyük olduğu göz önüne alındığında, her ne kadar yaşa bağlı olarak inanç ve etkilenme puanları artmıyor olsa da kurumdaki kıdemi 1 yıldan az ve 1-5 yıl olan personele oranla inanç ve etkilenme algısının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Öz farkındalık puanlarında; kurumdaki kıdemleri “1 yıldan az” olan personelin puanları ile kurumdaki kıdemleri “6-10 yıl”, “11-15” yıl ve “16 yıl ve üstü” olan personelin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,01$).

Sağlıklılık puanlarında; kurumdaki kıdemleri “1-5 yıl” olan personelin puanları ile kurumdaki kıdemleri “16 yıl ve üstü” olan personelin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi ($p<0,01$).

Öz farkındalık ve *sağlıklılık* puanları birlikte değerlendirildiğinde; personelin kurumdaki çalışma süresi arttıkça *öz farkındalık* ve *sağlıklılık* algısı puanlarının da arttığı belirlenmiştir.

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Diğer değişkenler açısından “1 yıldan az”, “1-5 yıl”, “6-10 yıl”, “11-15 yıl” ve “16 yıl ve üzere” kurumdaki kıdemi olan personelin birbirine benzeyen davranışlarda bulunduğu saptanmıştır.

Tablo 40: Personelin Kurumdaki Kıdemine Göre DTA ve SA Faktör Puanları Dağılımı

Faktörler	Kurumdaki Kıdem					X ²	p
	1 yıldan az	1-5 yıl	6-10 yıl	11-15 yıl	16 yıl ve üstü		
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS		
İnanç	4,69±0,42	4,73±0,42	4,71±0,45	4,77±0,36	4,85±0,31	10,565	0,032
İbadet	4,73±0,45	4,65±0,49	4,67±0,53	4,77±0,48	4,61±0,53	5,022	0,285
Etkilenme	4,3±0,75	4,24±0,73	4,34±0,67	4,55±0,57	4,52±0,63	13,292	0,010
Memnuniyet	4,27±0,81	4,14±0,77	4,06±0,85	4,19±1,04	4,23±0,82	5,432	0,246
Genel DTA	4,58±0,41	4,56±0,4	4,55±0,45	4,66±0,42	4,65±0,32	6,487	0,166
Öz Farkındalık	3,46±0,82	3,15±0,78	3,03±0,81	2,9±0,66	2,9±0,83	21,912	0,000
Sağlıklılık	3,65±1,25	3,61±1,08	3,81±1,04	3,99±0,98	4,11±0,69	10,640	0,031
Çaresizlik	3,82±0,98	3,65±0,86	3,78±0,86	3,78±0,82	3,7±1,03	3,875	0,423
Genel SA	3,6±0,69	3,39±0,62	3,41±0,62	3,39±0,5	3,4±0,59	6,177	0,186

Kruskal Wallis H analizi

Tablo 41: Kurum Kıdemine Göre DTA ve SA Fark Tablosu

Faktörler	1 2	1 3	1 4	1 5	2 3	2 4	2 5	3 4	3 5	4 5
İnanç	,121	,399	,307	,002	,461	,997	,049	,615	,009	,106
İbadet	,131	,284	,709	,106	,703	,120	,698	,207	,513	,108
Etkilenme	,446	,907	,087	,040	,303	,015	,002	,068	,028	,984
Memnuniyet	,140	,068	,892	,716	,571	,228	,308	,144	,164	,678
Genel DTA	,453	,595	,137	,428	,873	,038	,109	,053	,157	,483
Öz Farkındalık	,015	,001	,000	,000	,193	,053	,027	,387	,292	,879
Sağlıklılık	,372	,661	,225	,184	,118	,038	,002	,333	,150	,980
Çaresizlik	,078	,565	,591	,479	,155	,390	,366	,901	,817	,930
Genel SA	,029	,051	,070	,054	,876	,854	,956	,662	,754	,808

3.8.10. Gelire Göre Dini Tutum ve Sağlık Algısı

Personelin aylık gelirine göre DTA ve SA ölçekleri genel ve alt faktör puanları ortalama dağılımı incelendiğinde (Tablo 41);

İnanç, ibadet, etkilenme, memnuniyet, genel DTA, öz farkındalık, çaresizlik ve genel SA puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).

İnanç, ibadet ve genel DTA puanlarında; geliri 4001 ve üzeri personelin puanları ile geliri 2000 ve daha az, 2001-3000 ve 3001-4000 olan personelin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,0083$).

Etkilenme puanlarında; geliri 4001 ve üzeri personelin puanları ile geliri 2001-3000 ve 3001-4000 olan personelin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi ($p<0,0083$).

Memnuniyet puanlarında; geliri 4001 ve üzeri personelin puanları ile geliri 2000 ve daha az, 2001-3000 ve 3001-4000 olan personelin puanları ve geliri 3001-4000 olan personelin puanları ile 2000 ve daha az olan personelin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,0083$). Buna göre yapılan analizlerde gelir durumu iyi olan personelin *genel DTA* ve alt faktör puanları dağılımı düşük çıkmıştır. Sonuç olarak personelin ekonomik durumu yükseldikçe dindarlık düzeyi azalmıştır.

Yapılan çalışmalara bakıldığında, Ünal (1998: 133), Kafalı (2005: 68), Şengül (2007: 140), Yoğurtcu (2009: 60) ve Sevindik (2015: 82) araştırmasında yapılan araştırmayı destekler nitelikte; alım gücü iyi olanların dindarlık düzeyi düşük ve alım gücü az olan grubun ise dindarlık düzeyi yüksek çıkmıştır. Batı'daki çalışmaların bir kısmına göre de dinden en uzak kesimi dar gelirliler teşkil ederken, Türkiye'de yapılan çalışmalarda, orta ve alt sosyal tabakada olanların din ile daha fazla ilgilendiği, en az ilgili olanların ise, üst tabakaya ait oldukları belirlenmiştir (Hökelekli ve öte., 2010: 107). Sonuç olarak ekonomik durum ile dindarlık düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Ancak Akdoğan (1999: 122) çalışmasında, ibadet etme ile sosyo-ekonomik statü arasında bir ilişki bulunmadığı, Aydemir (2008: 63) çalışmasında, en yüksek dindarlık puan ortalamasına sahip olanların iyi gelir düzeyinde oldukları ve Kurnaz (2015: 95) çalışmasında gelir durumu yükseldikçe dine yönelimin arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışma sonuçları yapılan araştırmayı desteklememektedir.

Öz farkındalık ve genel SA puanlarında; 4001 ve üzeri personelin puanları ile geliri 2001-3000 ve 2000 ve daha az olan personelin puanları arasında ve geliri 3001-4000 olan personelin puanları ile geliri 2001-3000 ve 2000 ve daha az olan personelin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,0083$).

Çaresizlik puanlarında; geliri 3001-4000 olan personelin puanları ile geliri 2001-3000 ve 2000 ve daha az olan personelin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi ($p<0,0083$).

Toplumsal refah ve sağlık düzeyi arasında bir paralellik söz konusudur. Tüm dünyada sağlık harcamalarının arttığı günümüzde sağlık, ciddi maliyeti olan bir hizmet alanı olarak varlığını sürdürmektedir. Sosyal güvenlik sistemlerinin yeterince yaygınlaşmadığı ya da ödemediği harcamalarda bireysel ekonomik güç devreye girmektedir. Bireyin gelir düzeyi, nelerin sağlık sorunu olarak algılanacağını belirlediği gibi sağlık hizmetini hangi kurumdan ve hangi koşullar ile alacağını da belirlemektedir. Estetik amaçlarla yaptırılan operasyonlar, sağlıklı kalmak için yapılan harcamalar, check-up hizmeti talepleri vb. bireylerin sağlık algıları kadar gelir durumlarıyla da yakından ilgilidir (Köroğlu ve Köroğlu, 2015: 809).

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Sağlıklılık değişkeni açısından geliri 2000 ve daha az, 2001-3000, 3001-4000 ve 4001 ve üzere olan personelin birbirine benzeyen davranışlarda bulunduğu tespit edilmiştir.

