



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

SOSYO-PSİKOLOJİK BİR ŞİFA FENOMENİ OLARAK
DUA: YOZGAT ÖRNEĞİ

Doktora Tezi

Muradiye VAROL

Çorum 2020

**SOSYO-PSİKOLOJİK BİR ŞİFA FENOMENİ OLARAK DUA:
YOZGAT ÖRNEĞİ**

Muradiye VAROL

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

Doktora Tezi

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Sefer YAVUZ**

Çorum 2020

KABUL VE ONAY

Muradiye VAROL tarafından hazırlanan “*Sosyo-Psikolojik Bir Şifa Fenomeni Olarak Dua: Yozgat Örneği*” başlıklı bu çalışma 18/12/2020 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda oy birliği ile başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

İmza

Prof. Dr. Niyazi AKYÜZ (Başkan)

İmza

Prof. Dr. Yakup ÇOŞTU

İmza

Doç. Dr. Sefer YAVUZ (Danışman)

İmza

Doç. Dr. Özden KANTER AKBAŞ

İmza

Dr. Öğr. Üyesi Selçuk KIRTEPE

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

İmza

Prof. Dr. Muhammed Asif YOLDAŞ

Enstitü Müdürü

T.C.
HİTİT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını beyan ederim (18/12/2020)

İmza

Muradiye VAROL

ÖZET

VAROL, Muradiye. *Sosyo-Psikolojik Bir Şifa Fenomeni Olarak Dua: Yozgat Örneği*, (Doktora Tezi), Çorum, 2020.

Sağlık-hastalık olgusu ve bireylerin bu konudaki algısı ile dua ilişkisinin incelendiği bu çalışmada, araştırma yapılan alanda, mevcut sosyo-kültürel yapı içinde hastalık-dua-şifa arasındaki ilişkiyi sosyolojik yöntemlerle açıklamak üzere bireylerin dua tutumlarını sekülerlik olgusu bağlamında açıklamak ve Din Sosyolojisi çalışmalarına katkı sağlamak amaçlanmıştır. Sağlık Sosyolojisi ve Din Sosyolojisi konularının kesiştiği bir araştırma modeli içeren bu çalışma 3 ana bölümden meydana gelmiştir. Birinci bölümünde kavramsal ve kuramsal bilgilere yer verilmiş olup hastalık ve sağlık olgusu sosyolojik yönü ile incelenmiştir. Araştırmanın kuramsal bölümü sekülerlik teorileri ile açıklanmıştır. Çalışmanın ikinci bölümünde araştırma metodolojisi açıklanmıştır. Araştırmanın uygulama bölümünde Şifa Fenomeni Olarak Dua Ölçeği geçerlik-güvenirlik çalışmasını yapmak amacı ile Yozgat Şehir Hastanesine 15 Şubat-15 Nisan 2019 tarihleri arasında müracaat eden ayaktan hastalar üzerinde bir uygulama yapılmıştır. Çalışmanın örneklemini 18-65 yaş arasında olan 489 ayaktan hasta oluşturmaktadır. Veriler Yozgat Şehir Hastanesinde basit rastlantısal örnekleme yöntemiyle seçilmiş katılımcılarla yüz yüze görüşmeye dayalı anket tekniğiyle toplanmıştır. Anket, araştırmacı tarafından çalışmanın teorik bölümü ile bağlantılı olan ve uzman görüşü alınarak hazırlanan sorulardan oluşturulmuştur. Anketin kapsam geçerliği, pilot çalışma, yapı geçerliği ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Verilerin analizinde SPSS Programı kullanılmıştır. Araştırmada “Şifa Fenomeni Olarak Dua Ölçeği” yapı geçerliliğini kontrol etmek için Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır. AFA’de örneklem grubu uygunluğu yeterliliği Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ile Barlett Sphericity testleri ile test edilmiştir. Faktör analizi için Varimax dik döndürme tekniği uygulanmıştır. Madde Test Toplam Korelasyonu ve madde ayırt edicilik değerleri test edilmiştir. Yapılan analizler sonucunda 8 faktörlü, 53 maddeli bir ölçek elde edilmiştir. 8 faktörden meydana gelen ölçeğin toplam verilerle uyum derecesini belirlemek amacı ile DFA yapılmıştır. Yapılan DFA sonucuna göre RMSEA GFI, AGFI, RMR ve SRMR değerlerinin kabul edilebilir

uyumda, CFI, NNFI, NFI değerlerin ise mükemmel uyum kriterleri içerisinde olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar açıklanan faktör yapısının doğrulandığını göstermektedir. Cronbach's Alpha = 0,890 değeri ile güvenilir bir ölçüm aracı olarak belirlenmiştir.

Örnekleme grubunun, demografik değişkenlere göre dua etme tutumlarında farklılaşma olup olmadığını anlamak için belirlenen 12 hipotez test edilmiş olup araştırmanın kavramsal ve kuramsal çerçevesine dayanılarak ortaya atılan düşüncenin elde edilen bulgularla desteklenip desteklenmediği ortaya konulmuştur. Ulaşılan verilerin istatistiksel analizi, t-testi (Independent-Samples T Tests), Varyans Analizi (Analysis of Variance, ONE-WAY-ANOVA) testleriyle ile yapılmış olup, gruplar arasındaki farkların kaynağının belirlenmesi için Post-Hoc analizlerinden Scheffe analizi kullanılmıştır.

Araştırma sonucuna göre; Katılımcıların duayı şifa olarak görme düzeylerinde cinsiyetlerine, medeni durumlarına, yaş, eğitim, dini inanışını tanımlama şekline, kronik hastalığı olma durumuna, yakınlarında kronik hastalığı olma durumuna, dua etme sıklıklarına, hastaneye gitme sıklıklarına, sağlık durumlarını tanımlama şekillerine, dua etmenin kişiye etkileme şekline göre sekülerlik tutumlarında farklılaşmalar olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kavramlar: Dua, Hastalık, Sekülerlik, şifa, Yozgat.

ABSTRACT

VAROL, Muradiye. *Healing Prayer As Socio- Psychological Phenomenon: Example Yozgat*, (PhD. Dissertation), Çorum, 2020.

In this study, which examines the phenomenon of health-illness and the relationship between the perception of individuals on this issue and prayer, it is aimed at contributing to the Sociology of Religion and explaining the prayer attitude of individuals in the concept of secularity phenomenon to elaborate on the relationship between illness, prayer and healing in current socio-cultural structure, in the field of research, with sociological methods. This study, including a research model where the subjects of Health Sociology and Religion Sociology intersect, consists of three main parts. The first part includes conceptual and theoretical information, and the phenomenon of illness and health has been studied in terms of sociological aspects. The theoretical part of the research is explained with the theory of secularity.

In the second part of the study, the research methodology is explained. In the implementation phase of the research, an application was performed on outpatients who applied to the City Hospital of Yozgat between February 15 and April 15 (2019), to conduct the validity-reliability study of Prayer Scale as a Healing Phenomenon. The sample of the study consists of 489 ambulatory patients aged 18-65. The data were collected through a face-to-face interview technique, with participants selected using a simple random sampling method. The survey, prepared by the researcher consists of questions related to the theoretical part of the study and organized by applying to the expert opinion. Content validity, pilot study, construct validity and reliability analyzes of the questionnaire were performed. SPSS was used to analyze the data.

In the study, Exploratory Factor Analysis (EFA) and Confirmatory Factor Analysis (CFA) were performed to check the construct validity of the "Prayer Scale as a Healing Phenomenon". Sufficiency of the sample group in AFA was tested with the Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) coefficient and Barlett Sphericity tests. Varimax vertical rotation technique was used for factor analysis. Item Test Total Correlation and item discrimination values were tested. As a result of the analysis, a scale with 53 items with 8 factors was obtained. DFA was performed to determine the scale of consistency of 8

factors with total data. According to the DFA result, it was determined that RMSEA GFI, AGFI, RMR and SRMR values are in acceptable compliance and CFI, NNFI and NFI values are in perfect fit criteria. These results show that the described factor structure has been confirmed. Cronbach's Alpha = 0.890 has been determined as a reliable measurement tool.

In order to understand whether there is a difference in prayer attitudes of the sample group according to demographic variables, 12 hypotheses were tested, and it was revealed whether the idea put forward based on the conceptual and theoretical framework of the research is supported by the findings. Statistical analysis of the data was conducted via t-test (Independent-Samples T Tests) and Variance Analysis (Analysis of Variance, ONE-WAY-ANOVA) tests and Scheffe analysis was used among Post-Hoc analyses to determine the source of the differences between groups.

According to the research result; at the level of participants' seeing prayer as healing, their gender, marital status, age, education, the way of defining religious belief, the state of having a chronic disease, the condition of having chronic disease nearby, the frequency of praying, it has been determined that there are differences in attitudes to secularity according to the frequency of going to the hospital, the way they define their health, and the way of praying affecting secularity the person.

Key Words: Prayer, Disease, Secularity, Healing, Yozgat.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	i
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar DİZİNİ.....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	x
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xi
ÖN SÖZ	xii
GİRİŞ.....	1
1. ARAŞTIRMANIN KONUSU ve PROBLEMİ.....	1
2. ARAŞTIRMANIN ALT PROBLEMLERİ	5
3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	6
4. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	7
5. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ.....	8
BİRİNCİ BÖLÜM KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE	
1.1.SOSYOLOJİK AÇIDAN SAĞLIK, HASTALIK, DUA VE ŞİFA OLGUSU.....	10
1.1.1. Sağlık Kavramı	10
1.1.2. Hastalık Kavramı	13
1.1.3. Sosyolojik Açıdan Sağlık ve Hastalık Olgusunun Değerlendirilmesi	16
1.1.4. Dua ve Şifa Olgusu	21
1.2. KURAMSAL ÇERÇEVE/ SEKÜLERLEŞME TEORİSİ KAPSAMINDA TIP VE DİN.....	35
1.2.1. Sekülerleşme Teorileri	36
1.2.1.1. Klasik Sekülerleşme Teorisi (Modernite-Din Karşıtlığı).....	36
1.2.1.2. Neo Klasik Sekülerleşme Teorisi (Moderniteye Rağmen Varlığını Koruyan Din).....	40
1.2.1.3. Neo (Eklektik) Paradigma (Modernite-Din Sentezi).....	44
1.2.2. Beden İmgesine Yönelik Değişen Bakış Açısı ve Sağlığın Ticarileşmesi	47

1.2.3. Geleneksel Tıbbın Modernleşmesi.....	55
1.2.4. Modernizmin Seküler Ürünü Holistik Tıp	65
1.2.5. Sekülerleşme Sürecinde Manevi Bakım Hizmetleri	69
1.2.6. Sekülerleşme ve Bir Şifa Fenomeni Olarak Dua	76

İKİNCİ BÖLÜM MATERYAL VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ	89
2.1.1. Araştırmanın Modeli	89
2.1.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	96
2.1.3. Veri Toplama Teknikleri.....	97
2.1.4. Veri Toplama Aracının Hazırlanması	98
2.1.4.1. Şifa Fenomeni Olarak Dua ile İlgili Temel Soruların Belirlenmesi	98
2.1.4.2. Temaların Transkripsiyonu ve Analizi	99
2.1.4.3. Temalandırma ve Madde Havuzu Oluşturma.....	100
2.2. KAPSAM ve SINIRLILIKLAR.....	101
2.3. VARSAYIMLAR	102

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM ARAŞTIRMA BULGULARI VE TARTIŞMA

3.1. VERİLERİN ANALİZİ/ PİLOT UYGULAMA	103
3.1.1. Şifa Olarak Dua Ölçeğine Ait Geçerlilik Güvenirlik Analizi Sonuçları. 103	
3.1.2. Şifa Olarak Dua Ölçeğine Ait Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları	123
3.2. VERİLERİN ANALİZİ VE BULGULARIN YORUMLANMASI.....	127
3.2.1. Hastalık Durumunda Duayı Şifa Olarak Görme ile Cinsiyet Arasındaki İlişki.....	133
3.2.2. Hastalık Durumunda Duayı Şifa Olarak Görme ile Medeni Durum Arasındaki İlişki.....	137
3.2.3. Hastalık Durumunda Duayı Şifa Olarak Görme ile Yaş Durumu Arasındaki İlişki.....	140
3.2.4. Hastalık Durumunda Duayı Şifa Olarak Görme ile Eğitim Durumu Arasındaki İlişki.....	145

3.2.5. Hastalık Durumunda Duayı Şifa Olarak Görme ile Dini İnanışını Tanımlama Arasındaki İlişki.....	149
3.2.6. Hastalık Durumunda Duayı Şifa Olarak Görme ile Kronik Hastalık Arasındaki İlişki.....	152
3.2.7. Hastalık Durumunda Duayı Şifa Olarak Görme ile Yakınlarında Kronik Hastalığı Olma Durumu Arasındaki İlişki	156
3.2.8. Hastalık Durumunda Duaya Yönelme ile Sosyal Açıdan Etkilenme Durumları	159
3.2.9. Hastalık Durumunda Duaya Başvurma ile Dua Yapma Sıklığı Arasındaki İlişki.....	162
3.2.10. Hastalık Durumunda Duaya Başvurma Durumu ile Hastaneye Gitme Sıklığı Arasındaki İlişki	165
3.2.11. Hastalık Durumunda Duaya Başvurma Durumu ile Sağlık Durumlarını Tanımlama Şekilleri Arasındaki İlişki	168
3.2.12. Hastalık Durumunda Duaya Başvurma Durumu ile Hastaneye Gitme Sıklığı Arasındaki İlişki	171
DEĞERLENDİRME, SONUÇ VE ÖNERİLER	177
KAYNAKÇA.....	195
EKLER	213
Ek-1. Görüşme Formu.....	213
Ek-2. Görüşme Tema ve İçeriği	215
Ek-3. Anket Formu	222
Ek- 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	225
Ek-5. Etik Kurul Onayı	226
Ek-6. Yozgat İl Sağlık Müdürlüğü Onayı.....	227

TABLolar DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 3.1. Şifa Olarak Dua Ölçeğine İlişkin İstatistikler	103
Tablo 3.2. Şifa Olarak Dua Ölçeğinin Madde ve Toplam Ölçek Korelasyonu Değerleri	105
Tablo 3.3. Şifa Olarak Dua Ölçeğine Ait KMO ve Barlett Testi Sonucu.....	106
Tablo 3.4. Şifa Olarak Dua Ölçeğinin Öz Değerleri ve Açıkladıkları Varyans Düzeyleri	107
Tablo 3.5: Şifa Olarak Dua Ölçeği Maddelerinin Faktör Yük Değerleri	108
Tablo 3.6. Şifa Olarak Dua Ölçeğine Ait %27 Alt-Üst Dilim Analizi Sonucu	122
Tablo 3.7. Şifa Olarak Dua Ölçeğine Ait DFA Bulgularına İlişkin Madde İstatistikleri	123
Tablo 3.8. Uyum İndeksi Kriterlerine Ait Değerler.....	126
Tablo 3.9. Şifa Olarak Dua Ölçeği Uyum İyiliği Değerleri.....	126
Tablo 3.10. Araştırma Kapsamındaki Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	127
Tablo 3.11. Araştırma Kapsamındaki Katılımcıların Dini İnanışlarını Tanımlama Biçimlerine Göre Dağılımı	127
Tablo 3.12. Araştırma Kapsamındaki Katılımcıların Dua Etme Sıklıklarına Göre Dağılımları.....	128
Tablo 3.13. Araştırma Kapsamındaki Katılımcıların Kronik Hastalıklarla İle İlgili Bilgilerine Ait Dağılımları.....	128
Tablo 3.14. Araştırma Kapsamındaki Katılımcıların Hastaneye Gitme Sıklıklarına Ait Dağılımları.....	128
Tablo 3.15. Araştırma Kapsamındaki Katılımcıların Genel Olarak Sağlık Durumlarını Tanımlama Şekline Ait Dağılımları.....	129
Tablo 3.16. Araştırma Kapsamındaki Katılımcıların Hastalandıklarında Şifa Bulmak İçin Dua Etmelerinin Kişisel Olarak Nasıl Etkilediğine Dair Dağılımları	130
Tablo 3.17. Araştırma Kapsamındaki Katılımcıların Hastalandıklarında Şifa Bulmak İçin Dua Etmelerinin Sosyal Olarak Nasıl Etkilediğine Dair Dağılımları.....	130

Tablo 3.18. Araştırmada Elde Edilen Verilerin Dağılımına İlişkin Normal Dağılım Analizi Sonucu.....	131
Tablo 3.19. Şifa Olarak Dua Ölçeğine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	131
Tablo 3.20. Duayı Şifa Olarak Görme Düzeylerinin Cinsiyetlerine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları	133
Tablo 3.21. Duayı Şifa Olarak Görme Düzeylerinin Medeni Durumlarına Göre Farklılaşma Durumuna Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları	137
Tablo 3.26. Duayı Şifa Olarak Görme Düzeylerinin Yaş Gruplarına Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü Anova Testi Sonuçları	140
Tablo 3.27. Duayı Şifa Olarak Görme Düzeylerinin Eğitim Gruplarına Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü Anova Testi Sonuçları	145
Tablo 3.22. Duayı Şifa Olarak Görme Düzeylerinin Dini İnanış Biçimine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları	149
Tablo 3.23. Duayı Şifa Olarak Görme Düzeylerinin Kronik Hastalığı Olma Durumuna Göre Farklılaşma Durumuna Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları	153
Tablo 3.24. Duayı Şifa Olarak Görme Düzeylerinin Yakınlarında Kronik Hastalığı Olma Durumuna Göre Farklılaşma Durumuna Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları	156
Tablo 3.25. Duayı Şifa Olarak Görme Düzeylerinin Duanın Sosyal Olarak Etkileme Durumuna Göre Farklılaşma Durumuna Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları ...	159
Tablo 3.28. Duayı Şifa Olarak Görme Düzeylerinin Dua Etme Sıklıklarına Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü Anova Testi Sonuçları	162
Tablo 3.29. Duayı Şifa Olarak Görme Düzeylerinin Hastaneye Gitme Sıklıklarına Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü Anova Testi Sonuçları	165
Tablo 3.30. Duayı Şifa Olarak Görme Düzeylerinin Genel Olarak Sağlık Durumlarını Tanımlama Şekillerine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü Anova Testi Sonuçları	168
Tablo 3.31. Duayı Şifa Olarak Görme Düzeylerinin Hastalık Durumunda Dua Etmenin Kişisel Olarak Etkileme Şekline Şekillerine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü Anova Testi Sonuçları	172

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa
Şekil 3.1. Ölçeğe Ait Yamaç Grafiği.....	108
Şekil 3.2. Şifa Olarak Dua Ölçeği Path Diyagramı	125



SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AFA	: Açımlayıcı Faktör Analizi
AİDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
BM	: Birleşmiş Milletler
CAM	: Complementary and Alternative Medicine
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin
N	: Kişi sayısı
p	: Anlamlılık seviyesi (p değeri)
sig.	: Significant
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
ss.	: Sayfalar
St.	: Sapma Standart Sapma
TAT	: Tamamlayıcı Alternatif Tıp
vb.	: ve benzeri
vd.	: ve diğerleri
VIF	: Variance Influence Factor
Vol.	: Volume
x	: Aritmetik Ortalama Değeri

ÖN SÖZ

Bu çalışmada toplumsal hayatın inşa edilmesinde etkisi olan ve dönüşümlü olarak süreklilik içerisinde çeşitli şekillerde işlevselliğini devam ettiren dini alanın ana ritüellerinden biri olan “dua” kategorisinin hastalık sırasında kullanımının “deneyimsel” bir perspektiften hareketle sekülerleşme kuramı kapsamında çözümlenmesi amaçlanmıştır. Araştırma “dua”, “şifa” ve “sekülerlik” kavramları temelinde gerçekleştirilmiştir. Bu araştırma Sağlık Sosyolojisi ve Din Sosyolojisi konularının kesiştiği bir araştırma modeli içermektedir. Araştırma geleneksel-modern-postmodern süreç kapsamında sekülerlik teorisi ile açıklanmıştır.

Bu sebeplerle alana küçük de olsa bir katkı sunmak amacı ile çıktığım bu yolda, bana yol gösteren danışmanım Doç. Dr. Sefer YAVUZ’a teşekkür eder, saygılar sunarım.

İlkokuldan itibaren öğrenim hayatımda bana daima destek veren ve özellikle kız çocuklarının okuması gerektiğine olan büyük inancı ile küçük yaşta kaybettiğim babamın yokluğunu hissettirmeden, her türlü maddi zorluğa rağmen bana olan inancını yitirmeyen anneme, eğitimin insan yaşamında fark yaratacağına olan inancından dolayı sonsuz minnettarım.

GİRİŞ

1. ARAŞTIRMANIN KONUSU ve PROBLEMİ

İnsanoğlunun toplu şekilde hayatlarını sürmelerinden bu zamana kadar tıp ve din arasında karşılıklı bir ilişkinin var olduğu, bu iki kurumun toplumsal yaşamda vazgeçilmez olduğu ve daima birey hayatında belirleyici bir unsur olarak devam ettiği ifade edilebilir. Tıp ve din arasındaki ilişki bazen yakınlaşma şeklinde olsa da özellikle, modern tıbbın ortaya çıktığı Rönesans döneminden bu yana genellikle çatışma şeklinde tezahür etmiş ve ilişkisini sürdürmüştür. Neticede tıp ve din kurumu, her ikisi de birey sağlığı ve huzurunun temin edilmesinde bir hedef gütmüş, bu iki kurumun hem birey bedenine hem de sağlık olgusuna bakışları zaman içinde meydana gelen bazı gelişmeler sonucunda ontolojik bakımdan farklı temeller üzerine inşa edilmiştir.

Tarihsel süreçte Antik Çağ'ın son dönemlerine kadar felsefe ve bilimin aynı düzlemde düşünülmesi, tıbbın da ilahi bir olgu olarak anlaşılmasına sebebiyet vermiştir. Bundan dolayı tarihsel süreç boyunca tıp ve din, uzun müddet aynı çatıda yer almış ve ilgi alanlarında da zaman zaman örtüşmeler yaşanmıştır. Bu kapsamda modern tıbbın ortaya çıkması ve kurumsal hale gelmesinden evvel tedavide kullanılan araçların ve unsurların uygulanış şekillerinin inançla doğrudan ilişkili olduğu ve bu uygulamaların birbirinden neredeyse ayırt edilemediği görülmüştür. Tıp ve din ilişkisinin tarihsel ilişkisinde hem kabileler hem de medeniyetlerin hastalıklara neden olan unsurları ve bunların kaynakları konusundaki inançları ile tıbbın bir arada konumlandırıldığı anlaşılmaktadır. Onlara göre tıbbi uygulamaların kaynağı Tanrısal gücü olan doğa üstü varlıklar veya doğrudan Tanrı'lardır. Daha ziyade bazı hastalıkların manevi varlıklardan ve Tanrılardan insanlara özellikle verildiğine dair bir inanç geliştirmeleri ve bunların da kötülüklerin kaynağı sayılan doğaüstü güçlerin insanlara karşı saldırıya geçmesi ve Tanrı'lar tarafından insan hataları sonucu kasten hastalık verildiği düşüncesi de tıp ve dinin/inancın birlikte düşünüldüğünün göstergelerindedir.

Tarihsel süreçte insanoğlunun devamlı bir dinamizm içinde yer aldığı görülmektedir. Birey, akli vasıtası ile alet yapmayı öğrenmiş, böylece hem kendi hayatını hem de yaşamış olduğu toplumun fiziki ve sosyal çevresine değişim getirmiştir. Bu süreçte yaşanan değişimlerin diğer dönemlerle karşılaştırıldığında bilhassa son üç

yüzyılda hızlandığı görölmektedir. Bunun oluşmasındaki en önemli neden, hiç kuşku yok ki bilimsel alanda meydana gelen köklü değişimler ve gelişmelerdir. Aydınlanma dönemine geçilmesi ile beraber aklını özgür kılan birey, bütün alanlarda hızlı şekilde bilimsel ilerleme kaydetmiştir. Bu tarz bilimsel gelişmeler bireylerin sadece günlük hayatlarına değil bütünü ile sosyal yaşamlarına da tezahür ederek köklü bilinç değişimleri oluşturmuştur. En genel manası ile “modernleşme” olarak ifade edilen bu değişim dini de etkisi altına almıştır. Modernleşme ile birlikte dinin ve dini kurumların birey bilincinde ve toplumsal hayatta oynamış olduğu etkin rol, hissedilir biçimde azalmaya yüz tutmuştur. Sekülerleşme olarak isimlendirilen bu süreç, dinin sosyal yaşamdan ve birey zihninden uzaklaşarak, yerine rasyonel bilimi bırakmasıyla devam etmiştir. Bu değişimin neticesinde birey zihnindeki yapı farklılaşmış hem kendine hem de toplumun sosyal gerçekliğine yüklediği anlam, radikal bir değişime uğramıştır. Bu şekilde bir sürecin yaşanmasında etkili olan birçok faktör bulunmaktadır. Fakat temelde bilimsel alanda meydana gelen gelişmeler, özellikle sağlık/tıp alanında meydana gelen ilerlemelerin diğer unsurlara göre belirleyiciliği daha fazla ön plana çıkmaktadır. Tıp alanında meydana gelen gelişmeler sonucunda, çoğu hastalık ölümcül olmaktan kurtulmuş olup, ortalama yaşam süresi de yükselmiştir. Bu tarz gelişmelerle beraber bireylerin tanrı inancı, dini kurumlara ve dini söylemlere olan bakışı da köklü bir dönüşüm yaşamıştır.

Dinin sağlık/tıp ile olan ilişkisinin sosyolojik olarak ele alındığı çalışmaların özellikle son yıllarda yapıldığı görölmektedir. İçeriğinde pek çok farklı unsuru ve boyutun olduğu din/tıp ilişkisini ortaya koymanın en etkili yollarından biri konuyu sekülerleşme kapsamında değerlendirmektir. Gün geçtikçe tıp kurumunun, ortaya çıkan toplumsal sapmaları, sınıflandırma yetkisini bünyesine alması, bir uzman olarak tıp doktorunun mesleki bir disiplin olarak ortaya çıkması, tıbbi kurumların; hastane, klinik ve tetkikler kapsamında gelişmesi, toplumun ve bireyin tıp gözetimi altına girerek tıbbi kontrol altında gözlemlenmesinin sekülerleşme sürecinin iç dinamiklerini meydana getirdiği ifade edilebilir. Diğer bir deyişle toplumsal ve dini değerlerin bir koruyucusu konumunda olan din adamlarının yerine tıp doktoru transfer olmuş, dinin düzenleyici unsurları ise modern, bilimsel tıbbın gelişimi ile birlikte sınırlı kontrol yetkisine sahip olmuştur (Turner, 2011, s. 48).

Tıp ve sekülerleşme arasındaki ilişkinin ortaya konulması neden sonuç ilişkisinden biraz daha detaylı bir açıklamanın yapılmasını zorunlu kılmaktadır. Bu kapsamda tıpta meydana gelen gelişmeler mi sekülerleşme sürecini başlatmış yoksa modernleşme ile birlikte oluşan sekülerleşme süreci mi tıbbın gelişmesine olanak tanımıştır? problemi basit şekilde açıklanabilecek bir sorun gibi görülmemektedir. Tıbbın tarihsel bağlamda geçirdiği dönüşümler, bireylerin bilinç düzeyinde meydana gelen sekülerleşmenin taşıyıcılarından biridir. Hasta olan bireyin, bu süreçte yaşananların etkisi ile daha rasyonel ve seküler bir bakış açısı geliştirdiği ifade edilebilir.

Bazı dönemlerde tıp ve din arasında olan ilişkinin şiddeti yön değiştirip çatışma durumuna geçse de bağımsız bir mesleki disiplin olan tıp doktorluğunun ortaya çıkmasına varana kadar, bireylere din ve sağlık hizmetlerini sunanlar çoğunlukla aynı kişiler olmuşlardır. Bilhassa günümüzde alternatif veya tamamlayıcı tıba olan merakın artması tıbbi ve dini faktörleri birbirine bağlama düşüncesini yeniden canlandırmış bu durum ise tıp ve din konusunda araştırmalar yapılmasına sebep olmuştur (Sloan, Bagiella ve Powell, 1999, s. 664). Bu kapsamda din ve beden sağlığı üzerine yapılan araştırmalar incelendiğinde yalnızca hastaları kapsamadığı görülmekte, tıbbi tedavi uygulayan hekimler de bazı araştırmalara konu olmaktadır. Yapılan araştırmalarda doktorların üzerinde hemfikir olduğu husus, din ve dindarlığın bireyin hastalığını anlamasına ve hastalığı ile baş edebilmesine dair bir güç kazandırdığı düşüncesidir. Bu durum ise hasta üzerinde olumlu etkiler uyandırmaktadır. Ters yönde düşünüldüğünde din ve dindarlık psikolojik bir çatışma oluşturduğunda ve tıbbi tedavinin reddedilmesine neden olduğunda, hastalar üzerinde olumsuz etkiler oluşturabilmektedir (Yapıcı, 2007, s. 78). Dinin olumsuz etkilerinin yanında, olumlu etkileri olduğunu tespit eden çalışmalar ağırlıktadır. Bu konudaki ilk çalışma Galton tarafından istatistikî metotlarla gerçekleştirilmiştir. Galton tarafından yapılan bu çalışma duanın olumlu etkisinin olmadığını destekleyen bir araştırmadır. Fakat ilk çalışmalardan sonra bu konuda takip eden çalışmalar incelendiğinde duanın etkilerinin daha objektif olarak ortaya konulduğu görülecektir.

Hastalar geleneksel dönemlerde dua ile şifa bulma girişimlerini oldukça yaygın şekilde uygulamakta iken, modern döneme gelindiğinde sekülerleşmenin de etkisi ile özellikle sağlık/tıp alanında meydana gelen ilerlemeleri rasyonel şekilde değerlendirmiş,

hastalıklar karşısında çareyi modern tıbbın kendisine sunduğu hizmetlerde bulmuştur. Bu dönemde sekülerleşmenin nasıl bir boyuta ulaştığı konusu önemli görülmektedir. Bireysel yaşamın ya da bireysel yaşam tarzlarının ön plana çıktığı dönemde, bireylerin hem yüzyılın gereklerine uyum sağlayıp olanaklarından yararlandıkları hem de dini hassasiyetlerine önem verdikleri görülmektedir. Bu durum modernite ile beraber birey yaşamından çıkarılmaya çalışılan dini olgunun, postmodern düşünce ile beraber biçim değiştirerek tekrardan birey yaşamına dâhil olması anlamını taşımaktadır. Bu yaklaşım eklektik seküler paradigmada karşılığını bulmaktadır. Postmodern dönemde hem birey kendini önemsemekte ve ihtiyaçlarının farkında olmaktadır, hem de toplumsal-sosyal kurumlar bireye değer vererek bireyin ihtiyaçlarını karşılama noktasında girişimlerde bulunmaktadır. Bunun en somut örneği hastanelerde oluşturulan manevi destek hizmet birimleridir. Manevi Destek Hizmet Birimleri uygulamasına Türkiye’de 2015 yılında geçilmiş olup, Batı ülkelerinde çok uzun yıllardan beri bu yönde hizmetler verilmektedir. Bu somut örnek; bireyin ihtiyaçları doğrultusunda dinin yeniden entegre edilmeye çalışıldığını, sağlık ve hastalık özelinde farklı bir form kazandığını göstermektedir.

Bu çalışma kapsamında dua-şifa olgusu konusu sekülerleşme kapsamında değerlendirilecek olup, bireylerin hastalık durumlarında modern dönemin bir ürünü olan modern tıptan ne kadar faydalandığını, bunun yanında geleneksel yöntemlerden kabul edilen ve dini pratiklerden olan “dua” ile şifa bulma arayışlarında sekülerleşmenin etkisinin ne düzeyde olduğunu tespit etmeye yönelik bir araştırma yapılmıştır. Literatürde dua/şifa/hastalık yönünde yapılan araştırmaların klinik düzeyde olduğu görülmüştür. Klinik araştırmalarının büyük bölümünün ise kanser ve kronik hastalıklar üzerinde yapıldığı görülmektedir. Özellikle bu alanlarda tıbbın yetersiz kalması (ilaç endüstrisi kapitalizmi nedeni ile), bireyleri alternatif tedavi arayışlarına yöneltmiş, postmodern dönemde yeni arayışlar içine itmiştir. Postmodern dönemde birey modern tıbbı reddetmemektedir, fakat modern tıpla beraber dua/meditasyon/geleneksel tedavi yollarını da denemektedir. Modernleşme ile birlikte hastalık kavramından ziyade sağlık kavramına doğru kültürel bir geçiş yaşanmıştır. Sağlıklı olmak modern dönemde algılandığı şekli ile istenilen ve olağan bir durum olmaktan çıkarak gerekleri yapıldığında elde edilebilecek bir olasılık şeklinde algılanmaktadır.

Dua-şifa fenomeninin sosyolojik olarak ele alındığı bu çalışma sekülerlik teorisi kapsamında yorumlanmaya çalışılmış olup; postmodern dönemde insanların hasta olduğu anlarda modern tıbbın olanaklarından ne kadar yararlandıkları, dini geleneklerden biri kabul edilen “dua”ya yönelip yönelmedikleri konusu araştırmanın temel problemini oluşturmaktadır.

2. ARAŞTIRMANIN ALT PROBLEMLERİ

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

- 1- Cinsiyete göre, kişilerin duayı şifa olarak görme düzeyleri arasında önemli bir fark var mıdır?
- 2- Medeni duruma göre, kişilerin duayı şifa olarak görme düzeyleri arasında önemli bir fark var mıdır?
- 3- Yaşlarına göre, kişilerin duayı şifa olarak görme düzeyleri arasında önemli bir fark var mıdır?
- 4- Eğitim durumuna göre, kişilerin duayı şifa olarak görme düzeyleri arasında önemli bir fark var mıdır?
- 5- Dini inanışlarını tanımlama biçimlerine göre, kişilerin duayı şifa olarak görme düzeyleri arasında önemli bir fark var mıdır?
- 6- Kronik hastalığı olma durumuna göre, kişilerin duayı şifa olarak görme düzeyleri arasında önemli bir fark var mıdır?
- 7- Yakınlarında kronik hastalık olma durumuna göre, kişilerin duayı şifa olarak görme düzeyleri arasında önemli bir fark var mıdır?
- 8- Duanın sosyal olarak etkileme durumuna göre, kişilerin duayı şifa olarak görme düzeyleri arasında önemli bir fark var mıdır?
- 9- Dua etme sıklıklarına göre, kişilerin duayı şifa olarak görme düzeyleri arasında önemli bir fark var mıdır?
- 10- Hastaneye gitme sıklıklarına göre, kişilerin duayı şifa olarak görme düzeyleri arasında önemli bir fark var mıdır?
- 11- Genel olarak sağlık durumlarını tanımlama şekillerine göre, kişilerin duayı şifa olarak görme düzeyleri arasında önemli bir fark var mıdır?

12- Kişisel açıdan etkilenme şekillerine göre, kişilerin duayı şifa olarak görme düzeyleri arasında önemli bir fark var mıdır?

3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Araştırma hipotezleri aşağıda şekilde belirlenmiştir;

H1a: Erkeklerin duayı şifa olarak görme düzeyleri kadınlara göre daha yüksek düzeydedir.

H1b: Kadınların duayı şifa olarak görme düzeyleri erkeklere göre daha yüksek düzeydedir.

H2a: Bekar olanların duayı şifa olarak görme düzeyleri evli olanlara göre daha yüksek düzeydedir.

H2b: Evli olanların duayı şifa olarak görme düzeyleri bekar olanlara göre daha yüksek düzeydedir.

H3a: İleri yaşta olanlar, genç yaş grubunda olanlara oranla hastalıklar karşısında daha yüksek düzeyde duaya başvurma eğilimindedir.

H3b: Genç yaşta olanlar, ileri yaş grubunda olanlara oranla hastalıklar karşısında daha yüksek düzeyde duaya başvurma eğilimindedir şeklinde belirlenmiştir.

H4a: Eğitim durumu yüksek olanların, hastalıklar karşısında duaya başvurma düzeyleri, eğitim düzeyi düşük olanlara göre daha yüksektir.

H4b: Eğitim durumu düşük olanların, hastalıklar karşısında duaya başvurma düzeyleri, eğitim düzeyi yüksek olanlara göre daha yüksektir.

H5a: Dini inancını Müslüman olarak tanımlayanların duayı şifa olarak görme düzeyleri, dini inancı Müslüman olmayanlara göre daha yüksektir.

H5b: Dini inancını Müslüman olarak tanımlamayanların duayı şifa olarak görme düzeyleri, dini inancı Müslüman olanlara göre daha yüksektir.

H6a: Kronik hastalığı olanların hastalıklar karşısında duaya başvurma durumları, kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek düzeydedir.

H6b: Kronik hastalığı olmayanların, hastalıklar karşısında duaya başvurma durumları, kronik hastalığı olanlara göre daha yüksek düzeydedir.

H7a: Yakınlarında kronik hastalığı olanların hastalıklar karşısında duaya başvurma durumları, yakınlarında kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek düzeydedir.

H7b: Yakınlarında kronik hastalığı olmayanların, hastalıklar karşısında duaya başvurma durumları, yakınlarında kronik hastalığı olanlara göre daha yüksek düzeydedir.

H8a: Hastalıklar karşısında dua yapma kişileri sosyal açıdan etkilemektedir.

H8b: Hastalıklar karşısında dua yapma kişileri sosyal açıdan etkilememektedir.

H9a: Sık dua yapan kişilerin duayı şifa olarak görme düzeyleri daha az dua yapan kişilere göre daha yüksektir.

H9b: Daha az dua yapan kişilerin duayı şifa olarak görme düzeyleri daha sık dua yapan kişilere göre daha yüksektir.

H10a: Hastaneye çok sık gidenlerin duayı şifa olarak görme düzeyleri, hastaneye daha az gidenlere göre daha yüksektir.

H10b: Hastaneye çok az gidenlerin duayı şifa olarak görme düzeyleri, hastaneye çok sık gidenlere göre daha yüksektir.