Tablo 42: Personelin Gelirine Göre DTA ve SA Faktör Puanları Dağılımı

Faktörler	Aylık Gelir (₺)				X ²	p
	2000 ve daha az	2001-3000	3001-4000	4001 ve üzeri		
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS		
İnanç	4,78±0,42	4,78±0,37	4,74±0,38	4,53±0,51	19,414	0,000
İbadet	4,66±0,57	4,72±0,43	4,68±0,52	4,48±0,6	13,355	0,004
Etkilenme	4,31±0,73	4,39±0,72	4,44±0,58	4,12±0,68	11,301	0,010
Memnuniyet	4,05±0,88	4,17±0,82	4,41±0,68	3,82±0,87	19,330	0,000
Genel DTA	4,58±0,39	4,62±0,37	4,64±0,39	4,36±0,5	21,035	0,000
Öz Farkındalık	2,87±0,66	2,96±0,77	3,33±0,78	3,67±0,87	46,177	0,000
Sağlıklılık	3,78±1,11	3,86±0,97	3,86±1,06	3,41±1,14	7,297	0,063
Çaresizlik	3,61±0,99	3,64±0,91	4±0,77	3,9±0,71	15,743	0,001
Genel SA	3,28±0,6	3,36±0,6	3,63±0,61	3,66±0,64	25,437	0,000

Kruskal Wallis H analizi

Tablo 43: Aylık Gelire Göre DTA ve SA Fark Tablosu

Faktörler	1 2	1 3	1 4	2 3	2 4	3 4
İnanç	,773	,312	,000	,326	,000	,004
İbadet	,941	,815	,006	,873	,000	,004
Etkilenme	,372	,384	,046	,883	,001	,003
Memnuniyet	,244	,005	,119	,023	,004	,000
Genel DTA	,296	,104	,002	,302	,000	,000
Öz Farkındalık	,313	,000	,000	,000	,000	,013
Sağlıklılık	,757	,653	,059	,741	,010	,018
Çaresizlik	,719	,005	,058	,001	,030	,302
Genel SA	,142	,000	,001	,000	,001	,985

3.8.11. Personelin Dini Açından Yenilmesi Yasak Olan Besinler Hakkındaki Düşüncelerine Göre Dini Tutum ve Sağlık Algısı

Personelin dini açıdan yenilmesi yasak olan besinler hakkındaki düşünceleri ve uyma durumlarına göre DTA ve SA ölçekleri genel ve alt faktör puanları ortalama dağılımı incelendiğinde (Tablo 44-45);

Memnuniyet ve *genel DTA* puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Dini açıdan yenilmesi yasak olan besinlerin varlığına inanan ve bu yasaklara uyan personelin aynı zamanda *memnuniyet* ve *genel DTA* puanlarının da yüksek olduğu belirlenmiştir. Personelin DTA görüşü ile inanmakta olduğu dinin emir ve yasaklarını yerine getirme davranışının aynı doğrultuda olduğu ve DTA derecesi yüksek olan personel aynı zamanda dinin gereklerini de yerine getirmektedir yorumu yapılabilir

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Diğer değişkenler açısından grupların aynı doğrultuda hareket ettiği saptanmıştır.

Tablo 44: Personelin Dini Açından Yenilmesi Yasak Olan Besinler Hakkındaki Düşüncelerine Göre DTA ve SA Faktör Puanları Dağılımı

Faktörler	Sizce dini açıdan yenilmesi yasak olan besinler var mı?		Z	p
	Var	Yok		
	Ort.±SS	Ort.±SS		
İnanç	4,75±0,4	4,64±0,51	-0,737	0,461
İbadet	4,68±0,5	4,54±0,5	-1,618	0,106
Etkilenme	4,36±0,69	4,11±0,84	-1,540	0,123
Memnuniyet	4,18±0,83	3,86±0,8	-2,120	0,034
Genel DTA	4,6±0,4	4,43±0,46	-1,977	0,048
Öz Farkındalık	3,1±0,8	3,27±0,94	-0,889	0,374
Sağlıklılık	3,77±1,06	3,98±0,87	-0,829	0,407
Çaresizlik	3,72±0,9	3,8±0,98	-0,457	0,648
Genel SA	3,42±0,61	3,58±0,73	-1,548	0,122

Mann Whitney U analizi

Tablo 45: Personelin Dini Açından Yenilmesi Yasak Olan Besin Yasaklarına Uyma Durumlarına Göre DTA ve SA Faktör Puanları Dağılımı

Faktörler	(Var ise) Bu yasaklara uyuyor musunuz?		Z	p
	Evet	Hayır		
	Ort.±SS	Ort.±SS		
İnanç	4,75±0,4	4,5±0,54	-1,374	0,169
İbadet	4,68±0,49	4,33±0,76	-1,762	0,078
Etkilenme	4,36±0,68	3,89±1,33	-0,688	0,491
Memnuniyet	4,19±0,82	3,26±0,68	-3,242	0,001
Genel DTA	4,6±0,39	4,2±0,61	-2,404	0,016
Öz Farkındalık	3,11±0,8	2,75±1,02	-1,181	0,238
Sağlıklılık	3,77±1,06	4,17±0,83	-1,030	0,303
Çaresizlik	3,73±0,91	3,67±0,5	-0,624	0,533
Genel SA	3,43±0,62	3,33±0,56	-0,481	0,630

Mann Whitney U analizi

3.8.12. Personelin “Hastalıkların İnsanın Günahlarına Kefarettir.” Sözüne Katılmalarına Göre Dini Tutum ve Sağlık Algısı

Personelin “Hastalıklar insanın günahlarına kefarettir” sözüne katılma durumlarına göre DTA ve SA ölçekleri genel ve alt faktör puanları ortalama dağılımı incelendiğinde (Tablo 45);

İnanç, ibadet, etkilenme, memnuniyet, genel DTA, öz farkındalık ve sağlıklılık puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). “Hastalıkların insanın günahlarına kefarettir” sözüne katılan personelin *inanç, ibadet, etkilenme, memnuniyet, genel DTA* ve *sağlıklılık* puanlarının da yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 46: Personelin “Hastalıklar İnsanın Günahlarına Kefarettir.” Sözüne Katılma Durumlarına Göre DTA ve SA Faktör Puanları Dağılımı

Faktörler	“Hastalıklar insanın günahlarına kefarettir” sözüne katılıyor musunuz?		Z	p
	Evet	Hayır		
	Ort.±SS	Ort.±SS		
İnanç	4,79±0,36	4,6±0,5	-4,169	0,000
İbadet	4,73±0,45	4,5±0,59	-4,374	0,000
Etkilenme	4,45±0,62	4,05±0,81	-4,956	0,000
Memnuniyet	4,25±0,8	3,89±0,84	-4,325	0,000
Genel DTA	4,65±0,35	4,4±0,48	-5,535	0,000
Öz Farkındalık	3,06±0,81	3,27±0,81	-2,196	0,028
Sağlıklılık	3,85±1,04	3,56±1,09	-2,573	0,010
Çaresizlik	3,71±0,95	3,78±0,79	-0,062	0,951
Genel SA	3,42±0,63	3,47±0,62	-0,259	0,796

Mann Whitney U analizi

3.8.13. Personelin Doktor Cinsiyetine Önem Verme ve Tercih Etme Durumuna Göre Dini Tutum ve Sağlık Algısı

Personelin doktor cinsiyetinin önemi ve tercihinine göre DTA ve SA ölçekleri genel ve alt faktör puanları ortalama dağılımı incelendiğinde (Tablo 46-47);

Personelin doktor cinsiyetinin önemine göre; *memnuniyet*, *genel DTA* ve *sağlıklılık* puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Doktor cinsiyetinin önemli olduğunu düşünen personelin *memnuniyet*, *genel DTA* ve *sağlıklılık* puanlarının da yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Personelin doktor cinsiyeti tercihinine göre ise; *inanç*, *etkilenme*, *genel DTA* ve *öz farkındalık* puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Doktor cinsiyetinin önemli olduğunu ve erkek hekim seçtiğini belirten personelin *inanç*, *etkilenme* ve *genel DTA* puanlarının da yüksek olduğu, doktor cinsiyetinin önemli olduğunu ve kadın doktor seçtiğini belirten personelin ise *öz farkındalık* puanının yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 47: Personelin Doktor Cinsiyeti Tercihine Göre DTA ve SA Faktör Puanları Dağılımı

Faktörler	Doktorun cinsiyeti (erkek ya da kadın olması) sizce önemli mi?		Z	p
	Evet	Hayır		
	Ort.±SS	Ort.±SS		
İnanç	4,78±0,35	4,72±0,43	-1,071	0,284
İbadet	4,74±0,41	4,64±0,53	-1,829	0,067
Etkilenme	4,45±0,61	4,3±0,73	-1,933	0,053
Memnuniyet	4,35±0,74	4,08±0,85	-3,281	0,001
Genel DTA	4,66±0,32	4,55±0,43	-2,312	0,021
Öz Farkındalık	3,13±0,75	3,1±0,84	-0,345	0,730
Sağlıklılık	3,91±1,05	3,72±1,05	-2,053	0,040
Çaresizlik	3,83±0,9	3,68±0,9	-1,745	0,081
Genel SA	3,5±0,62	3,4±0,62	-1,563	0,118