H11a: Sağlık durumlarını çok iyi olarak tanımlayanların, sağlık durumlarını kötü olarak tanımlayanlara göre duayı şifa olarak görme düzeyleri daha düşüktür.

H11b: Sağlık durumlarını çok kötü olarak tanımlayanların, sağlık durumlarını çok iyi olarak tanımlayanlara göre duayı şifa olarak görme düzeyleri daha düşüktür.

H12a: Hastalandığında dua eden kişilerin manevi açıdan rahatlama düzeyleri, fiziksel açıdan rahatlama düzeylerine göre daha yüksektir.

H12b: Hastalandığında dua eden kişilerin fiziksel açıdan rahatlama düzeyleri, manevi açıdan rahatlama düzeylerine göre daha yüksektir.

H12c: “Hastalandığında dua eden kişiler, hiç dua etmeyen kişilere göre yalnızca fiziksel açıdan rahatlamaktadırlar”

4. ARAŞTIRMANIN AMACI

Sekülerleşme ile beraber din, kamusal ve toplumsal alandan dışlanmaya zorlanmış, kutsallıklar sosyal alandan uzaklaştırılmıştır. Bilgi ve akıl çağı olarak isimlendirilen modern çağda, birey akli ile doğaya hâkim olabileceği düşüncesini benimseyen aydınlanmacı felsefe ile, sezgisel ve kutsal olanı dışlayarak, pozitif akılla yörgülmuş, birey merkezli bir inşa süreci ortaya çıkmıştır. Kutsal olanın yerine profan geçmiştir. Kutsalın dışlanarak bireyin merkeze alındığı bir toplum tiplemesinde modern yaşam, birey beklentilerini karşılamakta yetersiz kalmıştır. Toplumda maneviyat ve

dinin yokluğu bireyi yalnızlaştırmıştır. Modern yaşamın birey omzuna yüklediği maddi ve manevi problemler, bireyde hem ruhsal hem de fiziksel bazı kronikleşen hastalıklara sebep olmuştur. Modern tıpta hastalıkların kaynağı fiziksel bedendir ve bilimsel yaklaşımlarda birey ruhu görmezden gelinir. Ruhun görmezden gelindiği modern tıp uygulamaları, bazı hastalıkların tedavisi için yetersiz kalmıştır ve hatta bazı yan etkiler bile ortaya çıkmıştır. Böyle bir dönemde bireylerin sağlık problemlerine yanıt verecek ve herhangi bir yan etkinin söz konusu olmadığı alternatif/geleneksel tedavi yöntemleri ön plana çıkmıştır. Alternatif tıp teknikleri oldukça geniş bir yelpazeye sahiptir ve bu yöntemler bireylerin hastalıklarının tedavisinde uygulanmaktadır. Bu alternatif tedavi yöntemlerinden biri de geleneksel şifa uygulamalarından olan “dua”dır. Günümüzde geleneksel şifa arayışları yeniden popüler hale gelmiş ancak bu kez modern argümanlarla yeniden sentezlenerek bireylere sunulmuş ve böylece yeni bir ilgi uyandırmıştır. Bu kapsamda çalışmanın amacı, hastalıklar karşısında bireylerin dua tutumlarını ve bu tutumların sekülerlik bağlamında ilişkisini araştırmaktır. Bu doğrultuda araştırma yapılan alanda mevcut sosyo-kültürel yapı içinde hastalık ve dua/şifa arasındaki ilişkiyi sosyolojik yöntemlerle açıklamak üzere Yozgat'ta yaşayan bireylerin hastalıklar karşısında gösterdiği dua tutumlarını sekülerlik kuramı bağlamında açıklamak ve Din Sosyolojisi çalışmalarına katkı sağlamak amaçlanmıştır.

5. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Araştırma konusu hastalık-sağlık ve dua kavramları kapsamında tespit edilmiş olup bu alanda yurt içi ve yurt dışı çalışmalar araştırılmıştır. Yapılan literatür taraması sonucunda yurt dışında yapılan çalışmalarda; dua ve hastalık ilişkisinde duanın etkili olup olmadığının klinik araştırmalar şeklinde yapıldığı, sosyolojik boyutlarının ele alınmadığı görülmektedir. Bu araştırmalardan bazılarında bulgular bölümünde tartışma kapsamında verilmiştir. Yurt içinde yapılan araştırmalar incelendiğinde ise sağlık sosyolojisi alanında yapılmış çok çalışma olmadığı ve sağlığın din sosyolojisi ile ilişkisinin araştırıldığı çalışmaların yok denecek kadar az olduğu görülmüştür. Sağlık-hastalık olgusunun din genelinde ve dua özelinde ilişkisinin araştırıldığı din psikolojisi çalışmalarının fazlaca yapıldığı görülmüştür. Ancak sağlık-hastalık olgusunun dua özelinde ilişkisinin araştırıldığı din sosyolojisi çalışması bulunmamaktadır. Bu araştırma sırasında alanımız olan din bağlamında sağlık-hastalık olgusu ile dua ilişkisini ele alan

sosyolojik bir çalışmaların yok denecek kadar az olması, konunun üzerinde çalışılması gereken, bakir bir alan olduğunu göstermektedir.



BİRİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1. SOSYOLOJİK AÇIDAN SAĞLIK, HASTALIK DUA VE ŞİFA OLGUSU

1.1.1. Sağlık Kavramı

Sağlık toplumsal bir kurum olarak eski çağlardan günümüze kadar farklı şekillerde var olmuştur. Yaşanılan toplumun yapısı ile birlikte etkileşime girmiş bir yandan toplumsal değişimde itici bir faktör olmuş diğer yandan diğer toplumsal kurumlarda oluşan değişimlerden de doğrudan etkilenmiştir. Zamanla değişen toplumsal koşullar sağlık üzerinde de etkisini göstermiş bazı dönüşümler ortaya çıkmıştır. Toplum ve sağlık arasındaki ilişkinin doğru analiz edilebilmesi için bu değişimlerin neler olduğunu bilinmesi önemlidir.

Hayatta kalma veya yaşama insanların öncelikle en temel güdüsü olarak bu yönde gayret göstermelerine neden olmaktadır. Bundan dolayı sağlık olgusu hayatın ortaya çıktığı günlerden bu günlere kadar, değişik şekillerde de olsa hem sosyal yaşamın hem de insan yaşamının en önemli bileşenlerinden biri haline gelmiştir. Bu konuda araştırma yapan bilim insanlarının ideolojik ve bireysel açıdan değişik dünya görüşlerine sahip olmaları tarihsel süreç içerisinde değişik paradigmalara oluşmasına neden olmuştur. Bundan dolayı sağlık kavramının anlaşılması ve tanımlanması, içinde yaşanılan yüzyılın ruhuna ve bakış açısına göre değişiklik göstermiştir. Hayatta olma/yaşama/sağ kalma biyolojik bir olguya işaret ettiğinden sağlık kavramına anlam yüklenirken ilk düşünülen çoğunlukla fiziksel sağlık olmuştur. Bu kapsamda sağlık; *“bir canlının kendi hücresel çekirdeğinde şifreli bütünlüğünü ve kararlılığını korumak yolunda oluşmuş maddesel örgütlenişinin bir bozukluk olmaksızın çalışması ve aynı canlının daha üst düzeyde bir örgütlenişini başarabilmesi sürecidir”* (Belek, vd., 1998, s. 25) şeklinde tanımlanmıştır. Yapılan bu tanımda sağlığın biyolojik veya tıbbi tarafının altı çizilmekte, insan bedenini meydana getiren hücrelerin tesadüfi olarak bir yerde bulunmadığı kendi aralarında organik ve işlevsel bir bütünlüğün olduğu, bu bütünlük

durumunun da sağlık olarak isimlendirilebileceği ifade edilmektedir. Tanımın oldukça dar kapsamlı yapıldığı, biyolojik sınırlar ihtiva ettiği ve sosyo-kültürel boyutlarından hiç söz edilmediği görülmektedir (Adak, 2015, ss. 7-8). İnsanın biyolojik yönünün olduğu yadsınamaz ancak bir insan bundan daha fazlasını içermektedir. İnsan kendine özgü bir kişilik, kültürel sistemde ve toplumsal sistemlerin yapılandırılmasında rol alan bir katılımcı olan karmaşık bir model olarak değerlendirilebilir. Bu kapsamda sağlığın canlıya ait organik bir çerçevede değerlendirilmesi bazı tıbbi gelişmelerin ortaya çıkabilmesi için kabul edilebilir gibi görünse de kavram bütün yönleri ile değerlendirildiğinde canlının içinde yaşamış olduğu fiziksel, psikolojik ve sosyo kültürel çevresi ile irtibatlandırılması konusu (Parsons, 2001, ss. 100-101) unutulmamalıdır. Biyomedikal perspektiften sağlık ve hastalık kavramları kaynağını salt fiziksel nedenlerden almaz. Hastalıkların bireyde ifade bulma şekli fiziksellik arz etse de bu hastalığa neden olan sosyal, psikolojik, ekolojik veya kültürel pek çok faktörden söz etmek mümkündür. Modern bireyin hayatında işsizlik, stres, boşanma, ölüm gibi unsurlar hastalıklara neden olan unsurlar olarak görülmektedir. Bu açıdan sağlık ve hastalıkların sosyolojik olgu olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Modern batı tıbbında doğa bilimlerinin yol gösterici bir rol üstlendiği yalnızca biyolojik etkenlerin hastalık yapma unsuru olduğu düşünülürse bu alandaki problemlerin sosyolojik araştırmalara muhtaç olduğu söylenebilir.

Günlük yaşam telaşı içerisinde sağlığı bozulan bireyin hastalıklardan etkilenme şekli yalnızca hastalığın kendisini gösterdiği beden işleyişine dair bir bozukluk değildir. Yanı sıra hastanın ailesi, iş çevresi, hastanın kendisine olan bakışı ve etrafındaki kişilerin hasta bireye bakışı da geniş oranda etkilenmektedir. Hastalığın bu çok boyutlu ve grift görünümü, çözüm arayışlarının da çok boyutlu olmasını gerekli kılmaktadır.

Sağlık kavramının tanımının yapılması uzun bir süre problem haline gelmiş olup, Dünya Örgütü (WHO) tarafından yapılan tanıma kadar hastalığın ve ölümün olmaması olarak çok genel bir algı düzeyinde tanımlanmıştır. WHO'nun yayımladığı 1988 tarihli raporda “sağlık, yalnızca hastalığın olmayışı değil, fiziksel, mental (zihinsel) ve sosyal yönden tam iyilik halidir”. WHO tarafından yapılan bu tanımda sosyo-kültürel ilişkilerin önemine de değinilmektedir. Bu kapsamda sağlık “*bir toplumdaki bireylerin biyolojik olarak hasta ya da sakat olmayışı değil, o toplumdaki bireylerin ruhsal, zihinsel, fiziksel, ekolojik, ekonomik, siyasal ve toplumsal bakımdan*

tam bir huzur ve denge halinde bulunmaları durumu” olarak tanımlanabilir (Maltby vd., 2008, ss. 119-120).

Farklı bilim alanlarında çalışan araştırmacılar, hastalık ve sağlık kavramını farklı şekillerde tanımlama yoluna gitmişlerdir. Sağlık kavramını bir süreç olarak ele alan Capra; sağlık bir kişinin çevresi ile ilişkisine ve bakış açısına bağlı olarak değişmekte olduğunu söylemektedir (Capra, 1989, s. 138). Toplum kültürüne ve zaman sürecine bağlı olarak bu bakış değişmekte olup bu doğrultuda bir kişinin sağlık arayışında da değişiklikler olabilmektedir. Capra bu konuda yaptığı açıklamada; “...*Mademki, bir kişinin sağlıkla ilgili durumu önemli ölçüde doğal ve toplumsal çevreye bağlıdır; öyleyse bu çevreden bağımsız hiçbir mutlak sağlık düzeyi mevcut değildir*”. Bu kapsamda sağlık ve hastalığın devamlı surette değişiklik gösteren bir yönü olduğunun altı çizilmektedir.

Knight, hastalık ve sağlıkla ilgili olarak; “sağlık dünyanın yapısını meydana getiren ve farklı zıt kutuplar olarak kavramsallaştırılan bazı güçler veya durumlar arasındaki doğru dengenin devam ettirilmesine bağlıdır” demektedir (Knight, 1985, s. 671).

İyi sağlığın yokluğu ya da varlığı konusundaki sorulara verilen cevaplar o toplumda hastalık ve sağlıkla alakalı hâkim ve geçerli olan kavramlaştırmalara bağlıdır (Kasapoğlu, 2001, s. 32).

Nusret Fişek halk sağlığı konusunda çok önemli çalışmalar yapmış olup İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nde sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkının olduğuna vurgu yapmakta ve bu minvalde sağlık tanımını şu şekilde yapmaktadır; “*Toplumun koşullarına ve sağlık sorunlarına uygun bir örgütlenme ve yönetimle, bir toplumdaki insanları hasta olsun ya da olmasın yaşadıkları çevreyle birlikte göz önüne alan; hasta olanların tedavi edilmelerine çalışan bir hizmettir.*” (Fişek, 1989, s. 7).

Illich, sağlığı uyum sağlama olarak nitelendirmiş ve insanların hayvanlardan ayrılma noktasını sağlık, yaşanmışlıklar ve acılar olarak görmüştür. Sağlık etrafta meydana gelen değişimlere adapte olmak, büyüyebilmek, yaşlanabilmek, acı çekebilmek, hastalandığında iyileşebilmek, ölümü huzurlu biçimde bekleyebilmek gibi yeteneklerden oluşan bir bütündür (Illich, 1995, s. 90). Bu kapsamda sağlık geleceği de kapsamakta olup hastalıkları önleyebilmek için önceden tedbirler almak, aşı olmak, ilaç almak gerekmektedir.

Hastalık ve sağlık kavramlarını sosyolojik bakımdan tanımlayan Parsons (2001), işlevsel bakımdan sağlığı araştırmıştır. Ona göre sağlık kişinin işlevsel olma yeteneğidir. Günlük aktivitelerle baş edebilme yeteneği bir sağlık göstergesidir. Ayrıca kişinin toplumda üstlendiği sorumluluk ve rollerini yerine getirmesi de kişinin sağlıklı olduğunun bir göstergesidir.

Biyoloji kapsamında gerçekleştirilen eleştiriler kısa süreç içinde etkisini göstermemiş bundan dolayı kavramın tanımının yapılmasında uzun vadede biyoloji merkezli tanımlamaların ağırlığı devam etmiştir. Fakat zamanla politik değişimler ve sosyal yapıdaki farklılaşmalar kavramının tanımının genişlemesine vesile olmuştur. Bu şekilde gerçekleştirilen tanımlamalara bakıldığında dört farklı yaklaşımın öne çıktığı görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü modeli, medikal model, çevresel model ve iyilik hali modeli. Bunlardan en kapsamlı tanım içeriğine sahip olan çevresel modele göre sağlık, organizmanın çevresi ile denge sağlaması açısından, kısıtlama ya da engellilik gibi durumlardan nispeten daha özgür olmasını içermektedir. Bu tanıma göre bir insan çevresindeki her şey ile uyumlu şekilde çalışabilir fonksiyonunu yerine getirebilir ve kendini geliştirebilirse sağlıklı olarak adlandırılacaktır (Larson, 1999, ss. 124-131).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından resmi biçimde “bütüncül sağlık” yaklaşımı ile bu konu yalnızca “hastalıkların tedavisi” şeklinde algılanmaktan çıkmış, hastalıkların önlenmesi şeklinde yeni bir form kazanmıştır. Bu yani yaklaşım sağlık hizmeti arzında gün geçtikçe çok daha belirgin hale dönüşmüştür. Bir takım bulaşıcı hastalıklar aşılardan vasıtası ile önlenmesi ve hava-su kirliliğinin azaltılması doğrultusunda gerçekleştirilen uygulamalar bu süreç içinde yerini almaya başlamıştır. Fakat hastalıkların tedavi sürecinde koruyucu sağlık hizmetlerine geçilmesine rağmen medikal modeldeki klasik hastalık algısında çok ciddi bir değişim yaşanmamıştır. Hastaliksız/normal/sağlıklı kavramının içeriği biraz esnetilse de insanlar, sağlık hizmetlerinde birer nesne olarak algılanmaya devam etmiştir. Meydana gelen bu değişim paradigma boyutundan ziyade organizasyon boyutu ile sınırlı olmuştur (Erbaydar, 2001, s. 55).

1.1.2. Hastalık Kavramı

Sağlık kavramı tanımlanırken yapılan çeşitlilik “hastalık” kavramı tanımlaması için geçerli değildir fakat hastalıklara karşı değişik bakış açıları ile farklı boyutların

olduğu inkâr edilemez. Ancak yine de yapılan farklı tanımlamalardan bazıları aşağıdaki şekildedir;

Helman (1981) tarafından vurgulandığı şekli ile hastalık psikolojik ya da kültürel olarak kabul edilen veya edilmeyen, organizmanın patolojik halidir. ‘‘Sağlıksızlık’’ ise sağlıktaki bozulma halidir. Sağlıksız olma durumu, hastalık ve rahatsızlık olgularını da kapsayan, çok daha geniş kapsamlı bir kavramdır. Rahatsızlık hali ise sağlıklı olmama halinin sosyal ve kültürel olarak tanımlanmış ve şartlandırılmış deneyimlerdir. Rivers tarafından yapılan çalışmada (2004) nemli konu hastalık doğası hakkında bilgi sahibi olunarak içe başlanılmasıdır. Çünkü hastalık konusu bireyler tarafından nasıl algılanmaktadır ve be algılama biçimi bireyden bireye değişiklik göstermektedir. Hastalık sözcüğü iki farklı anlamı içermektedir. ‘‘Disease’’ patolojik hasta olma hali, ‘‘*illness*’’, bireyin kendini hasta hissetmesi halidir. Tıbbi bakımdan fizyolojik kökeni olan hastalık ile psiko-sosyal açıdan hastalık olmak üzere iki farklı anlamı bulunmaktadır (zelik, 2002, s. 26).

Modern tıbbi bağlamda hastalık bedeninin içsel çevresini etkileyen değişimlere verilen biyolojik tepkimelerdir. Modern tıpta hastalıkla ilgili kavram, algı, değerlendirme, tavır ve tedavi şekli bilimsel mantıkta temellenmektedir. Hipotezlerin geçerli ve güvenirliği objektif şekilde ispatlanırsa klinik düzeyde kabul edilebilir (zelik, 2002, ss. 26-27).

Hastalık kavramı ile alakalı yapılan tanımlar değerlendirildiğinde ‘‘hastalık’’ ile kişinin kendisini hasta olarak hissetmesi şeklinde tanımlanan bir rahatsızlık olarak görülmektedir. Hastalık kavramı ile vurgulanan şey, biyolojik bir organizmaya sahip olan birey bedeninde oluşan işlevsel bir değişime işaret eden nesnel bir olgu olup bu olgunun gözlemlenebilen semptomlar (belirtiler) veya işaretler vasıtası ile teşhis edilmektedir. Hastalık kavramı ile sıkça karıştırılan ‘‘rahatsızlık’’ kavramı ise kişilerin kendilerini iyi hissetmediklerine dair öznel bakış açılarının bir yansımasıdır. Bu nedenle rahatsızlık bireyin içinde bulunduğu durumu yorumlaması neticesinde ortaya çıkan psikolojik bir algılama şeklinde görülürken, hastalık nesnel bir durumun tespitidir (Coe, 1970, ss. 92-100).

Hastalık olgusunun nesnel bir durumu ifade ettiği değerlendirilse de toplumsal güç ilişkileri ile ilgili olduğu da anlaşılmaktadır. Bu kapsamda Facualt; hastalıklar kendilerine yüklenen anlam çerçevesinden ayrı olarak meydana gelen doğal olaylar

olarak değerlendirilmezler. Facualt'a göre bir hastalık olgusu toplumdaki mevcut egemen düşüncüyü (epistemiyi) yansıtan tıbbi söylemlerin tamamıdır. Bu kapsamda değerlendirildiğinde eşcinsellik olgusu Hristiyan literatüründe “günah” olarak, psikolojinin kuruluş dönemlerinde bir “davranış bozukluğu” olarak, modern tıpta ise yalnızca bir “tercih” olarak nitelendirilmiştir. Diğer bir ifadeyle şeylerin ne olduğunun, onların nasıl tanımlandıklarına bağlı olarak değiştiğinin (Turner, 2011, s. 21) altı çizilmiştir. Yapılan tanımlamaların buldukları dönemin hâkim güç unsurlarında etkilendikleri görülmektedir. Bilhassa son yüzyıllarda ulaştığı başarılarla sağlıkta adından sıkça söz ettiren ve bu gücü elinde tutan modern tıp dünyası, neyin hastalık olarak tanımlanması gerektiğine dair oter güç konumuna gelmiştir. Bundan dolayı hastalık kavramının tanımlamasını yaparak sınırlarını koyan modern tıp bilhassa kan dolaşımının keşfedilmesi sonrasında bütün araştırmalarını hücre davranışları üzerine yönlendirmiştir. Bu yönelme ise bedendeki kimyasal aktivitelerin altının çizilmesine kaçınılmaz biçimde yol açmıştır. Gün geçtikçe birey bedeninde oluşan kimyasal tepkimeler, yalnızca bedenin normal işlevlerini değil yanı sıra hastalıkların da anlaşılmasında merkezi bir duruma gelmiştir. Böylece hastalık olgusu, bedenin kendi kendine çalışan içsel mekanizması kapsamında bazı fonksiyonel bozukluklar şeklinde algılanmaya başlanmıştır (Coe, 1970, s. 94).

Hastalık olgusunun tanımı ve tanımlanması noktasında meydana gelen değişimlerin yanında zamanla toplumsal algılama şekillerine yönelik de ciddi değişimler gözlenmiştir. Her ne kadar kesin çizgilerle birbirinden ayıramasak da tarih içerisinde bireylerin hastalık sebeplerine ait inançlarının üç ana grup içinde sınıflandırıldığı görülmektedir; hastalıkların doğal nedenler, tinsel veya büyüsel doğa üstü bir varlığın etkisi ile ortaya çıkan ve doğrudan bir birey eylemi sonucunda ortaya çıktığına inanılan hastalıklardır. Bunlardan ilki doğal nedenler; “Tanrı eli” şeklinde adlandırılan ve her şeyin nedeninin Tanrıya bağlandığı açıklama şekilleridir. İkinci olarak “büyü” ismi verilen bazı davranış kalıplarını kapsamaktadır ve ilkel toplumlarda ve belki de günümüzde yaygın biçimde görülen inanç kalıplarındır. Son olarak üçüncü sınıflandırmada ise modern tıp tarafından da kabul gören tek geçerli hastalık sebebi olarak düşünülmekte ve diğer iki sınıflandırmayı geçersiz kılmaktadır. Modern tıp açısından hastalık insan ve insan üstü varlıkların etkisiyle ilgisi olmayan çevremizde

meydana gelen değişimlerin kaçınılmaz bir neticesi olarak vücut bulmaktadır (Rivers, 2004, ss. 16-17).

Hastalık olgusunun kaynağı konusunda değişik zaman dilimlerinde çeşitli açıklama modellerinin yapılması; hastalığın toplumsal zihniyet yapısı ile olduğu kadar toplum kültürü ile de çok yakından ilişki içerisinde olduğunu göstermektedir. Çünkü bahsedilen bu kültür, toplumsal sosyalleşme sürecinde toplumdan bireye aktarılmakta ve bireyin hayatı boyunca sahip olacağı zihniyetini ve anlam dünyasına şekil vermektedir.

1.1.3. Sosyolojik Açıdan Sağlık ve Hastalık Olgusunun Değerlendirilmesi

Tüm toplumlarda olduğu gibi her toplumun kendine özgü bir anlam dünyası bulunmakta olup hastalık ve sağlık kavramlarının anlaşılma ve algılanma şekilleri de o toplumun sosyo-kültürel yapısına göre çeşitlenen değer yargısı kapsamında şekillenmektedir. Bundan dolayı bu kavramlara atfedilen anlamlar toplumlar arasında çeşitlilik göstermekte ve aynı toplum içerisinde de zaman geçtikçe değişebilmektedir. Sosyal olarak inşa edilerek bireyin sosyalleşmesinde edinmiş olduğu hastalık algısı bu kapsamda içerisinde yaşanan toplumun hangi semptomların hastalık olarak kabul ettiğine göre değişmektedir. Birtakım semptomlar toplum ve çevresi tarafından hastalık şeklinde tanımlanırken aynı semptomlar farklı toplum ve çevrelerinde hastalık olarak tanımlanmaktadır (Adak, 2015, ss. 12-15; Cirhinlioğlu, 2016, s. 6). Bundan dolayı hastalıkların algılanması ve anlamlandırılması toplum çevresi ve toplum kültürü ile çok yakından ilgilidir. Toplumun hastalıklarla ilgili davranış ve tutumları, yönelimleri, inançları kültürel karakterini ortaya koyduğu gibi, toplumun sosyal organizasyonu ve kültürü de hastalık algılamasını kendi değerler sistemine göre biçimlendirir. Diğer bir ifade ile hastalıklar kültürel kalıplara göre anlam kazanmaktadır. Bir toplumda ağrı ve sızı durumlarında ortaya çıkan kültürel davranış kalıpları, bireyin sosyalleşme sürecinde kazanılarak bir sonraki kuşaa aktarılır. Bu şekilde bireyler ağrı ve sızı gibi durumlara karşı bir davranış kalıbı ve değer normu üretirler. Modern dönemde (bugünün koşullarında) ağrı ve sızı gibi durumlarda bundan kurtulmak için çareler ararken, modern öncesi dönemlerde bireylerin çoğu Tanrı'nın memnuniyet ya da memnuniyetsizliği şeklinde değerlendirmiştir. Bundan dolayı hastalık kavramının genellikle toplum tarafından inşa edilen bir olgu olduğu ve kavrama dair yapılan

açıklamaların toplumun değişen kültürel beklentilerine göre şekillendiği ve farklılıklar gösterdiği ifade edilebilir. Yine aynı şekilde insanların beslenme alışkanlıkları, barınma ve giyinme şekilleri ile alakalı kültürel unsurlar da sağlık-hastalık olguları ile çok yakından ilgilidir (Türkdoğan, 2006, ss. 20-22; Turner, 2011, s. 28; Lindemann, 2013, ss. 21-22).

Kültürel ön kabuller ve sosyal inşa süreci, hastalık-sağlık olgusunun düzeyini ve niteliğini ciddi ölçüde etkilemektedir. Bireyin hastalık semptomları ve bu semptomlara karşı vereceği tepkiler ve tutumlar kültür tarafından biçimlendirilmekte ve bireyin sağlıklı olma ya da mevcut durumunu koruma davranışlarını ve sağlık düzeyini etkilemektedir. Bu nedenle bireyin hastalığını anlamak için onun kişisel ve toplumsal bağlamda değerlendirilmesi gerekmektedir. Bundan dolayı medikal tıpta ana problemlerden biri de bireyin (hastanın) toplumsal bağlamından ayrı olarak değerlendirilmesidir (Turner, 2011, s. 14; Kaplan, 2010, s. 227).

Sağlık kültür ilişkisi kapsamında gerçekleştirilen çalışmalar maddi kültürün alt boyutlarından olan fiziksel çevre unsurunun hastalık boyutları üzerinde ciddi oranda etki ettiğini ortaya koymaktadır. Çevresel farklılıklar hastalık potansiyelinde de bazı farklar oluşturmaktadır. Mesela gecekondu semtlerinde akut (başlangıç) enfeksiyon hastalıklarının yaygınlığının, çok daha iyi olanaklara sahip olan semtlere göre yüksek düzeyde olduğu bilinmektedir. Yanı sıra bu gibi sosyo-ekonomik düzeyi düşük bölgelerde hastalıklardan korunma, sağlıklı ve dengeli beslenme, tıbbi bakım hizmetleri, sağlık ve hastalık hakkında okur-yazarlık düzeyleri daha düşük olduğu görülmektedir. İyi olmayan sağlıksız çalışma koşullarından kaynaklanan riskler (tehlikeli kimyasal madde imalatı yapan işyerleri, madencilerin yoğun toza maruz kalmaları) bazı hastalıklara göz göre göre davetiye çıkarmaktadır. Bunun neticesi olarak da sağlıksız çalışma ortamlarına devamlı maruz kalma, bedenin bağışıklık sisteminin zayıflamasına ve bazı diğer hastalıklara da direncin düşmesine neden olmaktadır. Ayrıca, yaşanan bölgede modern tıbbi bakım hizmetlerinin varlığı/yokluğu ve bunlara ulaşım olanağı da çevre faktörleri ile doğrudan ilgilidir (Coe, 1970, s. 59).

Sosyo-ekonomik ve kültürel düzeyleri açısından her toplumda kendine özgü bir yapı bulunmaktadır. Bu nedenle bireyler süreç içerisinde karşı karşıya kaldıkları hastalıklar ve bu hastalıklara yükledikleri anlamlar da değişiklik göstermiştir. İnsanlık tarihi hastalıklar açısından değerlendirildiğinde bazı hastalıkların önceki zamanlara göre

önemini kaybetmesine rağmen, bazılarının ise önemini artırdığı görülmektedir. Bunun nedenlerinin başında karmaşık sosyal ve biyolojik süreçlerin hastalık ve birey arasındaki dengeyi değiştirmesi gösterilebilir. Tarım öncesi toplumlara bakıldığında avcı-toplayıcı oldukları görülmektedir. Bu toplumlarda yaşamını devam ettiren yetişkinlerin ölüm nedenlerine bakıldığında çoğunlukla ev kazaları gibi çevresel faktörlerden kaynaklandığı görülmektedir. Tarım toplumlarına bakıldığında ise ölüm nedenlerinin çoğunlukla kolera, veba, dizanteri, verem ve sıtma gibi bulaşıcı hastalıklardan kaynaklanmaktadır. Modernleşmenin etkisi ile birlikte ortaya çıkan gelişmiş modern tıp bilimi vasıtası ile yirminci yüzyılın ortasından bu yana gelişmiş toplumların çoğunda bu tip bulaşıcı hastalıkların ölüme neden olma oranlarının yok denecek kadar azalmıştır. Fakat bazı hastalıklar ki bunlar arasında özellikle enflüanza (grip), 65 yaş üstünde yaygın ölüm nedenleri arasında halen varlığını sürdürmektedir. Gün geçtikçe enfeksiyonların yol açtığı hastalıkların seyrinde azalmalar görülmüş bunların yerini ise kanser ve kardiyovasküler hastalıklar almış; toplumdan topluma oranları değişse de sanayileşmiş ülkelerin çoğunda temel karakteristik hastalıklar arasında sayılmaktadır (Fitzpatrick, 2008, ss. 4-5). Yine aynı şekilde on dokuzuncu yüzyıla gelindiğinde ABD’de tıp doktorları yaşam için tehdit oluşturan ve genellikle bulaşıcılık özelliği olan hastalıklarla (pnömoni, enflüanza, tüberküloz) karşı karşıya kalırken 1980’li yıllarda kalp yetmezlikleri ve kanserler esas ölüm sebepleri olmaya başlamıştır. Bunların yanı sıra Diyabetes Mellitus’tan (şeker hastalığı) kaynaklı ölüm nedenleri refah düzeyi yüksek gelişmiş toplumlarda ve yaşlı nüfusun fazla olduğu ülkelerde çok sık görülür olmuştur. Bundan dolayı tıp doktorları günümüzde esasen hastaların toplumsal vazifelerini yerine getirmesine engel olan kronik hastalıklarla karşı karşıya kalmışlardır. Günümüzde modern tıpta hastalıkların temel açıklaması olarak gösterilen mikrobun (virüs) yerini büyük ölçüde artık “stres” almış, “tedavi” kavramının yerini de “rehabilitasyon ve bakım” kavramlarına bırakmıştır (Turner, 2011, s. 17). Yanı sıra birtakım hastalık şekillerinin ise yüz yıllarca aynı kaldığı (erken dönem mısır toplumlarındaki mumyalarda (pnömoni, böbrek taşı, idrar yolları enfeksiyonu) tespit edilmiştir (Erdemir, 2015, s. 15).

Hastalıkların sosyal sınıflarla doğrusal bir ilişki/etkileşim içerisinde olduğu görülmektedir. Bireylerin ait oldukları toplumsal sınıflar arasındaki farklar onların sağlıklı bir hayat yaşayıp yaşayamayacakları konusunu doğrudan etkiler. Toplumsal

hiyerarşide en alt tabakada yaşamını devam ettiren kişiler zamanla toplumsal bir izolasyona maruz kalmaktadırlar. Toplumsal/sosyal ilişkileri görece zayıf olan bireylerde şizofreniye, tüberküloza vb. hastalıklara yakalanma oranları yüksektir. Bu kişilerde stres faktörleri diğer kişilere göre daha yüksek çıkmakta, beslenme alışkanlıkları da diğerlerine göre yetersiz/dengesiz olduğundan bilhassa çocuklarda beslenmeye bağlı sağlık sorunları oluşmaktadır. Bu kapsamda yapılan araştırmalar bireylerin sağlığa ilişkin günlük aktivitelerinin ve sağlık sisteminin imkanlarından faydalanma durumlarının ait oldukları toplumsal sınıfların konumu ile yakından ilişkili olduğu sonuçlarını ortaya koymaktadır. Modern çağda Yoga ve Tai Chi vb. Uzak Doğu kökenli uygulamaların ruh ve beden terbiyesini öne çıkaran meditasyonların ve estetik girişimlerin genellikle toplumun üst tabakaları tarafından talep edildiği görülmektedir. Bu ise refah düzeyi yüksek kişilerin çok daha kaliteli bir hayat sürmek ve yaşlanmayı durdurmak/geciktirmek doğrultusunda ciddi eğilimlerinin olduğunu gösterir. Fakat sosyal sınıflar ile sağlık arasında oluşturulacak her tür ilişkinin yalnızca genel eğilimleri açıklaması açısından önemli olduğu ve her zaman korelatif bir ilişki içerdiği akıldan çıkarılmamalıdır. Sosyal sınıflar ile sağlık arasında olan bu ilişki içinde yaşanan yüzyılın özellikleri, toplumsal sınıftaki hiyerarşinin durumu, araştırma için kullanılan örneklem özgülüğü gibi faktörlere göre değişiklik içermektedir (Baloğlu, 2005, s. 154; Cirhinlioğlu, 2016, ss. 32-33; Giddens, 2012, s. 316; Bradby, 2009, s. 68).

Hastalık ve sağlık olgularına yönelik açıklamalar ve bakış açıları hem toplum hem de bilim insanları tarafından çoğunlukla fiziksel sağlık üzerinden yapılmaktadır. Bunun en önemli sebebi ise fiziksel bir hastalığın bireyin günlük hayatını net ve görünür şekilde etkilemesi ve dahası ölümüne bile neden olabilmesidir. Yanı sıra bu tür hastalıkların salgın düzeyine erişerek kolektif bir korku unsuru olma olasılığı da hastalık-sağlık denildiğinde ilk olarak fiziksel/biyolojik durumun akla gelmesine/getirilmesine sebep olmaktadır. Fakat bireyler zihinsel veya ruhsal boyutu olan yalnızca et ve kemikten meydana gelen varlıklar değildir. Bu tarz bir bakış açısının gelişerek yaygın hale gelmesi hastalık-sağlık olgusunda yalnızca fiziksel açıdan değil, ruhsal ve çevresel olarak da yaklaşılması gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Sağlık ve hastalık kavramlarının algılanmasında yaşanan değişkenlik onun sosyolojik doğasının olduğunun bir göstergesidir. Birey realitesinin sosyo-kültürel, psiko-sosyal ve tarihsel boyutları kapsadığı düşünülürse problemin birçok boyutu ile sosyolojik bir karakter

taşıdığı görülecektir. Sağlık olgusunun, toplumsal olarak bir bütün içinde nasıl ele alınması gerektiğini konu edinen medikal sosyolojisi, sağlık ve sağlık bakım sistemlerinin toplumsal boyutları ile yapılan araştırmalarla sınırlarını koymuştur. Tıpta sosyoloji kavramı ise kamu sağlık okulları, tıp kolejleri, hemşirelik okulları ve hastaneler gibi yerel sağlık departmanlarında ortaya çıkmış sosyolojik bir ilgi alanı olarak görülmüştür. Medikal sosyoloji, sonuçları tıba uygulanabilen çalışmalar gerçekleştirirken tıp sosyolojisi, sosyolojik kuramın gelişimine katkı sunma amacındadır.

Sağlık ve hastalık olgusunun sosyal bir olgu şeklinde incelenebileceğini dile getiren sosyal tıp, sosyoloji ile tıbbın bir araya gelmesinde çok önemli bir rol almıştır. Sosyal tıp, hastalıkların tedavisi için müracaat edilen iyileştirme uygulamalarının yetersiz oluşunun altını çizerek hastalığı etkileyen sosyal ve çevresel şartların da düzeltilmesi gerektiğine vurgu yapmaktadır.

Sağlık ve hastalık kavramlarının algılanmasında dinsel ve ahlaki içerikler daima olmuştur. Bu nedenle kültürel ve temel yapısal farklar olan toplumların sağlık ve hastalık algılamaları değişiklikler göstermektedir. Sağlık ve hastalık olgusu birden fazla insani ve toplumsal bileşenlerin etkisi ile içeriği doldurulan kavramlardır. Bundan dolayı bu kavramların içinde yaşanan grup veya toplumların yaşam biçimleri düzeyinde “durumsal” kavramlar olarak düşünülmesi gerekmektedir. Hastalık kavramı herkes tarafından aynı adla anılsa da bireyin cinsiyetine göre, dindarlık durumuna göre, aidiyet duyduğu dine göre ve mezhebine göre farklı şekillerde tecrübe edildiği düşünüldüğünde sağlık ve hastalık olgusunu yalnızca tıp açısından ele almanın yetersizliği görülecektir. Hastalıkların sadece objektif gözlemler ve deneyimlerle anlaşılması isteği yalnızca mekanistik yaklaşımı haklı çıkarma gayretine hizmet edecektir. Sağlık ve hastalık olgusunun sosyolojik boyutunun yanında felsefi yönünün de göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Sağlık ve hastalığın tanımlanma ve algılanma düzeyinde ortaya çıkan farklar bu olguya felsefi açıdan bakmanın gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır. Aynı olguya farklı teşhis ya da tanımlama yapılmasının kaynağında olan nedenlerin anlaşılma çabası da sorunun felsefi yönüne vurgu yapmaktadır.

1.1.4. Dua ve Şifa Olgusu

Hastalık ve sağlık kavramları ile ilk akla gelen tıp alanı ve bu alanla ilgili kavramlardır. Hastalık ve sağlık hastane, doktor, hemşire, ameliyat, ilaç ve tahlil gibi tıbbi alanı kapsayan uygulama ve kavramları çağrıştırmaktadır. Bu kapsamda değerlendirildiğinde sağlık konusu yalnızca biyolojik bir sorun gibi algılanmakta ve buna yönelik çözümler üretilebilmektedir. Ancak hastalık ve sağlık olgusu tıbbi olduğu kadar sosyo-kültürel bir alan olarak da değerlendirilmelidir. Sağlık söz konusu edildiğinde sosyolojik manada bir ilişkiden, davranıştan, sosyal gruptan ve toplumsal kurumdan da bahsetmek kaçınılmaz olmaktadır. Birey hayatının en değerli ve önemli yanını oluşturan sağlığın muhafaza edilmesi ve devam ettirilmesi sosyolojik bir konudur. Uzun yıllar sağlığın sosyal ve kültürel tarafları göz ardı edilmişse de artık sağlık olgusunun sosyal boyutu ile sağlığa yönelik sosyolojik bakış bir zorunluluk haline gelmiştir. Sağlık, bireyler arası sosyal ilişkileri ve davranışları içine alan bir yapıya sahiptir. Hangi belirtilerin hangi hastalıklara ait olduğu, bireylerin tedavi ve hekim tercihleri, geleneksel tedavi yollarını tercih etmeleri konusu tıbbi açıdan ziyade toplumsal kültür ve yapısı ile ilgilidir.

Sağlık psikolojik, fiziksel, toplumsal yönleri olan ve birbirine dayalı çok boyutlu bir olgudur. Bu kapsamda değerlendirildiğinde hastalıkların yalnızca ilaç kullanma ve ameliyat etme gibi girişimsel tedavilere bağlanması doğru bir yaklaşım değildir. Hastalık ve sağlık olgusunun tıbbi yönünün olduğu kadar sosyolojik, psikolojik ve antropolojik yönü de bulunmaktadır. Her şeyden evvel sağlık, sosyolojik olarak toplumsal sistem içinde yer alan alt sistemlerden biri olup temel kurumların başında yer almaktadır. Bu kapsamda değerlendirildiğinde bile sağlık konusunun sadece kişiye indirgenebilecek bir olgu olmadığı ve toplumun diğer üyelerini de yakından ilgilendirdiği açıktır.

İnsanlar doğdukları andan itibaren hayatlarını devam ettirdikleri süre boyunca içsel ve dışsal/çevresel faktörlerin etkisi ile sosyalleşmekte ve bu süreçte çevresindeki tüm durum ve nesnelere karşı farklı tutumlara sahip olmaktadır. Bunlar arasında ilk sıralarda bulunan ve önemli tutumlardan biri de dini tutumlardır. İnsanların yaşamın bütün alanlarına ait tercih ve tutumlarını belirlemelerinde etkili temel değerlerden biri dindir (Certel, 2003). Dinler, insan yaşamının tüm alanlarında yol gösterici bir rehber olduğu gibi, büyük problemlerle baş etmelerinde umutlu olmalarını sağlayarak,

yaşamdan anlam çıkarmalarına aracılık etmektedir. Din, inancın vermiş olduğu motivasyon ve moral ile insanın yaşamı ve ölümü anlamlandırmasına yardım ederek, psikolojik ve fiziksel hastalıklarında, hastalık iyileşme sürecini kısaltmalarında ve tedavinin ilerlemesinde olumlu katkı sağlamaktadır.

Din, bireysel ve toplumsal açıdan geniş bir alanda fonksiyonu olan, bireylerin iç dünyasındaki etkileşim ile davranışların yönü ve şeklini belirlemede denge oluşturucu etkisi ile varoluşsal çözümlenme ve yaşamı anlamlandırma işlevine sahip güçlü bir olgudur (Doğan, 1998, s. 1). İnsanlar dini inançlarının desteği ve yüce güç sahibi Tanrı karşısında kendisinin güçsüz ve aciz bir varlık olduğunu kabul edecek ve Tanrı'dan yardım isteyecektir. Bu eğilim saf olarak inancın yapısına uygunluk göstermeyebilir. Çünkü dinin özü ve kişinin bu özden kendi benliğine aktarmış olduğu yön farklılıklar içerebilmektedir. Bu farklılığın meydana gelmesinde içsel ve dışsal unsurlar belirleyici bir işleve sahiptir (Peker, 2008, ss. 75-91). Kişiler arasında dini eğilimler farklılık göstermekte olup, dini yaşayışın şeklindeki bireysel farklılıklar ve kişinin sahip olduğu dini bilgi seviyesi bu farkların oluşmasında ilk sırada yer almaktadır. Diğer bir neden ise, kişinin dini eğilimler hakkındaki tecrübeleri ve yaşadığı toplumda izlediği uygulamalar olarak gösterilebilir. Toplumların yaşam biçimleri ve sahip olduğu kültürler din üzerinde etkili olmaktadır. Bireysel ve toplumsal farklılıkların, dini inancın yoğunluğunun, dini değerlerin yaşam şekline dönüştürülme biçiminin; genelde dini eğilimler üzerinde özel de ise dualar üzerinde önemli etkisi bulunmaktadır.

Sosyal bir kurum olarak hastalık sağlık olgusunun üzerinde dinin belirleyici bir etkisi ve farklı yaptırımları bulunmaktadır. Örneğin, bazı dinlerde belli başlı yiyeceklerin tüketilmesi yasakken, bazı dinlerde ise serbesttir. Bu durum İslamiyet'te haram ve helal kavramları ile karşılanmaktadır. Sağlık açısından zararlı görülen bir yiyeceğin aynı zamanda dini açıdan tüketilmesi arasında bir bağ kurularak bu iki alt sistemin (sağlık-din) birbiri ile etkileşim içinde olduğunun altını çizmektedir. Hastalıklar karşısında gösterilen tutum ve davranışlarda dini ve mistik inanç ve ritüellerin çok önemli bir yeri bulunmaktadır. "*Hastalıklarla ilgili tutum ve davranışlarda dinî, mistik ve büyüsel inanç ve pratiklerin önemli bir yer tuttuklarını*" ifade eden Günay (1998, s. 235), yaptığı çalışmada özellikle kırsal kesimde yaşayanların %97'sinin halk tababetinin etkisi ile çoğu hastalıklar karşısında dini, mistik ve büyüsel inançların nedensellik ilgisini ortaya koymuştur. Çalışmada çoğu

hastalığın nedeninin biyolojik olmaktan öte dini ve ahlaki açıdan zayıflık, kader, tabiatüstü güçler ve fizik ötesi pek çok inancın yer aldığı dinin hâkim olduğunu ortaya koymuştur.

Kişi hastalığa yakalandığında ruhen ve bedenen daha duyarlı bir yapıya kavuşacağı için inandığı ve sonsuz bir kudrete sahip olarak kabul ettiği Tanrı'dan, yeniden sağlığına kavuşabilmesi için yardım talebinde bulunacaktır. Bu dileğinin gerçekleşmesi için de Tanrı tarafından hoşlanılacak tutum ve davranışlar içinde bulunacaktır. Tüm dinlerde olduğu gibi Tanrı tarafından emredilen (dua, oruç, namaz vb.) ritüel ve davranışlarda bir düzen ve artış yaşanmaya başlayacaktır. Meydana gelen eğilim bunlarla sınırlı olmayıp, kişinin hasta olan diğer kişileri ziyaret etmesi, kutsal metinlerin okunması, yazılması ve taşınması gibi davranışlar da bu eğilimlere örnek olarak gösterilebilir.

Dua, tarihsel süreçte dinlerin en önemli unsurları arasında yer almış, genellikle de dinin en merkezi konumunda bulunmuştur. Diğer taraftan dua, bireysel dini tecrübenin net biçimde yaşandığı dini tutumlar arasında ilk sıralarda yerini almıştır. Bireysel tecrübe ile yakından ilgili oluşu ve bu kadar yaygın olması nedeniyle duanın genellikle Din Psikolojisi alanında pek çok araştırmaya konu olduğu görülmektedir. Geleneksel şifa arama formlarından dua ile şifa bulma çabaları insanlık tarihi kadar eskidir. Dua zamandan, mekândan ve dilden bağımsız, geleneksel olarak devam eden şekillerde kişiye Tanrı ile iletişimde olma yeteneği kazandıran bir vasıta olarak görülmektedir. Dua ile şifa konusu, geçmişten günümüze kadar devam eden araştırmalara konu olmuş, halen de güncelliğini korumaya devam etmektedir. Bu çalışmaların özellikle batıda yoğunlaştığı göze çarpmaktadır. Pek çok ülkede gerçekleştirilen farklı araştırmalarda duanın hastalar üzerinde meydana getirdiği iyileştirici etki ortaya konulmuştur. Son yıllarda bilim çevrelerinde yazılı ve görsel basında yer alan konulardan biri de modern tıpta duanın bir tedavi aracı olarak kullanılıp kullanılmayacağı tartışmalarıdır.

Tarihsel sürece göz attığımızda bu tartışmanın aslında temelinin yüzyıllar öncesine dayanmakta olduğu görülür. Carrel 1700'lü yıllarda Fransa'da dua ve telkin yöntemi ile tedavi gerçekleştiren Lourdes adında bir bölge olduğundan söz etmiştir. Carrel o dönemde, hasta olan kişilerin bu duruma olumlu yaklaşmadığını fakat çoğu

kişinin de şifa bulmak için buraya müracaat ettiğini ve buranın yoğun bir ilgi gördüğünü belirtmiştir (Carrel, 1961, ss. 31-36).

Duanın şifa üzerindeki etkisi bilim çevreleri tarafından çok tartışılan konular arasında yer almıştır. Çoğu bilim insanı duanın bilimsel olarak araştırılamayacağını öne sürerken, din adamları ise Tanrı'nın gücünün hiçbir şekilde sorgulamaya söz konusu olmadığını belirtmektedirler. Tartışmalarla birlikte konu üzerine yapılan araştırma sayısı da gün geçtikçe artmaktadır. Özellikle Amerika Birleşik Devletleri'nde 2006 yılında federal hükümet uzaktan duanın etkisinin araştırılması için 5 yıl süren bir araştırma için 2,3 milyon dolar fon ayırmıştır (Stein, 2006).

1970'li yıllardan itibaren gerçekleştirilen araştırmaların sonuçlarına göre dua, insan sağlığı üzerinde pozitif etkiler oluşturmuştur. Yapılan klinik deneyler, kişinin kendisi veya başkası için yaptığı duaların dua yapan ve dua yaptığı kişi üzerinde pozitif yönde etki ettiğini göstermiştir. "Handbook of Religion and Health" adlı kitapta; maneviyat ve duanın insan sağlığı üzerine olan etkilerini inceleyen yaklaşık 1200 araştırmanın sonuçları özetlenmiştir. Kitaptaki açıklamaya göre "bütün araştırmalar dindar kişilerin daha sağlıklı ve uzun yaşadığını göstermektedir. Düzenli olarak dua yapanlar ve ibadetine düşkün olanlar daha az hastalanmaktadır. Düzenli şekilde ibadetini yerine getiren yaşlıların felç riski diğer yaşlıların yarısı kadar olup, kanserden ölüme ve kalp hastalığı geçirme ihtimali diğer kişilere göre %40 azalmaktadır. Ayrıca bu kişiler daha az depresyon yaşamakta ve tedavi süreleri kısalmaktadır" (Koenig vd., 2012, s. 39).

Dua ve şifa üzerine yapılan çalışmalar dini ve manevi hayatın sağlık açısından etkilerinin araştırılması açısından iki şekilde ele alınabilir. Bu çalışmalardan ilki dua ve maneviyatın sağlık üzerine olumlu hiçbir etkisinin olmadığı yönünde yapılan araştırmalar, diğeri ise dua ve maneviyatın pozitif etkilerini ortaya koyan araştırmalardır. Yapılan literatür incelemesi neticesinde elde edilen bulgulara göre dua ve maneviyatın pozitif etkilerini ortaya koyan çalışmaların ağırlıkta olduğu görülmüştür. Dua ve şifa üzerine yapılmış araştırmaların özellikle depresyon, anksiyete, madde bağımlılığı, AIDS, kanser, romatizmal hastalıklar, kalp-damar hastalıkları üzerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Bu alanda araştırma gerçekleştiren araştırmacılar; O'laoire (1993), Astin vd., (2006), Krucoff vd., (2001), Harknes ve diğerleri (2000), Joyce ve Welldon (1965), Witter (1997), Collipp (1969), Aviles ve diğ. (2001), Oyama

ve Koenig vd., (1998) dua ve hastalık/şifa arasında bir ilişki olmadığına yönelik sonuçlar elde etmişlerdir. Betimsel ve İlişkisel/ Pozitif Sonuçlu Araştırmalardan bazıları ise şunlardır; Poloma ve Pendleton (1990; 1991), Eisenberg vd., (1993), King ve Bushwick (1994), Rhee vd., (2004), Laird vd., (2004), Turton ve Francis (2007), Ridge vd., (2008), Francis vd., (2008), Robbins vd., (2008), Matthews vd., (2000), Vannemreddy vd., (2009). Araştırmaların büyük bölümünün kanser, kardiyovasküler hastalıklar üzerinde yapıldığı görülmektedir. Bu araştırmalardan yola çıkarak modern tıbbın tam olarak tedavisini gerçekleştiremediği hastalıklarda bireylerin dua gibi mistik uygulamalara yöneldiği görülmektedir. Yapılan bu araştırmalar değerlendirildiğinde genelde dini inançların özelde ise duanın hastaların bedensel ve ruhsal sağlığı üzerinde pozitif etki ettiği, hayat memnuniyetini yükselttiği, hastalıkla başa çıkmada ümit verip direnç kazandırdığı söylenebilir. Yanı sıra, yapılan araştırmalar hastaların hastalıklara karşı tepkilerini şekillendirmede manevi ve dini inançlarının etkili olduğunu, bir bilimsel yönetime karar verirken büyük etkisi olduğunu ortaya koymaktadır (Cynthia, 2000, s. 30).

Duanın sosyolojik ve sosyo-psikolojik boyutlarının olduğu inkâr edilemez. Çünkü din her şeyden önce sosyo-kültürel bir olgudur. Dini ibadetler ki dua bunlar arasında önemli bir ajandır ve kültürel yapıyla çok yakından ilgilidir. Diğer ibadetlerde olduğu gibi duanın biçimi ve içeriği büyük oranda sosyo-kültürel geleneğin izlerini taşır. Dolayısıyla toplumsal hayatta gelenekle gelen dua etme tutum ve davranışı günümüzde de varlığını sürdürmektedir. Birey sosyal etkenler ve uyaranlarla iç içe yaşayan bir varlık olup, onlarla bir bütün halinde ele alınması gerekmektedir. Dua tarihine bakıldığında kişisel, mezhebi ve kültürel değerler tarafından şekillendirildiği görülmektedir.

Sağlık ve hastalık, insanların yaşadıkları çevrenin niteliklerinden tutun da toplumun nüfus bileşenlerine varana kadar çok geniş kapsamda belirleyicileri olan, tıbbi olduğu kadar kavramsal ve kurumsal sosyolojik bir olgudur. Geleneksel toplumun bir ideal tip olarak ele alınması ile sosyo-ekonomik yapı açısından çoğunlukla kendi kendine yeten, dini olanla dini olmayan unsurların iç içe girdiği, sınırlı sosyal hareketliliğe sahip bir görünümündedir. Bu toplum tipi, doğada her derdin bir devasının olduğu inancı ile hastalıklar karşısında çeşitli bitkiler ve dini inanç ve uygulamalardan yararlanmıştı. Endüstriyel gelişmeler modernizm kapsamında bireyin bir amaç değil,

araç olarak kullanımına bağlı şekilde yeni ve farklı sağlık tehditleri oluşturmakla birlikte hayat standartlarını yükseltmekte ve sağlıkla alakalı düşüncelerimizde de gelişme ve değişmeye sebep olmaktadır. Geleneksel toplumlarda “geleneksel tıp”, modern toplumlarda “modern tıp” isimlendirmeleri toplum tiplerinin birer izdüşümü olarak varlık kazanmıştır.

Postmodern dönem; oluşan formel ve informel kurumsallaşmış sağlık ilişkisini anlayabilmek için toplumun, hastalık ve sağlıkla ilgili seçeneklerinin dikkate alınmasını gerekli kılmaktadır. Postmodernizme göre sağlık kavramı anlamını yitirmiş, hastalık kavramından ziyade tüketim ve sağlık kavramları yönünde kültürel bir geçiş yaşanmıştır. Sağlık alanında da bu yeni dönemin izleri çeşitli şekillerde görülmüştür. Özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık problemi yaşayan bireyler, gruplar meydana getirerek sorunlarını kendileri çözme eğilimindedirler. Alternatif tıp yalnızca gelişmiş ülkelerde değil gelişmekte olan az gelişmiş ülkelerde de yaygınlık kazanmaya başlamıştır. Modern ve rasyonel bilimin temsilcileri olan doktorlar, sağlık problemlerine çözüm olan araçlardan yalnızca birisi konumuna yerleştirilmişlerdir. Tıp bilimi ise hastalıklara çözüm bulan evrensel değerleri olan ve çoğu bireyin saygı gösterdiği bir disiplin olmaktan çıkmış, sağlığa ait yalnızca bir “söylem” durumuna düşmüştür. Sağlıklı olarak hayat sürdürmek modern dönemlerde algılandığı gibi istenen ve olağan bir durum olmaktan çıkarak gereklerine uyulduğunda kazanılabilecek bir ihtimal olarak ortaya çıkmıştır (Ersoy, 2014, ss. 182-192).

Postmodern düşünceye sahip bilim insanları modern tıp tarafından kullanılan ağrı kesicilere eleştirel yaklaşmışlardır. Eleştirel yaklaşımlara göre modern ağrı kesiciler yararlı bulunmamaktadır ve ağrıyı dindirmediği gibi problemi de ortadan kaldırmazlar. Hatta ağrı kesiciler belli bir süre sonra bedene zarar vermeye başlamakta ve ciddi bağımlılıklar oluşturmaktadırlar. Diğer yandan modern tıpta kullanılan malzemeler ve teknik, ağrı kesicilerin sermaye haline gelmesi ve kodaman ilaç şirketlerinin para kazanma amaçlarının yükselmesi dikkate değerdir. Piyasada birey sağlığına olumsuz etkisi olan ilaçlar satışa sunulmaktadır. Onlara göre ilaçlar potansiyel zehirdir ve geniş kullanımları ve güçleri ile beraber beklenmeyen ve istenmeyen etkileri bulunmaktadır. Özetle postmodernist kuramcılar birey bedenine farklı bakmakta olup, aynı zamanda hastalık sırasında oluşan ağrı olgusuna da farklı yaklaşmaktadırlar. Onlara göre postmodern dönem sağlık olgusunun köklü olarak dönüşeceği yeni bir dönemdir.

Bireyin modernist ilkelerden hareket ettiği algısının geçerliği postmodernizm ile sona ermiş görünmektedir. Birey kendine ait bedeninin bütünlüğüne yeniden kavuşacak ve böylece bedensel aktivitelerini (ağrı vb.) yeniden tanımlayacaktır (İllich, 2014, ss. 99-101).

Sağlık konusunun sekülerleşme ile olan ilişkisinin görünümünü sağlayan olgulardan biri hastalıklara karşı geliştirilen bakış açısında yatmaktadır. Bu bakış açısını basit bir evrimci çizgi üzerinden değerlendirmek olanaklı görünmese de temel hatları ile kutsaldan sekülere doğru bir yön çizdiğini görmek mümkündür. Bu yön tüm toplumlarda benzer biçimde tezahür etmemekle beraber hastalık nedenlerine ait açıklamalar çağdaş tıbbın gelişiminde aynı zaman dilimi içinde gelişen bir olgu olarak radikal şekilde değişmiştir. Çünkü rasyonellik bağlamında gelişen tıbbi bilgi her şeyden evvel doğaüstü açıklama şekillerini kabul etmemiştir. Bu durum ise hastalıkların tanımlanma biçimlerini değiştirmiş ve tedavi yöntemlerini de değiştirmiştir.

Hastalıklara ait bakış açısında yaşanan değişimler uzun toplumsal süreç sonucunda ortaya çıkmıştır. Neredeyse insanlık tarihi kadar eski olan metafiziksel açıklama modelleri, büyük uygarlıkların ortaya çıktığı zamanlarda tek düşünce kalıbı şeklinde görülmektedir. Afrika yerlilerinden Amerika ve Avustralya'ya, Pigmelerden, İnkalardan Maorilere, Asurlulardan Babillere, Eski Çin medeniyetinden Türklere ve Hintlilere kadar bütün toplum ve dinlerde tek hâkim düşünce vardır (Bebek, 2004, s. 26). İlkel toplumlarda yapılan dualar, arzu ve coşkulardan kaynaklı olarak psişik uyarımın doğrudan bir ifadesi ve kalplerinin özgür bir şekilde dışavurumudur. Bundan dolayı yapılan duanın dili gayri resmi, özgür, irticali ve önceden tasarlanmamıştır. Dua yapan bireyin duada kullandığı sözler tamamen kendisine aittir ve birey dua esnasında o andaki ruh haline göre kalpten ve içinde geldiği şekli ile dua yapmaktadır. İlkel dualardaki en belirgin özellik saf ve temiz oluşudur. Dua yapan kişinin hissettiği arzu, endişe, güven, öfke, depresyon vb. duygular özgür bir şekilde ifade edilmektedir. İlkel toplumlarda yapılan duaların başında yaşam ve sağlık gelmektedir. Hintliler dua yaparken “beni incitme” ve “bana karşı barışçı ol” şeklinde istekte bulunurlar. Malenezyalılar ise deniz ortasında bir fırtına ile karşılaştıklarında atalarının ruhları için “...bizi karaya çıkar ve bizi fırtınadan kurtar!”, şeklinde dua yapmaktadırlar. Bunların yanı sıra gelişme, güvenlik, arazilerine ettikleri ürünler için bereket, yeme ve içme, hayvanlarda bolluk, geniş aile gibi dualar en sık yapılan dualar arasında yer almaktadır

(Heiler, 1932, ss. 9-19). Kadim medeniyet ve inançlarda yaşandığı gibi öncesi dinlerde hastalıkların kaynağına erişmeye çalışırken çok net olmasa da maddi ve manevi önlemler, tedavi yöntemleri ve duanın yapılışlarına göre bazı çıkarımlar yapılmak mecburiyetinde kalınmıştır. Yapılan çıkarımlar arasında ve en dikkat çekici olanı “kötü ahlak” olarak bilinmektedir. Eski topluluklar ve inançlarda tedavi yapan şifacı kişiler haricinde, bilgi kaynağı olarak kullanılan kozmolojik faktörler dikkate alındığında doğaüstü varlıklara olan inancın aynı zamanda tıbbi bilginin kaynağı olarak da değerlendirilmektedir. Kutsal kabul edilen doğa varlıklarının etkisinin görüldüğü ve kozmolojik olayların etkisine olan inanç gereği, her varlıkta bir ruh bulunduğu, bu ruhların tanrılara ve insanlara yakın olduğu inancı yaygın olup bu inanış şekline animizm adı verilmektedir (Haviland, 2002, ss. 415-416). Bireyler pasif Tanrı’ya dua ve niyazda bulunmaz, bundan dolayı Tanrı’nın iptidai dinlerin genelinde kendisinden daha aktif ruhların yanında önemini yitirmiş olması hayret edilecek bir durum değildir (Schimmel, 1999, s. 21).

Eski medeniyetlerin hastalık sebepleri arasında hem Tanrısal hem de sihir ve büyüsel olarak açıklanan bazı inançlar bulunmaktadır. Eski medeniyetlerde doğrudan tedavi edici şifacıların yanı sıra, kozmolojik unsurlar da bilgi kaynağı olarak kullanılmıştır. Kutsal olarak kabul gören bu doğaüstü güçlere olan inanç gereği, tüm varlıklarda bir ruh bulunduğu, bu ruhların ise insanlara her şeyden daha yakın olduğuna inanılmaktaydı. Bu durum ise inanışların ve inançların tıbbi olarak ortak noktasını oluşturmaktadır. Diğer bir konu ise, tedavi biçimlerinin dini unsurlar içermesi ve tedavi edicilerin rahipler ya da din adamları olarak görülmesidir.

Eski medeniyetlerden Sümerler inanışına göre hastalıklar etrafta bulunan zararlı ruhlar ve cin gibi görünmeyen varlıkların insan vücuduna girmesi ile oluşmaktaydı. İnsan vücudunda meydana gelen tüm hastalıkların kaynağı Tanrılar tarafından korunmamaları, günahları, görevlerini ihmal etmelerinden meydana gelmekteydi. “*Bir Sümerli, ilâç kullanmadan önce dua ederek kötü ruhların eseri olan hastalığı tanrısının yardımı ile uzaklaştırmayı dener ve daha sonra günün geçerli tıbbî tedavisine başvururdu*” (Bayat, 2003, ss. 39-40). Bu hastalıklardan korunmak için Tanrı’ya sık sık dualar yapılırdı. Babillerin tedavi şekilleri büyük oranda Sümerlerden devşirilmiştir. İnsanlar hastalık karşısında ilaca başvurmadan önce kötü ruhlar tarafından kendilerine musallat olan hastalıklardan kurtulmak için Tanrı yardımı ve etkili dualar yaparlardı.

Sümerlerde olduğu gibi Babilliler’de de Tanrı’nın öfkesini yatıştırarak, cin ve şeytan çıkarma yanında, belirti ve ampirik bilgiler vasıtası ile ilaç ve ilgili tıbbi araçlarla tedavilere başvurulmuştur (Bayat, 2003, s. 39). Asurlular’ın hastalık anında müracaat ettikleri formüllere bakıldığında büyük oranda önceki medeniyetlerden miras aldığı görülmektedir. Asurlular’ın düşüncelerine göre, kötü ruhlar bir kişi ya da bir ulusun günahlarının bedeli olarak tanrı tarafından gönderilirdi. Bu durumlarda doktor-rahip hastalığa müdahale eder, tanrı koyarak uygun olan şeytan çıkarma ve kefaret ayinleri ile tedavi yapardı (Margotta, 1998, s. 10). Asurlularda tedavi bilgisine ulaşmak ilahi bir süreci takip etmekte, dualar ve efsunlar önemli hale gelmektedir. Bu saptamalar da tedavi eden kişilerin (şifacıların) ilahi kişiler olduğu görülmektedir (Schimmel, 1955, s. 415). Hititlerde de tüm toplumlarda yaşandığı gibi, hastalıkların nedeni doğüstü güçlere bağlanmıştır. Bunlar arasında Tanrı’nın ihmal edilmesi, Tanrı’ya karşı işlenen günahlar, bedeni kirlenme, yemin vb. olaylar hastalıklara neden olmaktadır. Hitit Tanrı’ları arasında kişilere hastalık veren İşhara Tanrısı, sağlık Tanrıçası Kamruşepa ve Kralların savaş meydanlarında bulaşıcı hastalıklardan korunmasını sağlayan Yarri’nin çok önemli bir yeri bulunmaktaydı. Kişisel hastalıklardan daha çok toplum sağlığını ilgilendiren salgınların açıklanmasında hastalıklara neden olan durumların günahlardan kaynaklandığı inancı hakimdir. Bu inancı Tanrı’ya yapılan dualarda görmek mümkündür (Bayat, 2003, ss. 61-63). Mısırlılar ise hastalık anında Tanrı’larına hem yazılı hem sözlü olarak dua yaparlardı. Yazılı ve sözlü olarak yapılan dualarda Tanrıları Öziris (Ra) ve İzis’ten yardım isterlerdi. Tanrılardan istenilen yardım yalnızca sözlü şekillerde olmayıp, yazılı dua (muska) şeklinde nesnel objelerle de yapılırdı. Doğrudan şifa bulmak amacı ile yapılan dualar ve bunların yanında kullanılan ilaç ve yöntemlerin de şifa vermesi için “ilaç duası” adı altında dua yaparlardı. İlacı hazırlarken veya onu hastaya verirken bazı özel dualar yaparlardı. Mısırlıların inancına göre insan içine girerek hastalık yapan kötü ruhların çıkarılması için de çeşitli dualar yapılmaktaydı. Araplar ’da aynı şekilde düşünmekte ve bundan dolayı insan içine giren şeytanın okunarak ya da nüshalar yazılarak çıkarılması gerektiğine inanırlardı (Neşet, 1993, s. 121). Mısır Tanrı’larının tamamına yakını şifa verici özellikleri olmakla beraber bazılarının da Tanrıça Sekmet gibi hem şifa veren hem de hastalığın kaynağı (veba salgınlarının sebebi) olan Tanrı’lar vardı (Bayat, 2003, s. 50). Mısırlılar günümüzde koruyucu hekimlik olarak adlandırılan bazı kurallar koyarak, bu kuralların günlük

hayatta uygulanabilmesi için dini akide olarak kabul edilmiştir. Kurallar arasında gıdalar, evin şekli, cinsel hayat şekli, zamanı ve temizlenme ile ilgili prensipler yer almaktadır. Ayrıca bu kurallar rahipler tarafından belirlenerek gözetim kontrol edilir, kurbanlıklar kontrol edilerek etler muayene edilirdi (Ata, 1988, s. 31). Çin medeniyetine bakıldığında Mezopotamya, Mısır ve Anadolu havzası içinde yer alan medeniyetlerle çeşitli farklar içermektedir. Hastalıklar Yin-Yang teorisine göre açıklanmaktaydı. Yang; güneş, gök, aydınlık, yaratıcılık, yükseklik, sertlik, erkeklik, hareketlilik gibi özelliklere sahip olup, böbrek, dalak, akciğer, karaciğer ve kalpte, Yin ise ay, karanlık, toprak, yumuşaklık, dişilik, sükûnet, ağırlık, soğukluk hususlarını taşımakta olup safra kesesi, mide, mesane, ince ve kalın bağırsak organlarına hükmederdi. Vücuttaki dengenin sağlanması ve bir denge içinde olması Yin ve Yang'ın bu organlarda belli oranlarda uyum içinde olmasına bağlı olarak değişmekteydi. Uyumun bozulması sonucu hastalıklar meydana gelmekteydi. Hastalıkların tedavisinde ise dengenin yeniden sağlanması için girişimlerde bulunulurdu (Bayat, 2003, s. 68). Girişimler içinde dua önemli bir yer tutmaktaydı. İran medeniyetinde de hastalıklarla baş etme yöntemi olarak yine duaya başvurulmaktaydı. Çünkü diğer medeniyetlerde olduğu gibi İran medeniyeti de hastalıkların kaynağını görünmez yüce varlıklara bağlamaktaydı. İran ve Yahudi inancı bazı noktalarda benzerlikler göstermektedir. Arınma ve temizlenme ayinleri Yahudilikteki ibadetlerle ciddi benzerlik taşımaktadır. Dini açıdan haram olan bir şeye temas etmek, dini açıdan hiçbir nedeni gösterilemeyen cilt yaraları ve çıbanlar bile, din adamlarına gösterilerek onun belirleyeceği bir kurban bedeli ile özel suda yıkanmak ve gerekli duaları okumak yolu ile kontrol altına alınmaktadır. Kirlenme ve hastalık nedenleri ile arınma törenleri yapılmakta olup, Yahudilik ve İran medeniyeti arasında bu yönüyle benzerlikler bulunmaktadır (Yurdaydın, 1978). Yunan medeniyeti tıp geleneği konularında Mısır medeniyetinden etkilenmiştir. Yunan medeniyetinde, hasta kişilerle ilgili endişe ve umut konusuna önem verilmesi Aesculapius mezhebi ile başlamıştır. Şeytan çıkarma işleminden arındırılan psikoterapi yönteminin tapınaklarda başladığı söylenebilir. Yunan Tanrı'ların büyük bölümü şifa verici özellikleri ile bilinmektedir. Yer altı Tanrı'larının yanı sıra Afrodit, Athena, Artemis'in şifa verici özelliği bulunmakta, hastalıkları tedavi edebilmekte ya da önleyebilmektedir (Margotta, 1988, ss. 22-24). Antik Yunanlılar hastalıklar karşısında ve hatta ölümlerin yeniden hayata dönmesi konusundaki yetkinin Tanrı'da olduğuna inanmakta olup, şifa bulmak

için Tanrı'ya dua yapmaktaydı. Roma'lılar da diğer medeniyetlerde olduğu gibi hastalık nedenlerini Tanrı'ya bağlamaktaydı. Bu dönemde var olan neredeyse tüm Tanrı'lar yaşamın bazı aşamalarını kontrol etmekte, onların "numen" olarak bilinen insan üstü güçleri bulunmaktadır. Kendilerine uygun şekillerde müracaat edildiğinde bu güçlerini kişilerin faydasına kullanmaları olasıdır (Yurdaydın, 1978, s. 89). Bedende üç farklı ruh olduğunu, bireyin sağlıklı bir şekilde hayatını devam ettirebilmesi için hayvansal ve yaşamsal olarak isimlendirilen ruhların belli bir denge içinde olması gerektiğini düşünmüşlerdir. Romalılar tıbbı çok önem vermeseler de halk sağlığı alanındaki uygulamalarda öncü kabul edilmektedir. Roma şehrine temiz içme suyu temini, veba, çiçek gibi ölüme neden olan hastalıkların yayılmasını büyük oranda önlemiştir. Romalılar temizliğe önem vererek dini vecibeleri yerine getirme kaygılarının dışında tutulmuşlardır (Sevimli, 2005, s. 46). Antik tıbbın benzer uygulamalara sahip olması Babil uygarlığına dayalı bir kökene sahip olmasından kaynaklanmaktadır. Tıp Babil'de kâhin olan Keldaniler'ce temeli atılmış bir ilim olup, kadim medeniyetlerin tıbbı Keldaniler'den alması gibi Araplar'da Keldaniler'den almışlardır. Kadim medeniyetlerin tıp uygulamalarının Mısır'da, Asur'da, Babil'de birbirine benzer uygulamalar taşıması, uygulama kökenlerinin ortak olmasından kaynaklanmaktadır. Sonrasında tıp aynı uygulamalar çerçevesinde Antik Yunana aktarılmış ve Antik Yunan tıbbın daha ileri bir seviyeye ulaşmasını sağlamıştır (Zeydan, 1966, s. 74). Antik Yunan'dan Roma'ya, oradan da İran'a taşınmış Araplar'da İran'dan bazı tıbbi bilgileri ve uygulamaları almışlardır. Aldıkları bilgi ve uygulamaları Babil'den aldıkları ve doğrudan kendilerinin de katkı sağladıkları tedavi yöntemleriyle sentezlemişlerdir. Neticede günümüzde halen bazı Arap kabileleri tarafından uygulanan bu sentez, Araplar'ın İslam öncesi tıp anlayışını meydana getirmiştir (Çağatay, 1982, s. 222). İslam öncesi dönemde Araplar'ın hasta olduklarında bir kâhine giderek tedavi oldukları aktarılmıştır. Örneğin baş ağrısı olan bir kişinin kâhine gitmesi ve kâhinin hastayı efsunlayarak (okuyup-üfleme) tedavi ettiği aktarılmıştır. Eski Mısır'da uygulandığı gibi hastalıklarının sebebi olarak görülen kötü ruhların negatif etkilerinden kurtulmak için bazı özel dualar okunmaktaydı (Zeydan, 1966, s. 72). Orta çağ Avrupa'sına geldiğinde sağlık hizmetlerinin manastır hastanelerinde verildiği ve bu hizmetlerin daha çok dini bir yapıda olduğu söylenebilir. Hastalıklar kişilerin işlemiş olduğu günahlar neticesinde cezalandırılmaları veya büyü sonucu meydana geldiği

düşünülmüştür. Tedavisinin de efsun, dua ve madalyon içine yerleştirilen azize ve aziz resimleri ile yapılmıştır. Din adamları tarafından mistik tedavilerin yanında küçük cerrahi girişimler ve ilaç verilmiştir. Hastalar manastır içinde yer alan bölümlerde rahip hekimler tarafından tedavi edilerek dini tedavi (muska, dua) ve manastır bahçelerinde yetiştirilen bitkilerle tedavileri yapılmıştır (Ragsdell ve Tapley, 2014, s. 91). Avrupa Tıbbı'nda Rönesans ve sonrasında tabular yıkılmıştır. Eski inanç ve inanışlardan arınmaya başlayan insanlık, dinin bilim üstündeki olumsuz etkisini kaldırmak için çaba göstermiş ve aydınlanma çağının başlamasına bir dayanak oluşturmuştur. Ancak ayırışma, bireyi bütüncül şekilde ele almaktan maddesel bir bakış açısı ile ele alınmasına neden olan bir adım niteliği de taşımıştır (Ragsdell ve Tapley, 2014, s. 84). Aydınlanma döneminde günümüze kadar olan dönemde deneysel araştırmaların hızlandığı klinik tıp araştırmaları 19. yüzyıl Avrupası'nda hastaneler etrafında toplanmıştır. Bu çağda hastalıkların organlarda oluşmadığı dokularda oluştuğu görüşü ileri sürülmüştür. Hastalıklar maddesel ve organ şeklinde bedende ayrıntılandırılmış ve bireyin beden ve ruh bütünlüğünde değerlendirilmesi düşüncesinden uzaklaşmıştır (Ragsdell ve Tapley, 2014). Semavi ve ilahi dinlerin tıpla alakalı yaklaşımı, teolojik (tevhidi ve imani) çerçevede ele alındığı gerçeği (Atmaca, 2010, s. 119) önemlidir. Herhangi bir nedenle bir hastalığa yakalan kişilerin hastalıkla başa çıkmada müracaat ettikleri yollar, tüm medeniyetlerde hemen hemen aynı özellikleri taşımakta, Tanrı'larına yalvarıp yakarmaktadırlar. Eski medeniyetlerdeki inanç ve ibadet kişinin düşünce şekli ve tedavi sürecine yön vermektedir.