Mann Whitney U analizi

Tablo 48: Personelin Hastalandıklarında Doktor Cinsiyeti Seçimlerine Göre DTA ve SA Faktör Puanları Dağılımı

Faktörler	Hastalandığınızda hangi doktoru seçersiniz?		Z	p
	Erkek doktor seçerim	Kadın doktor seçerim		
	Ort.±SS	Ort.±SS		
İnanç	4,84±0,33	4,68±0,4	-3,692	0,000
İbadet	4,75±0,4	4,64±0,47	-1,455	0,146
Etkilenme	4,52±0,6	4,26±0,7	-2,893	0,004
Memnuniyet	4,25±0,87	4,2±0,69	-1,093	0,274
Genel DTA	4,69±0,31	4,54±0,38	-2,712	0,007
Öz Farkındalık	2,95±0,74	3,18±0,8	-2,212	0,027
Sağlıklılık	3,92±1	3,77±1,03	-1,194	0,232
Çaresizlik	3,68±1,02	3,72±0,86	-0,108	0,914
Genel SA	3,37±0,62	3,46±0,66	-1,285	0,199

Mann Whitney U analizi

3.8.14. Nazara İnanmalarına Göre Dini Tutum ve Sağlık Algısı

Personelin nazara inanmalarına göre DTA ve SA ölçekleri genel ve alt faktör puanları ortalama dağılımı incelendiğinde (Tablo 48);

İnanç, *ibadet*, *memnuniyet* ve *genel DTA* puanları ile *öz farkındalık* ve *genel SA* puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Nazar inandığını belirten personelin *inanç*, *ibadet*, *memnuniyet* ve *genel DTA* puanlarının yüksek olduğu, nazara inanmadığını belirtilen personelin ise *öz farkındalık* ve *genel SA* puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir.

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 49: Personelin Nazara İnanmalarına Göre DTA ve SA Faktör Puanları Dağılımı

Faktörler	Nazara inanır mısınız?		Z	p
	Evet	Hayır		
	Ort.±SS	Ort.±SS		
İnanç	4,76±0,38	4,37±0,71	-3,317	0,001
İbadet	4,69±0,46	4,19±0,93	-2,735	0,006
Etkilenme	4,37±0,66	3,85±1,14	-1,907	0,056
Memnuniyet	4,19±0,81	3,57±0,91	-3,090	0,002
Genel DTA	4,61±0,37	4,14±0,78	-2,805	0,005
Öz Farkındalık	3,08±0,8	3,69±0,81	-3,174	0,002
Sağlıklılık	3,79±1,05	3,65±1,25	-0,277	0,782
Çaresizlik	3,72±0,92	3,93±0,54	-0,782	0,434
Genel SA	3,42±0,62	3,74±0,42	-2,381	0,017

Mann Whitney U analizi

3.8.15. Personelin DTA ile SA Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi

Personelin DTA ve SA ölçekleri genel ve alt faktör puanlarının birbirleri ile ilişkisini belirlemek üzere korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonuçları incelendiğinde (Tablo 49);

DTA faktörlerinin kendi aralarında pozitif yönde ve istatistiksel olarak güçlü bir korelasyon ve etkileşim olduğu bulundu ($p<0,05$).

SA faktörlerinin kendi aralarındaki korelasyon sonuçlarına bakıldığında; *öz farkındalık* ve *sağlıklılık* algısı puanları ile *çaresizlik* ve *genel SA* puanları arasında; *çaresizlik* puanları ile *genel SA* puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ve güçlü bir korelasyon bulundu ($p<0,05$).

İnanç puanları ile *öz farkındalık* algısı puanları arasında negatif yönde, *sağlıklılık* algısı puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı ($p<0,05$).

İbadet puanları ile *sağlıklılık*, *çaresizlik* ve *genel SA* puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulundu ($p<0,05$).

Etkilenme puanları ile *öz farkındalık* algısı puanları arasında negatif yönde, *sağlıklılık* algısı puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon tespit edildi ($p<0,05$).

Memnuniyet puanları ile *sağlıklılık*, *çaresizlik* ve *genel SA* puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulundu ($p < 0,05$).

Genel DTA puanları ile *sağlıklılık* puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı ($p < 0,05$).

Diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmadı ($p > 0,05$).

Tablo 50: DTA ile SA Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları

Faktörler		İnanç	İbadet	Etkilenme	Memnu niyet	Genel DTA	Öz Farkındalık	Sağlıklılık	Çaresizlik
İbadet	r	0,591	1,000						
	p	0,000							
Etkilenme	r	0,477	0,407	1,000					
	p	0,000	0,000						
Memnuniyet	r	0,337	0,402	0,228	1,000				
	p	0,000	0,000	0,000					
Genel DTA	r	0,871	0,797	0,662	0,626	1,000			
	p	0,000	0,000	0,000	0,000				
Öz Farkındalık	r	-0,102	-0,029	-0,189	0,079	-0,080	1,000		
	p	0,030	0,542	0,000	0,093	0,089			
Sağlıklılık	r	0,146	0,185	0,230	0,150	0,228	0,078	1,000	
	p	0,002	0,000	0,000	0,001	0,000	0,097		
Çaresizlik	r	0,026	0,100	-0,009	0,144	0,083	0,303	0,252	1,000
	p	0,580	0,033	0,855	0,002	0,077	0,000	0,000	
Genel SA	r	0,005	0,096	-0,029	0,167	0,075	0,794	0,566	0,668
	p	0,908	0,041	0,542	0,000	0,111	0,000	0,000	0,000

SONUÇ

İnsanlığın ne kadar eski tarihine önceki dönemlere gidilirse gidilsin, daima dinle karşılaşıldığı gibi, sağlık ve onun olumsuz olan hastalık da, insan toplumu ortaya çıktığından bu yana insan zihnini meşgul eden konulardan biri olmuştur. İlk dönemlerde hastalıklar konusunda, dini esaslara dayanan, hastalığı hastanın ruhu ile ilgili bir olay olarak algılama ve onu bedenden çıkarmaya razı etmekten ibaret olan sihir, büyü ve halen varlığını sürdüren folklor tıbbın uygulandığı belirtilebilir. Araştırmalar ayrıca, ilk dönemlerde hekimin aynı zamanda bir din adamı olduğu yönündedir.

İnsanoğlu yüce yaratıcı tarafından hayatta kalabilme yeteneğiyle yaratılmıştır. Bu özelliğiyle insan, maddi ve manevi her türlü ihtiyacını karşılayabilmeyi başarmıştır. Sağlık da insanlar ile doğrudan ilişkisi olan bir kavram olması hasebiyle, ilk dönemlerde bitkilerden şifa arayan insanoğlu geçen süreç içerisinde tıpta bir sıçrama yaşanmasıyla bitkilerin yanısıra bilimsel şifa bulma imkanı elde etmiştir. Örneğin, günümüzde kalp, böbrek, vb. gibi organların nakilleri kolaylıkla yapılabilmektedir. Nitekim sağlık ve hastalığa anlamını veren toplumun onu algılayış biçiminde saklıdır. Bazı belirtilerin hastalık olup olmadığı tarihsel süreç içinde ve toplumdan topluma farklılık göstermiştir. Örneğin geçmişte arzu edilen ve zenginliğin göstergesi olarak kabul gören şişmanlık, günümüzde bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Bunun yanı sıra her geçen gün günümüz yaşam koşullarına bağlı olarak yeni hastalıklar tanımlanmakta ve bazı hastalıklar geçmişte kalmaktadır. Öyle ki geçmişte sık rastlanılan çiçek ve kızamık hastalığı aşıyla birlikte artık günümüzde görülmemektedir.

Sağlığın, toplumsal bir yapısı olması sebebiyle, hastalıkların ortaya çıkmasında mikro organizmalar kadar, toplumların kültürel ve yapısal özelliklerinin de etkili olduğu bilinmelidir. Toplumun hastalık hakkındaki değer yargıları, inanç ve tutumları o kültürün özelliklerini taşır. Nitekim karşılaşılan sağlık riskleri, hastalık çeşitleri, hastalığın algılanışı ve bunlarla baş etme yolları yani tedavi yöntemleri toplumdan topluma büyük oranda değişmektedir. Örneğin, bazı yiyeceklerin yenmesi serbestken bazıları

yasaktır. Bu İslam dininde sevap, günah/haram olarak nitelendirilirken, Yahudilikte helal olan besinler için koşer tabiri kullanılmaktadır, Kamu hizmetinde özellikle sağlık hizmetleri karmaşık yapısı nedeniyle tek başına çalışarak hizmet üretebilecek bir alan değildir. Sağlık hizmetleri birçok meslek grubunun, aynı amaca odaklanmış çalışanlardan oluşmuş komplike bir alanı kapsamaktadır.