Tarihsel olarak değerlendirildiğinde hastalıkların sebepleri neredeyse bütün dönemlerde mistik birtakım uygulamalara dayandırılmış veya bu mistik uygulamalar tedavi yöntemi olarak kullanılmıştır. Günümüze kadar gelen süreçte uygulamalar hasta bireylerin şifa bulacaklarına inanmaları şartı ile dinsel-büyüsel nitelikte olmuştur. Açıklanan dönemlerdeki farklı medeniyetlerin uygulamış olduğu dinsel tedavilerin, bireylerin spiritüel ihtiyaçlarından kaynaklandığı anlaşılmaktadır. Din ile sağlığın/tıbbın bu kadar yakın bir temas içinde olması çoğu dini sistemin hastalıklarının sebeplerine ait açıklama ve tedavi şekillerine yönelik inançlarının dini söylemlerin sınırları kapsamında kalmasını zorunlu kılmıştır. İnsanlık tarihinde çok önemli bir yeri kapsayan doğa üstü açıklamalar, hastalık sebepleri ve tedavi usulleri ile alakalı konularda çok uzun yıllar baskın bir açıklama modeli olarak görülmüştür. Genel toplumsal bir düşünce şekli

olarak bireylerin her zaman doğal kanunlar yerine mucizevi ve dini unsurlar olarak gördüğü, bireyin doğaya bağımlı şekilde yaşadığı dönemlerde Tanrı gazabına ve kötü güçlerin etkisinden kaynaklandığına inanılmaktadır. Tıbbi bilgi yetersizliği yaşandığı bu dönemlerde sığınılacak bir anlam bütünlüğüne ihtiyaç duyulması, dinlerin bu noktalarda ilgili birtakım açıklamalar yapmalarının önünü açmıştır. Bu durum Hristiyan toplumlarında süreç içerisinde güçlü konuma geçen kilise babaları; Asurlular, Mısırlılar ve İrânlılardan aktarılarak Kutsal Kitap'ta yer bulan inanışları temel alarak hastalıkların Tanrı tarafından verildiği düşüncesi ile ilişkilendirilmiş olup böylece tıbbın gelişimi ve ilerlemesi engellenmiştir. Bu bakış açısı tıp tarihinde kilise hekimliği olarak isimlendirilen bir uygulama şeklinde tezahür etmiştir. Fakat bu durumun putperest dönemlerden kalma bir heves olarak kabul edilebileceği, çünkü çok ilkel bir yöntem olan tükürük ile tedavi yollarından, pis kokulu nesnelerin kullanılması ile vücuda giren şeytanların korkutulup uzaklaştırılmasına kadar birçok metot içerdiği (Adivar, 1980, ss. 113-114) belirtilmektedir.

Yıllar boyunca hastalıkların Tanrısal ceza olarak kabul edildiği dönemlerde bireyler şifa bulma arayışlarında adaklar, kurbanlar, dualar, sihirler gibi yöntemleri kullanmışlardır. Rönesans dönemiyle ortaya çıkan deneysel çalışmalar, tıbbi metotların rasyonel biçimde gelişmesini sağlayarak dini yöntemlerin etkinliğinin zayıflamasına sebep olmuş, sağlık problemleri seküler sebeplerle ilişkilendirilmeye çalışılmıştır. Bu kapsamda birey bedeni makine gibi görülmüş, hastalık olgusunun makine işleyişinde ortaya çıkan bir aksaklık olduğu düşüncesi egemen olmuştur. Mekanik sağlık anlayışına göre; birey mükemmel bir saat gibi Tanrı tarafından kurgulanmış bir varlık olarak, mekaniğin temel yasalarının birey bedeni içinde kabul edilebileceği düşünülmüştür. Bu şekilde doğada meydana gelen tüm olayların dışarıdan bir etki ile oluştuğu, hastalıklara ise hastalıkla ilişkili olan aynı zamanda da gözlenebilen etmenlerin sebep olduğu düşüncesi yağın kanı olarak kabul edilmiştir (Akalin, 2015). Böylece modern tıpla birlikte artık hastalıklar yüzyıllar boyu ilişkilendirildiği metafizik boyutundan sıyrılmış, doğal bir süreç olan ölümlerle bir arada düşünölmeye başlanmıştır. Doğa ile ilişkisi kapsamında açıklanan hastalık olgusu; sebepleri, biçimleri ve sonuçlarının net ve belirli olmayan bir olumsuzluğa işaret ederken, ölümlerle ilişkisi kapsamında değerlendirilen hastalık olgusu; gözlem ve deneyin egemen olduğu bir toplumda yaşayan bireyler içinde somut bir duruma geçmiştir (Foucault, 2002, s. 243).

Modern tıbbın hastalıkları mekanik bir olgu olarak açıklamasından sonra büyük tıbbi başarılar imza atılmıştır. Bu başarının kaynağında yer alan ana dinamiklerin biri hastalıkların biyolojik bir sürecin bileşenleri olarak kabul edilmesidir. Biyomedikal model olarak, modern toplumda kabul gören bu anlayış, hastalık olgusunun temelde ortaya konulabilen ve açıklaması olan seküler etkenlerden ileri gelmektedir. Bu anlayış biçimi birey bedeninin Tanrısal anlamını yitirmesine sebep olduğu gibi, modern tıbbın beden üzerinde rahatça girişimde bulunabileceği ve kendine özel işleyiş tarzı içerdiği et ve kemikten oluşan bir nesne olarak algılanmasının da temelini oluşturmuştur.

Modern tıpta hastalık ve bedendeki biyolojik mekanizmalarda meydana gelen bir aksaklığın ifadesidir. Modern çağda ise bir tıp doktorunun vazifesi bu aksayan mekanizmayı düzeltmek için kimyasal ve fiziksel yöntemlerle ona müdahale etmektir. Böylece modern tıbbın araştırma sahası vücutta yer alan organları ve bunların işlevlerinden hücrelere kadar, sonrasında molekül düzeyindeki araştırmalarla desteklenmiştir. Bundan dolayı beden ve ruh bir bütün olarak (holistik) değerlendirilmekten ve bu yönde bir tedaviden uzaklaşmıştır. Hastalık olgusu yaşam ve yaşam biçimlerinden kaynaklanırken (kısmen ya da tamamen) modern tıbbın öngördüğü çözüm yalnızca biyomedikal çerçevede ile sınırlandırılmıştır. Esasında hastalıklar birden fazla etkenin bir araya gelmesiyle ortaya çıkarken, modern tıp tek bir neden ve tedavi üzerinde bir düşünce geliştirmiştir. Bu bakış açısı ile de katı bir determinist düşüncenin kalıpları içine sıkışmış kendine özel bir dogma yaratmıştır (Yılmaz, 2015). Modern tıptan evvel sağlık/hastalık olgusunda hâkim olan dini dogmalar artık yerini medikal/tıbbi dogmalara terk etmiştir.

Fiziki problemlere olan bakış açısında az da olsa esnek bir yaklaşım benimseyen modern tıbbi bakış açısı, zihinsel hastalıklara ait yaklaşımında ise biyoloji merkezli anlayışını sürdürmektedir. Modern tıp tarafından genellikle ikincil bir sorun olarak kabul edilip görmezden geldiği zihinsel problemler konusunda benzer bir bakış açısının benimsendiği görülür. Bundan dolayı dinin zihni hastalıklarla olan ilişkisini fiziki hastalıklarla olan ilişkisine benzer bakış açısı ile değerlendirmek ve konuyu sekülerleşme kapsamında incelemek mümkündür. Çünkü seküler tıbbın birey bedenini bir makina gibi kabul etmesi ile birey zihninin doğası konusundaki mekanik tartışmaların da fizyoloji ve biyoloji kapsamında çözüm bulacağı düşünülmüştür. Bu kapsamda modern rasyonel tıbbın temel eğilimine bakıldığında sapkın olarak

değerlendirilen birçok davranışın (eşcinsellik, delilik, vb.) kimyasal ve biyolojik süreçlere indirgendiği görülmektedir. Bedensel problemlerin mekanik teorilerinde yaşadığı gibi psikoloji alanı da bütün dini görüşlerin merkezinde bulunan ahlak ve anlam problemlerine sessiz kalmıştır. Bu kapsamda değerlendirildiğinde hastalıklarla alakalı öte dünya merkezli bakış açılarının, modern tıbbın giderek yükselen etkisi ile beraber birey bedeni ile ilgili mekanik teoriler ve ahlak dışı olgu ile yer değiştirmesi sekülerleşme sürecinin bir tezahürü olarak değerlendirilebilir (Turner, 2008, ss. 74-75).

Bireyler hastalıkları karşısında modern çağda büyük umutlarla beklenti içine girdiği modern tıptan beklediği karşılığı alamamış gibi görünmektedir. Özellikle bu alanlarda tıbbın yetersiz kalması (ilaç endüstrisi kapitalizmi yüzünden), insanları alternatif tedavi arayışlarına yöneltmiş, postmodern dönemde yeni arayışlar içine itmiştir. Postmodern dönemde birey modern tıbbı reddetmemektedir, fakat modern tıpla beraber dua/meditasyon/geleneksel tedavi yollarını da denemektedir. Konumuz kapsamında incelendiğinde 2015 yılında Diyanet İşleri Başkanlığı ve Sağlık Bakanlığı protokolü ile tarafından hastanelerde oluşturulan manevi bakım birimlerinin de bu noktada değerlendirilebileceği düşünülmektedir. Bu tür oluşumların gerçekleştirilmesi noktasında esas unsurun, din-modern yaşam uyumunun olduğunu göstermekten ziyade dinin modern yaşamın gereklerine adaptasyonu düşüncesinin temellendirilmesi olduğu ifade edilebilir.

1.2. KURAMSAL ÇERÇEVE/ SEKÜLERLEŞME TEORİSİ KAPSAMINDA TIP VE DİN

Sosyoloji disiplini sosyal olayları anlama ve açıklamak için oluşan bir disiplin olup, ortaya çıkışından bugüne kadar toplumsal problemlerin çözülmesi için çeşitli yöntem ve teoriler geliştirmiştir. Tüm toplumsal olguların anlaşılmasında ve açıklanmasında olduğu gibi hastalık ve sağlığa ait sosyolojik analizler yapılırken de çeşitli varsayımlardan hareketle sosyolojik yaklaşımlar geliştirilmiştir. Sağlık alanında yapılan çalışmalarda sosyoloji, bir disiplinden daha ziyade problem odaklı gibi algılansa da aslında kuramlar toplanılan, çözümlenen, anlaşılan ve daha sonra kullanılan verileri oldukça etkilediği için pratik olup, bilimsel olarak incelenmesinde fayda görülmektedir. Bu bağlamda çalışmanın bu bölümünde sekülerleşme teorileri tıp ve din kapsamında değerlendirilmiştir. Bu kapsamda öncelikle klasik sekülerleşme teorisi açıklanmış,

ardından sekülerleşme teorisine getirilen eleştirilen bağlamında yeni paradigmaya ve eklektik paradigmaya yer verilmiştir.

1.2.1. Sekülerleşme Teorileri

1.2.1.1. Klasik Sekülerleşme Teorisi (Modernite-Din Karşıtlığı)

Sekülerleşme olgusu kavram olarak; bir zaman dilimi içerisinde dinimsi mekanizmaların, dinin, batıl inançların toplumda karşılık bulan imajlarının ve topluma etki etme düzeylerinin göreceli şekilde azalması (Ertit, 2013) şeklinde tanımlanabilir. Klasik sekülerleşme teorisi Avrupa ile ABD, Kanada, Yeni Zelanda ve Avustralya gibi Avrupa kökenli olan diğer ülkelerde meydana gelen sekülerleşmenin bir modernleşme sürecinden kaynaklandığını iddia etmektedir (Bruce, 2002, s. 43). Aslında klasik sekülerleşme teorisi modernleşen ülkelerde dinin günlük yaşam pratiklerine yön vermekten uzaklaşan ve bir başka tüketilecek eşyaya indirgenen bir olgu olarak belirtilmektedir (Wilson, 1979, s. 271).

Sekülerleşme ile din olgusunun dini özellik içermeyen alanlardaki denetim gücü kısıtlanmış, dini inanışların toplumdaki baskın kültür özelliği ve ifade etme aracı olma özelliğinden uzaklaşmıştır (Tschannen, 1991, s. 399). Kutsal olanların kutsallık düzeyleri sorgulanmaya başlanarak, din ile yoğrularak bütünleştirilen gelenekçilik çözülmüş, bilgi kaynakları ise mistik unsurlardan arındırılmıştır (Fenn, 1969, s. 117). Toplumların sekülerleşme veya desekülerleşmelerinin altında yatan temel sebepleri anlamak için evrensellik iddiası içeren teorilerden ziyade, o toplumun kendi iç dinamiklerini değerlendirmenin çok daha doğru olacağını düşünmek gerekir. Çünkü sekülerleşme teorisi her ne kadar genel bir ifadeyle, modernleşen Avrupa ülkelerinde yaşanan sekülerleşmeden bahsetse de en az Avrupa ülkeleri kadar modernleşmeyi yaşayan ABD ve farklı ülkelerin farklı sekülerleşme seviyelerine (Stark, 1994, s. 241) sahip olduğunu düşünmek bu tezin doğruluğunu güçlendirmektedir.

Zaman zaman “Dünyevileşme” olarak da isimlendirilen sekülerleşme teorisinin merkezinde rasyonelleşme, bu dünyaya ait olma ve farklılaşma yatmaktadır (Kirman, 2005, s. 55). Klasik sekülerleşme teorisini tanımlayanlara göre ise; rasyonelleşme, bireyselleşme, yapısal farklılaşma sürecinde dinin öneminin kaybolması ve bürokratikleşme temel nedenler arasındadır. Sekülerleşme teorisi ile öne çıkanlardan biri olan Bruce (2002)’ye göre; kamusal alanda daha az etkisini gösteren dinin, bireyler

arasında da daha az ilgi gösterildiğini belirtmektedir. Dine karşı ilgi azalması ile kamusal alandaki dinin görünürlüğünün azalması arasında nedensel bir ilişki olduğunu da iddia etmektedir. Dinin kurumlar/devlet ve ekonomi üzerindeki etkisinin oldukça azalması, dini olanın toplumsal karşılığındaki azalmalar ve ritüellerin de bir gereği olan ibadetler noktasında gereklerinin yerine getirilmesinde yaşanan gevşeklik, dinin görünümünün azaldığının bir göstergesidir (Bruce, 2002, s. 3). Yanı sıra sekülerleşmenin evrensel ve kaçınılmaz olmadığını, bunun adının bir geri dönülmezlik olduğunu ve dini gerçekliğin de aynı hızda gerilemeyeceğine vurgu yapmaktadır (Bruce, 2002, ss. 5-16). Bu geri dönülemezliğin kaynağında modern yaşamın vazgeçilemezleri arasında yer bulan sekülerleşmede, geleneksel inançları, akla yatkın olmayan bir durum şeklinde kabul etmesi yatmaktadır. Yaşamın çeşitlenmesi ile birlikte dini sembollerin de belli bir zümrenin elinden alındığı konusu, sekülerleşmenin iddiaları arasındadır.

Sekülerleşme teorisinde; din değişken olmayıp sabit bir olgu olarak değerlendirilmektedir. Teoriye göre dünya tarihsel sürece bakıldığında düşünce, eylem ve kurumsal alanlarda tamamen kutsal olan ile doluydu. Reform ve Rönesans'ın ardından modernleşme bütün dünyayı silip süpürerek sekülerleşme ile birlikte kutsal olanın hakimiyetine son verildi. Bu nedenle kutsal olan, yalnızca ve belki de özel alan hariç tutulmak kaydı ile zaman geçtikçe tamamen yok olacaktı (Swatos ve Christiano, 2002, s. 108, 115). Klasik sekülerleme teorisinin temel bir özeti olarak değerlendirilebilecek bu bakış açısına göre kutsal olan ya da din, ilerlemeci bir yaklaşım ile değerlendirilmekte, geçmiş zaman daha çok dindar ve günümüz ise daha seküler gibi karşıt bir analogi ile açıklanmaktadır. Örneğin günümüz Avrupa'sında dini katılım düzeyinde bir hayli düşme yaşandığı iddiası, "geçmiş zaman diliminde daha dindar bir Avrupa bulunmaktaydı" şeklindeki abartıdan ibaret bir algıdan kaynaklanmaktadır (Stark, 2002, ss. 43-51).

Günümüzde dindarlık olgusu halen varlığını devam ettirdiği gibi, eski dönemlerde de seküler tutumlar yaşanmış olabilir. Kutsal yalnızca eski dönemlere ait ve sabit olgudan ibaret değildir. Çünkü kutsal olan birey bilincinin tarih sahnesinde bir aşama olmayıp, bilincinin yapısı içinde yer alan bir unsurdur (Eliade, 2003, s. 11). Bu nedenle o, birey zihninin yapısından kaynaklı bir unsur olup birey var olduğu müddetçe kutsal tezahürler de toplumda varlığını devam ettirecektir. Tarihsel dönemlerin tümünde

ve her bir yerinde daima kutsal nesne ya da canlıların yanında kutsal olmayan nesne ve canlılar da olagelmıştır (Eliade, 2003, s. 37). Bu nedenle kutsal olan, tarihin tüm dönemlerinde olabileceği gibi seküler/dünyevi unsurlar da tarih sahnesinde her dönem olacaktır. Bundan dolayı ne eski çağlarda dindarlık çok daha fazlaydı demek ne günümüzde pek yoktur demek ne de para normal ve büyüsel eğilimlere bakarak sekülerleşme artık yok olacak demek doğru değildir.

Sekülerleşmenin dindar toplumlarda da devamlı varlığını sürdürdüğünü, dinde bazı değişimlere neden olduğunu, böylece yeni dinsel bilinçliliklerin meydana geldiğini, bazı dini geleneklerin kaybolduğunu veya geleneklerde yaşanan gerilemelerin olduğunu (Stark ve Bainbridge, 1985, s. 430) iddia etmektedir. Ancak bu şekilde dinin işlevlerinin tam anlamı ile seküler kurumlara devrettiği anlamına gelmediğini ve bundan dolayı dinin toplumsal vitrinden hiçbir şekilde çekilmediğini, yalnızca işlevsel ve görüntüsel anlamda değişimlere maruz kaldığı belirtilmektedir (Stark ve Bainbridge, 1985, s. 431).

Yukarıdaki açıklamalar doğrultusunda: günümüze gelindiğinde yaşanan süreçte sekülerleşme olgusu dinin çöküşü değil, tam tersine dinsel değişimi habercisidir. Görüldüğü üzere bugün de bir kutsala dönüş yaşanmakla beraber kutsala olan ilgide oluşan seküler etkiler de önemli bir konudur. Sekülerleşme olgusunun günümüzdeki görünürlüğü ve dindarlığı üzerinde yaptığı etkilere dikkat çekmek önemlidir. Sekülerleşme olgusunu hiç değerlendirmeye alınmaksızın, postmodern dönemdeki dinselliğin bir analizini yapmak sağlıklı olmaz. Fakat günümüzde yaşanan sekülerleşmenin tezahürü bazı sekülerleşme teorisyenlerine göre farklı/yanlış olarak kurgulanmaktadır. Sekülerleşme görüşünün yanlış tarafı, kutsallığı/dini belli tarihsel bir döneme hapsetmek ve modern dönemi sadece ve tamamen kutsaldan arınmış şeklindeki bir anlayışla değerlendirmesidir. Bu şekilde bir değerlendirme; yeni ruhsal, dinsel ve büyüsel eğilimlerin modern toplumlarda yeniden inşa edilmesi tezini açıklayamamakta ve sekülerleşme olgusunun tek bir kalıba sokulmasına neden olmaktadır. Böylece bireyin devamlı bir anlam arayışı içinde olan tarafı da görmezden gelinmektedir.

Sekülerleşmede Weber ve Durkheim, rasyonelleşme ve farklılaşma süreçlerine odaklanan değişim ve dönüşüm doğrultusunda yaklaşımlar ortaya koymaktadır. Weber'den hareketle, Peter Berger ve Bryan Wilson gibi sosyologların sözcülüğü yapmış olduğu Demerath'ın (2000, s. 2) tabiriyle “*her şey ya da hiçbir şey*” şeklinde isimlendirilen sekülerleşme olgusu, 1960 ve 1970'lere mührünü vurmuştur. Bir

gerileme kapsamında rasyonel bürokrasinin de gelişimi ahlaki, dini, kişisel, toplumsal olandan, ahlaki olmayan, din dışı, kişisel ve toplumsal olmayan parçalanmış olana doğru bir seyir içeren gerileme olgusu içerisinde Wilson tarafından geliştirilmiştir (Norris ve Ronald, 2004, s. 7).

Sekülerleşme çalışmalarında çok sık başvurulan Wilson, sekülerleşme; *Religion in Secular Society* (1966) adlı çalışmasında bilinç ve eylem olarak önemini yitirmesi (Wilson, 1969, s. 14), modernite ile hız kazanan dinin etkilerinin toplumsal bilinç üzerindeki kaybı bireysel bilinçte de sürerek, dinin evren üzerindeki varlığının bilime terk edilmesi ile neticelenen uzun soluklu bir süreç olarak tanımlamaktadır (Wilson, 1982, ss. 148-149). Klasik sekülerleşme kuramına göre modernleşme ile sekülerleşme ayrılmaz bir bütündür. Toplum modernliği arttıkça sekülerlik seviyesi de artar. Sekülerleşme geri döndürülemez ve kaçınılmaz bir olgudur. Dinin yok olması da insani gelişmişliğin bir işaretidir (Taylor, 2007, s. 131).

Bilim, dinin fonksiyonunu yerine getirdiği müddetçe, bireylerin bilinçlerinin seküler hale gelmesi ile dinde istenilen ve beklenen değişim ortaya çıkabilecektir (Buruca, 1992, s. 6). Bruce, modern toplumların büyük oranda seküler hale gelmesinin tesadüf olmadığını savunur. Sanayileşme ile beraber bir dizi değişiklik ortaya çıkar. Cemaatin gerilemesi, yaşam dünyasının parçalı hale bürünmesi, bürokrasideki yükselme, teknolojik bilinçlilik ve bunların tamamı dini, modernizm öncesi hayata oranla daha az çekici hale getirir (Bruce, 2002, s. 6). Ona göre sekülerleşme, dini yok edici, yıkıcı, ortadan kaldıracı gibi görülen modernleşme ile eşdeğerdir. Modernite ile alakalı kentleşme, sanayileşme, kitle toplumunun tezahürü, bireyselleşme olgusu, modern toplumlarda dinin otoritesini sarsmaktadır. Dinin git gide zayıflayan gücü, dindar birey sayısındaki azalışa sebep olur. Din ve dindarlık görünümleri toplumsal anlamda zayıflar.

Berger (1967, s. 107) ise sekülerleşme olgusunu 1960'larda "kültür ve toplum alanlarının dinî semboller ve kurumların hegemonyasından çıkarıldığı, bireysel ve toplumsal gerçekleşen bir süreç" şeklinde tanımlamıştır. Berger, Batı modernizminin kurumları ve toplumu söz konusu olunca, devlet ile kilisenin ayrılması, eğitimin kilise tekelinden çıkarılması şeklinde sekülerliğin tezahüründen söz eder.

Sekülerleşme tartışmalarında ilk seslerin yükselişi David Martin ve Andrew Greeley tarafından ortaya çıkmıştır. Bu zamana kadar hiç kimse sekülerleşme kavramını

sorgulamamış, teorinin arka planının yetersizliği hakkında bir görüş belirtmemiş, empirik kanıtlar ortaya koymamış ve tamamen eleştiriden uzak bir konsensüs oluşmuştur (Wilson, 1982, s. 4). Sekülerleşme paradigmasının tartışılmaz geçerliliğinde bazı sosyologlar hariç, Weber tarafından Calvinist Protestanlığın temel varsayımlarından ve bundan dolayı modernite için bir başlangıç meydana getirdiği varsayımı ile tartışmanın dışında tutulamaz. Weber'in, Calvinist Protestanlığın kapitalizmin en önemli oluşturucularından biri ve bu nedenle modernite için de bir tür başlangıç oluşturduğu teziyle ilgili tartışmanın dışında ilgi gösterilmez. Bunlara rağmen sekülerleşme kuramı, Avrupa sosyolojisinde hâkim paradigma olmaya devam eder (Butler, 1999, s. 18).

1.2.1.2. Neo Klasik Sekülerleşme Teorisi (Moderniteye Rağmen Varlığını Koruyan Din)

Yirminci yüzyılın son çeyreğinde, din modernite karşıtlığını reddeden neo-klasik paradigma klasik sekülerleşme teorisine eleştiri getirmiştir. Neo-klasik yaklaşımda sekülerleşme; Hristiyan dini geleneğe karşı bir tepki olarak ortaya çıkan, Ortodoks inançlar üzerine temellenen ve aydınlanma reaksiyonu olarak ortaya çıkan bir süreçtir. Neo-klasik sekülerleşme paradigmasının öne sürdüğü dinin etkisinin azalmasının kiliseye katılım oranı gibi sadece kurumsal bir düzlemde açıklanamayacağı, esasında dinin inanç boyutunda değerlendirilmesi gerektiğine vurgu yapar. Neo-klasik sekülerleşme teorisinin izah edemediği olgular ise; “dini akımlarda ortaya çıkan yükseliş, çoğu bilim adamının dini inanca sahip olması, ateist komünizmin sekülerleşme projesinde yaşanan başarısızlık”tır (Martin, 1991, s. 470; Bell, 1999, s. 432, Berger, 1996, s. 4). Bu teori ile birlikte; modernleşme-din dikotomisine dayanan bakış açısının, tarihsel şartların daha ilerisine geçilemeyeceği, toplumların sekülerleşmesinin sosyolojik bakımdan kaçınılmaz olduğu doğrultusunda tek boyutlu ve doğrusal iddialar yanlışlanmış ve karşı çıkmıştır. Sanayisi gelişmiş toplumlarda ortaya çıkan dini canlanmalar, yeni dini hareketler, sekülerleşme paradigmasının klasik versiyonunun geçersizliğine bir kanıt olarak ortaya atılır (Dobbelaere, 1981, S. 65). Dinin yok olmasını iddia eden tezlerle donanmış sosyologların bir süre sonra, dinin geleceğinin parlaklığından söz etmeleri şaşırtıcı olmuştur. Sekülerleşme teorisine 1965 yılında eleştiri getiren Martin; sekülerleşmenin her şeyden evvel, düzenli olmayan çelişkili

düşüncelerin bir araya getirilmesinden ibaret olduğunu iddia etmiştir. “*Tanrı öldü, bu nedenle sekülerleşme zuhur etmelidir, sekülerleşme tutarlı bir görüştür,*” (Martin, 1969, s. 16) ifadesi ile din karşıtı ideolojilerin bir aygıtı olarak sekülerleşmenin kullanıldığına vurgu yapmıştır. Ayrıca sekülerleşme kavramının ideolojik olarak kullanılmaması için sosyoloji literatüründen de çıkarılması gerektiğini ifade etmiştir.

Bellah (1971) ise, Hristiyan dini geleneğe karşı bir tepki olarak ortaya çıkan, Ortodoks inançlar üzerine temellenen ve aydınlanma reaksiyonu olarak ortaya çıkan bir süreç olan sekülerleşme paradigmasının, modern bir toplum teorisi olarak şekillendiğinin altını çizer. Dini olan, zorunlu olan sosyal fonksiyonunu yerine getirmesi sebebi ile kültürel anlayış merkezli yerini yeniden alacaktır. Hadden (1987) sekülerleşme paradigmasını, sosyologlar tarafından kutsallaştırılan bir mit, genel bir doktrin ve empirik olmayan gerçeklik şeklinde değerlendirir (Martin, 1991, s. 19).

Bell, sekülerleşme paradigmasının Weber’in görüşü ile rasyonelleşme kapsamında sürdürülmesine karşı çıkmıştır. Bell modernleşmeyi, dinin kamusal alan üzerindeki etkisinin azalmasına ve dinin müntesipleri üzerinde gücünün yalnızca özel alanlarla sınırlanmasına neden olduğunu kabul eder (Bell, 1997, s. 442). Sekülerleşmenin büyük oranda, Protestan ülkelerde dine bireysel bir tercih olarak bakıldığı, bu sürecin diğer geleneklerde de geçerliliğini koruduğunu ifade eder.

“Secularization, R.I.P.” isimli çalışmasında Stark “Avrupa’da dinî katılımda büyük bir düşüş yaşanmakta.” iddiasının, esasında “önceden daha dindar bir Avrupa vardı” biçiminde bir algıdan kaynaklandığını ifade etmekte ve dini katılımda bir düşme yaşandığına dair kanıtlara eleştiri ile yaklaşmıştır. Klasik sekülerleşme teorisi, dindarlığın mitik altın çağına ait bir perspektife dayandırılması sebebi ile eleştirilir. Martin teorinin, Avrupa’da geçerli olabilmesinin yalnızca geçmişte Avrupa’da yaşanan güçlü bir dindarlığın varlığının kanıtlanması ile mümkün olabileceğini, fakat Orta çağ’da dindar bir Avrupa algısının, kilise kontrolünde olan elitleri kapsayan bir tarih anlatısından öteye gidemeyeceğini (Martin, 1991, ss. 28-29) belirtir. Bruce ise sekülerleşmenin etkilerinden birisinin modernite öncesi ve sonrası batılı bireyin değişikliğe uğrayan orta sınıfına işaret etmiştir. Modern öncesi feodal toplumlarda hiyerarşik, geleneksel, dini ve değişmez olan bir yaşam vardı. Bu bireyler Hristiyan’dı ve hayatlarını sürdürdüğü toplumda Hristiyanlık iyi biçimde yerleştirilmişti. Başka alternatif neredeyse yoktu. Modern topluma geçiş yavaş yavaş başladı ve reformla

birlikte bireycilik yükseldi. Sosyal değişimler sanayileşme ve kentleşme Hristiyan inanç geleneğini marjinalleştirdi. Bruce, durumun net şekilde ortada olduğunu, Orta çağ geçmişinin modern günümüze göre daha dini olduğunu vurgulamış ve modern toplum ile ortaçağ arasında olan karşılaştırmayı devam ettirmiştir (Bruce, 2002, s. 56).

Klasik sekülerleşme düşüncesini eleştiren düşünürlerin ortak yanı, farklılaşma ya da özerklik'tir. Bu düşünce genellikle, sekülerleşme teorisi olarak bilinen özellikleriyle sosyal yaşamın artan farklılaşmasını kapsayan bir eğilimin varlığından bahseder. Artan iş bölümü ile ortaya çıkan farklılaşma, toplumsal yaşamın farklı boyutlarının, eğitim, sağlık, hukuk, siyaset, aile ve dinin özerk kurumlar olarak artan farklılığı, bu kurumların her birinin ayrı ayrı dini etkiden, düzenlemeden, dini kodlarından kendine uygun özerkliğine ulaştığı tarihsel bir eğilimdir (Hefner, 1998, s. 150). Toplum ne kadar farklı ve kompleks olursa, kutsal ifadeler de o derce farklılaşır. Dini değer ve inançlar ne kadar basmakalıp ve soyut olursa, günlük yaşamı meydana getiren bağlam ve kararlardan o kadar uzaklaşır (Fenn, 1972, ss. 4-5). Bellah ve Parsons tarafından farklılaşma sürecinin, bir toplumsal farklılaşmaya işaret ettiği belirtilir. Shiner bu süreci kutsal alanın sekülerleştiği ve dünyanın kutsaldan arındırılması olarak ifade eder (Dobbelaere, 1981, s. 24). Talcott Parsons ise, modern toplumlarda dinin bağdaşmazlığını reddeder. Toplumsal farklılaşmanın nötr/etkisiz özelliğine vurgu yaparak eylem teorisinde (action theory), farklılaşmanın, dinin bir gerileme içinde olmadığı anlamına gelmediğine vurgu yapar. Martin, farklılaşmayı, bilim, devlet, piyasa, sağlık, hukuk ve eğitim gibi sosyal alanlarda dini kontrolün azalması, bunların her birinin kendi özerkliği ve uzmanlığını ilan ettiği bir süreç olarak açıklar (Martin, 2005, s. 20). Parsons ise farklılaşmayı sosyal değişmeye bağlı olarak dinin, geleneksel fonksiyonlarını yitirmesine rağmen, özel alanda kolektif dayanışma olarak geleneksel değerlerin devam edeceğini savunur. Parsons, dini dönüşüm ile sosyal farklılaşma arasında olan ilişkide Wilson ile aynı düşünceye sahip olsa da farklı sonuçlara ulaşmıştır. Wilson'un, (sosyal farklılaşma sonucu olarak dinin fonksiyon ve önemini yitireceği kapsamındaki) tezini, Parsons'ın sosyal sistemde ortaya çıkan değişimle din, toplum refahına olan katkısını (Parsons, 1963, s. 33) sürdürür. Parsons Durkheim'den farklı olarak, sosyal evrimin, sosyal farklılaşma ile gerçekleşeceğini iddia eder.

“Dinin, birey evriminde geçici bir süreç değil, dinin insanlığın evrensel bir niteliği olduğunu kabul ettim” diyen Luckmann (2003, s. 276) farklı yapısal şartlarda,

çeşitli biçimlerde ortaya çıkan dinin, bireyin bireysel varoluşuna, bilhassa onun aşkınlığı ile alakalı iyi bir yaşamın kolektivitesi itibari ile birey yaşamının kurucu faktörü olmayı devam ettireceğini (Luckmann, 1971, s. 28) iddia eder. Bireysel ve toplumsal alan farklılığında sekülerleşmeyi, “Geleneksel ve kutsal kozmosun çözülüşü” şeklinde tanımlayarak, dinin toplumsal alan üstündeki azalan etkisini (Berger ve Luckmann, 1967, s. 85) kabul eder. Sekülerleşmede yeni işlevsel teori, Luckman’ın “The Invisible Religion” isimli çalışmasında, dinin modern hayatlarda kaçınılmaz bir azalışı değil, sosyal, geleneksel ve kamusal fonksiyonunun yitirmesi ve dinin farklılaşan alan içerisinde marjinalleşerek özelleşmesi şeklinde formülize edilir Luckmann, 1967, s. 101).

Dinin sosyal formdaki yeni şekli, dünya görüşünün üretiminin ve dağıtımının çoğulculara tekelden arınmasıyla görünür hale gelmiştir. Dini ve ahlaki girişimciler, rakiplerine üstünlük sağlamak ve belirli kolektif sembollerin kabul ettirilmesinde devletle bağlantı içinde olmaya devam eder. Yeni sosyal dini formlar, “Yeni Çağ” kavramı altında toplanan gelişmelerle anılır. Bunlar, büyüsel, psikolojik, terapik ve bilimsel materyalleri bir yere toplar ve bireysel tüketime arz ederler. Fakat, hiçbir şekilde bireysel iyileştirici sistem, dini dogma, disipline edici aygıt yoktur. Diğer bir deyişle bu hareketlenmeler, bazı zayıf kurumsal biçimlerde belirlenir. Bu girişimlerin kurumsal büyük aygıtlara dönüştürmek için hiçbir şekilde teşebbüs yapılmaz (Luckman, 1999, s. 254). Casanova ise, Luckman’ın sekülerleşme teorisini bireye indirgemiş olup, kamusal ve kurumsal alanda ortaya çıkan değişimle açıklanmasının sakıncalarına değinir. Sekülerleşme teorisinin modernite-din karşıtlığında git gide yok olacak şeklindeki öngörüyü kabul etmese de kilisenin toplumsal merkezi öneminin sınırlanan etkisinde, toplumsal kapsamda farklılaşma formunda sekülerleşmeyi çözümler (Asad, 2007). Çoğulculuğun sonuçlarından biri, dini alanlarda bireyciliğe doğru bir eğilim oluşmasıdır. Geleneksel gruplara olan bağlılığın kaybolması, modern bireyin ortaya çıkmasını kesin hale getirir. Bireyin kimliğini belirleyen şey artık, aile, topluluk ve gelenekler değildir. Tam tersine, bireyin kendisi için seçtiği meslek, isim ve mekanlardır. Bu şekilde bireysel inanç modu ortaya çıkar ve farklı geleneksel unsurları toplayarak fakat hiçbirine karşı bir sorumluluk içermeyen içselleştirilmiş bir anlam sistemi ortaya çıkar (Ammerman, 2006, s. 40). Burada Ammerman, dinin bazı bireyler

için öneminin korunduğunu fakat toplumsal açıdan öneminin zayıflayarak ortadan kalkabileceğinin altını çizmektedir.

Taylor'un ifadesi ile "Sekülerleşme her yerde ortaya çıkabilen, aynı tarz bir süreçtir." modernite ile sekülerleşme birleştirilerek modern çağı "seküler çağ" şeklinde nitelendirmiştir. Taylor "The Secular Age" isimli çalışmasında; modern çağda temel karakterin aşkınlık ve Tanrı'ya inanç düşüncesinin bilimsel düşünce tarafından, batıl olan düşünceden arındırılmasından daha ziyade, Tanrı'ya aşkınlık ve inanç anlayışının dönüşüme uğratılmış olması ile açıklar. Seküler çağda inanç olgusu, bireyler arasında bir tercih haline dönüşmüştür (Taylor, 2007, ss. 2-3). Ulrich Beck ise, modernleşmenin üç aşamalı bireyselleşmeye neden olduğunu ifade eder. Bunlardan birincisi, birey özgürlüğünü sağlayacak tarihsel verili bağlardan ve formlardan ayrılma, ikincisi geleneksel güvencenin ortadan kalkması ve üçüncüsü de yeni bir toplumsal bağlanma formunun ortaya çıkmasıdır (Beck, 2011, s. 7).

1.2.1.3. Neo (Eklektik) Paradigma (Modernite-Din Sentezi)

İlk iki paradigmaya karşı, bu yeni paradigmada; sekülerleşmenin varlığı reddedilmez, aynı zamanda dinin toplum üzerinde devam eden bir varlığından söz edilir, din ve sekülerleşme arasındaki ilişkiyi diyalektik biçimde ele alır. Toplumsal alanda tezahür eden farklılaşmaya dikkat çekerek, sekülerleşmeyi farklılaşma kavramı üzerinden okumaya çalışır. Klasik paradigmanın, modern toplum yapısının, dinin geri dönülemez lineer ilerleme doğrultusunda gerileyerek yok olacağına yönelik görüşünü kabul etmez. Modern oluşumla beraber, dinin de özerk yapılanma içerisinde sekülerleşme ile diyalektik bir etkileşim içerisinde farklı bir forma uygun dönüşümle, modern toplumlarda devam edeceğini kabul eder. Sekülerleşme bir dini değişim olup, rasyonelleşme, dini değerler ve farklılaşma süreçleri ile de tekrardan işleyen bir ilişkiye neden olur. Sekülerleşme olgusu, farklılaşma ya da rasyonelleşme süreçlerine karşı oluşan otomatik bir tepkiden ibaret değildir. "Basit yapısal bir süreç de olmayıp, tarihsel aktörleri içermektedir" şeklindeki yaklaşımları ile Bruce ve Dobbealere, Young ve Cherry'nin, dinin yok olmasını hazırlayan süreç şeklinde açıkladıkları sekülerleşme tanımını kabul etmezler (Young ve Cherry, 2005, ss. 374-391).

Sekülerlik rasyonel yaşamın operasyonel tarafı ile alakalı uygulamalarını devam ettirse de bu süreç bireyi mutlu etmeye yetmiyor. Marly, Huston Smith'in eserine

ithafen; bireyin “*Anlama mahkûm*”, olduğunun altını çiziliyor. Din, üyelerine, kalpsiz dünyada cennet, parçalanmış dünyada topluluk vadediyor. Din şifa veriyor ve milyonlarca kişi şifa bekliyor. Yeni dini formlar, etiğe karşı yeni bir yaklaşım istiyor ve etik, büyük oranda dinde kaynak buluyor. Bütün bunlar, dünya üzerinde bugün gözlemlenen dini canlılığı desteklediğini gösteriyor. Dahası bu süreç, sekülerizmin neden bir gerileme yaşadığını da açıklıyor. Marly’e göre artık dünya ne tamamı ile dini olabilir ne de bütünüyle seküler olabilir (Marly, 2003, ss. 42-48). Bu ikisine birden tanıklık ise çağın bir karakteri olarak görülüyor. Postmodern çağda postseküler yaşam popülerlik kazanmakta olup, postsekülerlik ise; dini olanla dünyevi olanın, kutsal ile profanın bir arada olduğu bir tarihtir (Chadwick, 1976, s. 11). Bireyin kutsal olanla profan arasında kaldığı içsel çelişkiyi aşması gerekmektedir. 19 ve 20. Yüzyılda (ilk üç çeyrek) geleneksel modern olan çatışma halindedir. Bu çatışma kimlik bunalımları, değerler çatışması şeklinde tezahür eder ve sekülerizm geleneğin antitezidir fakat, geleneksel olanın öngörülemeyen direnci karşısında, yeni kutsallıklar ortaya çıkarır. Büyünün bozulduğu ve dünyevi olanın zirveye çıktığı seküler çağ, artık geride kalmıştır. Klasik sekülerleşme kuramının iddiasındaki gibi, sekülerlik arttıkça din yok olmaz, din bir seçenek olarak yeniden bir konum alır. Bu şekilde din algısı, seçenek olarak birey yaşamında yer alır, fakat bir aksiyom meydana getirmez. Sekülerle rekabet içinde olmaz ve karşılıklı saygı çerçevesinde kendi dünyalarında sürdürülebilir olurlar. Taylor sekülerliğin sona ermediğini, dini olanla seküler olanın önceden olduğu gibi şimdi de birbiri ile ilişki ve etkileşim halinde olduğunu savunur. Ancak bu etkileşim, Habermas’ın ve Casanova tarafından savunulan postsekülerlik olarak da değerlendirilmez (Taylor, 2007, ss. 300-321).

Eklektik paradigmada Mataragnon, din ve modernlik ilişkisini değerlendirirken, zıtlık değil, etkileşim kapsamında ortaya koyar (Mataragnon, 1985). Esasında bir anlamda klasik sekülerleşme kuramı eleştirisi yaparak, neo (eklektik) paradigma açıklaması yapmaktadır. Eklektik paradigmada Mataragnon ortaya koyduğu argümanlar aşağıdaki şekilde sıralanabilir;

1- Gelişmemiş ve gelişmekte olan toplumlar, değişmeden kalan statik toplumlar olmadığı gibi, her toplum devamlı bir değişim içerisindedir. Din de zamanla meydana gelen farklı güçlerden etkilenir. Modernlikte dini ortadan kaldırmaz ve onun üzerinde etkilidir.

2-Geleneksel olan kendi içinde homojen ve tutarlı bir yapıda olmayıp, farklı sosyal sınıflarda değişiklikler görüldüğü gibi, aynı toplum içerisinde aynı dinin üyesi kişiler arasında da dini inanç ve pratikler konusunda farklılıklar yaşanabilir. Bu farklılıkların bulunduğu yer, din ile modernliğin bir arada olduğu noktaya işaret eder.

3- İnanç ve pratikler konusunda çeşitli kültürel türlere rastlanıldığı gibi, aynı dine üye kişiler arasında çeşitli marjinal gruplaşmalar ortaya çıkabilmektedir.

4- Yeni olanla eski olanın yer değişimi değil, yeni ile eskinin bir arada bulunduğu gibi, bilim ve din de eğitimde aynı anda verilmektedir. Oluşan etkileşim neticesinde iç içe geçme ve bir tür yayılma ortaya çıkmaktadır.

5- Modern ve geleneksel biçimler, sürekli çatışma durumunda olmadığı gibi, din ile modern biçimler de çatışma içerisinde değildir. Hatta taşıtların ve iletişimin modern biçimleri, dini aktivitelere katılmaları çok daha kolay hale getirir.

6- Modernlik ile din birbirlerini karşılıklı olarak dışlayan bir sistemden ibaret değildir. Bu doğru olmayan yaklaşımın nedeni, dinin geleneğin bir ürünü olarak tanımlanmasının bir sonucudur. Mataragnon bu konuda, Hindistan Kast Sistemi'ne karşı oluşan abartılı tavrı söyleyerek, işgücü uzmanlaşmasının ve kast içi hareketlenmenin gelişmeyi tetikleyici bir olgu olarak nitelendirildiğini belirtmektedir.

7- Modernleşme, geleneği zayıflatmaz hatta modernleşmiş yapılar (örn; yaygın medya) toplumsal kabulü ve yaygınlığı yüksek olan herhangi bir olguyu/değeri daha yaygın ve daha güçlü hale getirebilmektedir.

Mataragnon tarafından 1985 yılında yayımlanan bu makale, esasında eklektik paradigmanın 1980'lerde söylem haline geldiğini göstermektedir. Bu nedenle iddia edilenin tersine, din-modernleşme ilişkisinin etkileşim temelinde değerlendirilmesi 2000'li yıllardan önce ortaya çıkmıştır.

Sekülerleşme kapsamında ortaya atılan tartışmaların çıktığı dönemde, eski paradigma kapsamında görüşleri olan Berger de sonraki çalışmalarında neo (eklektik) paradigma kapsamında bir yaklaşım geliştirmiştir. Berger, dinin ne sekülerizmin ne de dinin mutlak zaferinin, şu anda olanaklı olmadığını, sekülerizmin ve dinin çoğulcu pazar mantığında beraber varlığını devam ettireceklerini belirtmiştir (Berger, 2002). Aynı doğrultuda Oswalt, dinin de diğer seküler kurumlarda olduğu gibi fonksiyonu olduğunun altını çizerek, bundan sonra yapılması gerekenin sekülerleşme, din ve

kültürel biçimlerin karşılıklı bir ilişki içinde aynı düzlemde değerlendirilmesinin gerekliliğine vurgu yapmıştır (Oswalt, 2006, s. 48).

Bu bölümde ele aldığımız ilk iki teori, modernite ve din ilişkisi yaklaşımları doğrultusunda birbirine zıt kutupları değerlendirmektedir. Son paradigmada ise geliştirilen yeni yaklaşımla, bu zıtlığa bir son verilmiş ve yeni bir sentez formu ortaya konulmuştur. Buna göre din ve modernite birbirinin karşıtı değildir ve ikisi bir arada bulunabilir. Bu ilişki, modern ve din arasında oluşan etkileşimin varlığını temel alır. Bu bilgiler kapsamında; sekülerleşme ile beraber dinin hala aktif biçimde yaşadığını, toplumun siyasal, ekonomik ve sosyal boyutları ile devamlı bir ilişki ve etkileşim içinde olduğunu, bu şekilde dinin doğrudan kendisinin, devamlı bir değişim süreci içerisinde olduğunu ve diğer yandan geleneksel olanın yeniden üretimi sürecindeki aktif rolünü göstermektedir.

1.2.2. Beden İmgesine Yönelik Değişen Bakış Açısı ve Sağlıkın Ticarileşmesi

Bedene dair bakış açısının kutsal olandan seküler olana doğru dönüşümünün bir sonucu olarak adlandırabileceğimiz Tıp ve din arasındaki ilişki bazen yakınlaşma şeklinde olsa da özellikle, modern tıbbın ortaya çıktığı Rönesans döneminden bu yana genellikle çatışma şeklinde tezahür etmiş ve ilişkisini sürdürmüştür. Çünkü insanlık tarihinde dinler, birey bedenlerinin kontrol edilmesi için epey mücadele vermiş ve böylece elde ettikleri büyük gücü uzun bir süre ellerinde tutmuşlardır. Dinlerin birey bedenine müdahale edilmesini kesinlikle yasak kılan veya tekelinde bulunduran anlayışı, bedene müdahaleyi normal karşılayan tıbbi işlemlerin engellenmesine sebep olmuştur. Belli bir süre birey bedeni üzerinde somut müdahaleler yapılamadığından birey anatomisi kapsamındaki bilgiler hayvan cesetleri üstünde gerçekleştirilen işlemlere bağlı olarak yapılmıştır. Bedenin dokunulur hale gelmesi ancak 14. yüzyılda olmuş ve bu yüzyılda dini ve mistik uygulamaların yanlışlığı vurgulanmıştır.

Birey bedenine yönelik oluşturulan algının kutsal olandan seküler olana doğru yön değiştirmesi, Batı toplumlarında tıbbi gelişim ile beraber tarihsel bir paralellik göstermektedir. Fakat İslam toplumları değerlendirildiğinde aynı sürecin farklı şekilde yaşandığı, Batı'da olan süreçle bazı yönlerinin örtüştüğü, bazı yönlerinin farklılaştığı söylenebilir. Bu nedenle her ne kadar Batı'nın modern öncesi dönemlerde tecrübe ettiği birey bedeninin kutsallığı konusunda aynı süreci yaşamış olsa da İslam toplumlarının

kutsallığını sürdürmeye devam ettiğini ve bu sürecin ise tıbbi keşiflerin yapılmasına olumsuz katkı sunduğu ifade edilebilir. İslam toplumlarındaki kutsal beden imajı dini metinlerden kaynaklanan bir kutsallıktan öte “dokunulmaz olma” manasında bir kutsallığa işaret etmektedir. İslam toplumlarının birey bedenine yönelik bakış açısının altında bulunan kutsallığın en net göstergelerinden birisi de birey bedeninin heykel ve resim gibi tasvirlemelerle ortaya konulmasının yasaklanması olduğu konusudur.

Birey bedeninin resmedilmesi ve tasviri tarihsel süreçte İslam toplumlarının en fazla tartıştığı konular arasındadır. İslam’ın ilk dönemlerinde toplum ve bireylerin putperest anlayıştan kurtarmak ve tevhit anlayışını yerleştirebilmek için putperestliğin bir çağrışımı olarak değerlendirilen heykel ve resimlere çok ciddi tepkiler verilmiştir. Bu tepkiler Kuran-ı Kerim’de sadece tapınma objesi olan heykel ve resimlere yönelirken, Peygamberlerin uygulamaları ve sözlü ifadelerinde tepkilerin belli ölçülerde genelleştirilmesi ile bir put objesi sayılmayan beden resmini ve heykelini de içine alacak biçimde genişletildiği görülmektedir. Bundan dolayı birey bedeninin sergilenmesi ve resmedilmesine yasaklar konulmuş, sanatsal uygulamalarda da resim ve heykel yerine minyatür ve hat sanatına ağırlık verilmiştir (Kara, 2012, s. 35).

Birey bedenine müdahale edilmesi tartışmalarının yer aldığı teorik çerçeve; her ne kadar birey bedeninin sahibi birey olsa da bedeninin toplumsal bir etkileşim ortamı dışında, kendiliğinden oluşan fiziksel nesnelere ibaret olmadığı realitesine dayanmaktadır. Birey bedeni toplumsal tecrübelerden etkilenmekte ve ait olduğu toplumun değer ve normları ile de bir etkileşim içinde olmaktadır. Birey bedeni günümüzde gittikçe kendine özel doğasından ve kendini çevreleyen ortamından ve biyolojik bütünlüğünden koparak makinalardan diyetlere kadar uzanan çok geniş bir alanda teknoloji ve bilimin müdahalesine maruz kalmıştır (Giddens, 2012, s. 296). Bu müdahalelerden en göze çarpan uygulamaların ise tıp alanında meydana geldiği ifade edilebilir.

Birey bedeni söz konusu olduğunda meydana gelen en büyük gelişmeler arasında birey bedeninin sağlık vasıtası ile kontrol altında tutulmasıdır. Günlük yaşamın tıbbileştirilmesinde ve sağlığın bireysel hale getirilmesinde esas amaç “sağlıklı beden” ve bu sağlıklı bedene erişme yolları ve çabalarıdır. Günlük yaşamda sağlıklı kalmak ana hedef haline geldiğinde sağlıklı kalmaya verilen önemle, doğru bir zihni tutumla hayat, her şeyi içeren bir ihtiyaca boyun eğmek zorunda kalmıştır. Bunun sonucunda ise ortaya

çıkan nihai üründe daha iyi görünmek amaçlanmaktadır (Coward, 1989, s. 22). Bilhassa tıp alanında meydana gelen gelişmelerle beraber birey bedeni üzerinde seçim ve seçeneklerin arttığı bir döneme geçilmiştir. Bu gelişim ve dönüşümle beraber çoğu birey kendi bedenini kontrol edebildiği gibi, bedeninin başkaları tarafından kontrolüne müsaade etmektedir (Shilling, 1993, s. 3). Esasında bu kapsamda “Beden kontrolü” kavramının altında yatan bakış açısının, bedenin bir makine gibi görüldüğü üzerinde temellendiği görülmektedir. Aynı otomobiller ve diğer bütün tüketim malzemeleri gibi birey bedeni de düzenli bakım ve kontrollere gereksinim duyar (Featherstone, 1999, s. 182).

Günümüz koşullarında birey bedenine yöneltilen bakış açısının ortaya çıkmasında bilhassa Batılı toplumların yaşamış olduğu sosyal ve ekonomik çevrelerin etkisi bulunmaktadır. Ulus devletlerin yükselişi ve endüstri devrimi ile beraber insan nüfusu ulus servetinin artırılması ve gücün yükseltilmesi sürecinde işlevsel bir kaynağa dönüştürülmüştür. Paralel olarak nüfusun sağlıklı olmasının önemi artmış ve bu konu düzenlemelere ihtiyaç duyulan bir alan haline gelmiştir. Bunun neticesinde, mortalite, intihar oranları, ortalama evlilik, bebek sahibi olma yaşı, beslenme, ortalama yaşam beklentisi, yaygın görülen hastalıklar, ölüm nedenleri gibi birtakım istatistikler tutulmaya başlanmıştır (Giddens, 2005, s. 153). Batı'nın medenileşme süreci birey bedeninin kontrol altına alınıp denetlenmesi ile şekillendirilmesi sürecidir (Elias, 2002). Beden medenileşme yolculuğunda kontrol altına alınarak şekillendirilmiştir. Bilhassa okul, hastane, fabrika gibi yerler birey bedeninin disiplin altına alındığı sosyal yerleşim kurumları haline gelmiştir (Turner, 1999, s. 166). 17. Yüzyıldan itibaren gelişim gösteren teknoloji ile birlikte birey bedeninin yaşamı için, sağlığını koruyarak düzenlemek adına cinsellik, eğitim, hijyen gibi bazı sağlık kontrol teknolojileri oluşturulmuştur (Hewitt, 1999, s. 232). Bu süreç içerisinde birey bedeni başta tıp kurumu olmak üzere çoğu farklı disiplinin kontrolü ve gözetimi altına girmiştir. Kliniğin ortaya çıkışı ve tıbbi eğitimlerin hastane gibi sağlık kurumlarına taşınmasıyla beraber bireysel bedende oluşan hastalık durumları, kliniksel hastane düzeyinde bazı kurumsal düzenlemeler ve kontrolün gelişmesine neden olmuştur. Devletin de yaşamın devamı ve yeniden üretimine devamlı müdahale ettiği biyo-politika ilkesinin ortaya çıkarak gelişmesine sebep olmuştur (Turner, 2011, s. 244). Sonuçta birey bedeni artık bir proje konumuna gelmiştir. Birey bedeninin görünüşünü, biçimini, boyutunu ve

dahası, kapsamını tekrardan inşa etmek için uğraş verdiği görülmektedir. Bu kapsamda sağlıklı bir beden için kişisel bakımın öne çıkması ve beden inşası örnek olarak gösterilebilir. Bu şekilde birey bedeni için insanlar sorumluluk alarak kişisel bakım diyetleri uygulamaktadır. Bu şekilde birey bedeni içten ve dıştan gözetlenebilen bir proje şekline getirilmiştir (Shilling, 1993, s. 5). Bu projenin önemli rolünü ise birey bedenine ait birtakım standartlar koyan ve yol gösterici özelliği bulunan tıp kurumu üstlenmektedir.

Birey bedenine yönelik tıbbi girişimler, tıbbın esas çalışma alanının öznel doğası gereği meşru bir zeminde oldukça kanıksanmış bir duruma gelmiştir. Tıbbi işlemlerin beden üzerinde uygulanması onun en doğal hakkı olarak değerlendirilmekte olup bu alan üzerinden oldukça yüksek bir tüketim pazarı ortaya çıkmıştır. Günümüzde birey bedenine sağlıklı olma sözü kapsamında yapılan işlemlerin, diğerlerine kıyasla daha ileri düzeyde gerçekleştirildiği ifade edilebilir (Okumuş, 2009, s. 7). Çünkü herhangi bir hastalığa yakalanan birey, tıba müracaat ettiği andan itibaren tıbbın müdahale kapsamına alınmış durumdadır. Bu aşamadan itibaren birey bedeni birer “nesne” gibi değerlendirilip anonim durumuna getirilmektedir. Birey bedeninin nesnelleştirilmesi, hasta ile doktor arasında sessiz bir sözleşmenin yapıldığına işaret eder ve nesnelleşme vasıtası ile bireyler normal yaşamda mahrem olarak değerlendirdikleri sorulara çok rahat cevap verebilmekte, normalde kimsenin görmesine müsaade etmeyeceği bedeninin çeşitli yerlerinin doktor tarafından görülmesine müsaade etmektedir. Hasta birey doktorun, kendi bedenine bakışının diğer bakışlar gibi olmadığını veya sadece hastalık tanısı için baktığına olan inancından hareketle “tıpta utanma olmadığı” düşüncesini kendince meşrulaştırmaktadır. Birey bedeni için yapılan nesnelleştirmenin, tıbbi kurumlarda özellikle, enfeksiyon, kan verme, endoskopi, biyopsi gibi bedene doğrudan yapılan girişimlerde oldukça somut biçimde yapıldığı görülmektedir.

Sekülerliğin etkisinin hissedildiği toplum ve gruplarda birey bedenine müdahalenin nitelik ve şekil bakımından farklılıklar içerdiği ifade edilebilir. Dini kurallara riayet eden bireyler bedenlerine müdahalede bulunurken inanç merkezli bir yaklaşım benimsenmeyerek bedenlerini kontrol etmekte ve bedenlerinin kendilerine hükmetmelerini engelleyerek ruh veya nefis terbiyesi yapmaktadırlar. Diğer taraftan seküler bir bakış açısı ile hareket eden bireyler ise kutsal olan ilişkisini keserek ona seküler amaç ve araçlarla müdahale etmektedir. Diğer bir deyişle sekülerleşme süreci ile

beraber birey bedeni kutsal güçlerin hakimiyetinde olduğu alandan, kozmetik, diyet, koruyucu hekimlik, fiziksel aktivite gibi somut gerçekliklerin alanına eklenerek bir anlamda sekülerleşmiş bir unsur haline dönüştürülmüştür. Birey bedeninin sekülerleştirilmesi ise ona yapılan işlemlerin rasyonel ve seküler bir temel kapsamında tecessüm etmesine sebep olmuştur. Örneğin geleneksel toplumlarda diyet; hırs ve şehvet gibi kötü hislere karşı dini bir perhizde olmanın adıdır. Dini asketizmin amacı da esas amacı da birey bedenine müdahale ederek ruhun nefsi duygulardan uzaklaştırılmasıdır. Fakat tüketimin bir erdem ve meziyet olarak kabul edildiği toplumlarda ise diyet; bilimin müdahale ettiği alana giren besinlerin seküler ve rasyonel bir biçimde kullanılması anlamını taşımaktadır (Turner, 2008, ss. 144-145).

Beden seküler bir düzlemde ele alındığında devamlı değişen yaşam şekillerinin de etkisi ile değişik faktörlerin içerisine girmeye başlamıştır. Günümüzde büyük bir hızla yükselen tüketim odaklı hayat biçimlerinde olduğu gibi birey bedeni de modern toplumların ana karakteristiğinden olan tüketim kültürünün vazgeçilemez bir parçası olmuştur. Spor, diyet, plastik/estetik cerrahi gibi modern Batı toplumlarının özellikle üzerinde durduğu tüketim alanlarında birey bedeninin hedefe konulduğu görülmektedir. Bu alanlarda tüketim gerçekleştiren bir beden üretmek, günümüz toplumlarının en önemli amaçlarından olarak görülmektedir (Okumuş, 2009, s. 2; Okumuş, 2008). Çünkü sağlıklı bir beden sahip olmak ve hayatı tehdit eden risklerinden kaçınmak yalnızca tüketim toplumunun bir parçası haline gelmekle olanaklı olacaktır. Bu şekilde bir toplumun süreklilik göstermesi sağlığı tekeline almış bulunan tıbbi kurumların, ilaç ve kozmetik sanayisi ile paralel şekilde oluşturdukları sağlık sektörü ile sağlanmaktadır. Bu olgu ise birey bedenine ait hastalık ve sağlık olgusunun metalaşmasına sebep olmuştur. Hedef ve sınırları sağlık olgusunun istismarı ile oluşturulan tüketim toplumunun sürekliliğinin sağlanması, birey bedenin dair algıların değiştirilmesi ile olanaklı olmuştur (Cirhinlioğlu, 2003, s. 139; A. Öztürk, 2006, s. 13). Bu nedenle birey bedeninin tarihsel süreçte algılanma şeklinin kutsaldan sekülere doğru metalaşmayla neticelenen bir dönüşümden geçtiği ifade edilebilir. Bu dönüşümün ortaya çıkmasında pek çok faktör olduğu düşünülse de esas faktörün tıp kurumu olduğu ve bilhassa anatomi alanında gerçekleştirilen diseksiyon işlemlerinin birey vücudunun dokunulmaz durumunu dokunulur kılarak seküler bir kapı açtığı ifade edilebilir.

Sanayi toplumlarında meydana gelen sosyal ve ekonomik gelişmelere bağlı olarak insana ve nitelikli işgücüne duyulan gereksinim, toplumların bilhassa sağlık alanına çok daha fazla yatırım yapmalarına sebep olmuştur. Toplumlar var olma savaşlarında rekabeti nitelikli insan gücü ile kazanabileceklerinin farkına varmış sağlığa ayrılan bütçeyi bir harcama kalemi olarak değerlendirmemiş, bunun bir yatırım unsuru olduğu (Güler, 1990, s. 35) düşüncesi ile sağlığı sosyal devlet içinde ele alıp değerlendirmiştir. Bu bakış açısına göre sağlıklı olmak insan hakkı olarak görülmekte ve büyük ölçüde ücretli olmadan devlet tarafından karşılanan bir hizmet şeklinde değerlendirilmektedir. Birleşmiş Milletler (BM) tarafından Alma Ata'da 1978'de "Temel Sağlık Hizmetleri" konferansında yapılan ilkeye göre; "herkes için sağlık" konusunun altı çizilmiştir. Bu kapsamda esasında sağlığın ticarileştirilip satılabilen bir şey olmadığı (Deppe, 2011, s. 53) görülmektedir. Sağlığın sermaye birikimli kar sağlayan bir metaya dönüşmesi sektörel olarak endüstrileşmesi devlet tarafından sınırlandırılmıştır. Sosyal bir insan hakkı olarak görülen sağlık, hizmet arzında ve denetlenmesinde devlet kontrolündedir. Fakat 1980'lerden bu yana meydana gelen neo-liberal politikaların neticesi olarak dünya genelinde sağlık konusu özel sermayenin dikkatini çekmiş ve sağlık endüstriyi ortaya çıkarmıştır (Sönmez, 2011, s. 70).

Sağlık da diğer her şeyde olduğu gibi neo-liberal politikalara göre alınıp satılabilen meta olarak görülmektedir. Bu nedenle sağlık olgusunun da arz-talep döngüsü kapsamında değerlendirilmesi gerekmektedir (Turner, 2001, s. 109; Leys, 2011, s. 33). Neo-liberal politikalarda temel hedef özelleştirme'dir. 1990'lı yıllardan itibaren neo-liberal siyasette kamu hizmetlerinin özel sermayeye paslaması sağlık hizmetlerinin de metalaşmasının önünü açmıştır. Sosyal devlet kapsamı içinde piyasa ilişkilerinin bir müdahalesinin bulunmadığı bazı sağlık hizmetleri, neo-liberal politikaların etkisiyle piyasa şartlarında alınıp satılır hale getirilmesi ile sağlık olgusu metalaşmıştır (Özdemir ve Özdemir, 2006, s. 33). Bu nedenle sosyal devlet düzeni içinde kamu hizmeti olarak görülen sağlık hizmetlerinin üzerinden devlet eli yavaş yavaş çekilmiş, boşalan alanların özel sektör tarafından doldurulduğu görülmüştür. Bu şekilde sağlık olgusunun arz-talep dengesi kapsamında piyasa şartlarında alınıp satılan bir meta haline dönüştüğü görülmüştür.

Sağlığın metalaşmasında önemli görülen süreçlerden biri gündelik yaşamın medikalizasyonundan geçmektedir. Bedenlerin sağlık olgusu kapsamında

denetimlerinin sağlanarak, sağlığa ve bedene ilişkin tüketimin artırılması kapsamında günlük yaşam tıbbileştirilmiştir. Günlük yaşam içerisinde önemli bir yeri bulunan sağlık olgusu tüm bireyler için oldukça değerlidir. Tıbbileştirilen günlük yaşamda sağlık konusu değerli bir hizmet olarak bireye yeniden arz edilmektedir. Sağlıkla ilgisi olan ya da olmayan konuların sağlıkla ilişkisi kurularak tıbbi bir görünüm kazandırılmış ve sağlığın ciddiye alınması gereken vazgeçilemez ve değerli bir konu algısı oluşturularak bireylerin bu yönde bir harcama yapmalarının önü açılmıştır. Bu şekilde günlük hayatın tıbbileşmesi tıbbi hegemonyanın artmasına yol açmakta ve daha çok kâr getirisi olarak sağlık sektörüne katkı sunmaktadır (Sezgin, 2011, s. 21-58). Bu şekilde gelişen bir süreçte sağlık olgusu, neo-biberal tüketim odaklı yaklaşımdan payını almış, sağlık olgusunun piyasaya arz edilmesi gereken bir hizmet olarak kurgulanmıştır. Bireyler ise sağlık piyasası içerisinde alışveriş gerçekleştiren bir tüketici konumuna geçmiştir (Çelik ve Erdem, 2016, s. 61-62; Özdemir ve Özdemir, 2006, s. 35). Bu kapsamda sağlık hizmetlerinin piyasanın gün geçtikçe genişleyen ve kar getirisi yüksek olan önemli bir olgu halini aldığı ifade edilebilir.

Sağlığın meta haline dönüşmesinde normalleştirme/standartlaştırma sürecinin önemli bir rol aldığı görülmektedir. Modern tıp, günlük yaşamın tıbbileştirilmesi ile alakalı bireylere bazı standartlar sunmaktadır. Bu standartlaştırma bireylerin; beden ölçüleri, kolesterol seviyeleri, ruhsal ölçek puanları gibi bazı uygulamalara gösterdikleri taleplerdir. Bunun neticesinde modern tıp, bireyleri farklı biçimlerde etiketleyerek bu standartlara uymaya mecbur etmektedir. Bu kapsamda bireyler sağlıklı kalabilmek, ya da eski sağlığına kavuşabilmek için standartlara uyum sağlamaktadır (Büken, 2011, s. 15).

Modern tıp sağlık/hastalık olgusunda birey üzerinde kurmuş olduğu otoriteyi, standartlaşma aracılığı ile günlük yaşama da dokundurmuştur. Bu standartlara uyum sağlamayan bireylerin bir taraftan tıp kurumunun bir taraftan da günlük yaşama dokunan tıbbi bilgilerin baskısı altına girdiği görülmektedir. Sağlıklı olma olgusu bireyselleştikten dolayı hastalığa yakalanan veya belirlenen standartların dışında kalanlarda oluşan bu durumdan kendileri suçlamakta ve dolayısı ile standartlara uyma gayreti içine girmektedir. Bu standartlara uyulması ise büyük ölçüde sağlık tüketimi yapılması anlamını taşımaktadır. Çağımızda sağlığın bir meta şekline dönüşmesi sürecinde en çok etkilenen alanlardan birisi de psikiyatridir. Önceleri büyücülüğün ve

şeytanın bedene girmesi neticesinde ortaya çıkan ve daha ziyade dinin ilgi alanına giren ruh sağlığı gibi durumlar on sekizinci yüzyılın sonlarına doğru psikolojik durumlar şeklinde değerlendirilip tekrardan tanımlanmıştır (Bilton, vd., 2008, s. 367). Bunun neticesinde yakın tarihe kadar bir tabu olarak görülen psikolojik sorunlarda ilaç kullanımı artış göstermiştir. Modern tıbbın bu alana hâkim olarak söz sahibi olma isteği ve kararlılığı neticesinde (Zola, 1994, s. 60) git gide tıbbileştirilen psikolojik sorunların tedavisinde drog/ilaç kullanımı yaygın ve normal bir hal almıştır. “Büyülü hap” olarak isimlendirilen ve metilfenidat hidroklorür içeren ilaçlar bilhassa ABD’de hızlı bir şekilde yaygınlaşmaktadır. Bu ilaçların 5-10 yaş arası çocuklarda hiperaktivite tedavisinde kullanıldığı fakat tıp kurumu ilgiyi, ortaya çıkan semptomların sebeplerine çekmek yerine, bu ve benzeri ilaçların tedavide kullanılması yolu ile çocukların “dikkatsizliğini” ve “hiperaktivitesini” tıbbileştirmektedir (Giddens, 2005, s. 157). Bunun neticesinde de modern hayatın çocuklar üstündeki etkilerinin bir neticesi olan “dikkatsizlik” ve “hiperaktivite”nin çözümünün tıp kurumu dışında başka bir yerde aranmasının önüne geçilmekte tıbbi bir durum şeklinde değerlendirilmektedir. Bu kapsamda kullanılan ilaçlar ve miktarları ise sağlık endüstrisinin gücünü ortaya koymaktadır.

Tıbbileştirme yolu ile günlük yaşama ait normal olarak görülen birçok olgu artık tıbbileşmekte ve tedavisinin olması gerektiği düşünülen hastalıklar şeklinde kodlanmaktadır. İlaç kullanımına ihtiyaç duyulmadan sosyal hayat içinde kendiliğinden düzelebilecek birçok problemin ilaçla tedavi edilmesi yolu tercih edilmektedir. Bu kapsamda toplumda birey için hazır olan sosyal destek mekanizmaları da etkisizleştirilerek bireylerin git gide daha fazla tıbbın kontrolüne geçmesi sağlanarak bireyler sağlık tüketicisi konumuna geçirilmektedir. Modern tıp, tıbbileştirme vasıtası ile esasında bir taraftan kontrol mekanizması görevini yürütmekte diğer taraftan da bireyleri sağlık tüketicisi konumuna itmektedir.

Sağlığın ticari hale getirilmesinin bir diğer boyutu da sağlık hizmeti arzında meydana gelen eşitsizliklerdir. Günümüzde sağlık hizmeti ve modern tıp temel bir gereksinimden ziyade bir sektör olarak görülmeye başlanmıştır. Bu ise tıba olan güvenin sarsılmasına ve sağlık hizmeti sunumunda gün geçtikçe artan eşitsizlikler ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Sağlık hizmetine erişim durumunun birey geliri ile doğru orantılı hale getirilmesi, toplumsal hayatta çok fazla eşitsizliği ve problemi de

beraberinde taşımaktadır. Bundan dolayı bireylerin artık sağlık tüketicisi konumuna gelmesi ve sağlığın ticarileştirilmesi modern toplumların çok önemli bir sorunu durumuna gelmiştir.

1.2.3. Geleneksel Tıbbın Modernleşmesi

Gelenek çoğunlukla modernlik kavramı tanımlanırken onun karşısında konumlandırılan bir kavram olarak kullanılmakta olup, kavram en genel anlamda; bir topluluk ya da bir toplumda eski çağlardan itibaren devamlılık göstermeleri nedeniyle saygı duyulan ve nesilden nesile aktarılarak yaşatılan, bazen yaptırım gücünü de kapsayan adet, görenek, anane gibi farklı adlandırmalarla da ifade edilen ve bu kavramlarının tamamını içeren alışkanlık, kültürel kalıntılar, töre, bilgi ve davranışlar bütünü olarak tanımlanmaktadır (TDK, Büyük Türkçe Sözlük). Sosyal bilimlerde temel konular arasında yer alan modernlik kavramı kadar sık tekrarlanan gelenek kavramı özellikle sosyoloji alanında modernlik kadar çalışma yapılmamış bir kavramdır. Modernliğin incelendiği bütün çalışmalarda modernlik tanımının bir karşıtı olarak modernliğin tanımının yapılmasına yardımcı olmak için “modernliğe duyulan esas ilginin ayna’sı” (Giddens, 2011, s. 27) olarak yer ayrılan kavramdır. Özetle gelenek kavramı kendisine modern kavramının bir zıttı şeklinde kullanım alanı bulan, özünde teolojik olan bir kavramdır (Gencer, 2012, s. 110). Sosyolojik açıdan tanımlandığında gelenek; “toplum içerisinde belirli bir davranış kümesini yönlendiren, belli davranış kalıpları üreten ve insanları bu kalıplara göre davranmaya zorlayan” bir olgudur (Gencer, 2012, s. 115).

Gelenekler genellikle içerik olarak farklılıklar içerir ve toplumsal yapının bir mirası olarak değerlendirilebilir. Daha farklı bir ifade ile “gelenek modern öncesi toplumsal düzenleri bir arada tutan zamktır” (Giddens, 2011, s. 27). Gelenek, sınırları belli olan bir coğrafi düzende “dil, din, kader birliği yapmış, yaşadıkları olayların farkında olabilen birey topluluklarının meydana getirdiği ortak hafıza” (Sözen, 2009, s. 142) şeklinde de açıklanabilir. Kısaca gelenek toplumsal bir olgu şeklinde bireylerin birlikte yaşamalarının zorunlu neticesi olarak meydana gelmiştir. Sonuçta modern toplumun olumsuz eleştirisi ve yakıştırmalarına rağmen varlığını devam ettirmekte ve ardından da söz ettirme eğilimindedir.

Diğer taraftan geleneksellik, ise “gelenek” kavramı ile ifade edilen toplumsal tecrübelerin devamı şeklinde bilgi, inanç, alışkanlıklar, kültürel değerler ve davranış kalıplarının yıllarca devam ettirilme durumu olarak açıklanabilir. Kavramın özünde “gelenek” olarak isimlendirilen unsurların nesiller boyu aktarılması ve yaşatılması vardır. Geleneksellik, gelenek halini almış fiile ve değerlerin yaşatılarak devam ettirilmesi, toplumsal yaşamın, toplumsal varoluşun istikrarı biçimindeki pozitif anlamının yanında modernleşmenin de zıttı/karşıtı olarak çok sık şekilde anılan ve modern olmaya bir gönderme çabası içinde olması ile de negatif bir anlamın içine iteklenmiştir. Bu manası ile “geleneksellik” modern hayatta yeri olmayan şeyleri açıklayan bir kavram durumundadır.

Geleneksellikten evrilme, gelenekselliğin terk edilmesi koşulu ile olanaklı olacağı düşüncesi batı dışı modernleşmelerde toplumsal kırılmayı mecburi kılmıştır. Geleneksellikten modernliğe evrilmenin batı toplumlarında 500 yıllık bir geçmişi bulunmaktadır ve zamanla batı toplumlarının iç dinamikleri ile üretilerek kendiliğinden gerçekleşmiştir (Köker, 2000, s. 51). Geleneksellik kavramını incelemenin doğru-yanlış, haklı-haksız olduğu yönündeki tartışmalar sayfalarca yapılabilir fakat bu kapsamda yapılacak herhangi bir tartışma tez konusu dışında değerlendirileceği için yalnızca kavramın manasının açıklanmasının daha sağlıklı olacağı düşünülmektedir. Geleneksellik çağın gerisinde kalma, modern olmama ile eş anlamlı bir özel anlamlı ifade olarak bilhassa “dışlama” anlamını da kapsayan bir kavramdır.