Sağlık sosyolojisi çalışmaları içinde din-sağlık/hastalık ilişkileri ihmal edildiği gibi, din sosyolojisi araştırmalarında da ele alınmamıştır. Bu kapsamda, kamu çalışanlarının dini tutum ve sağlık algılarının sosyo-demografik değişkenlerle ilişkisinin belirlenerek değerlendirilmesi amacıyla Konya'da bulunan 10 kamu kuruluşunda yapılan araştırmada önemli sonuçlara ulaşılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre;

Kamuda görev yapan örneklem grubu personelin çoğunluğunu erkekler (%58,1) oluşturmaktadır. Çalışma hayatında erkeklerin kadınlara oranla daha aktif rol oynamasının bunda etkili olduğu değerlendirilmektedir.

Personelin çoğunluğunun 24-35 yaş ve 36-45 yaş aralığında bulunması, örneklem grubu kamu kuruluşlarının genç ve dinamik bir yapıya sahip olduğunu düşündürmektedir.

Araştırma grubunun büyük oranda evlilerden oluşması (%79,8), düzenli bir aile yapısı içerisinde oldukları yönünde yorumlanabilir.

Personelin eğitim seviyesinin de yüksek olduğu genellikle lisans ve lisansüstü eğitim seviyesine sahip personelden oluştuğu belirlenmiştir.

Katılımcıların büyük çoğunluğunu hastane personeli oluşturmaktadır. Bunu kaymakamlık ve valilik personeli takip etmektedir.

Genel olarak örneklem grubu personelin büyük bir oranını kadrolu devlet memurları oluşturmaktadır. Valilik ve kaymakamlık personeline oranla sağlık sektöründe sözleşmeli (4/B) personelin ve hizmet ihalesi ile istihdam edilen personelin daha çok olduğu belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan personelin çoğunluğunu idari memurların oluşturduğu, bunu hemşire-ebe, yönetici ve hekim grubu personelin izlediği belirlenmiştir. Çoğunluğu büroda masa başı görev yapan idari personele anketlerin ulaştırılması daha kolay ve katılımlarının özellikle hekim ve

yönetici gruba göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Personelin çoğunluğunun mesleki deneyimi 16 yıl ve üstü olduğu, bunu 6-10 yıl arası personel grubunun takip ettiği saptanmıştır. Özellikle kaymakamlık personelinin yaş ortalamasına bağlı olarak mesleki deneyimlerinin de yüksek olduğu görülmüştür.

Personelin çoğunluğunu idari memurların oluşturduğu göz önüne alındığında gelir durumunun da 2001-3000 aralığında olması beklenen bir sonuçtur. Bunda devlet politikalarında eşit işe eşit ücret politikasının bir nebze de olsa etkili olduğu söylenebilir.

Personelin dini tutum algısı ve ölçek alt faktörleri incelendiğinde; inanç, ibadet, etkilenme, memnuniyet ve genel dini tutum algısı çok yüksek düzeyde bulunmuştur. Ayrıca personelin sağlık algısı ve ölçek alt faktörleri incelendiğinde; öz farkındalık orta, sağlıklılık, çaresizlik ve genel sağlık algısı yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Hastane personelinin DTA düzeyi valilik ve kaymakamlık personeline oranla daha düşükken, SA düzeyi daha yüksektir.

Yönetici ve idari memur unvanına sahip personelin DTA, hekim ve hemşire-ebe unvanına sahip personele oranla daha yüksekken, hekim ve hemşire-ebe unvanına sahip personelin SA, yönetici ve idari memur unvanına sahip personele oranla daha yüksektir. Kadrolu devlet memurlarının DTA ve SA'nın sözleşmeli (4/B) personele ve hizmet ihalesi ile istihdam edilen personele oranla daha yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca kadın personelin DTA ve SA erkek personele oranla daha yüksektir. Katılımcıların yaşı ilerledikçe DTA ve SA artmaktadır. Evli olan personelin DTA ve SA bekar personele oranla daha yüksektir. Eğitim düzeyi yükseldikçe DTA ve SA'da artmaktadır. Diğer taraftan personelin mesleki deneyimi ve görev yapmakta olduğu kurumdaki kıdemi arttıkça DTA ve SA'da olumlu yönde yükselmektedir. Ayrıca personelin aylık geliri yükseldikçe DTA azalırken, SA artmaktadır.

Personelin dini tutum algısı ve ölçek alt faktörleri açısından inanç, ibadet, etkilenme, memnuniyet ve genel dini tutum algısı faktör puanları çok yüksek düzeyde bulunmuştur. Nitekim araştırmaya katılan personelin inanç

algısını ifade eden Allah'ın varlığına, bu dünyanın geçici olduğu asıl hayatın ahiret olduğuna, yüce kitap Kur'an-ı Kerim'e inanmaya ve dinin emir/yasaklarına riayet ettikleri belirlenmiştir. Personelin ibadet algısı faktörü açısından, imtihan içinde bulunulan dünya hayatı koşuşturmasında ibadete de zaman ayrılması gerektiği ve sonucunda imtihandan başarılı bir şekilde geçerek cennete kavuşmayı istediği sonucunu ortaya koymaktadır. Personelin inanç ve ibadet ritüellerini tek başına değil de inanlar ile cami, mescid vb. yerlerde toplu bir şekilde yerine getirmekten duyduğu mutluluk ve hazzı ve bu mutluluğa ve huzura gölge düşürmek isteyenlere de tepkisini ortaya koyduğu değerlendirilmektedir.

Personelin sağlık algısı ve ölçek alt faktörleri açısından öz farkındalık orta, sağlıklılık, çaresizlik ve genel sağlık algısı faktör puanları yüksek düzeyde belirlenmiştir. Araştırma sonucuna göre, personelin sağlıklı kalmak ve sağlığı korumak adına yapılması gerekenler konusunda bilgisinin çok da fazla olmadığı, özellikle valilik ve kaymakamlıklarda görev yapan personelin sağlık konusundaki bilgi eksikliği veya görsel basında sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine yapılan kişiyi yanıltıcı haberlerin etkisi nedeniyle personelin bir kafa karışıklığı içerisinde olduğu sonucunu ortaya koymaktadır. Ancak son dönemde görsel ve yazılı basında ilgili Bakanlıkların ve sivil toplum kuruluşlarının desteği ile yapılan kamu spotları toplumda gerekli bilincin oluşması konusunda yardımcı olacağı değerlendirilmektedir. Ayrıca personelin sağlığı büyük çoğunlukla şansa bağlı olduğu, ne yapılırsa yapılsın hasta olunacaksa zaten bulunduğu ve sağlığı değiştirmenin kişinin kendi elinde olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Personelin dini tutum ve sağlık algısının sosyo-demografik değişkenler açısından; kurum, unvan, çalışma statüsü, cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, mesleki deneyim, kurum kıdemi, aylık gelire göre analizlerinde istatistiksel olarak bazı farklılıklar bulunmuştur. Ayrıca personelin dini tutum ve sağlık algısı ile dini açıdan yenilmesi yasak olan besinler hakkındaki düşünceleri ve bunlara uyma, "Hastalıklar insanın günahlarına kefarettir" sözüne katılma durumları, doktor cinsiyetinin önemi, geleneksel iyileştiricileri tercih, nazara inanmalarına göre de bazı farklılıklar belirlenmiştir. Yaklaşık %94'ünün Müslüman olduğu değerlendirilen

Türkiye’de, o günün şartları ve imkanları ile islam dini tarafından yasaklanan besinlerin günümüzde bilimsel olarak da zararlarının belirlenmiş olması ve araştırmaya katılan personelin bu konuda ne kadar hassas olduğu şeklinde değerlendirilebilir. Ayrıca hastalanıldığında doktor cinsiyetinin önemli olmadığı, alanında uzman ve tecrübeli olmasının tercih sebebi olması, kırık, çukuk gibi durumlarda geleneksel iyileştirici olarak tabir edilen kırıkçı, çukukçuların tercih edilmemesi, bir nebze de olsa bilinçli bir toplum olunma yolunda ilerleme kaydedildiği şeklinde yorumlanabilir.

Katılıyorum ve tamamen katılıyorum seçenekleri birlikte değerlendirildiğinde; personelin SA görüşleri açısından “Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım”, DTA görüşleri açısından ise “Allah gerçekten mevcuttur” değişkenleri en etkili olan değişkenlerdir.

Araştırmanın hipotezleri test edildiğinde ise; H₁, H₃, H₆, H₈, H₉, H₁₀, H₁₂, H₁₃, H₁₄, H₁₅, H₁₇, H₁₈ hipotezleri kabul edilmiştir. H₂, H₄, H₅, H₇, H₁₁ ve H₁₆ hipotezleri kısmen kabul edilmiştir.

DTA ve SA faktörleri arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki ve etkileşim vardır.

Sonuç olarak, bu çalışmada beklendiği gibi, sosyo-demografik özelliklere göre kamu ve sağlık personelinin DTA ve SA’nın değiştiği belirlenmiştir.

Çalışma, kamu yöneticilerine kamu kurumlarında görev yapan idari ve sağlık personellerinin dini tutum ve sağlık algılarının geliştirilmesine yönelik politika ve stratejiler geliştirmelerinde destek olacaktır.

Türkiye’de sağlık sistemiyle din ilişkilerini inceleyen ampirik araştırmalar yok denecek kadar azdır. Yapılan araştırmalarda; sınıf, eşitsizlik, bölge, etnik yapı, çevre, işsizlik, cinsiyet gibi durum ve şartların sağlık-hastalık üzerindeki etkileri incelenirken dinin ve/veya dini algılama ve yaşama biçimlerinin sağlık-hastalık üzerindeki rolünün göz ardı edildiği, sağlık ve hastalığın neden ve sonuçlarını kendine konu edinen sağlık sosyolojisi ile din ve toplum ilişkilerini, bu ilişkilerden doğan etki ve tepkileri inceleyen din sosyolojisinin, toplumsal kültürün önemli bir unsuru olan ve dini inanç ve tutumlarla da etkileşim içinde bulunduğu sağlık sosyal sistemiyle ilgilenmemesi büyük bir eksiklik olarak görülmektedir.

Bu çalışma, görel olarak kapsamlı ve farklı özellikleri olan kamu ve sağlık personeli ile gerçekleştirildiği için sonuçları Türkiye'nin tamamına değilse de, benzer sosyo-demografik özelliklerdeki gruplara genellenebilecek niteliktedir. Ancak yine de Konya'da yaşayan nispeten eğitilmiş bir kamu ve sağlık personeli grubundan elde edilen verilere dayandığı için sınırlılıklar taşıdığı söylenebilir. Yapılacak başka çalışmalarla Türkiye geneline ilişkin daha zengin bulgular elde edilebilecektir.

Ayrıca yapılan çalışmada sağlık personeli ile kamu çalışanlarının özellikle islam dinine ait tutum ve davranışlarına yer verilmiştir. Ancak, Hristiyanlık, Yahudilik vb. gibi diğer dinlere inanan insanların görüşlerine de yer verilerek daha kapsamlı araştırmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

Ağılkaya, Z. (2008). *İntihar Girişiminde Bulunanlarda Dini Tutum ve Davranışlar*, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 221182).

Akdoğan, A. (1999). *Geleneksel Toplumdan Modern Topluma Geçişte Dini Hayat (Rize İl Merkezi Örneği)*, Doktora Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Samsun. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 087242).

Akgül, E. (2009). *Türkiye'nin Farklı İllerindeki Kanser Hastalarında Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımı*, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ayfonkarahisar. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 242578).

Aluç, M. (2015). “*Sadaka Vermek Belaları Def Eder Mi?*”, <http://www.islamalimi.com/sadaka-vermek-belalari-def-eder-mi/>, (Erişim: 25.02.2016).

Apaydın, H. (2001). *Kişilik Özelliklerinin Dini Tutum ve Davranışlara Etkisi*, Doktora Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Samsun. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 108615).

Arabacı, F. (2006). *Türk Din Sosyolojisi İmkan ve Sorunlar*. Ankara: Platin Yayınları.

Araz, A., Harlak, H. Ve Meşe, G. (2007). “Sağlık Davranışları ve Alternatif Tedavi Kullanımı”, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, C. 6, S. 2, ss. 112-122.

Arifoğlu, Y. (2013). *VIII. Yüzyıl İle XI. Yüzyıllar Arasında Horasan 'ın Dini ve Sosyal Yapısı*, Yüksek Lisans tezi, Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 354876).

Armağan, E.M. (2013). *Max Weber'in Din Sosyolojisi*, Yüksek Lisans Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 369045).

Arslan, M. (2004). "Kültürel Bağlamda Din", *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, C. 4, S. 4, ss. 189-205.

Aşıkoğlu, N.Y. (1998). "Toplum Hayatımızda Dinin Yeri ve Din Eğitimin Önemi", *Cumhuriyet Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, C. 2, S. 1.

Ateş, H. (2013). *Sivas İli Altınyayla İlçesinin Dini Yapısı Üzerine Uygulamalı Bir Araştırma*, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 327506).

Atmaca, V. (2011). *Tarih Boyunca İnanç Tıp İlişkisi*. İstanbul: Gerekli Kitap.

Aydemir, R.E. (2008). *Dindarlık ve Mutluluk İlişkisi (İlk Yetişkinlik Dönemi)*, Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu, Samsun. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 221575).

Aydın, A.R. (1995). *Dini İnkârın Psiko-Sosyal Nedenleri*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ondokuzmayıs Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Samsun.

Aydın, M.S. (1990). “Fazlur Rahman ve İslam Modernizmi”, *İslami Araştırmalar Dergisi*, C. 4, S. 4, ss. 273-284.

Aytaç, Ö. ve Kurtdaş, M.Ç. (2015). “Sağlık-Hastalığın Toplumsal Kökenleri ve Sağlık Sosyolojisi”, *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, C. 25, S. 1, ss. 231-250.

Ayten, A. (2013). “Din ve Sağlık: Bireysel Dindarlık, Sağlık Davranışları ve Hayat Memnuniyeti İlişkisi Üzerine Bir Araştırma”, *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, C. 13, S. 3, ss. 7-31.

Baynal, F. ve Yaman E. (2015). “Kadınların Dini Gruplara Yönelme, Katılma ve Bağlanma Nedenleri”, *Değerler Eğitimi Dergisi*, C. 12, S. 30, ss. 141-179.

Bayyığıt, M. ve öte. (2013). *Din Sosyolojisi*. der. M. Bayyığıt, Konya: Palet Yayınları.

Caner, M. (2013). *Sosyol Kontrol Kavramı Açısından Tıp Sosyolojisinin İmkanları*, Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 333919).

Cirhinlioğlu, F. G. ve Ok, Ü. (2011). “Kadınlar Mı Yoksa Erkekler Mi Daha Dindar?”, *Türk Dünyası Dergisi*, C. 3, S. 1, ss. 121-141.

Çetin, Ö. (2008). *Kurban İle İlgili İnanç ve Tutumlar*, Doktora Tezi, Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 231183).

Doğan, L. (1979). “Din ve Toplum”, *Sosyoloji Konferansları Dergisi*, S.17, ss. 75-81.

Doğan, Ő. (2007). *İlköğretim Okullarında Görev Yapan Öğretmenlerin Dini Tutumları (Ankara Örneği)*, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 218310).

Dönmez, Ő. (1998). *Atatürk'ün Çağdaş Toplum ve Din Anlayışı*. İstanbul: Ayışığı Kitapları.

Düzgün, Ő. A. (2012). *Din Birey ve Toplum*. Ankara: Akçağ Yayınları.

Erdem, R. ve Pirinçi, E. (2003). "Sağlık Hizmetlerinde Kullanım ve Kullanımı Etkileyen Faktörler", *O.M.Ü. Tıp Dergisi*, S. 20, S.1, ss. 39-46.

Eren, G. (2010). *Hadislerde Hastalık ve Tedavi Yolları*, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 253214).

Erkol, M. (2004). *Din-Dindarlık Kavramları ve Sosyolojik Bir Yöntem Olarak Dindarlık Ölçekleri*, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 147723).

Eroğul, N. (2011). *Cahit Tanyol'un Sosyolojiye Katkıları*, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 279723).

Erten, R. (2004). *Hıristiyanlık'ta ve İslamiyet'te Şifa*, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 144633).

Eryiğit Günler, O. (2011). *Hemodiyaliz Hastalarında Hastalığa Bağlı Toplumsal Rol Değişimi Beklenti ve Sorunları: Bir Sağlık Sosyolojisi Çalışması*, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 294554).

Furseth, I. ve Repstad, P. (2011). *Din Sosyolojisine Giriş: Klasik ve Çağdaş Kurumlar*, çev. İhsan Çapcıoğlu ve Halil Aydınalp, Ankara: Birleşik Yayınevi.