Sosyolojik çalışmalarda gelenek ve modernleşme düzleminde ele alındığında din olgusu, geleneğe daha yakın konumlandırılmaktadır. Gelenekselci ekole benzer biçimde gelenek ile din arasında benzerlik ilişkisi kurulabilir. Fakat dinden farklı olarak geleneğin, belli bir uygulama ve inanç gölgesinde değil, bu uygulama ve inançların zamanla bağlantılı olarak düzenlenme şekline işaret etmektedir (Giddens, 2010, s. 97). Modernleşme kuramlarında çoğunlukla gelenek ile din arasında bir özdeşlik kurulup, modernleşmenin gerçekleşmesi ile beraber ikisinin de yok olacağı bazı kuramcılar tarafından temenni edilmektedir. Modernleşme kuramlarında çoğu defa geleneğin karşısına oturtulan modernlik, dinin arkaik bir dünya ile ilişkilendirilerek tanımlanmasında ısrarcıdır. Bu kapsamda dinsellik, geleneğin sürdürülmesi ile ilişkilendirilerek gelenek ve din arasında mecburi bir paralellik kurulur (Subaşı, 2004, s. 58).

Geleneksel toplumlarda ya da geleneksel dönemlerde din ile gelenek iç içe geçmiş bir durumda olup ikisinin ayırt edilmesi genellikle zordur. Geleneksel toplum döngüsü içinde bütün toplumsal kurumların yolu dinden geçmekte ve gelenek olgusunda bir şey hakkında düşünmek, konuşmak yalnızca din vasıtası ile olanaklı idi. Hukuk, eğitim, siyaset, ahlak, bilim, sanat ve ideoloji vb. dini karaktere sahiptir (Atay, 2012, s. 89-90).

Tüm birey faaliyetleri, doğrudan ya da dolaylı dini sembol veya uygulamalardan etkilenmektedir. Çok erken dönemlerden beri dini hizmetlerde uzman olan kişiler olsa da bugünkünden farklı bir “din alanı” yoktur (Berger, 2002, s. 136). Bu nedenle gündelik hayatın ve dinin diğer unsurlarının bütünleşmiş olduğu geleneksel toplumlarda kültürü dini olandan, dini olanı da gündelik olandan ayırmak oldukça zordur. Gelenekte yaşamın kendisi dinsel olduğundan gündelik olanın dini tutum içinde incelemek ve yaşamı da dinselliğin alanına bağlı şekilde algılamak gelenekselliğin olmazsa olmazları arasındadır. Bu kapsamda eğlence kültüründen zaman algısına, savaş stratejilerinden manevi tecrübeler kadar çok geniş bir alanda dinin gücünden hareket eden “yaşamı kutsallaştırma” olgusu söz konusudur (Subaşı, 2004: 48, 85, 112-113, 139). Dinsel olanla sosyo-kültürel uygulama faaliyetlerinin birbirine karıştığı, geleneksel toplumun sosyal organizasyonu kutsal olanla sıkı bir bağlılık içindedir. Bu şekilde kutsal ile profan iç içedir ve aile, akrabalık, iktidar ve tüm sosyal faaliyetler dini bir anlam içermektedir (Günay, 1998, s. 357).

Din ile gelenek arasında bulunan bağlantının en önemli göstergesi geleneksel toplumlarda bireylerin gerçek olsun ya da olmasın bir inanca sahip olmaları ve inanmanın doğal bir hal almasıdır. Bu toplumlarda toplumsal, sosyolojik, kültürel unsurlar bireyleri yerleşik bazı dini ritüelleri yapmaya ve ritüellerin içerdiği bazı metafizik inançları kabul etmeye yönlendirmektedir. Bu toplumlarda inanmak konuşmak gibi doğal bir olgu olup, şüpheciliğe çok az yer verilmekte, inançsız bireylere daha ziyade deli gözü ile bakılmaktadır (Geertz, 2012, s. 108). Bu nedenle dinsel olan sosyal yaşama hâkim olmakta ve diğer sosyo kültürel alanları da etkisi altına almakta, bireyler arasındaki ibadet, birlik, inanç, ritüel gibi genel bir dini uyumluluğun varlığı söz konusudur (Günay, 1998, s. 357).

Toplumsal dönüşüm ve yaşanan değişimle beraber geleneksel yaşam alanlarından modern yaşam biçimine geçen toplumların her yöndeki gelişim ve

değişime kısa zamanda uyum sağladıkları görülmektedir. Bunun nedeni; geçilen modern yaşam biçiminde çok daha iyi olanaklara kavuşulacağına dair verilen vaatler ve bu yönde tam bir güven duyulmasıdır. Fakat gelişen koşulların, bu vaatleri yerine getiremediği de kısa zaman içinde gözlenmiştir. Bell bu noktada; komünizmin soğukluğu ve modernizmin yorgunluğu ile birlikte bireysel anlamda özgürlüklerin artması ile beraber bir dönemin sonlandığını belirtmektedir (Bell, 2006, s. 70). Bu ise bazı bireylerde toplumsal olarak çoğu şey yolunda gidiyor olmasına rağmen mevcut düzen karşısında rahatsızlık duymalarına sebep olmuştur.

Modern yaşam tarzı ile ortaya çıkan bireycilik olgusu ile beraber “dini çoğulculuk” adı verilen bir kavram literatüre girmiştir. Geleneğin dinsel tekelleri bundan sonra geride kalmış ve ileri kapitalist toplumlarda oluşan farklılaşma ile dini çoğulculuk durumu devam edecek gibi görünmektedir. Modern yaşam ile birlikte dini kurumlar toplumsal yaşamın bireyi sarmış olan sembollerini kendi bünyesinde tutma ayrıcalığından mahrum kalmışlardır. Birey bundan böyle yaşamın büyük çoğunluğunu dini sembollerin en aza indirmediği veya hiç olmadığı alanlarda geçirmektedir. Bu iki süreç (bireyselleşme ve çoğulculuk) modern toplumlarda bir arada bulunmaktadır. Bu süreçte artık din eskiden olduğu gibi tekelci konumdan çıkmış, bireyin önüne dinsel çeşitlilikler serilmiş ve oldukça çeşitli dinsel görüşlerle yüz yüze gelmiştir. Modern birey için din artık eskiden olduğu gibi dini kurumlar tarafından şüphe götürmez şekilde sunulan nesnel bir gerçeklik değil, sunduğu çeşitlilik içerisinde bir seçim imkânı sunan olgu haline gelmiştir. Ortaya çıkan çeşitli dini organizasyonlar, kendilerine taraf bulmak için bir rekabete girmek mecburiyetindedir ve ortaya çıkan rekabet sonucu grup üyelerinin eskiden olduğu gibi bir sadakat sahibi olmadığını ortaya koymaktadır. Bundan dolayı modern yaşamda dini görüşlerin piyasada görünür hale gelmesi, potansiyel alıcılara ulaştırılması önem taşımaktadır. Bu ise rekabet koşulları oluşturacak biçimde bir organizasyonu zorunlu kılmaktadır. Dinsellikte pazar mantığı ile bir rekabetin ortaya çıkması, verilen mesajın kitabi veya orijinal oluşundan daha ziyade, bireyin bu mesajı alıp almayacağı dolayısı ile bireyi (tüketiciyi) ön plana çıkarmaktadır. Bu şekilde ortaya çıkan dini grupların üyelere geleneksel olandan daha farklı özelliklere sahip bazı inanışları benimseme ve özümseme olanağı sunmaktadır. Ortaya çıkan bu sosyolik durum ile modern toplumlarda bazı yeni dini yapıların ya da yarı-dini yapıların oluşmasına sebep olmuştur.

Bazı seküler çevreler tarafından algılandığı gibi modern çevrelerde din olgusu yalnızca birey ve birey vicdanı arasında oluşan ve gidip gelen bir özeliğe sahip değildir. Bireysel dindarlık biçimi yalnızca bireyde kalmayarak, diğer bireylerle beraber bir kolektif yapı ortaya koymakta ve bir takım farklı dini grupların oluşmasına da sebebiyet vermektedir. Bu kapsamda yaygın şekilde görünür olan Yeniçağ hareketinde ilk ilke; bireysel sorumluluk konusudur (Naisbitt ve Abordene, 1990, s. 269). Bireysel deneyimi ve bireyselleşmeyi yeteri kadar önemseyen bu yeni dini hareket, aynı zamanda da buna değer verenler tarafından oluşturulmuş bir “topluluk” da ortaya çıkarmıştır. Geleneksel olana göre bireyi merkezi bir konuma getiren bireysel özellikte bir durum söz konusu olup kurumsal dine veya temel dini metinlere mesafeli bakan fakat kendisi gibi düşünenlerle de bir topluluk oluturan bir durum ortaya çıkmaktadır. Örneğin mistik, büyüsel, ruhsal özellikteki gruplar, meditasyon grupları, din sosyologları tarafından yeni dini hareket tanımı içerisinde yer verilen dini teşkilatlanmalar bu kapsamda değerlendirilebilir (Arslan, 2010, s. 203).

Weber başta olmak üzere Bellah, Luckman, Berger, Wilson gibi din sosyologları tarafından yapılan çözümlerinin merkezinde “bireyselleşme”ye vurgu yapılmakta bunun dini yaşamda ortaya çıkardığı neticeler yer almaktadır. Din sosyologlarının yaptığı analizlerde bireyselleşme olgusu ve öznelleşme vurgusu, geleneksel dini kurumlara uzak durmayı ve bireyi önceleyen bir dini yaklaşımı ifade etmektedir. Fakat bu konuda fazlaca yanlış anlamalar yaşandığı gibi modern dini yaşamdaki bireysellik olgusu yalnızca bireysel bir dini yaşama vurgu yapmaz. Belki ilk anlaşılması gereken bu şekilde olabilir fakat bu anlaşılma yanlış değil, eksik olarak değerlendirilmelidir. Çünkü modern bireyde ortaya çıkan bireysel dindarlığın toplumda bir karşılığı yoktur.

Gelenekselliğin sağlık boyutu kapsamında bireyselliğin ele alınması önemlidir. Modern dönem, bireylerin anlam arayış krizlerine sık sık yakalandığı bir dönemdir. Modernliğin sonucunda bireycilik ve dini çoğulculukta bir artış yaşanmıştır. Bireyler bu dönemde kendilerine önem vermenin bilincine erişmişlerdir ve onlar için bedenleri ve fiziksel sağlıkları önemli hale gelmiştir. Modern dinseliliklerin yaygın hale gelmesi modernlik-din ilişkisi ve sekülerleşme teorisi bakımından oldukça köklü neticeleri doğurmuştur. Bireylerin bedenlerini kontrol altına almaya hizmet ettiği, tüketim kültürü vasıtası ile üretilen kapitalist ideolojinin sağlık problemlerini bireyselleştirdiği ifade edilebilir. Bunton vd., (1995, s. 206) sağlık olgusunun, sağlık davranışlarının politik ve

sosyal kapsamda değil, bireysel ve psikolojik tarafı ile ele aldığını belirtir. Bu yaklaşım modern tüketim kültüründe ortaya çıkmıştır ve tüketicinin /hastanın seçimine yön veren modellerle alakalıdır. Sağlıklı yaşam biçiminin çeşitli araçlarla görünür kılınması, sağlığın bireysel bir sorumluluk olarak kabul edilmesini sağlamaktadır. Hastalığın sorumluluğunun tamamen bireye yüklenmesi ve sağlıklı kalmak için alınması gereken besinlerin medyada tanıtımı eş zamanlı yaşanmıştır. Bu süreç yaşamın tıbbileştirilmesinden ayrı şekilde ele alınamaz. Hayatın tıbbi hale getirilmesi, tıbbi bir girişim gerektirmeyen hallerde bu girişimlere ihtiyaç varmış gibi davranılması şeklinde değerlendirilmiştir (Conrad 1992, s. 209). Bugün daha ziyade daha evvel hastalık olarak nitelendirilmeyen birçok problem şu an hastalık olarak isimlendirilmekte, ciddi olmayan problemler için bile tıbbi ilaçlar kullanılmaktadır. Mesela uyku sorunu ve menopoz vb hayat döngüsünün normal kabul edilen süreçlerinin tedavisi için çeşitli ilaçlar tavsiye edilmektedir. Bu nedenle hayatın tıbbileştirilmesi vasıtası ile bireyler daha fazla tıbbi hizmet, destek ürünü ve ilaç tüketmeye sevk edilmektedir. Bu sevk edilme bireyleri, sağlıklarını koruyarak geliştirmek ve yaşam sürelerini uzatmak için değişik ürünleri de teşvik etmektedir. Bu şekilde sağlık olgusu, değişim değeri olan bir nesneye ve metaya dönüştürülmüştür. Bu noktada birey, sağlığını geliştirmek için, neye ihtiyaç duyduğunu ve bu ihtiyacın karşılanması noktasında neler yapabileceğini düşünmektedir. Sonuçta kapitalist ideoloji eksenini tarafından desteklenen tüketim kültürü içinde medya vasıtası ile geleneksel tedavi metotları da piyasa ekonomisinin hizmetine sunulmuştur. Ancak kapitalist düzende sağlık arayışında birey, tüm bu sosyal bağlamdan ayrı olarak kendi sağlığından da bizzat kendi sorumludur. Bireylerin sağlıklı tercihlerde bulunması önemli olmakla beraber, bu seçimlerini gerçekleştirdikleri kültürel, sosyal, ekonomik, politik ve fiziki ortam da önemlidir. Artık birey modern dönemin tıbbi uygulamaları arasında sağlığına verdiği önem kapsamında bir seçim yapmak durumundadır.

Hastalıklar karşısında modern tıbbın henüz gelişmediği dönemlerde bireyler hastalıklarına şifa bulmak için çeşitli geleneksel (büyüsel, dinsel) yollara başvurmuştur. Zamanla modern tıp gelişmiş ve çoğu hastalık modern tıp ile tedavi edilmeye başlanmıştır. Ancak yine de modern tıbbın çare bulamadığı bazı hastalıklar ortaya çıkmıştır. İnsanlar çoğu kez çok daha etkili olduklarını düşündükleri ve çok daha kolay ulaşabilecekleri, bazen de modern tıp tarafından çare bulunamayan durumlarda geleneksel/alternatif tedavi yollarına başvurmaktadırlar. Bireysel hayatın ya da bireysel

yaşam tarzlarının ön plana çıktığı postmodern dönemde, bireyler hem yüzyılın gereklerine uyum sağlayıp imkanlarından fayda sağlamakta hem de dini hassasiyetlerine önem vermektedirler. Geleneksel tedavinin en temel niteliği büyüsel/dinsel bakış açısı ile hareket etmesidir. Postmodern dönemde modern tıbbın uygulamalarına geleneksel dönem tedavileri de eklenmiştir. Bu doğrultuda holistik bakış açısı ile birey içinde yaşadığı doğa ve doğaüstü ile beraber evrenin bir parçası olarak düşünülmektedir. Geleneksel dönemin bir ürünü olan dua ile şifa bulma davranışları postmodern dönemde bireylerin fiziksel ve ruhsal ihtiyaçlarının birlikte ele alınması ile bireylerin önceliklerinin belirlenmesi yönünde form değiştirmiştir. Holistik yaklaşımın psiko-sosyal ihtiyaçların belirlenmesinde ve karşılanmasında olumlu yönde katkıda bulunduğu ve tıbbi tedavinin etkinliğini artırdığı belirtilmektedir.

Alternatif tıp/geleneksel tedavi epeyce geniş çaplı bir çerçeveyi içeren tıbbi deneyimleri kapsamaktadır. Bu geniş kapsamı nedeniyle tanımlanma noktasında kavramsal bir fikir birliği oluştuğunu söylemek çok mümkün değildir geleneksel tedavi uygulamaları modern tıbbın uygulamalarını da merkeze alarak yapılan ve biz-diğeri dikotomisi doğrultusunda şekillenen bir kavramsallaştırma içerdiğinden modern tıbbın haricindeki tüm uygulamalara işaret eden bir kavramdır. Bu kapsamda telkinler yolu ile şifalanma çalışmalarından meditasyona ve şifalı otlara kadar pek çok tedavi uygulamasını içermektedir. Bunlardan biri de geleneksel tıp uygulamaları olup pek çok kez herkesin alabileceği, kullanabileceği, yapabileceği, sıradan tıbbi pratikleri ifade etmektedir.

Modern tıpla birlikte son zamanlarda yaşanan somut başarılar, tıp olgusunun sağlık alanında tekeli eline alan meşru otoriteye sahip olmasına sebep olmuş kendisi haricinde gerçekleştirilen pratiklerin “alternatif” şeklinde isimlendirilmesine/nitelendirilmesine sebep olmuştur. Modern tıbbi uygulamaların haricinde yer alan tüm uygulamaların ifade edilmesinde kullanılan “alternatif tıp” yüzyıllarca birey hayatında merkezi konumda yer almış olsa da pozitif tıbbın gelişmesi ile beraber, bireysel ve sosyal yaşamdaki etkinliğini kaybederek şüphe uyandırmaya başlamıştır. Uzun bir müddet ağırlığını koruyan bu bakış açısı, yakın dönemde meydana gelen gelişmelerin de etkisi ile esneyerek modern tıbbın haricinde tutulan uygulamalarında zamanla tedavi basamağına dahil edilebileceği düşünülmeye başlanmıştır. Geleneksel/alternatif uygulamaların yeniden gün yüzüne çıkması modern

tıbbın o sorgulanamayan otoritesinde sarsılma meydana getirmiş ve bu iki yaklaşım arasında bir meşruiyet gerilimi ortaya çıkmıştır. Bu iki yaklaşım arasında oluşan gerilimin nedeni; hastalık ve sağlık konularına yönelik geliştirilen farklı bakış açılarından kaynaklanmaktadır.

Geleneksel/alternatif tıp, bağlı olduğu kültürün parçası olup toplumsal iyileştirme pratiklerinin kuşaklar arası aktarımı ile oluşturulmuş bilgileri içermektedir. Günlük yaşamdaki alışkanlıklar; pratikler ve tecrübi bilgiler sebebi ile geleneksel bilgiye dayanmakta olup, toplumun tüm üyeleri tarafından bilinmektedir. Bu kapsamda hastalık tedavisinde kullanılan uygulamaların tamamı toplumsal tecrübeler yolu ile kazanılmaktadır. Bu nedenle alternatif tıp, modern tıp ile karşılaştırıldığında tanı ve sağaltım yöntemleri bakımından rasyonel biliminin dışında değerlendirilmiştir. Modern tıbbi uygulamalar Batı'yı merkeze alan bir gelişim gösterdiği için Batı tıbbi "modern/bilimsel tıp" olarak adlandırılırken, batı dışı toplumlarda ise "halk tıbbı, alternatif tıp, geleneksel tıp" şeklinde isimlendirilmişlerdir (Kaplan, 2011, s. 151; Türkdoğan, 2006, s. 71). Bu kutuplaşma arasında temel ayırt edici faktör bireye ve bireyin hastalığına karşı bakış açılarında yaşanan farklılaşmadır. Çünkü biyolojik süreçleri merkeze alan modern tıp deneysel araştırmalarla laboratuvar ortamındaki çalışmalara dayanan bilimsel uygulamalar ışığında hastayı dışarda tutarak hastalığı merkeze alan (virüs, bakteri vb. unsurları dikkate alan) bir yaklaşım benimserken, geleneksel/alternatif tıpta ise hastalığa yaklaşımın temelinde kültürel, manevi veya ahlaki unsurlar merkeze alınmaktadır. Geleneksel/alternatif tıpta birey bedeni ve ruhu bir bütün olarak görülüp holistik bir yaklaşım tarzı benimsenirken modern tıpta ise beden-ruh dikotomisinde bir yaklaşım benimsenmektedir. Fakat modern tıpta yaşanan olağan üstü gelişmelere rağmen neredeyse bütün toplumlarda pek çok insanın geleneksel tedavi yollarına başvurmaya devam ettiği gözlenmektedir. Hatta geleneksel tıbbı doğru artan bir eğilim olduğu, bilhassa günümüzde modern tıbbın erişemediği veya ekonomik açıdan yetersiz olan bazı bölgelerde epeyce geniş bir toplumsal kesime hitap ettiği belirtilebilir (Özsan, 2001).

Modern tıbbı karşı oluşan tepkiler neticesinde geleneksel tedavi yollarına ilgi epeyce artmıştır. Oluşan tepkilerden biri tıpta meydana gelen makinalaşmanın ve pek çok teknolojik cihazlara karşı bir bağımlılık oluşmasıdır. Bu da insanlarda bir hoşnutsuzluk meydana getirmektedir. Teknolojiye olan ve zamanla gelişen bu

bağımlılık psikolojik ve biyolojik zararlar meydana getirmekte ve hatta hekim ve hasta arasında bir mesafe oluşmasına sebep olmaktadır. Mevcut düzende modern tıp bireyi, sadece etten ve kemikten ibaret bir varlık olarak görmekte, birey zihnini ve ruhunu görmezden gelerek hastalıkları salt mekanik ilişkiler merkezinde ele almakta, sağlığın manevi ve ahlaki bileşenlerini yok saymaktadır. Bundan dolayı modern tıbbın bir parçası olarak kabul görmeyen her türlü uygulama alternatif tıp olarak isimlendirilmiştir. Modern tıp hastalıkların yok edilmesini ve kökünü kazıyacağına dair bir ütopya ortaya atmış fakat kanser gibi bazı hastalıklara çare bulmak için gerçekleştirilen araştırmalara yüklü miktarda ekonomik bütçe ayrılmasına rağmen bugüne kadar kesin bir tedavi şekli bulamamıştır. Bu nedenle günümüzde toplumun geleneksel/alternatif tıba gösterdiği ilgi alternatif uygulamaların tedavi süresinde meydana getirdiği faydaların kanıtlanmasının yanı sıra modern tıp tarafından yaşatılan hayal kırıklığının da bir neticesi şeklinde (Ekber, 1994, ss. 123-128) değerlendirilebilir. Bu ilginin zamanlamasına bakıldığında tarihsel açıdan postmodernite söylemlerinin ortaya çıktığı ve devam ettiği bir zamana denk geldiği görülmektedir. Bu durumun evrensel değerlere erişmek adına özgünlükleri hiçe saymamak için yerelliklerin öne çıkarılması gerektiğini, başka bir deyişle evrensellikten öte, yerelliği özümseyen pozitif bilimin dışında tutulan bilgi türleri ile de hayatı anlamlandırabileceğimizi göstermektedir. Bundan dolayı postmodernitenin bir evrensel ürünü olan modern tıba ve tıbbın uygulamalarına karşı gelerek tecrübi ve geleneksel bilgiler çevresinde şekillenen geleneksel/alternatif tıbbı önemsemektedir (Kızılcılık, 1995, s. 41). Bu kapsamda iki zıt olgu arasında doğrusal bir ilişki olduğunu, çünkü modernitenin argümanlarını kökünden sarsan postmodernitenin geleneksel/alternatif tıba bir pencere bırakarak onun için bir ışık bıraktığını ifade edebiliriz. Fakat alternatif/geleneksel tıbbın kurumsal olarak ortaya çıkması, postmodern söylemle beraber bir tırmanışa geçse de modern tıbbi uygulamaların kurumsallaşma sürecine kadar gittiği görülmektedir.

Dönemsel olarak bakıldığında 1970'li yıllar tıp açısından tarihsel bir sayfanın kapandığı, endüstrileşmiş toplumlarda yalnızca salgınların değil enfeksiyondan kaynaklı hastalıkların da süresini doldurduğu görülmektedir. Yersinia pestis isimli bakteri tarafından oluşturulan, insanlara ve diğer hayvanlara pirelerle yayılan, bulaşıcı ve öldürücü bir hastalık olan veba hastalığı gündemden düşmüştür. 1979 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Poxvirus grubundan bir virüs olan Çiçek hastalığının artık

öldürücü bir virüs olmadığını açıklamıştır. Fakat Acquired Immune Deficiency Syndrome (AİDS) hastalığının ortaya çıkışı ve yeni tip virüslerin meydana çıkması enfeksiyonlu hastalıkların yok olduğuna veya yok olmasına çok az kaldığına dair öngörüyü de derinden sarsmıştır. Çünkü antibiyotiklerin keşfi ile ve çeşitlerinin artması ile enfeksiyonların kökten yok edildiği anlamı ortaya çıkmamalıdır. Genellikle bilinçsiz ve gereksiz biçimde tüketilen bu ilaçlara karşı direnç oluşturan bakterilerin ortaya çıkması küresel anlamda insanları ve tıp doktorlarını korkutmuştur. Bu tarz dirençli bakterilerin gelişmesi, tam olarak antibiyotik keşfinden yaklaşık 40 yıl sonra modern tıp doktorlarının bulaşıcı hastalıkların sona erdiğine dair yaptığı açıklamaların arkasından gelmiştir. Bu nedenle modern tıp tarafından üretilen “salgınların olmadığı bir dünya” bazıları tarafından ütopya olarak değerlendirilmiştir. Modern tıbbi uygulamaların mucize şeklinde değerlendirilen büyüünün bozulması ile bazı hastalıklar karşısında çözüm bulamayan doktorların, “antibiyotik sonrası dönem”den söz etmelerine sebep olmuştur. Aynı şekilde 2000’li yıllara gelindiğinde ortadan kalkacağı düşünülen sivrisinekler tarafından bulaştırılan sıtma hastalıklarında ortaya çıkan başarısız sonuçlar da bu tablonun pekişmesini sağlamıştır. AİDS ile beraber artık salgın hastalıklar gerçek yaşamda olmasa bile zihinsel anlamda hayatımıza geri gelmiştir (Moulin, 2013, ss. 23-24; Nikiforuk, 2016, s. 235). Sonuçta modern tıbbi uygulamalar eleştiriye açık hale gelmiş, doktorların ve modern tıbbın kendisinin her şeye çare olmadığı görülmüştür. Pek çok bilim insanı tıbbın rakip kabul etmeyen işleyişine odaklanan tıp tarihi okumalarını reddetmiş, modern tıp dışında kabul gören çalışmaları ve uygulamaları önemsemeye başlamıştır (Lindemann, 2013, s. 31). Yaşanan bu gelişmelerle beraber alternatif/geleneksel tıba olan talep yeniden görünürlük kazanmıştır.

Alternatif/geleneksel tıba karşı talebin yeniden görünür olmasının sebeplerinden bir diğeri ise kitle iletişim araçları tarafından gerçekleştirilen yayınlardır. Sağlıklı olmanın kültürel bir boyu kazandığı postmodern dönemde sağlık olgusu modern tıbbın tekelinden kurtularak kültürel ve sosyal yaşamın önemli bir parçası haline almıştır. Özellikle de son günlerde kitle iletişim araçları tarafından gerçekleştirilen yayınlarda sağlık konulu programların sayısında artış olmuş, bunlar arasında geleneksel/alternatif tıp uygulamaları ile alakalı pek çok yayın gerçekleştirilmektedir. Oldukça dikkat çeken ve takipçi sayısının fazlaca olduğu bu programlarda çoğunlukla sağlıklı kalmak ve bunu sürdürmek için tavsiye ve öneriler verilmektedir. Bu yol

gösterici önerilerin kapsamının çoğunlukla bitkilerin mucizevi etkileri ve bunlardan yapılan kürlerden oluştuğu gözlemlenmektedir. Aynı şekilde meditasyon, yoga, ozon terapisi, manyetik terapi ve ozon terapisi gibi uygulamaları içeren programlar da çok dikkat çekicidir (Aytaç ve Kurdaş, 2014, ss. 6-7). Bir de bu yayınların ötesinde devlet politikaları kapsamında pilot olarak seçilen bazı il ve hastanelerde manevi destek birimleri oluşturulmuştur. Bu alternatif/geleneksel tedavi uygulamaları ve bu programların etkisi o kadar yaygın hale gelmiştir ki bu kapsamda doğrudan veya dolaylı şekilde bağlantısı olan bir ticari sektörün doğmasına sebep olmuştur.

Gün geçtikçe başarısını ortaya koyan veya görmezden gelinemeyecek seviyelere erişerek modern tıp kapsamına dahil edilen alternatif/geleneksel uygulamaların sayısı çoğalmış ve bundan dolayı bu yöntemlere alternatif/geleneksel tedavi yerine “tamamlayıcı tıp” adı verilmiştir. Bu şekilde bir tanımlama ile modern tıp “geleneksel” kavramının tıbbın otoritesini sarsacak imalarından kurtularak bir ilave tedavi metodu olduğunu iddia etmiştir. Tamamlayıcı şeklinde ifade bulan uygulamaların aslında modern tıbbın otoritesine bir zarar vermeden sistem içinde değerlendirilmesini sağlamış, bir meşru zemin sağlayarak bu uygulamaların da aslında modern tıbbi uygulamalar kapsamında değerlendirilmesini sağlamıştır. “Tamamlayıcı” şeklinde bir adlandırma modern tıbbın eksik taraflarının olduğunu, ama hala sağlık sistemi içinde modern tıbbın merkezi konumda değerlendirilmesi gerektiğinin altı çizilmektedir.

1.2.4. Modernizmin Seküler Ürünü Holistik Tıp

Toplumun bir sistem olduğu varsayımıyla hareket edildiğinde, sağlık, eğitim, din, siyaset birbirine bağlı alt sistemler olarak kabul edilmektedir. Sistemi meydana getiren alt sistem unsurları üst sisteme birebir benzemeyebilir. Alt sistemlerin kendilerine göre farklı unsurları, özellikleri ve etkileşimleri olabilir. Sağlık sistemi içerisinde yer alan ve bir alt sistem olan hastaneler düşünüldüğünde her bir alt sistemin kendine ait özellikler taşıdığı görülmektedir.

Sosyal sistemin bir alt sistemi olan sağlık kurumu toplum üyelerinin sağlık ihtiyaçlarını gidermek için oluşturulmuş olup, etkileşimler, roller, inançlar, normlar ve değerleri içermektedir. Toplumsal yapı sağlıklı bireyler tarafından meydana getirilmiştir. Bir kültürde sosyal kurumların birbirleri ile etkileşimi, genel sosyo-kültürel ortam içinde oluştuğu gerçeğinden hareketle, sağlık kurumlarının da toplumun

ekonomik, eğitimsel, dinsel, ailesel ve siyasi kurumlarından etkilendiği her toplumun sağlık kurumunun sosyo-kültürel yapısına göre şekillendiği ifade edilebilir (Özen, 1994, s. 133).

Sosyal sistem içerisinde hastalık kavramını; biyolojik sistem olarak kabul edilen canlının durumu ile sosyal ve şahsi intibakını temin eden doğal işleyişin bozulması (Türkdoğan, 1991, s. 30) olarak tanımlayabiliriz. Tanımlamaya göre hastalığın biyolojik yönünün olduğu kadar sosyolojik yönüne de vurgu yapılmıştır. Bireyler gebelikten itibaren doğum ve ölüme kadar geçen süre içinde toplumsallaşma, kültür, eğitim gibi sağlık sistemi içerisinde sağlıkla ilgili tutum ve davranış kazanmakta, aile olarak ise ekonomi, eğitim, din, siyaset gibi sosyal sistemin alt sistemlerinden de etkilenmektedirler.

Sosyal sistem içerisinde yer alan din alt sistemini incelerken din sisteminin çevresi ile yani diğer alt sistemlerle (sağlık, ekonomi, aile ve siyaset kurumları) olan etkileşimini ve bütünlükle olan ilişkisini açıklayabilecek en iyi bilimsel yaklaşımın holistik yaklaşım olacağı düşünülmüştür. Holistik yaklaşıma göre bir sistem analiz edildiğinde mutlaka o sistemin çevresi ile yani diğer alt sistemlerle olan etkileşim ve ilişkisi de açıklanmak zorundadır (Demirsoy, 2014, s. 107). Hiçbir olgunun onu meydana getiren sosyo-ekonomik ve kültürel sistemlerden ve ortamlardan ayrı olarak değerlendirilmeyeceğinin altını çizmekte fayda vardır. Tüm olgular ortaya çıkması, işleyişi ya da öğeleri bakımından bir kültür ürünü olarak meydana gelmektedir. Araştırılan olguların tutarlı ve iyi bir şekilde analiz edilmesi için diğer olgularla olan ilişkisi, kültürel içeriği açısından da ele alınmalıdır.

Durkheim'e göre dinin en önemli toplumsal işlevi dayanışmayı sağlayarak devamlılık kazandırmaktır. Bu kapsamda dinin bir alt sistem olarak asıl işlevi toplamak ve bütünleştirmektir. Din sosyal sistem içerisinde birlik bilinci oluşturarak bütüne olan bağlılığı güçlendirerek sosyal bütünleşmeyi oluşturmaktadır. Din alt sisteminin bir işlevi de bireye gönül rahatlığı vermesidir. Toplumsal hayatın grift olan kaos ortamlarında kendilerini çok güçlü gören insanlar bile daha güçlü varlıklara sığınma ihtiyacı içinde olmuşlardır. Dinin aynı zamanda bir sosyal kontrol işlevi de bulunmaktadır. Bazı davranışların kutsal olmasını sağlamakta ve suç olarak gördüğü davranışları da günah kategorisine alarak bireyleri bu davranışlardan menetmektedir. Ortak yapılan ayinler, dinsel törenler ve ibadetler de toplumsal dayanışmayı güçlendiren

araçlardır. Durkheim, toplumsal olgular ve toplumsal kurumların bizden önceki nesiller tarafından hazır olarak aktarıldığı için onların yapımında bu neslin hiçbir katkısının olmadığına vurgu yapmaktadır (1985, s. 28) Bu tutum onun ontolojik olarak holistik olduğunu bize verir.

Holizm; bütünün kendisini meydana getiren parçalardan öte bir olgu olduğu yaklaşımının altını çizen felsefi yaklaşımların ortak adıdır. Bu yaklaşım bütünün yalnızca bir araya gelen parçaların analizi ile anlaşılmayacağını savunmaktadır. Gerçekte duyulabilen ve görülebilen bütün unsurlar bütünü meydana getirmektedir. Birey içinde yaşadığı doğa ve doğaüstü ile beraber onların bir parçası olarak görülmektedir. Holistik yaklaşıma göre hastalık ve sağlık olgusunda beden ve ruh birlikte tasarlanmaktadır. Holistik yaklaşımın amaç ve içeriği incelendiğinde eski uygarlıklarda da holistik yaklaşım ve holistik tıp ile eşleşebilen uygulamaların yapıldığı görülmektedir.

Holistik yaklaşımla şifa bulma çabaları 5000 yıl öncesine kadar gitmektedir. Bilimsel tıbbın kurucusu olan Hipocrates fiziksel hastalıkların yanında hastalığın ruhsal etkilerine bakılması gerektiğine vurgu yaparak, bireye bütüncül yaklaşımın önemini vurgulamıştır. Hipocrates “Bir kişinin ne çeşit hastalığı olduğunu bilmektense ne çeşit bir kişinin hasta olduğunu bilmek daha önemlidir” açıklamasıyla bunun altını çizmektedir. Günümüzde “bütüncül sağlık” ve kişinin zihinsel, ruhsal, fiziksel ve sosyal olarak bir bütün olduğu, tüm bireylerin birbirinden farklı olarak toplum, çevresi ve ailesiyle bir bütün olduğu hastalık ve sağlığın birbirinden ayrı düşünülemeyeceği belirtilmektedir (Demirsoy vd., 2011, s. 74; Freeman, 2005, s. 5).

Önceleri geleneksel halk tıbbı şeklinde karşımıza gelen uygulamalar, artık holistik tıp uygulamaları adı altında devam etmektedir. Halk tıbbının en önemli özelliği bütüncül (holistik) bakış açısını içermesidir. Bu yaklaşıma göre büyüsel, dinsel nitelikte olan halk tıbbı uygulamalarının en önemli özelliği hastaların bu uygulamalar sonucunda şifa bulacağı ve iyileşeceği inancı taşımasıdır.

Holistik tıp modern tıpta kullanılan tedavi yöntemlerinin yanında etkin bilimsel doğal yöntemlerin de kullanılmasını savunan bir yaklaşımdır. Holistik yaklaşımda amaç sağlık problemlerinin çözüme kavuşturulmasında öncelikle daha az yan etkisi olan doğal yöntemlerin kullanılması ve yalnızca hastalık semptomlarını kısa bir süre giderilmesi yerine problemlerin kaynağına inerek sağaltım yapmaktır. Bu nedenle

holistik tıp modern tıbbın bir alternatifi olmaktan ziyade onu da kapsayan köklü bir sağlık modeli olarak düşünülmelidir. Bilimsel olarak analize tabi olan her türlü iyileşme yöntemi, beden-ruh bütünlüğünün tedavinin odak noktasında kalması şartı ile holistik tedavinin bir parçası olarak düşünülmelidir (Owen ve Holmes, 1993, s. 99).

Holistik yaklaşımda hastanın uygulamaya olan inancı uygulamanın bir parçası olarak görülmekte ve önce hasta bireyin iyileştirilmesi sonra ise hastalığın iyileştirilmesi temelinde hareket edilmektedir. Hasta bireyin bu süreçten beklentisi ve inancına yönelik psikolojisi iyileşmenin ana koşuludur. İnsan bedenine mekanik bir yaklaşım sergileyen modern tıp uygulamalarında da iyileşmenin psikolojik süreçlerine odaklanan teoriler bulunmaktadır (Saltık, 2012, s. 308).

Psiko-sosyal ihtiyaçların karşılanması ile fiziksel ihtiyaçların azalması ve pozitif yönde iyileşmesine katkıda bulunduğu ve medikal tedavinin etkinliğini artırdığı düşünülmektedir. Holistik sağlık yaklaşımında hastalık veya bedenin bazı bölümlerine odaklanmak yerine sağlık için bireyin kendisi ve çevresi ile etkileşime gireceği düşünülmekte olup beden, zihin ve ruh arasında bulunan bağlantının altı çizilmektedir. Holistik yaklaşım fiziksel, sosyal, ruhsal (spritüel) sağlığı hedeflemektedir.

Hastalık nedenlerine ait birey inançları incelendiğinde üç ana grup içinde ele alındığı görülmekte olup bu nedenler (Rivers, 2004, s. 24);

- Hastalığın doğrudan herhangi bir bireyin eylemine bağlı olarak ortaya çıktığına inanılan insan aracılığı,
- Doğaüstü ve tinsel bir varlığın veya daha kesin olarak kişiselleştirilen ama insan olmayan bir aracın etkisi,
- Alışılmış şekilde doğal nedenler olarak isimlendirilen nedenler.