Gülen, A. (2007). *Kentleşme Sürecinde Dini Tutum ve Davranışların Değişimi (Ankara Örneği)*, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 205566).

Günay, Ü. (1999). *Erzurum ve Çevre Köylerinde Dini Hayat*, İstanbul: Dergah Yayınları.

Günay, Ü. ve öte. (2012). *Ana Başlıklarıyla Din Sosyolojisi*. Ankara: Grafiker Yayınları.

Güneş, A. (2014): “Sosyolojik Olarak Din ve Toplum İlişkileri”, *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, C. 24, S.1, ss. 153-164.

Gürhan, N. (2010). “Toplumsal Cinsiyet ve Din”, *E-Şarkiyat İlmî Araştırmalar Dergisi*, S. IV, ss. 58-80.

Güven, S. (2014). “Türkiyede Sağlık Sosyolojisi Çalışmaları”, *Sosyoloji Dergisi*, S. 29, ss. 127-153

Güzel, S. (2009). *Telkin ve Terapide Duanın Önemi*, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 235015).

Hakkı, E.İ. (2012). *Marifetname*, sad. M.Fuad Başar. İstanbul: Alem Yayıncılık.

Harman, Ö.F. ve öte. (2006). *İlmihal I İman ve İbadetler*. Ankara: Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları.

Harputlu, İ. (2015). *Dini Tutum ve Özgecili İlişkisi (SDÜ Örneği)*, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 395862).

Hökelekli, H. ve öte. (2010). *Din Psikolojisi*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları.

İnan, M. (2009). *Amiran Kurtkan Bilgiseven'in Din Sosyolojisinin Temel Kavramları*, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 253673).

İnce, A. (2012). *Yaşlanma Sürecinde Dini Hayat (Sakarya İli Merkez İlçeler Örneği)*, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 320374).

İnce, A. (2012). "Din ve Toplumsal Gelişme İlişkisi: Çetin Özek Örneği", *Toplum Bilimleri Dergisi*, C. 6, S. 12, ss. 113-128.

Kadıoğlu, H. ve Yıldız, A. (2012). "Sağlık Algısı Ölçeği'nin Türkçe Çevriminin Geçerlilik ve Güvenilirliği", *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, C. 32, S. 1, ss. 47-53.

Kafalı, H. (2005). *Lise Öğrencilerinde Dini İnanç ve Tutumların Sosyal İlişkilere Etkisi Ergani Örneği*, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 217374).

Kalındemirtaş, M. (2010). *Geleneksel Tıbbın Halk Üzerindeki Etkisi (Adıyaman İli Ören Köyü Örneği)*, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 265831).

Karaağaç, M. (2008). *Tefsir Titeratüründe Kur'an ve Sağlık*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 228223).

Karabulut, A.R. (1993). "Bitkilerle Tedavi", *Tıbb-ı Nebevi Ansiklopedisi*, C. 1-2, Ankara: Mektebe Yayınları.

Karaşahin, H. (2006). *Gördes ve Çevresinde Dini Hayat*, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 186111).

Karayağız Muslu, G. ve Öztürk, C. (2008). "Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler ve Çocuklarda Kullanımı", *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, C. 51, S. 1, ss. 62-67.

Kavas, E. (2013). *Demografik Değişkenlere Göre Dini Tutum*", <http://www.akademikbakis.org>, (Erişim: 01.02.2016).

Kavas, E. (2013). "Dini Tutum-Stresle Başa Çıkma İlişkisi", *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, S. 37, ss.143-167.

Kavas, E. (2013). *Dini Tutum-Stresle Başa Çıkma İlişkisi*, Doktora Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 325264).

Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S. (2010). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Kaya, İ. (2012). *Kültür, Sağlık ve Din Gürün (Sivas) ve Çevre Köylerinde Sağlık-Hastalık Kültürü Üzerine Bir Din Sosyoloji Araştırması*, Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kayseri. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 306434).

Kehrer, G. ve öte. (2007). *Din Sosyolojisi*, çev. M.Emin Köktaş, Abdullah Topçuoğlu, Yasin Aktay, Mevlüde Ayyıldızoğlu. Ankara: Vadi Yayınları.

Keskin, M. (2004). “Din ve Toplum İlişkileri Üzerine Bir Genelleme”, *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi IV*, S. 2, ss. 7-21.

Keyifli, Ş. (2013). “Eğitim ve Din Eğitimi”, *Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, C. 13, S. 2, ss. 103-126.

Kılınç, S.M. (2015). Cumhuriyet Dönemi Kaynaklarına Göre Kupa, Hacamat ve Sülükle Tedavi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 391110).

Kızılçelik, S. (1995). *Kırsal Kesim ve Kentsel Kesimdeki Sağlık Sisteminin Sosyolojik Açıdan Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi*, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 43384).

Kızılkaya, S. (2013). *Sağlık Durumunu Etkileyen Faktörlerin CHAID Analizi Yöntemiyle İncelenmesi (ODTÜ Örneği)*, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 348086).

Koç, M. (2005). “Dua ve İbadetin Ergenlerin Ruh Sağlıklarına Etkileri Üzerine Teorik Bir Yaklaşık”, *Diyanet İlmî Dergi*, C. 41, S. 4, ss. 63-90.

Köroğlu, C.Z. ve Köroğlu, M.A. (2015). “Sağlık Arama Davranışı ve Sosyal Belirleyicileri Üzerine Bir Değerlendirme”, *Uluslararası Sosyal Araştırma Dergisi*, C. 8, S. 41, ss. 803-811.

Kurnaz, M. (2015). *İlk Yetişkinlerde Dini Yönelim-Mutluluk İlişkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 395859).

Kurt, A. (2009). “Dindarlığı Etkileyen Etmenler”, *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, C. 18, S. 2, ss. 1-26.

Kurtdaş, M.Ç. (2013). *Çalışan Kadınların Sağlık Bilincinin Sosyolojik Analizi (Malatya Örneği)*, Doktora Tezi, Fırat Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Elazığ. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 354920).

Kuzey, M. (2007). *Kur'an ve Sünnet'te Nazar*, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 217485).

Macit, M. (2009). *Erzurum Kırsalında “Çalışma”yla İlgili Tutumlar ve Din*, Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 235820).

Magomedov, P. (2008). *Dağıstan Tabasaran Bölgesindeki Ergenlerin Dini Tutum ve Davranışları*, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kayseri. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 231146).

Malakçı, F. (2006). *Dua Eğitimi ve Öğretimi*, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 208834).

Mehmedoğlu, A.U. (1999). Dindarlarda ve Dindar Olmayanlarda Kişilik Üzerine Karşılaştırmalı Bir Araştırma (İstanbul Örneği), Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 092729).

Ok, Ü. (2011). “Dini Tutum Ölçeği: Ölçek Geliştirme ve Geçerlik Çalışması”, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, C. 8, S. 2, ss. 528-549.

Okumuş, E. (2009). “Toplumsal Değişme ve Din”, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, C. 8, S. 30, ss. 323-347.

Olgun Henzel, Z. (2009). *Hastayı Algılama ve Hasta Kavramı Oluşturma Bağlamında Türk ve Fransız Hekimlerin Karşılaştırılması*, Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 242827).

Önder, R. (2014). *Sağlık Arama Davranışı ve Etki Eden Etmenler*, Uzmanlık Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aydın. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 377141).

Özbuğday, Ş. (2001). “İslam ve Sağlık”, <http://www.diyanetdergisi.com/diyanet-dergisi-28/konu-470.html>, (Erişim: 04.03.2016).

Özcan, A. (2001). *Matbaa Ortamında Sağlığı ve Üretimi Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 104675).

Öztürk Güntöre, S. (2005). *Tıp ve Felsefe*. Adana: Nobel Tıp Kitabevleri.

Öztürk, H. (2016). *Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi (İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis Örneği)*, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 441690).

Pamuk, A. (2001). “Bitkilerle Tedavi”, *Şifalı Bitkiler Ansiklopedisi*, C. Buluş Mücellit, İstanbul: Pamuk Yayıncılık.

Polat, F. (2002). *Sosyal Değişim ve Din İlişkisi (Erzurum Örneği)*, Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 110238).

Sağlık Bakanlığı, “Gezici Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge”, 13.10.2006, S. 11465.

Salsman, J.M. ve Carlson, C.R. (2004). “*Dini Yönelim, Olgun İman ve Psikolojik Rahatsızlıklar: Negatif ve Pozitif İlişkiler*”, çev. A. Ayten, Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, C. 26, S. 1, ss. 119-131.

Sandoz, T. (2010). *Alternatif Tıp Tarihi*, çev. Çağrı Eroğlu, Ankara: Dost Kitabevi Yayınları.

Saraç, M.E. (2007). *Ayurveda Sağlıklı ve Uzun Yaşamın Sırları*. İstanbul: Doğan Kitap.

Sarımurat, M.S. (2008). *Kur'an-ı Kerim Açısından Şifa-Tedavi*, Yüksek Lisans Tezi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Van. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 234337).

Savaş, E. (2012). *Çalışan Kadınların Dini Tutum ve Davranışları (Sivas Örneği)*, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 323502).

Saygılı, S. (2011). *Mutluluk Sağlıktır*. İstanbul: Yediveren Yayınları.

Sevindik, D. (2015). *Orta Yaş Dönemi Bireylerde Dindarlık-Mutluluk İlişkisi: Denizli Örneği*, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 396038).

Seyyar, A. (2016). “*Hastalar Risalesi Açısından Hastalığın Anlamı ve Manevi Faydaları*”, http://www.manevibakim.com/bilim_alanlari/manevi_bakim/makale_13.asp, (Erişim: 25.03.2016).

Sezer, P. (2011). *Çevresel Kalitenin Sağlık Üzerine Etkisi: OECD Ülkelerine Dayanan Bir Uygulama*, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 308335).

Şahabettinoğlu, Ş. (2015). *Kişilik Tipleri ve Hastalıklara Yatkınlık*, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 410186).

Şeker, N. (2013). “Hz. Peygamber’in Hadislerinde Koruyucu Hekimlik: Hacamat Örneği”, *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, C. 21, S. 21, ss. 156-188.

Şengül, F. (2007). *Dindarlık ve Ruh Sağlığı İlişkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 209189).

Şirmammadov, V. (2007). *Joachim Wach'a Göre Bilimler Tasnifi ve Din Sosyolojisi*, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 208473).

Tan, D. (2011). *Din, Doğa ve Çevre*, Yüksek Lisans Tezi, Muğla Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Muğla. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 289725).

Taplamacıoğlu, M. (1962). “Yaşlara Göre Dini Yaşayışın Şiddet ve Kesafeti Üzerinde Bir Anket Denemesi”, *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, C. 10, S. 1, ss. 141-151.

Taplamacıoğlu, M. (1963). *Din Sosyolojisi*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.

Taştanova, A. (2012). *İslam Ceza Hukukunda İçi İçme ve Sarhoşluk Haddi (Haddü's-Şürb ve Haddü's-Sükr) Ayırımı ve Hukuki Sonuçları*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 330873).

Tekin, A. (2007). *Sağlık-Hastalık Olgusu ve Toplumsal Kökenleri (Burdur Örneği)*, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 207323).

Tekineş, A. (2010). “Tıbb-ı Nebevi'nin Metafizik Temelleri”, *Harran Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, C. 23, S. 23, ss. 119-138.

Tekineş, A. (1998). “Alternatif İslami Tıp “Tıbb-ı Nebevi””, *Divan: Disiplinlerarası Çalışmalar Dergisi*, S. 4, ss. 57-72.

Tengilimoğlu, D. (2012). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, Ankara: Siyasal Kitabevi

Tokaç, M. (2000). *İlk Dönem (XIV-XV. Yüzyıllar) Türkçe Tıp Yazmalarında Cilt Hastalıkları ve Tedavileri*, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 99378).

Toköz, M. (2013). *Konya İli Yalılıyük İlçesi'nde Sosyal ve Dini Hayat*, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 337509).

Tokur, B. (2011). *Stres-Dindarlık İlişkisi Üzerine Bir Araştırma*, Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 306594).

Tunalı, R. (2006). *Yahudilik-Hristiyanlık ve İslam'da İçki*, Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 172903).

Tunç, A. (2011). *İlahiyat Fakültesi Öğrencilerinde Din ve Sosyalleşme*, Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çanakkale. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 310740).

Tunç, B. (2011). *Din Eğitiminde Dua Öğretimi (İlke, Yöntem ve Materyal Kullanımı)*, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 321822).

Toman, H. (2015). *Liselerde Çalışan Öğretmenlerin Dini Tutumları Üzerine Sosyolojik Bir Araştırma (Malatya Örneği)*, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Malatya. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 388094).

Topbaş, O.N. (2015). “*Zekat ve Sadaka Hakkında Hadis-i Şerifler*”, <http://www.islamveihsan.com/zekat-ve-sadaka-hakkinda-hadis-i-serifler.html>, (Erişim: 05.03.2016).

Topuz, İ. (1999). *Üniversite Öğrencilerinde Dini Tutum ve Davranışlar (Süleyman Demirel Üniversitesi Örneği)*, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 74462).

Treben, M. (2000). *Tanrı'nın Eczanesinden Sağlık Şifalı Bitkiler İle İlgili Deneyimler ve Öneriler*, çev. Güleğül Giray, İstanbul: Ruh ve Madde Yayıncılık ve Sağlık Hizmetleri A.Ş.

Ulaşır, E. (2014). *Toplumsal Değişme ve Dini Hayat (Vezirköprü Örneği)*, Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Samsun. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 353391).

Uysal, V. (2015). “Genç Yetişkinlerde Affetme Eğilimleri ve Dini Yönelim/Dindarlık”, *Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, C. 48, S. 48, ss. 35-36.

Ünal, N. (1998). *Dini İnanç İbadet ve Dua'nın Umutsuzlukla İlişkisi (Üniversiteli Gençler Üzerinde Bir Araştırma)*, Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 074031).

Yardımcıoğlu, F. (2013). “Eğitim ve Sağlık İlişkisi: Panel Eşbütünleşme ve Panel Nedensellik Analizi”, *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, C. 9, S. 1, ss. 49-74.

Yazgan, E.Ö. (2014). *Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Dini İnanç ve Maneviyatın Depresyon Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 390068).

Yeşilşerit, T. (2012). *Sağlık Kültürünün Oluşumunda Sağlık Haberlerinin Yeri: Sağlık Muhabirleri ve İstanbul’da İki Farklı Sosyo-Ekonomik Yapıdaki Mahallede Yaşayanlarla Yapılan Araştırma*, Doktora Tezi, Yeditepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 322462).

Yıldız, İ. (2006). *Kanser Hastalarında Tamamlayıcı-Alternatif Tedavi Kullanımı*, Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 193069).

Yıldız, İ. (2014). “*Tıbb-ı Nebevi - Kur’an’da ve Hadislerde Tıp Bilgileri*”, <http://www.gonuldergisi.com/tibb-i-nebevi-kuranda-ve-hadislerde-tip-bilgileri-prof-dr-ilhan-yildiz.html>, (Erişim: 18.02.2016).

Yoğurtcu, F. (2009). *Yetişkinlerde Dindarlık ve Ruh Sağlığı*, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 253418).

EKLER

Ek 1: Genel Bilgiler Formu

ANKET FORMU

SAYIN YETKİLİ,

Bu araştırma kamu çalışanlarının dini tutum ve sağlık algılarının sosyo-demografik değişkenlerle ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Elde edilen veriler yalnızca araştırmacılar tarafından ve bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Kesinlikle isim kullanılmayacaktır. Sorulara vereceğiniz samimi ve doğru cevaplar çalışmanın güvenilir olmasında etkili olacaktır. Lütfen her soruyu dikkatle okuyup içtenlikle cevaplayınız.

Katılımınız ve hassasiyetiniz için çok teşekkür ederim.

Hasan KAYAHAN

Kırklareli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı

Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi

Danışman: Yrd.Doç.Dr. Aygül YANIK

BÖLÜM 1: GENEL BİLGİLER

1.Çalıştığınız kurum?

1) Hastane 2) Kaymakamlık 3) Valilik 4) Diğer.....

2. Görev unvanınız?

1) Sağlık Yöneticisi (Hastane Yöneticisi, Başhekim veya Yrd. Hastane Müdürü veya Yard. Bakım Hizm. Müdürü veya Yard., Otelcilik Hizm. Müdürü-Yrd. v.b)

2) Genel Yöneticiler (İl Nüfus ve Vatandaşlık Müdürü, İl Planlama ve Koordinasyon Müdürü, Şube Müdürü, İl Yazı İşleri Müdürü, İl Basın ve Halkla İlişkiler Müdürü, 112 Acil Çağrı Merkezi Müdürü, İl Mahalli İdareler Müdürü, İl İdare Kurulu Müdürü, İlçe Nüfus Müdürü, İlçe Yazı İşleri Müdürü, Şef vb.)

3) Uzman Doktor

4) Pratisyen Doktor

5) Sorumlu Hemşire

6) Hemşire-Ebe

7) İdari Memur (Memur, VHKİ, Bilgisayar İşlet., Sekreter v.b)

8) Diğer.....