Spiritualite, birey yaşamının bedensel yönünün tersine psikolojik tarafının öne çıkması için 12. yüzyılda, insanın dini yönünü göstermek için 15. ve 16. yüzyıllarda, modern anlamda ilk kez Fransa'da 17. yüzyılda, dini olan ve dini olmayan birçok anlamda 20. yüzyılda yaygın olarak kullanım imkânı bulmuştur. Günümüze geldiğinde çoğu birey için dine bağlı olmanın ötesinde geleneksel geniş bir kavram olarak kabul edilmiştir. Spiritual boyutun (duanın) sağlıkla ilişkili tutum ve davranışlar, dinamikler üstünde çok güçlü etkisi olması nedeniyle holistik bakım anlayışının ana unsuru olarak görülmektedir (Janse vd., 2013, s. 250).

Geleneksel dönemin bir ürünü olan dua ile şifa bulma davranışları postmodern dönemde bireylerin fiziksel ve ruhsal ihtiyaçlarının birlikte ele alınması ile bireylerin önceliklerinin belirlenmesi yönünde form değiştirmiştir. Holistik yaklaşımın psiko-sosyal ihtiyaçların belirlenmesinde ve karşılanmasında olumlu yönde katkıda bulunduğu ve tıbbi tedavinin etkinliğini artırdığı belirtilmektedir.

Holistik yaklaşım esasında yaşama dair bir yaklaşımdır ve hastalığa odaklanmak yerine sağlık için bireyin kendisi ve çevresi ile etkileşim halinde olduğunun bilinerek hareket edilmesini gerekli kılmaktadır. Beden, ruh ve zihin arasındaki bağlantıya vurgu yaparak hayatı güçlü kılmaktadır. Böylece beden, zihin ve ruh arasında ciddi bir ilişki olduğunu vurgulayarak bireysellik üzerine odaklanmaktadır. Bireyin tüm özelliklerinin kendine has ve tek olması ve bunların çevre ile bağlantılı olmasına da vurgu yapmaktadır.

Yaşadığımız dönem bilimin kontrolünde bunların tamamından faydalanma dönemidir. Geleneksel tıbbın modern tıba alternatif olmadığı varsayıldığında onun yerine geçme iddiasında olmadığı görülmekte ve birbirini tamamladıkları sonucuna ulaşılmaktadır. Geçmişte yaşanan tecrübeler, birikimler değerlendirilip kalan miras bilimsel argümanlarla desteklenerek insanlığın geleceğine sunulmalıdır. Deneysel araştırma sonuçlarından verilen örneklere bakıldığında, modern tıp tarafından tam anlamı ile tedavisi yapılamayan ya da kısmen yapılabilen hastalıklarda duaya müracaat etme oranlarının arttığı görülmektedir.

1.2.5. Sekülerleşme Sürecinde Manevi Bakım Hizmetleri

Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından yapılan tanımlamaya göre maneviyat; görülmeyen, duyularla sezilebilen, maddi, ruhani, tinsel karşılığı olan şekilde tanımlanır (TDK, 2020). Benzer şekilde diğer bir tanım; bireyin materyalin ötesinde alakalı olduğu her şeyin ve bunların esas anlamlarına ait içsel kaynakların tümü şeklinde tanımlanmaktadır (Hutchinson, 1997). Manevi yokluğu eksiltecek ya da bireyin manevi durumunu destekleyecek gereksinimler olarak da tanımlanabilir. Tanrısal güce atıf yapılan tanımlamalarda ise maneviyat denildiğinde ilk akla gelenin Tanrı ve inanç olduğu görülmektedir (Şafak ve Bayık, 2004, s. 38). Maneviyat olgusu bu çalışmada bireylerin şifa bulma çalışmalarında başvurduğu bir yöntem olarak ele alınmış ve şifa arayışlarında başvurulan “dua” ritüeli maneviyat ile ilişkilendirilmiştir.

Bütüncül/holistik bakış açısının hâkim olduğu bu süreçte manevi sağlık ile maddi sağlık arasında birbirinden kopamayacak biçimde önemli bir ilişki olduğu değerlendirilmektedir. Bu kapsamda manevi bakım, sağlığın kalıcı ve hızlı şekilde düzeltilmesinde önemli bir rol üstlenecektir. Bütüncül bakış açısı ile din ve bilim bir arada hastalar ve hastalıklar lehine birlikte çalışmaktadır. Manevi bakım, bireyi bir bütün olarak değerlendirmekte onun bu dünyada ve ahirette mutlu olmasını sağlamaya dönük çalışmalar yaptığını göstermektedir (Mollaoğlu, 2013, s. 11). Manevi bakım; bakıma ihtiyaç duyan sağlığını kaybetmiş bireylerin maneviyatını güçlendirerek yaşama bağlılıklarını artırmayı, manevi alemleri ile barışık yaşamalarını, korkularını kaygılarını gidermeyi amaç edinen insan odaklı ve sosyal nitelikli bakım hizmetleridir (Çerik, 2007, s. 144). Daha farklı bir ifade ile; manevi bakım, bilhassa kronik hastalara, kalıcı bir sağlık problemi yaşayanlara ve farklı sağlık sorunları olan bireylere yönelik maneviyat destekli hizmetleri kapsamaktadır. Sosyal ve tıbbi hizmetlerde holistik ve birleştirici bir rol üstlenir. Bireyin sağlığına yeniden kavuşmasına bunun mümkün olmaması durumunda ise bu durumla barışık yaşamasına ve yaşama bağlı bir hayat sürmesinde önemli rolü bulunmaktadır (Başar, 2008, s. 631).

Hastalıkta şifa bulma konusunda önemli boyutta araştırmalar yapan ülkelere göre; birçok hastanın manevi bakımı tercih etme sebepleri, güçsüzlük, muhtaçlık ya da çaresizlik olmayıp, yaşadıkları toplumda sağlığın endüstrileşerek bir sektör haline gelmesi ve modern tıbbı mesafeli yaklaşımlarından kaynaklanmaktadır. Bu ise manevi bakım hizmetlerinin hastaların kendilerini çok daha huzurlu ve rahat hissedebilecekleri mutlu ve huzurlu birimlerin oluşturulmasına önem verilmesi gerektiğinin altını çizmektedir (Pakdil, 1992). Bu kapsamda politika ve ilkelerin sosyo-ekonomik, kültürel ve demografik özellikleri ve hastaların buna bağlı olarak ortaya çıkan beklenti ve ihtiyaçlarına göre ele alınması ve ülke/toplum koşullarına uygulanması gerekmektedir (Durgun, 1997, s. 12).

Modern toplumlarda değişen hastalıklara çare bulma paradigması, farklılaşmış, uzmanlaşmış iş bölümlendirmesi ile hastaların yaşamış olduğu problemlere de kendi içlerinde bir formül üretmeye çalışarak bu kapsamda sosyal politikalar oluşturmuştur. Bu nedenle profesyonel bir kurumsallaşma ve mesleki örgütler kapsamında çoğu ülkede hastalar için manevi bakım birimleri oluşturularak hastaların ve yakınlarının bu yönde oluşan boşlukları tamamlanmış olacak hem hastanın kendisine hem de hastalık

sürecinde edindiği role uygun davranış ve düşünce kalıpları geliştirmesini sağlayacaktır. Bu bakış açısı toplumsal yapıyı planlayanlarca da aynı fonksiyonel amaçlar doğrultusunda geliştirilmektedir (Baran, 2001).

Sekülerizm dinin kurumlar ve toplumsal yapılar üzerindeki etkisinin azalması şeklinde açıklanmaktadır. Gerçek yaşamda toplumsal bir görünümü olan din olgusu varlığını bir biçimde koruyan ve gereklerini daima yerine getiren sosyal bir gerçekliktir. Fakat laiklik olarak kullanılan sekülerizm olgusu siyasal bir olgu olmakla din ve devlet ilişkisinde siyasal alanda dinin etkisinin azaltılmasında görev almaktadır. Bu rol ile kurumsal yapılarda dine ait unsurlar dışlanmakta, dini aktivitelerin yerine getirilmesindeki esnekliği kapsayan yasal düzenlemelerin aksine dini olanın uygulanmaması için bazı yasal düzenlemeler oluşturulmuştur. Bundan dolayı bireylerin manevi ihtiyaçları da erozyona uğramış ve depresyon adı verilen psikolojik hastalıklar ortaya çıkmıştır.

Modernizmin boyutlarından olan rasyonelleşme, aklın esas alınmasını temel almaktadır. Hastalar için oluşturulan manevi bakım birimleri de esasında bu sayılı üzerine inşa edilmiştir. Maneviyatın olmadığı ve dört duvar arasında sessiz bir yatak/otel hizmeti veren sağlık kurumlarının sekülerleşme teorisi kapsamında dinden ayrı bir dünya tasavvurunun sonucu olarak dini/manevi desteklerden uzak bir yol alması bireylerde olumlu sonuçlar ortaya koymamıştır. Planlama, düzenleme ve uygulama esas itibari ile modern bilime ve daha geniş manada modernliğin ruhuna uygunluk içeren bir etkinlik olmakla beraber dinden uzak bir dünya tasavvur edilmesi modern toplumların asıl hedeflerindedir. Bu akılcı düzen fikrinden ise modern soykırım ortaya çıkacaktır (Baumann, 2005, s. 54).

19. yüzyılın başlarında ortaya çıkan aydınlanma ve endüstrileşme gibi köklü değişimler yeni bir dönemin başlangıcını oluşturmuştur. Bu yeni çağın en önemli özelliğinin git gide doğal olandan ayrılarak, teknoloji ve bilim temelli yeni bir kültürel çevre ve toplum oluşturma girişimidir. Bu yeni dönem “modern çağ” olarak adlandırılmakta geleneksel normları yıkararak farklı ve yeni bir mekân oluşturmaya çalışır. Modern kurumlar ise bu ortamda ortaya çıkar ve doğal yaşamını kentlerde sürdürür. Bu kapsamda değerlendirildiğinde geleneksel yaşam izlerinin yok edilmesi yönünde yeni temeller üzerinde yeni kurumsal biçimlerin ortaya çıkması muhtemeldir.

Modernizmin yeni biçimi; hızı, hareketi, devinimi seven ve bununla beraber eş zamanlı olarak da bireysel ve toplumsal stres ve huzursuzlukları da beraberinde getiren bir görünüm almıştır. Modernizm olgusu kurumsallaşmadan yola çıkarak gerçek ilişkiler ağı meydana getirmeye çalışır. Modern kurumların temel amacı da hastaya ya da genel ifade ile hastaya bakacak kişilerin vicdani sorumluluğuna bırakılmamasıdır. Hasta bakım sorumluluğunu üstlenen kişiler baktıkları kişiye robot gibi yaklaşacak, temel görevlerini yerine getirecek belli bir süre sonra belki sıkılacak ve hastalar belki de belli noktalarda mağduriyet yaşayacaklardır. Bu ve benzer sorunların ortaya çıkmaması ya da hastanın kendini daha huzurlu hissetmesi açısından modern kurumların savlarının temelinde kurumsal manevi destek birimlerinin olması gerekir. Bu bakış açısının temelinde kargaşadan uzak içsel huzurun sağlandığı bir manevi bakım düzeni tasarımının oluşturulması yatmaktadır.

Bir sosyal bakım uygulaması olarak literatüre geçen manevi bakım hizmetleri güncelliğini ve gelişimini sürdürmektedir. Hastalar gibi dezavantajlı grupların toplumsal bir süreklilik gösterdiği varsayıldığında bu yönde verilen hizmetlerin de devamlılık göstereceği ifade edilebilir. Hastalar için tıbbi tedavinin yanı sıra belki de bunun kadar önemli olan bir unsur da maneviyat olarak değerlendirilmelidir.

Maneviyat üzerine yapılan çalışmalara olan ilgi bilhassa 2. Dünya savaşı sonrasında artış göstermiştir. Literatürde maneviyat ve spirütüaliteye olan ilginin artış sebebi olarak da maddi şeylerin haz vermemesi (Bash, 2004, s. 11-16), modern tıbbın bazı hastalıklara şifa bulamaması, acı çekme, ölüm ve yaşanan kayıplar karşısında bireylerin yaşamış olduğu kişisel anlam kayıplarını göstermedeki yetersizliği gösterilmektedir. Yanı sıra ağrı benzer birçok sağlık sorununun da bilimsel yaklaşımlarla çözüme kavuşturulamaması, şiddet ve benzeri sos-kültürel sorunların artışına bir yanıt bulma gayreti ve yaşama dair anlam arayışları (Tanyi 2002'den aktaran; Yılmaz, 2011, s. 61-62) maneviyat ve manevi desteğe olan ilgiyi yükseltmiştir.

Maneviyatın ortaya çıkması modern çağda yaşamın tüm alanlarına maddi unsurların temas etmesindeki süreçle ortaya çıkmıştır. Fakat maneviyatın esas tetikleyici unsurunun bu süreçle birlikte ortaya çıkan postmodernizmin olduğu ifade edilebilir. Modernizme bir eleştiri olarak ortaya çıkan postmodernizm öncelikle sanat alanında sonraları ise sosyal bilimler, felsefe ve teknik bilimlerde kendini göstermiştir.

Aydınlanma çağının bir ürünü olan modernizm ile birey aklının ön plana çıkarılması ve bireyi toplum karşısında daha önemli bir duruma getirme gayreti her şeyden önemli görülmekteydi. Bunu gerçekleştirmek için bireyi kısıtladığı düşünülen bütün araçları (kral, kilise, derebeyi, din) yok etme gayreti içinde sınırları zorladı. Bu tutum 2. Dünya Savaşı sonrasında yokluğu hissedilen bireysel unsurların (yerellik, değişebilirlik, maneviyat/dinin gerekli oluşu) yok sayıldığı anlaşıldığından farklı bir paradigmanın habercisi konumunda olmuştur. Bu şekilde determinist bilim anlayışı hâkim olmuş her şeyin tek tipleştirilmesi yerine farklılıkların bir zenginlik unsuru olduğu, çok kültürlülük, multidisipliner, çok dinlilik vb. bir bakış açısının etken olduğu postmodern dönem başlamıştır. Bu noktada modernizme eleştiri getirilmiş, onun birey aklını tek bir boyuta indirgediği ve bireyin kapasitesini daraltarak tarihselliğini yok etmesine sebep olmakla suçlanmıştır.

Postmodernizm 19. yüzyılda modernizmin ortaya çıkardığı tekil aklın yerine çoklu aklın geçmesini savunmuştur. Bu şekilde modernizme göre normal olmayan, postmodernizme göre normal kabul edilmektedir (Cirhinlioğlu ve Cirhinlioğlu, 2011, s. 396). Dünyanın yeniden büyülenmesi veya bir dine dönüş değil de yeni bir form ile maneviyata yönelme durumu ortaya çıkmıştır. Postmodern çağda maneviyata yüklenen anlam kurumsal değil daha ziyade bireysel düzlemde. Maneviyat olgusu materyalist düşüncenin zıttı manasında ve dünya dışında olan bir dindarlığın tersine dünya içinde olandır. Bu durum esasında dünyanın neye benzediği ve dünyanın içinde nasıl yaşanması gerektiği ile alakalıdır (Ahlback, 2008, s. 5).

Sekülerleşme çalışmaları ile bilinen Bruce (2003, s. 3), toplumsal bir durum olarak sekülerleşmenin 3 farklı boyutta tezahür ettiğini ifade etmiştir. Bunlardan ilki dinin ekonomi ve devlet gibi din dışı kurumlar ve roller üzerindeki etkinliğinin azalması, diğeri kurumların ve dini rollerin toplumsal öneminin azalması ve son olarak da dini pratiklere yönelmede dini inançların icra edilmesinde ve yaşamın inançlar çerçevesinde şekillendirilmelerindeki iradenin zayıflamasıdır. Bu kapsamda sekülerleşme denildiğinde; toplumsal, kurumsal ve bireysel alanlarda dinin geçmişte yaşanan gücünü ve etkisini kaybetmesi anlaşılmaktadır. Ancak burada dikkate alınması gereken nokta; sekülerleşme ile beraber birey aklına ve bireye verilen önem artmış, dolayısı ile birey ihtiyaçları da bu doğrultuda önem kazanmıştır. Sağlık kurumlarında manevi destek hizmet birimlerinin oluşturulması da bireylerin postmodern dönemde

değişen beklenti ve ihtiyaçlarına bir çözüm üretme adına oluşturulduğu düşünüldüğünde, bireysel ihtiyaçlar doğrultusunda yeniden inşa edilen dinin ve dini ritüellerin hastalıklar karşısında şifa bulma çalışmalarının bir parçası olduğu değerlendirilmektedir.

2008 yılında Finlandiya’da gerçekleştirilen “Postmodern Maneviyat” isimli sempozyumda; postmodern dönemde, kurumsal bir yapısı bulunan dinin ve bunların bir uzantısı olan geleneksel maneviyattan farklı olarak maneviyat olgusunun ortaya koyduğu olanaklarla beraber farklı bir mahiyet ve anlama sahip olduğunun altı çizilmiştir. Postmodern dönemde ortaya çıkan seküler maneviyat, geleneksel maneviyatın aksine, geleneksel dine bir alternatif olarak görünen bir olgu olarak da anlaşılmaktadır. Bu ise yerleşik dinlerin ve yeni ortaya çıkan dini hareketlerin haricindeki bireylerin varoluşsal ve manevi olguları ele alma şeklini de belirtmektedir. Hazır çözümler üretmezler fakat gerçek eklektik ruhun içinde kendilerinin inanmak istediği şeylere kendileri karar vermekte ve varoluşsal konularda da kendi cevap kombinasyonlarını meydana getirirler. Sekülerleşmiş maneviyatın bireyci bir imajı bulunmaktadır. Materyalistin karşısında konumlanma manasında manevidir ve dünyanın dışındaki dinseliliğin tam tersine dünya içindeki dinselilikle ilgilidir (Ahlback, 2008, s. 5).

Maneviyat ve genelde din olgusu, bir ihtiyacı karşılamak gibi herhangi bir konuda toplumsal ya da bireysel ihtiyaçları karşılaması ile meşru hale gelmektedir. Yaşama dair belirsiz alanların anlamlı hale getirilmesi gayreti içinde olan bireyin maneviyat ile; acı çekme, ağrı ve ölüm kavramlarının mahiyetini gücünü ve amacını bulma isteğinden, meydana gelen bütün olumsuz durumlara rağmen hayatta kalma umudunu aşıladığından ve kendi içinde diğer bireylere ve Tanrı’ya yönelik güven duyma ve inanç ihtiyacını gidermeyi beklemektedir (Şafak ve Bayık, 2004, s. 39).

Modernizmin kitlesel olarak bilinen etkisi bireysel seviyede kendini hissettirerek bilhassa bireyin zihni ve duygusal dünyasına yönelik farklı ve yeni bakış açıları kazandırmıştır. Modern çağda birey gelenekten uzaklaşmış, ailenin de içinde bulunduğu toplumsal grup/yapılardan uzaklaşmış ve böylece kendine ait bir bireysel alan inşa etmiş dolayısı ile daha yalnız hale gelmiştir. Bu ise bireyi dış etkilere açık bir hale dönüştürmüştür. Kestirilemeyen riskler, terör, işsizlik, sekülerleşme, medya, aile parçalanmaları gibi olgular yalnızlaşan bireylerde stres düzeyinde kaygılar meydana

getirmiştir. Hastalar açısından bu durum değerlendirildiğinde daha da dramatikleşen bir tablo ortaya çıkmaktadır. Hastalıkla mücadele etmede etkin bir araç olan güçlü toplumsal bağların çözülmesi ile bireyin kaygı düzeyi artarak psikolojik sorunlar da beraberinde gelmiştir (Cirhinlioğlu ve Cirhinlioğlu, 2011, ss. 404-405). Maneviyat olgusunun postmodernizmin önemli bir örneği olmaya namzet olması bu noktada görülecektir. Çaresizlik, ağrı, acı, yabancılaşma ve psikolojik problemlerden olan depresyonun yaygın olduğu modern dönemde maneviyat, yeni bir ışık yakarak bireylere mesaj vermektedir. Sekülerizmin karakteristik özelliği rasyonalizmle ortaya çıkan hayal kırıklıkları ve rasyonel olanı taşıyan bağlamsal kültürel unsurun seçilmesi olacaktır. Dindarlığın bireyselleştirilerek özelleştirilmesi (individüalizm) eğilimlerinin artışına eşlik eden postmodern dönemde maneviyatla alakalı çalışmaların artış göstermesi sekülerleşme sürecinin ihmal etmiş olduğu dinin tekrardan gündeme gelmesinden dolayıdır.

Batı dindarlığında meydana gelen radikal dönüşümlere dair tez, dinin bilimsel araştırmalarda git gide çok daha belirgin hale gelmesine sebep olmuştur. Bugünün dini vitrininin birçok farklı olayı, dünyanın ve maneviyatın tekrardan ruhsallaştırılması, yeniden canlandırılması ve manevi bir evrim ortaya çıktığının göstergesidir (Motak, 2008, s. 129). Kutsala bir dönüş olarak bilim çevrelerince kabul edilen yaklaşım 1950’li yıllarda Bellah tarafından “Sivil Din” adlı çalışması ile gündeme taşınmıştır. Kutsal olan değişmiş bir şekilde yalnızca yüzeysel bir benzerlik göstererek kurumlaşmış bir din görünümünde değil, bireyin maddi olmayan unsurlarını kapsayan bir manevi bakımla geri dönmüştür. İlk olarak Luckmann (1967) tarafından açıklanan Batı dindarlığında yaşanan bu değişim sonraları Colin Campbell (1987) tarafından da “kültür paradigma değişimi” şeklinde ifade edilmiştir. Bu “nesnel” roller, “dışsal roller”, “öznel dönüş”, görevler ve yaşamış bir kişinin öznel tecrübelerine atıfta bulunarak, hayata doğru bir dönüş şeklinde, mevcut durumundan bir ayrılış, kopuş durumuna geçiş anlamına gelmektedir. Bu durum rasyonel aklın bir uzantısı kabul edilen “dünyanın büyüsünün bozulduğu” tezinden bir kopuş değil fakat geleneksel maneviyat ile modern dünyanın bireyci aklının bir araya geldiği bir olgu meydana getirmiştir.

1.2.6. Sekülerleşme ve Bir Şifa Fenomeni Olarak Dua

İnsanoğlu dünyaya geldiği ilk günden bu yana ruhsal ve bedensel hastalıklar ve problemlerle karşılaşmıştır. Modern tıbbın olmadığı zamanlarda insanlar yakalandıkları hastalıklara çare bulmak için farklı yöntemleri denemişlerdir. Bu yöntemler içerisinde büyüsel ve tıbbi olanların yanı sıra her iki yöntemin de beraber kullanıldığı uygulamalara da rastlanılmıştır. Günümüzde modern tıbbın tüm gelişmişliğine rağmen alternatif tıp olarak isimlendirilen geleneksel halk hekimliği uygulamaları da halen sürmektedir. İnsanlar çoğu kez çok daha etkili olduklarını düşündükleri ve çok daha kolay ulaşabilecekleri, bazen de modern tıp tarafından çare bulunamayan durumlarda alternatif tedavi yollarına başvurumaktadırlar. Alternatif tıpta bitkilere bağlı olarak yapılan sağaltma (tedavi) işlemlerinden günümüzde modern tıp alanında ilaç yapımı gibi alanlarda faydalandığı gibi, dinsel/büyüsel sağaltma işlemlerinden de geleneksel inanışlar ile alakalı yeni bilgilere ulaşabilme olanağı vardır. Alternatif tedavi alanında gerçekleştirilen çalışmalar genellikle Türkiye’de halk bilimciler tarafından gerçekleştirilmektedir. Bunların yanında halk hekimliği konusu tıp, antropoloji, eczacılık, psikoloji ve sosyoloji gibi alanlarda çalışan araştırmacıların da zaman zaman ilgisini çekmektedir. Bilhassa son yıllarda ilgi ile takip edilen bu alanla alakalı araştırmaların yoğunlaşmış olması konunun önemine vurgu yapmaktadır.

Halk hekimliğinin/alternatif tedavinin bilimsel olarak ilk kez çalışılmaya başlandığı süreçten sonra, Türkiye’de üniversitelerde sosyal bilimlerde araştırma yapanların artması ile alakalı çalışmalar yeni bir sürece dâhil olmuştur. Antropoloji, sosyoloji ve halkbilimi gibi ana çalışma konusu insan ve onun üretmiş olduğu kültür olan bilimler bazı zamanlarda aynı sahneyi paylaşmışlardır. Günümüzde alternatif tedavi bir taraftan tıp ve eczacılık alanına girmiş bir taraftan da sosyoloji ve halkbilimi disiplinlerinin kendine has soru ve yöntemleri ile inceledikleri araştırma alanı olmuştur. Alternatif tedavinin uzun yıllar derleme çalışmalarında “inanışlar”, “itikatlar” başlığı altında yer bulan (Özkan, 2012, s. 138) ve hastalık ve sağlıkla alakalı geleneksel uygulama, inanç ve tutumların hepsini içeren hacamat ve kupa benzeri uygulamalar; “geleneksel tıp”, “halk ilacı”, “tamamlayıcı tıp” “geleneksel tedavi”, isimleri altında varlığını devam ettirmektedir. Yüzyıllardır devam eden bu uygulamaların kültürel bir birikime dönüştüğü görülmektedir (Ersoy, 2014, s. 187).

Alternatif tedavi insanlık tarihi kadar eskilere dayanmaktadır. Hayvanlar üzerinde gözlem yapan insanoğlu hayvanların içgüdüleri ile yaptıklarını kendisine uyarlamış kendi kendisinin hekimi ve eczacısı olmuştur. Hastalıkların sebepleri ve tedavisi konusunda yetersiz kalan insanoğlu hastalıklarını doğa olaylarına (güneş tutulması, ay tutulması, fırtına, şimşek) bağlamışlardır. Bundan dolayı eski çağlarda insanlar çare aramak için sihir ve büyüye başvurmuşlardır. İlkel çağlarda akut hastalıkların ve benzeri birçok hastalığın nedeni insan bedenine cinlerin musallat olmasıdır. Zaman geçtikçe insanlar bu tür varlıkları kutsamış ve bu şekilde klan-totem anlayışı ortaya çıkmıştır. Tedavi amaçlı olarak totem sembolü olan muskalar, dövme ve sihirler kullanılmıştır (Şehsuvaroğlu, 1970; Akt. Şar, 1989, s. 222).

İnsanoğlu karşılaştığı hastalıkların tedavisinde kendi imkanları doğrultusunda deneme yanılma yolu ile farklı yöntemler geliştirmişlerdir. Tedavi yapamadığı bazı rahatsızlıkların nedenini bazı doğa olaylarına bağlayarak gerçekçi yöntemler haricinde bazı sihirsel tedavi yolları ortaya çıkarmışlardır. Doğüstü ile insan arasında olan ilişki farklı tedavi pratiklerinin de kökenini oluşturmuştur. Geliştirilen bu pratikler toplum tarafından oluşturularak nesilden nesile aktarılan ve bundan dolayı da gelenekselleşen bazı tanı ve tedavi yöntemlerini de içermektedir. Hastalıkların tedavisinde doğüstü ile kurulan ilişkiler ilk başta kendini açık etmese de kültürel/nitel araştırmalarda elde edilen neticeler, ilişkinin boyutunu göstermektedir (Kaplan, 2011, s. 150-151).

Halk hekimliği alanında çalışma yapan Yoder halk hekimliğini

1) Tabii halk tıbbı,

2) Dinsel-büyüsel halk tıbbı, olarak iki dala ayırmıştır. Tabii halk tıbbı bireyin doğaya olan ilk tepkisinden birisini temsil etmekte olup hastalığı tedavi etmede madensel ve hayvansal maddeler ve şifalı bitkilerden yararlanılmaktadır. Bitkisel halk tıbbı olarak da isimlendirilen bu dal, ilkel toplumların ürünü olmakla beraber bu tıbbın yararlı tedavi şekilleri bilimsel modern tıba kadar uzanmaktadır. Halk tıbbının ikinci alanı olan büyüsel/dinsel tıpta ise hastalıkların sağaltımında muska, kutsal sözler ve dualardan yararlanılmaktadır (Yoder, 1975, s. 23-24).

Günümüzde alternatif tedavinin modern tıp ile olan bağlantısı çok önemlidir. Toplumun hastalıklarla karşılaştığında alternatif tedavi ve modern tıp tercihi, modern tıbbın halk tıbbından yararlanmasına varana kadar çoğu noktada iki yönlü bir ilişki içinde olduğu görülmektedir. Alternatif tedavi/geleneksel tedavide bilimsel/mantıksal

bağ yerine yaşanmışlığa bağlı tecrübe, inançlar ve uygulamalar büyük rol oynar. Modern tıpta ise neden-sonuç ilişkisi bağlamında nesnellik içinde bilimsel bilgiyi zorunlu kılmaktadır. Modern tıp ve halk tıbbı karşılaştırmalarının yapıldığı araştırmalarda tanı ve tedavi metotları genellikle bilim/rasyonalizm ve din/büyük ikileminde karşılaştırılmıştır. Batılı toplumlarda ve batı dışı toplumlarda uygulanan tedavi yöntemleri farklı kavramlarla isimlendirilmektedir. Batı tıbbi modern/bilimsel tıp ismini alırken, Batı dışı toplumlarda geleneksel tıp ya da yerel/halk tıbbi olarak anılmıştır (Kaplan, 2011, s. 151).

Alternatif tedavi modern tıbbın sunmuş olduğu teknik imkanların ve bilimsel olanın karşısında “alternatif” yaklaşımı ile pozitif, “batıl, kocakarı ilaçları” isimleri ile negatif bakış açısını da beraberinde getirmektedir. Yalnızca şehir ortamında bu tarz tedavi yöntemlerine daha uzak bir yaklaşım biçimi olduğu, geleneksel tıbbın ise eğitimsiz, kırsalda devam ettirildiği söylemi yaygın olup sayısal manada tespiti yapılmamış ve kanıdan öteye geçmemiştir. Son zamanlarda konu ile ilgili gerçekleştirilen televizyon programlarıyla akademik bakış açısı ile verildiği iddia edilen bazı kitaplar bu alana dikkatleri çekmeyi başarmıştır. Alternatif tıp hakkında yayın yapan programların reytinglerinin artış göstermesi ve bu konudaki kitapların satışının önemli ölçüde artış göstermesi de bu alana ilginin artmasına imkân vermiştir (Öncül, 2011, s. 11-12).

“Geleneksel olana daha ziyade kırsal kesimde rastlanmaktadır” şeklindeki yaygın kanıya, alternatif tedavi söz konusu edildiğinde, biraz daha farklı yaklaşılmalıdır. Artık günümüzde bilhassa kitle iletişim araçlarının yaygınlık kazanması ile alternatif tedavi, kent kültürü çevresinde popülerlik kazanmıştır. Günümüzde eğitim, yaş, meslek, sosyo kültürel çevre gibi unsurların ne olduğuna bakılmaksızın geleneksel tedavilere bakışın pozitif doğrultuda geliştiği ifade edilebilir. Bilhassa modern tıp tarafından bir çözüm üretilmeyen hastalıklarda geleneksel tıba başvurma noktasında kent-kırsal ayrımının ortadan kalktığı söylenebilir. Tezin ilk bölümünün başında yer alan yapılmış çalışmalardan verilen örneklere bakıldığında ortaya çıkan sonuç, modern tıp tarafından tam anlamı ile tedavisi yapılamayan ya da kısmen yapılabilen hastalıklarda duaya müracaat etme oranlarının arttığını göstermektedir.

Günümüzde alternatif tedavi uygulamaları akademik çevrelerce ve resmî kurumlar tarafından da kabul görmektedir. Halk Sağlığı Kurumu tarafından onaylanan

geleneksel ve tamamlayıcı tıp, akademik çevrelerce de kabul edilen bazı uygulamaları analitik değerlendirmelerinin yapılabilmesi için araştırma merkezlerinin kurulması ve bu konuda sempozyumlar düzenlenmesi, kültür endüstrisinin ürünü haline getirilmesi bu benimsemenin bir kanıtıdır (Ersoy, 2014, s. 187).

Alternatif tedavi uygulamalarının ticari yönü de dikkate alındığında günümüzde çok önemli bir kapital sermayeye kapılarını araladığı söylenebilir. Bu bağlamda modernizm/postmodernizm bakış açısı ile yaklaşmak yerinde olacaktır. Postmodernizm modernizme bir eleştiri olarak görünmesine karşı modernizm ile kapitalizm arasındaki ilişkiyi görmezlikten gelmiştir. Postmodern bakış açısında dünyanın tümündeki yerellikler alınıp işlenerek, güncellenip ön plana çıkartılarak kapitalizme yeni malzemeler ve pazarlar sunmaktadır. Alternatif tedavi yollarının da bu kapsamda değerlendirildiği görülmektedir. İnsanlık yararına faydalı şekilde geliştirilen ilaçlar, şirketler aracılığı ile kapitalizmin önemli malzemelerinden biri haline gelmiş olup modern tıbbın gündemine girmeye başlayan alternatif tedavi uygulamaları da bu süreci takip etmektedir. Kapitalist mantık yerelden almış olduğu geleneksel uygulamaları, yerelliklerini tamamen sökerek pazarlamacı bir mantıkla yeniden pazara sunmaktadır. Bu nedenle postmodernizmin ortaya çıkış paradigması modernizme karşı bir duruş olarak ortaya çıkmış, kapitalizmle modernizm arasındaki bağlantıya hiç temas etmeden daha sıkı bağlar oluşturma yoluna girmektedir (Ersoy, 2014, s. 186).

Alternatif tedavide bazı uygulamaların büyüsel özellikler içerdiğini ama büyük bölümünün bitkiler veya diğer maddelerin uygulanması ya da karışımı ile uygulanan tedavi yöntemleri olduğu bilinmektedir. Bazı durumlarda da gerçekçi yöntemlerin yanında büyüsel nitelikli uygulamalar da iç içe geçmiştir. Bunların yanında dini inanç ve dualardan da faydalanılmaktadır. Dini unsurlardan, ayetlerden ve duadan faydalanma çok yaygın olmasa da müracaat edilen yöntemler arasındadır. Hastalıklara karşı ya da olumsuz durumlara karşı korunmak amacı veya kurtulmak amacı ile muskalara başvurulmaktadır. Bazı hastalıklara karşı okunan bazı duaların olduğu da bilinmektedir. Örneğin temre hastalığında Zuhuf Suresinin 79. Ayeti, “(Yoksa onlar işi sağlam mı tuttular? Muhakkak ki asıl biz, işi sağlam tutanlarız), okunarak temrenin etrafının tükenmez kalemle çizilmesi ile tedavi edilmektedir.

Bazı kesimlerce olumsuz karşılanan alternatif tedavi uygulamalarına halk devam etmekte olup hastalıklarına şifa aramaktadır. Bu uygulamalara karşı çıkılması yerine

uygulamaların zarar/fayda yönleri araştırılarak buna göre bilimsel sonuçlara ulaşılmalıdır. Tartışmasız kabul edilebilecek gerçeklerden biri yüzyıllardan beri atalarımız bu tedavi yöntemleri ile şifa arayarak bunları tecrübe etmiştir. Bu nedenle bu yöntemleri tamamen reddetmek yerine yöntemlerin mutlak surette bilimsel verilerle desteklenerek halkın hizmetine arz edilmesi yararlı olacaktır. Böylece modern tıp daha hızlı yol alabilecektir.

Alternatif tedavi uygulamalarında iki önemli unsur bulunmaktadır. Bunlardan biri uygulamanın sonucunda tamamı ile iyileşme, diğeri de inançtır. Hem alternatif tedavi uygulayıcısının hem de hastanın inancı tedavinin gerçekleşmesi için bir ön koşul olarak görülmektedir. İnanç her iki yöntem için de farklı şekilde adlandırılabilir ve bu kapsamda “esir vücut”, “ruhsal enerji” gibi adlandırmalar alabilir. Çoğunlukla etkili olacağı varsayılan somut olayların yanında bazen de yalnızca inanca bağlı olarak onun vasıtası ile yönlendirilip yoğunlaştırılarak “etkin güç” harekete geçirilmektedir. Eğer bireylerde inanç yoksa veya varsayılan gücü harekete geçirmek için yeterli değil ise somut edimin etkisi oluşmaz (Oğuz, 1994, s. 11).

Modern bilimsel tedaviler dışında yapılan tedavilerin çoğu genellikle [Complementary and Alternative Medicine (CAM)], tamamlayıcı alternatif tıp (TAT), olarak isimlendirilmektedir. TAT, medikal tedaviye ek olarak ya da onun yerine ikame edilen bir tedaviyi tanımlamaktadır. Oldukça çeşitli TAT yöntemleri bulunmaktadır. Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi tarafından yapılan sınıflamada 5 ana sınıf altında iki yüzden fazla TAT tanımlanmış olup şu şekilde sıralanmaktadır (Özkan ve Kulakaç, s. 704);

- Beden-zihin tedavisi (“bio feed back”, hipnoz, gevşeme/meditasyon, müzik, hayal kurma, dua/spirualite),
- Alternatif ve medikal sistem: (akupunktur ve geleneksel Çin tıbbı, homeopati, ayurveda),
- Enerji tedavileri (iyileştirici dokunma, reiki),
- Biyolojik temelli tedaviler (bitkisel tedavi, yüksek doz vitaminler, özel diyetler),
- Manipülatif ve beden temelli tedaviler (masaj, egzersiz, hidroterapi)

ABD’de 1978 yılında Holistik Tıp Birliği (American Holistic Medical Association) kurulmuştur. Birliğin amacı holistik tedavilerin kapsamını belirleyerek, belirli bir disiplin altında öğrenilir ve uygulanır olduğu güvencesi oluşturarak sistemin

tanıtılıp yaygınlaştırılmasıdır. Dünyada pek çok ülkede holistik tıp birlikleri açılmaktadır. Geleneksel tedavi yöntemlerinin bilimsel değerlendirme içine alınmasında önemli adımlardan ilki 1991 yılında Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü tarafından atılmıştır. Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü kapsamında büyük bir bütçe ile alternatif tıp konusunda oldukça fazla sayıda çalışmayı finanse ve kontrol eden TAT Merkezleri açılmıştır. ABD ve Avrupa'nın tanınmış üniversitelerinde bu yönde çalışmalar yürütülmekte ve hastanelerinde uygulanmaktadır. Türkiye'de ise şimdilik sadece akupunktur konusunda yasal bir düzenleme bulunmaktadır (Özkan, 2012, s. 15).