3.Çalışma Statünüz?

1) Kadrolu Devlet Memuru

2) Sözleşmeli (4/B'li) Personel

3) Hizmet İhalesi İle İstihdam Edilen Personel

4) Diğer.....

4.Cinsiyetiniz?

1) Erkek

2) Kadın

5.Yaşınız?

.....

6.Medeni durumunuz ? 1) Evli 2) Bekar 3) Diğer.....

7.Eğitim durumunuz?

- 1) İlkokul/Ortaokul 3) Önlisans 5) Yüksek Lisans
2) Lise ve dengi okul 4) Lisans 6) Tıpta uzmanlık veya doktora

8.Ne kadar süredir bu mesleği yürütmektesiniz (Mesleki deneyiminiz)?

- 1) 1 yıldan az 3) 6-10 yıl 5) 16-20 yıl
2) 1-5 yıl 4) 11-15 yıl 6) 21 ve üstü

9.Ne kadar süredir bu kurumda çalışmaktasınız (Kıdeminiz)?

- 1) 1 yıldan az 3) 6-10 yıl 5) 16-20 yıl
2) 1-5 yıl 4) 11-15 yıl 6) 21 yıl ve üstü

10.Gelir durumunuz (TL)?

- 1) 1000 ve daha az 2) 1001 – 2000 3) 2001-3000 4) 3001-4000
5) 4001 ve üzeri

11.Eşinizle akrabalık bağı var mı?

- 1) Yok
2) Yakın akraba
3) Uzaktan akraba

12.Sizce dini açıdan yenilmesi yasak olan besinler var mı?

- 1)Var (Hangi besinler)
2)Yok

13.(Var ise) Bu yasaklara uyuyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır

14.Size göre hastalıkların en önemli nedeni nedir? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz.)

- 1) Mikroplar 2) Yetersiz beslenme 3) Zararlı Alışkanlıklar
4) Stres 5)Kalıtım 6) İnanç Eksikliği veya İnançsızlık
7) İbadet etmeme 8) Nazar 9) Diğer....

15.“Hastalıklar insanın günahlarına kefarettir” sözüne katılıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır

16.Sizce gebeliği önleyici yöntem kullanmak günah mıdır? Neden?

- 1)Evet, Nedeni.....
2)Hayır, Nedeni.....

17.Hastalandığınız zaman genelde nasıl hareket edersiniz?

- 1) Aile hekimine giderim. 4) Hiçbir şey yapmam geçmesini beklerim.
2) Hastaneye giderim. 5) Kendim evde varsa veya eczaneden ilaç alırım.
3) Tanıdıklarına danışırım. 6) Diğer.....

18.Doktorun cinsiyeti (erkek ya da kadın olması) sizce önemli mi?

- 1)Evet 2)Hayır

19.(18. Soru Evetse) Hastalandığınızda hangi doktoru seçersiniz?

- 1) Erkek doktor seçerim
- 2) Kadın doktor seçerim

20.Hastalandığınızda veya kırık çıkık gibi durumlarda doktor yerine geleneksel iyileştiricilere

(Kırık çıkıkçı, hoca, tekke v.s) gittiğiniz olur mu? 1)Evet 2)Hayır

21.Fal, büyü, çarpılma ve cinli olma gibi kavramlara inanır mısınız?

1)Evet 2)Hayır

22.Nazara inanır mısınız? 1)Evet 2)Hayır

23.Birine nazar değmişse ne yapılır?

- 1)Bilmiyorum
- 2)Kurşun döktürülür
- 3)Din büyüğüne okutulur
- 4)Dua okunur
- 5)Diğer.....

24.Kan akıtmanın bela, hastalık v.s. den koruduğuna inanıyor musunuz? 1)Evet 2)Hayır

25.Sadaka, zekat, fitre vs. insanı kötülüklerden, kaza ve beladan, hastalıklardan koruduğuna

inanır mısınız? 1)Evet 2)Hayır

26.Hiç türbe, ören yeri, kümbet gibi ziyaret yerlerine gittiniz mi?

1)Evet

(Nedeni).....

2)Hayır

27.“Sağlık, sadece hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.” bu tanıma katılıyor musunuz? 1)Evet 2)Hayır

Ek 2: Dini Tutum Algısı Ölçeği

Aşağıda dini tutum algısına yönelik ifadeler yer almaktadır. Bu ifadelere ne derece katıldığınızı (X) ile işaretleyerek belirtiniz.	Hiç Katılmıyorum(1)	Katılmıyorum(2)	Kararsızım(3)	Katılıyorum(4)	Tamamen Katılıyorum(5)
1.Ölümden sonra hayat vardır.	1	2	3	4	5
2.İbadetin faydası yalnız psikolojiktir.	1	2	3	4	5
3.Dinî konular ile ilgilenmem.	1	2	3	4	5
4.Allah, gerçekten mevcuttur.	1	2	3	4	5
5.İçki içmek günahdır.	1	2	3	4	5
6.Her gün ibadete ayrılacak zamanın, daha faydalı bir işte kullanılması daha iyidir.	1	2	3	4	5
7.Dinî yasakladığı şeyleri yapmaktan sakınmak gerekir.	1	2	3	4	5
8.Kişi günde beş vakit namaz kılmalıdır.	1	2	3	4	5
9.Din aleyhinde söylenen veya yapılan şeylere oldukça kızırım.	1	2	3	4	5
10.Bir dine inanmak insan hayatında hiç bir şeyi değiştirmez.	1	2	3	4	5
11.Kader ve alın yazısı diye bir şey yoktur.	1	2	3	4	5
12.Evlilik dışı cinsel ilişki günahdır.	1	2	3	4	5
13.Dua etmek, insanın kendi kendini tatmin etmesidir.	1	2	3	4	5
14.Kutsal gün ve gecelerde dua ve ibadet etmek gerekir.	1	2	3	4	5
15.Camiye gitmenin hiç bir faydası yoktur.	1	2	3	4	5
16.Allah'a inanmayan bir insan da, günlük hayatta mutlu ve huzurlu bir insan olabilir.	1	2	3	4	5
17.Maddi gücü yeten Müslümanların hacca gitmesi gerekir.	1	2	3	4	5
18.Toplu ibadetlere katılmaktan zevk duyarım.	1	2	3	4	5
19.Allah'ın emirlerini yapmayan ve yasaklarından kaçınmayanlar ahirette cezasını çekecektir.	1	2	3	4	5
20.Allah'a yaklaşmak için ibadet şart değil, önemli olan kalp temizliğidir.	1	2	3	4	5
21.Kur'an-ı Kerim'in haber verdiği her şey doğrudur.	1	2	3	4	5
22.Mahşer günü herkes Allah'a hesap verecektir.	1	2	3	4	5
23.Kur'an, Allah'ın emirlerini iletir.	1	2	3	4	5
24.Kıyamet günü vardır.	1	2	3	4	5
25.Allah, söylediğimiz ve yaptığımız her şeyi bilir.	1	2	3	4	5
26.Cennet ve cehennem diye bir şey yoktur.	1	2	3	4	5
27.Allah'a ancak din yolu ile yaklaşılabilir.	1	2	3	4	5
28.Sabah ezanları yüksek sesle okunarak, insanlar rahatsız edilmemelidir.	1	2	3	4	5
29.Oruç tutmak, akşama kadar aç kalmanın başka bir ismidir.	1	2	3	4	5
30.Tanrı, insanların üstün bir kuvvete inanma ihtiyacından doğmuştur.	1	2	3	4	5

Ek 3: Sağlık Algısı Ölçeği

Aşağıda sağlık algısına yönelik ifadeler yer almaktadır. Bu ifadelere ne derece katıldığınızı (X) ile işaretleyerek belirtiniz.	Hiç Katılmıyorum(1)	Katılmıyorum(2)	Kararsızım(3)	Katılıyorum(4)	Tamamen Katılıyorum(5)
1.Sağlığımı çok düşünürüm.	1	2	3	4	5
2.Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.	1	2	3	4	5
3.Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olan olur.	1	2	3	4	5
4.Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfudur.	1	2	3	4	5
5.Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.	1	2	3	4	5
6.Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.	1	2	3	4	5
7.Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.	1	2	3	4	5
8.Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.	1	2	3	4	5
9.Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım.	1	2	3	4	5
10.Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.	1	2	3	4	5
11.Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.	1	2	3	4	5
12.Sağlıklı olmak şans işidir.	1	2	3	4	5
13.Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem.	1	2	3	4	5
14.İstediğim kadar sağlıklı olabilirim.	1	2	3	4	5
15.Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.	1	2	3	4	5

Varsa önerileriniz?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TEŞEKKÜRLER.....