Geleneksel tedaviler ortaya çıktıkları toplumlar için tarihinin bir ürünüdür. Kültürel miras zaman içinde değişikliğe uğradığında kendini devamlı surette yeni şartlara adapte eden ve her gün yeniden üretilen sağlık uygulamaları da değişime maruz kalmaktadır. Kitle kültürünün günümüzdeki sağlık uygulamaları üzerine etkisi de böyle bir değişimi zorunlu kılmıştır (Yılmaz, 2011, s. 2; Kaplan, 2011, s. 34).

Günümüzde geleneksel tıbbın yeniden bir üretiminin izlerinin görüldüğü bu alan esasında kitle kültürü etkisi ile oluşmuştur. Geleneksel tedavinin bir uzantısı olarak isimlendirilen alternatif tıp ortaya çıktığı ve bağlı olduğu toplum için “geleneksel tıp” şeklinde isimlendirilirken farklı toplumlarda “alternatif” ismi ile tanımlanmaktadır. Örnek olarak; Batı'da çok popüler olan “yoga” ele alındığında Hint toplumuna has geleneksel bir tedavi metodu olduğu görülmektedir. Hint toplumunda uygulanan bu yöntem “geleneksel bir tedavi yöntemi” olarak görülürken, diğer toplumlarda “alternatif tıp” yöntemleri içinde değerlendirilmektedir.

Geleneksel ve modern tıp çatışmasına son zamanlarda eklenerek alternatif/popüler yöntemlerle beraber şifa yöntemleri konusunda yapılan tartışmaların boyutunda değişiklikler olmaya başlamıştır. Tartışmaların kaynağında insan bedenini bir makine gibi gören zihniyete sahip modern tıbbın, insanı bir bütün olarak değerlendirmede, bundan dolayı da beden-ruh bütünlüğünü yakalayamadığı çözümler üretmektedir. Bu kapsamda geleneksel/alternatif tıbbın çoğu yönteminin holistik bir yaklaşım benimsemesi bazı bilim çevrelerince önerilmesine ve bu kapsamda çok tartışma yapılmasına sebep olmuştur. Bedendeki iyileşmeyi ruhun iyileşmesi ile açıklayan birden fazla alternatif metot geleneksel kökleri olan ve birey bedenini bir bütün olarak ele alan yaklaşımlara dayanmaktadır (Oğuz, 1994; Özkan ve Kulakaç, 2009, s. 765).

Sağlıkla alakalı yapılan tedaviler ve uygulamalar kültürün birer ürünü olduğu için kültürel kapsamda holistik bakış açısı ile değerlendirilmelidir. Alternatif tedavi uygulamaları da doğdukları ve varlıklarını devam ettirdikleri kültürün anlaşılması ile daha iyi çözülebilecektir. 1900’lü yıllarda yapılan yerel/geleneksel tıp tanımlarında “herkes için kullanılabilen ve özel, usta uygulayıcıların yardımına gerek duymayan çareler”e vurgu yapılması bugün alternatif tıp ismi altında özel uzmanlığı gerekli kılan usta uygulayıcılara, bazen özel bir mekâna gereksinim duyulan ve ücret karşılığı verilen bir hizmete dönüşmüştür. Bundan dolayı alternatif tıp konusu incelenirken popüler kültürün etkisinden ve yaşanan toplumsal dönüşümlerin etkisinden ayrı değerlendirilemez (Rivers, 2004, s. 37).

Yaşadığımız dönem bilimin kontrolünde her ikisinden de faydalanma dönemidir. Geleneksel tıp bir zamanlar insanlık tarihinde büyük faydalar ve hizmetler sağladığı ve ardından konvansiyonel modern tıbbın devreye girdiği unutulmamalıdır. Ama bundan böyle ikisinin de sunduğu hizmetlerden faydalanma ve holistik bakış açısı ile değerlendirme dönemidir. Geleneksel tıp, modern tıba bir alternatif olmayıp, onun yerine geçme iddiasında da değildir. Zaten birbirlerinin alternatifi olmadan birbirlerini tamamlamaktadırlar. Geleneksel tedavide kullanılan argümanlar mutlaka bilimin laboratuvarlarında incelenmelidir. Geleneksel tıp tarafından sunulmuş olan ve geçmişe dönük birikimler bilim altında yeniden değerlendirilmeli geleceğe ve insanlığa hizmet ettirilmelidir. Geleneksel olan da modern olan da hepsi de insanlık tarafından bırakılan miraslardır ve birbirinin alternatifi değildir.

Yukarıdaki açıklamalar sekülerlik düzleminde değerlendirildiğinde; bireysel yaşamın ya da bireysel yaşam tarzlarının ön plana çıktığı bu dönemde bireylerin hem yüzyılın gereklerine uyum sağlayıp olanaklarından yararlandıkları hem de dini hassasiyetlerine önem verdikleri görülmektedir. Bu durum modernite ile beraber birey yaşamından çıkarılmaya çalışılan dini olgunun, postmodern düşünce ile beraber biçim değiştirerek tekrardan birey yaşamına dâhil olması anlamını taşımaktadır. Postmodern dönemde hem birey kendini önemsemekte ve ihtiyaçlarının farkında olmaktadır, hem de toplumsal-sosyal kurumlar bireye değer vererek bireyin ihtiyaçlarını karşılama noktasında girişimlerde bulunmaktadır. Bunun en somut örneği hastanelerde oluşturulan manevi destek hizmet birimleridir. Manevi Destek Hizmet Birimleri uygulamasına Türkiye’de 2015 yılında geçilmiş olup Batı ülkelerinde çok uzun yıllardan beri bu

yönde hizmetler verilmektedir. Bu somut örnek, postmodern dönemde bireyin ihtiyaçları doğrultusunda, dinin yeniden entegre edilmeye çalışılması sonucu sağlık ve hastalık özelinde farklı bir form kazandığını göstermektedir.

Bireyler Modern çağda hastalıkları karşısında büyük umutlarla beklenti içine girdiği modern tıptan umduğunu bulamamıştır. Özellikle bu alanlarda tıbbın yetersiz kalması (ilaç endüstrisi kapitalizmi nedeni ile), bireyleri alternatif tedavi arayışlarına yöneltmiş, postmodern dönemde yeni arayışlar içine itmiştir. Postmodern dönemde birey modern tıbbı reddetmemektedir, fakat modern tıpla beraber dua/meditasyon/geleneksel tedavi yollarını da denemektedir. Postmodern dönemde hastalık kavramından ziyade sağlık kavramına doğru kültürel bir geçiş yaşanmaktadır. Sağlıklı olmak modern dönemde algılandığı şekli ile istenilen ve olağan bir durum olmaktan çıkarak gerekleri yapıldığında elde edilebilecek olasılık şeklinde algılanmaktadır.

Bu kapsamda sağlık alanında ya da bireylerin sağlık arama arayışlarında meydana gelen gelişmelerle sekülerleşme süreci doğru orantılı bir seyir izlemektedir. Çözümü zor hastalıklarda bireylerin dini ritüellere yeniden yönelmeleri, din adamlarına sığınarak yardım beklentisi içinde olmaları, dini özellik arz eden mabetlere ziyaretler gerçekleştirmeleri, çözümü olan hastalıklar da ise sağlık kurumlarını tercih etmeleri modern tıbbın gelişimi ve sekülerleşme arasındaki doğrusal ilişkinin bir göstergesi kabul edilebilir. Modern tıbbın imkanları ile tedavi olanaklarının daha kolay, ucuz ve ulaşılabilir olması bireylerin diğer alternatiflere çok daha az yönelmelerine sebep olmaktadır. Burada temel ayır edici nokta; tüm hastalıklarda değil, modern tıbbın tam olarak tedavisini gerçekleştiremediği hastalıklarda hastaların mistik uygulamalara yönelmesi konusudur. Avrupa ve ABD ülkelerinde yapılan birçok klinik temelli araştırmalarda bunun somut göstergesi olarak kabul edilebilir.

Yukarıda yer alan açıklamalardan hareketle alternatif tedavinin (dua) sosyolojik perspektiften değerlendirilmesi şu şekilde izah edilmiştir;

Modernleşme ile gelen hızlı değişim süreci toplumun değişen teknolojik ağırlıklı yapısı ve mekanik işleyişi, rasyonelleşme ve bireyselleşmeyle beraber, bir maneviyat boşluğu oluşturmuş, bu boşluk ise toplumsal manada yayıldıkça değişik ve yeni bazı inanç hareketleri ortaya çıkmıştır. Billhassa küreselleşmeyle bu eğilimlerin daha fazla yaygınlaşması farklı kabilecilik ve ruhsallıkların ortaya çıkmasına zemin hazırlamıştır

(Robertson, 2003, s. 354). Yeni oluşmaya başlayan dinsel/büyüsel yapılar kendilerini Batı rasyonalizmine karşı bir muhalif şeklinde konumlandırmışlardır. Özellikle rasyonelliğin yoğun olarak yaşandığı dünyada hayat bulan ve hayatın manasını seküler biçimde yorumlama yeteneğine sahip bireyler, farklı biçimlerde gelişen, şifa, kurtuluş, mutluluk, huzur teklifleri ile yüz yüze gelmektedirler. Weberci yaklaşımları ile bilinen Berger; sekülerleşme sürecinde ortaya çıkan aşırı rasyonelleşme ile dini ve sosyal süreçler bakımından modern birey için farklı ve yeni bir durum oluşmuştur (Berger, 1993, s. 184). Yalnızca devlet ve ekonomi gibi kurumlar için değil, yaşamın gelişi güzel sıradan alışkanlıkları için bile anlamsızlık problemi ortaya çıkmıştır. Geldiğimiz noktada modernliğin tatmin edici “teodiseler” (kötülük ile mutlak iyi olan Tanrı kavramının nasıl bağdaştığını açıklayan kavram) ortaya çıkaramadığı anlaşılmaktadır. Aşırı rasyonelleşme; teknolojinin yalnızca maddi varlığa ait ve duygusallıktan kopuk olan, bundan dolayı da bireyin kendisi ve diğerleri ile olan ilişkisinin büyük bölümünü anlamsız kılan durumlar olup mekanikleşme; bireyin sosyal yaşamını etkisi altına alan ve bu nedenle daha fazla fonksiyonlara sahip olan kurumsal bürokratikleşmeyi ve sürekli değişim halinde olan bireyi değişen bir varlık konumuna getiren, birbiri ile çelişen bir takım sosyal muhtevalar içinde kalmasını sağlayan toplumsal yaşam dünyalarının çoğulculuğudur (Berger, 1993, ss. 7-204).

Aşırı bir rasyonelleşme içinde olan modern toplumun gereksinimlerine yanıt verilememesi nedeniyle meydana gelen boşluğun yerini yeni inançların alması kaçınılmazdır. Dinsel ve büyüsel eğilimleri içinde barındıran ve “Yeni Çağ” olarak isimlendirilen akımın modern toplumun ileri teknolojik kültürünün oluşturduğu maddi rahatlık, manevi huzuru sağlamakta yetersiz kalmıştır. Böylece ortaya sık sık bir anlam krizi çıkmaktadır. Ruhsal problemler bugün de yaşandığı gibi önümüzdeki süreçte insanlık tarihinin önemli gerçeklikleri arasında ön sıralarda yerini alacaktır. Yanı sıra Yeni Çağ’cılar ortaya çıkan bu anlam krizinin kitle bilinci ile bir “paradigma değişimi” için tetikleyici bir unsur teşkil edeceğine işaret etmektedir (Amant, 2003, s. 12). Özellikle 1960’lı yıllardan sonra ortaya çıkan ruhsal ve mistik özellikli yeni dinsel bilinç halinin bir anlam krizi oluşturduğunu ve sürekliliğe sahip anlam yapıları ve yeni formlar meydana getirdiğine işaret etmekte, 1970’li yıllardan sonra ise yaygın hale gelen dinsel ve terapik hareketlerin 1960’lı yıllardaki araçsal değerlere ve faydacı bireyciliğe karşı ortaya çıkan protestolardan sonra, bir halef hareketi şeklinde meydana

geldiği belirtilmektedir (Glock ve Bellah, 1976). Bu kapsamda bazı sosyologlar bu koşullarda ortaya çıkan yeni dini eğilimlerin modernlikten tamamen uzaklaştırıcı bir unsuru (varlık üstüne yeniden kurumsal anlamlar yükleme) dünyanın toplumsal manada yeniden inşa edilmesi çabasını belirtmektedirler (Hunter, 1981, ss. 3-7). Ortaya çıkan bu yeni dinsel öğelerin gelişimi, çok daha geniş tarihsel ve felsefi bir paradigma değişiminin travmalarla dolu bir parçası şeklinde değerlendirilebilir.

Alternatif tıp paranormal fenomenler, çevrecilik, gelecek tahminleri, kendi kendine terapi, alternatif din, doğu mistisizmi, dinsel ve ruhsal eğilimler ve geniş kapsamlı bir ilgi alanına sahip olarak görülmektedir. Değişik unsurları ihtiva eden bu düşünceler, felsefeler ve pratikler farklı yönlerden modernliğin güçlü bir şekilde eleştiriye maruz bırakıldığına göstergesidir. Mesela alternatif tıbbın modern tıbbı topyekün eleştirerek farklı bir tıp anlayışını ortaya koymaktadır. Bu kapsamda; teknoloji ve bilimin ortaya koyduğu aşırı rasyonelleşmenin bir anlam kaybı ortaya koyduğu, meydana gelen bu belirsizliğin doğal bir neticesi olarak büyüsünü kaybeden toplumların tıpkı bir modern inanç patlaması yaşadığını ifade edebiliriz.

Modern bir yaşam tarzı benimsemiş toplumlarda büyüsel ve dinsel eğilimlere git gide artan merakın sebeplerine modernliğin kendi perspektifinden de bakılması gerekir. Diğer bir deyişle sekülerleşme teorisinde belirtilen öngörülerin tersine günümüz modern toplumlarında yeniden hayat bulan dinsel ve büyüsel inanç patlamasının sebeplerini içeriden bir bakış açısı ile değerlendirmek gerekmektedir. Fakat burada dikkat çeken bir paradoksun varlığını açıklamak gerekir. Bu paradoks; sosyal bilimlerde çok sık yer bulan modernlik ile din ilişkisi arasındaki uyumsuzluğun kabul edilmesidir. Bu kapsamda modernlik ve din arasındaki ilişkisi hakkında ortaya atılan kuramsal yaklaşımlara göre; bireysellik, rasyonelleşme ve din-modernite uyumsuzluğu parametrelerinin varlığı belirgin şekilde görülmektedir. Marksist ve fonksiyonalist yaklaşımıcılar tarafından bu “uyumsuzcu” veya “çatışmacı” paradigma yaklaşımı devamlı şekilde kullanılmaktadır. Modernliğin ilk ortaya çıkış kaynağına bakıldığında sekülerleşme, rasyonelleşme gibi olgular karşımıza çıkmaktadır. Weber’in “dünyanın büyüden arındırılması” sözü ile ortaya koyduğu düşünce bunu yansıtmaktadır. Yaşanan bu süreç büyük dinsel sistemlerin gerilemesi, daha dar bir alana çekilmesi sonucunu ortaya koymuştur. Fakat gelinen noktada, postmodern dönemde daha da gerileyeceğine kanaat getirilen dinsel-büyüsel eğilimlerin tekrardan ortaya çıkışı söz konusu olmuştur. Bu nedenle modernlik

olgusu ile bir yandan büyük dini yapıların alanını daraltırken diğer yandan büyüsel-mistik-dini özellikli yeni dinsel formların ortaya çıktığı görülmektedir. Artık gelinen bu noktada sosyal bilimlerin, din ile modernlik arasındaki ilişkiyi açıklamak için kullandığı klasik “çatışmacı” yaklaşımı devam ettirmek çok mümkün görünmemektedir. Buna göre; geleneksel nitelikli büyük dini sistemlerin gücünü zayıflatan ve yeni formlar ortaya çıkaran, yeni kutsallıklar üreten yönü, modernliğin iç dinamiklerinin bir neticesi sonucunda ortaya çıkmaktadır. Bu paradoksal durum iki sosyolojik bağlamda açıklanabilir. Bunlardan ilki bireyselleşme olgusudur. Diğer ise geleneksel dinlerin kurumsallık özelliğinin zayıflaması ve bireyselleşmenin ortaya çıkardığı “dinsel çoğulculuk”tur. Modernliğin içinde bulunduğu kriz durumu ve bu iki nokta (bireysellik ve dinsel kurumların zayıflaması) toplumdaki kutsala dönüş eğiliminin ve farklı kutsallık biçimleri keşfetmenin sosyolojik arka planını bize göstermektedir.

Modern toplumlarda din konusunu araştıran sosyologların çoğunda hâkim olan ortak görüş “öznelleşme, bireyselleşme ve dini çoğulculuk” olarak ifade bulmaktadır. Modernlikle ilgili yapılan tanımlamalarda önde gelen kavram “birey” kavramıdır. Kutsala dönüş olgusu ile alakalı en iyi açıklamalardan birini Weber yapmıştır. Luckman, Berger, Bellah gibi din sosyologlarının bu konu hakkındaki yorumları da Weber’ci bir çizgi izlemektedir. Weber Hristiyanlık, kapitalizm, bilim ve teknolojinin ortaya çıkan güçlerinin esasında; yaygın olarak rasyonelleşen bir dünya kurma çabalarına hizmet ettiğinin altını çizmiştir. Din bir yandan hiyerarşi, merkezileşme, bürokrasi, kurallar, dogmalar vasıtası ile eski özelliğini yitirir ya da rasyonel hale gelirken, bir yandan dinsel tecrübeler de doğrudan irrasyonel bir alana ait olmaya başlamıştır. Bu bakış açısı büyüsel, mistik ve dinsel eğilimlere 20. Yüzyılda artan eğilimlerin açıklamasında yardımcı olabilir. Weber, mistik tecrübelerin dinden soyutlanmak istenen bir dünyanın işleyişine eklenilebilecek “tek mümkün öte (içtenlikle kutsala sahip oldukları meta-fizik ve manevi alan)” olarak kalacağını ifade etmiştir. Modern yaşamda kutsala yeniden ilgi gösterilmesinde yaşanan artış, sekülerleşme kuramı bakımından bazı sıkıntılar ortaya çıkarmaktadır. Sekülerleşme kuramına göre modern çağda dinler/dini uygulamalar/geleneksel dini tedaviler ya tamamen ortadan kalkacak ya da toplumsal görünürlükleri zayıflayacaktır. Modern çağda din hakkındaki tüm konuları kendi şemsiyesi altında toplayan sekülerleşme kavramı bilhassa endüstri toplumlarında dini inanç ve pratiklerin, kurumların önceki

toplumsal önemlerini kaybettiğini, geleneksel inançların ve inanışların rasyonel bir sorguya çekildiğini, dini sembollerin tekeli anlayışı kırılarak bireyselliğin geliştiğini, bireylerin kendisi ve çevresi üzerinde daha fazla denetim alanına sahip olabileceği bir süreci (Wilson, 1983, s. 148) açıklar.

Sekülerleşme teorisine göre süreç iki şekilde gelişmiştir. Bunlardan ilki dini grup veya kuruluşların toplum üzerinde olan etkisinin zayıflaması, diğeri de dinin birey kararı üzerindeki etkisini yitirmesidir (Marshall, 1999, s. 645). Fakat geldiğimiz noktada yaşanan sosyal durumların sekülerleşme ile zıtlık gösterdiği anlaşılmaktadır. Daha önce de ifade edildiği gibi kurumsal dinlerin yanı sıra büyüsel-dinsel mistik inanışlara olan ilginin artması, modern tıbbın son derece geliştiği günümüzde bireylerin hastalıkları karşısında yeniden geleneksel dini formlardan çare umması bu kapsamda sekülerleşme tezinin savunulması ya da eleştirilmesi tartışmalarını yeniden gündeme taşımaktadır.

Sekülerleşme sürecinin artık geri dönülemez bir yola girmiş olduğu düşüncesinin kabulü, sosyoloji geleneği içinde çok güçlü biçimde varlığını devam ettirmiştir. Fakat özellikle 1960'lı yıllardan bu yana Batı'da yeni dini hareketlerin ortaya çıkışı, okültizmin yükselmesi, paranormal, mistik inanışlara olan ilginin artması gibi olgular nedeni ile, bazı sosyologlar (son dönem) arasında bu görüşler sorgulanmaya başlamıştır (Köse, 2002). Stark ve Bainbridge (1996) ortaya çıkan ve gelişen dini oluşumları, sekülerleşme karşıtı bir olgu olarak değerlendirirken Greeley (1970) sekülerleşme olgusu ile uyuşmayan paranormal ve mistik eğilimlerin hız kazanmasını, sekülerleşme tezi için bir kanıt olarak değerlendirmiştir. Bundan dolayı Berger (2001) "modern din sosyolojisinin, klasik sekülerleşme kuramını sorgulama gerçeği ile yüz yüze olduğu"nun altını çizmektedir. Berger dünyanın her zaman olduğu gibi bazı yerlerinde eskisine göre çok daha fazla dindarlığın yaşandığı görüşünü savunmaktadır. Ona göre günümüzde geldiğimiz noktada genel hatları ile anlaşılan şey "sekülerleşme modernleşmenin kaçınılmaz bir sonucu değildir" gerçeğidir. Tahmin edildiği gibi ruhsallık veya din toplumsal önemini kaybetmemiş tersine ruhsallığın/dindarlığın görünürlüğünde bir artış yaşanmıştır.

Sekülerleşmeyi savunanların yanlışlanması etrafında şekillenen bu tartışmalara ilaveten, geldiğimiz bu noktayı modern toplumların yeniden dini bilinçlenme durumuna geçtiği şeklinde destekleyenler de olmaktadır. Wilson (1982), ve Bruce (2003)

geldiğimiz bu noktayı modern çağdaki yeni dini durumun sekülerleşme sürecinde yaşadığı değişime işaret etmektedir. Buna göre yeni dini bilinç durumu sekülerleşme sürecinin bir sonucu olup birbirine eşlik eden süreçlerden ibarettir. Sekülerleşme dinin sonu değildir, yeni dini oluşumlar, bireysel görünümlü kolektif kutsallıklar ve kültler meydana getirmektedir (Davies, 1995, s. 374). Bununla sekülerleşme sürecinin yeni bir dini bilince olan etkisine, onu meydana getiren fonksiyonuna işaret edilmektedir. Tarihsel süreçte birey ruhunda oluşan paranormal fenomenlerin modern dönemde kurumsal dinlerin etkisinin azalması neticesinde bir gerileme yaşadığı, fakat organize kurumsal dinlerin gerilemesi ile kurgusal ve bilimsel bir ile yeniden yüzeye çıktığı görülmektedir (Davies, 1995, s. 376).

Sekülerleşme ile beraber yeni dini davranışlar oluşmaya başlamıştır. Bu görüş sekülerleşmenin etkisi ile dönüşüme uğramıştır. Bu nedenle sekülerleşme dinin ortadan kaybolması, ömrünü tamamlaması olmayıp, dinin görüntüsünde radikal bir değişim olması, olarak değerlendirilmelidir. Geldiğimiz noktada, kutsala olan artan ilgi ve yeni dini bilinç durumunun örnekleri reddedilmemekte, bunlar modern çağda ortaya çıkan sekülerleşmenin bir sonucu olarak değerlendirilmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

MATERYAL VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın metodolojisi, modeli ve uygulama basamakları, evren ve örneklem, veri toplama teknik ve araçları, veri toplama teknik ve araçlarının uygulama süreci, araştırmadan elde edilen veriler ve bu verilerin analizinde kullanılan istatistiksel işlemler, araştırmanın kapsam ve sınırlılıkları ile varsayımlarına yer verilmiştir.

2.1. ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

2.1.1. Araştırmanın Modeli

Bilimsel yöntem olgusal problemleri çözmeye bilim üreten ve belli süreçleri olan güvenilir bir yoldur (Karasar, 2002, s. 12). Metod kavramı, bilginin seçilerek toplanması ve analiz edilmesi ile alakalı pratik araştırma tekniklerini ifade etmektedir. Metodlar araştırmalarda öne sürülen soruların açıklığa kavuşturulması bakımından kullanılabilir olmalı ve teorik çerçeve ile uyum içinde olmalıdır (Ole, 2012, s. 366). İlmî metod ise araştırma süresince, aşamalı olarak kullanılması öngörülen teknikleri, sistematik biçimde düzenlemek olarak tanımlanabilir (Arslantürk ve Arslantürk, 2010, s. 59). Bilimsel yöntem kullanılarak gerçekleştirilen bilimler, gerçek manada pozitif bilimlerdir. Pozitivizm kavramını ilk defa kullanan ve sistematik şekilde sunan A. Comte olmuştur. Comte'a göre doğa bilimleri, sosyolojiyi de pozitivist biçimde karakterize etmiştir. Nicel araştırma teknikleri de pozitivizmle uyumlu olup, metodolojide hipotetik dedüktif akıl yürütme biçimi kullanılmakta ve teoriden oluşturulan hipotezler sınanmaktadır. Fakat sosyal bilimlerde yer alan soyut olma inancı nedeniyle operasyonel tanım yapma gereksinimi de oluşmaktadır. Yanı sıra her araştırma için hipotez geliştirilmesi mecburi olmamakta, araştırma soruları üzerinden çalışma devam ettirilmekte ve ulaşılan sonuçlar bu hipotezler üzerinden değerlendirilmektedir (Punch ve Etöz, 2011, s. 40).

Her bilimsel çalışma belli bir bakış açısından hareket edilerek, belirlenmiş kavramlar ve düşünceler üzerinde temellendirilmektedir. Araştırmacılar çalışmasını hangi kuramsal ve kavramsal çerçeveye oturttuğunu, hangi yöntemleri hangi amaçla kullandığını, seçtiği yöntem ve teknikleri seçme nedenini ve bunu yaparak hangi faydayı sağlamayı hedeflediğini ortaya koymaktadır. Çalışmanın bu bölümünde, hangi yöntemler ve hangi tekniklerin ne gerekçelerle benimsendiği ortaya konulmuştur.

Sosyolojide ortaya çıkan ilk bilimsel yaklaşım olan pozitivism tıpkı geçmişte yaşandığı gibi bugün de sosyolojik araştırmalarda yaygın biçimde kullanılmaktadır. Comte tarafından sistematik hale getirilen pozitivism, doğal yaşam ile toplumsal yaşam arasında temel bir fark olmadığını, her ikisinin de evrensel bir yöntem vasıtası ile araştırılarak açıklanması gerektiğini iddia etmiştir (Neuman, 2003, s. 70). Doğa bilimleri araştırmalarında daha ziyade temel yöntem olan pozitivism, gerçeğin, bireyden bağımsız ve tek olduğu varsayımı temelinden hareket etmektedir (Yıldırım, 1999, s. 7-8). Auguste Comte (1798-1857), John Stuart Mill (1806- 1873) ve Emile Durkheim (1858-1917)'in düşünce ve katkıları ile temelleri atılan pozitivist sosyal bilim anlayışına göre geçerli ve güvenilir bilgiye yalnızca doğa bilimlerinin yöntemleriyle erişilebilir ve yalnızca gözlemler yolu ile elde edilen bilgi değerlidir. Comte'a göre pozitivism, birey zihninin yasalarını gözlem yolu ile bulacaktır. Birey zihni dinamik ve statik olmak üzere iki şekilde ele alınır. Comte, doğa bilimlerini ve sosyal fenomenleri, ki bu fenomenler zihinsel olup temel bilimi olan sosyolojinin bu iki türde incelenmesini önerir. Tüm teoriler aslında mantıksal olgulardır. Mantıksal yasalar, bu olguların gözlemlenmesi ile ortaya çıkabilir (Comte, 2001, s. 47). Bu yaklaşıma göre mevcut kuramlardan hareket edilerek hipotezler oluşturulur, elde edilen verilerden yola çıkılarak hipotezler test edilir ve bu yönde bulgulara erişilerek kuramsal katkı ortaya konulur. Araştırmacı değerlerden bağımsız şekilde sosyal gerçekliğe, nesnellik üzerinden ulaşmaya çalışarak, duygularını ve değer yargılarını araştırmaya dahil etmez. Genellikle sayısal olarak ifade edilen nicel verilerle çalışmakta, bu verileri farklı istatistiksel tekniklerle analiz ederek bilgi elde etmektedirler. Din Sosyolojisinin temel amaçları, din ve toplum olgusu arasında oluşan ilişki, etki ve tepkilerin araştırmak ve dinin çok önemli toplumsal fonksiyonuna dikkat çekmektir. Bu şekilde dinin yalnızca kültürel değil, aynı zamanda da dini tecrübenin farklı anlatıları arasındaki ilişkilerin aydınlatılması ve dini tecrübenin farklı taraflarını daha iyi anlamayı sağlamış olur (Taplamacıoğlu, 1983, ss. 166-167). Bu çalışmada

toplumsal hayatın inşa edilmesinde etkisi olan ve dönüşümlü şekilde süreklilik içerisinde, çeşitli şekillerde işlevselliğini devam ettiren dini alanın ana ritüellerinden biri olan “dua” kategorisinin hastalık sırasında kullanımının, Comte’un pozitivist yaklaşımından hareket edilerek açıklanması amaçlanmıştır.

Çalışmada kullanılacak temel yaklaşımın pozitivist yaklaşım olarak belirlenmesinin ardından araştırma tasarımının açıklanması gerekmektedir. Pozitivist yaklaşımlarda kullanılan araştırma yöntemlerinden hangisinin bu çalışma için uygun olacağına karar verilmesi önemlidir. Araştırma sorusuna cevap bulabilmek ve erişilmek istenilen bilgiye ulaşmak için uygulanan eylem planının tespit edilmesi gerekir. Araştırma için kullanılacak temel araştırma yönteminin tespiti ile başlayan araştırma tasarımı, veri toplama ve veri analizinde kullanılacak tekniklerin ortaya konulması ile devam etmektedir (Gürbüz ve Şahin, 2017, s. 97). Araştırma tasarımı değişik şekillerde sınıflandırılabilir. Öncelikle tasarım, benimsemiş olduğu temel felsefe bakımından uygulamalı ve temel araştırma şeklinde iki sınıfta gerçekleştirilmektedir (Gürbüz ve Şahin, 2017, s. 97). Asıl amacı mevcut bilginin üzerine yeni bilgiler eklenmesi şeklinde gerçekleştirilen araştırmalar “temel araştırma”, üretilmiş olan bilgilerin değerlendirilmesi sureti ile somut bir problemi çözmeye yönelik araştırmalar ise “uygulamalı araştırmalar”dır (Karasar, 2007, ss. 22-27). Bu çalışmada izlenen felsefe, toplumsal problemlerin çözümüne doğrudan bir katkı sunmak olmayıp, araştırma konusu açısından elde edilen mevcut bilgi havuzuna yeni bilgiler eklemek olduğu için çalışma, “temel araştırma” özelliği taşımaktadır.

Araştırma tasarımlarını amaçları açısından değerlendirirsek; açıklayıcı (explanatory), tanımlayıcı (descriptive) ve keşfedici (exploratory), araştırmalar şeklinde incelemek mümkündür. Açıklayıcı araştırmalar; Bir ilke ya da kuramın doğruluğunu belirlemek, birbirleri ile yarışan amaçlardan hangisinin daha uygun olduğunu tespit etmek, temel süreçlerle ilgili bilgiyi geliştirmek, farklı başlıklar ve konular arasında ilişki kurmak, tamamlanması için bir teori inşa etmek, zenginleştirmek ve detaylandırmak, yeni alan ve konulara doğru teoriyi genişletmek, açıklamayı desteklemek ya da çürütmek için kanıt sağlamak amacı ile gerçekleştirilmektedir. Tanımlayıcı araştırmalar; kim, ne, ne zaman, nerede ve nasıl soruları vasıtası ile olgular, nesnelere, insanlar, grup veya örgütlerin birtakım niteliklerini ortaya çıkarmayı amaçlayan araştırmalardır. Keşfedici araştırmalar ise; İlgilenilen konudaki temel

düşüncelere, insanlara ve olaylara aşına olmak, etrafta neler olup bittiği hakkında derli toplu, ayakları yere basan mental bir resim geliştirmek, birçok fikirler ortaya atmak ve geçici teori ve bağlantılar geliştirmek, çeşitli fikirleri birlikte düşünmeyi amaçlayan araştırmalardır (Berg ve Lune, 2019, ss. 91-99). Bu araştırma önceden hakkında bir araştırma bulunmayan veya çok az bulunan bir konuyu keşfetmeye yönelik bir çalışma olmadığı gibi, kim, ne, zaman nerede ve nasıl soruları yardımıyla bazı konuları ortaya koymak olan “tanımlayıcı” nitelikte bir araştırma da değildir. Bu çalışma asıl amacı değişkenler arasında neden-sonuç ilişkisini ortaya koymaya çalışan “açıklayıcı” nitelikte bir araştırma olarak planlanmıştır.

Kullanıldıkları yöntem açısından ise araştırma tasarımlarını nicel (quantitative), nitel (qualitative) ve karma yöntem yaklaşımları olarak üç başlık altında ele almak mümkündür (Creswell, 2013, s. 12). Nitel araştırma yöntemi genel olarak, insanların sosyal dünyayı nasıl anlamlandığı, tecrübe ettiği yorumladığını ve ürettiğini anlamayı amaçlamakta olup, bu araştırmalarda izlenen tutum ve stratejileri kapsayan bir kavram olarak değerlendirilir (Sandelowski, 2004, s. 893). Nitel araştırmalar yorumlayıcı yaklaşıma dayanmaktadır. Nitel araştırma, yapılandırılmamış gözlem, yapılandırılmamış görüşme ve doküman inceleme gibi nitel veri toplama tekniklerinin kullanıldığı, olgu ve olayların kendi doğal ortamları içinde gerçekçi ve bütüncül bir şekilde ortaya konmasına yönelik nitel bir sürecin izlendiği araştırmadır (Yıldırım ve Şimşek 2005, s. 39). Nitel araştırmada sosyal araştırmanın amacı, bireylerin bakış açısını doğal ortamlarında anlamak, sosyal gerçekliği nasıl inşa ettiklerini tespit etmek, sosyal olguları ayrıntılı şekilde derinlemesine betimleyerek sosyal olgu ve olaylar arasındaki ilişkiyi kendi bağlamı içinde açıklamaktır. Sosyal olgular değişken olup karşılıklı etkileşim içinde karmaşık ve belirsizdir. Aralarında olan ilişkinin yönü tam olarak belirlenemez. Bundan dolayı nitel yöntem, araştırmalarda nedensellik ilişkisine önem vermez ve tahmin ve genelleme amacı taşımaz (Walliman, 2006, ss. 36- 52).

Nicel araştırmalar ise sayısal bakımdan ölçümü yapılabilen verilerin istatistiksel analizler aracılığı ile sosyal olguları araştıran ve bu olgular arasında neden sonuç ilişkisini açıklamaya çalışan, sosyal düzenin kanunlarının keşfedilmesini amaçlayan araştırma tasarımlarıdır. Diğer bir ifade ile önceden belirlenmiş hipotezleri test etmek amacı ile geniş kapsamlı örneklem üzerinde nicel veriler elde eden, bu verileri istatistiksel anlamda çözümleyen ve bulguları genelleme yaparak yorumlayan araştırmalardır. Nicel

veriler, laboratuvarlarda gerçekleştirilen deney veya gözlemler yolu ile, ya da alan araştırmalarında kullanılan gözlem, anket, yarı yapılandırılmış görüşmeler şeklinde elde edilebilir. Nicel araştırmaların özellikleri şöyle sıralanabilir; sosyal gerçeklik anlayışı hakimdir, Fiziksel gerçeklikler bireyden bağımsız olarak ortaya çıkıyorsa sosyal gerçeklikler de bireylerin bilinç ve öznelliğinden bağımsız biçimde ortaya çıkabilir. Sosyal gerçeklik, zamana ve kültüre bağılı olarak değişime uğramaz, evrensel olup bireylerin öznelliğinin haricinde “dışarıda bir yerde” keşfedilmeyi bekler. Nicel araştırmalarda araştırmacı nesnelidir; Sosyal olgular ancak dışarıda en iyi şekilde incelenebilir. Bundan dolayı araştırmacı, sosyal olguları dışarıdan gözlemler, nesnel ve tarafsızdır. Nicel araştırmalarda çevresel koşullar kontrol edilmeye çalışılır; değişkenler arasında neden sonuç ilişkilerini etkileyebilecek çevresel/fiziksel koşulların kontrol altında tutulması çok önemlidir. Böylece hipotezde yer verilmeyen değişkenlerin araştırılan sonucu etkileme olasılığı azalacaktır. Tümdengelim ilkesi hâkimdir: Tüm parçaların meydana getirdiği toplamı ifade eder ve parçaların toplamından farklı daha fazla bir şey değildir. Bu nedenle bir olguyu açıklamak için onu parçalarına ayırarak parçalardan elde edilen bilgileri bütüne genellemek gerekmektedir. Bu ilke ile değişkenler kesin biçimde birbirinden ayrılabilir ve ölçülebilir özelliktedir. Değişkenler arası ilişkilerin yönü ve şiddeti ölçülebilir. Yöntem ön plandadır: sosyal olgulara ait değişkenler yalnızca geçerliği ve güvenirliliği test edilmiş ölçüm araçları vasıtası ile test edilebilir. Bundan dolayı ölçme aracının ölçüm neticelerini çevresel koşullardan ve zamandan etkilenmemesini sağlayacak biçimde tasarlanması gerekir. Tekrarlanan ölçümlerde aynı sonuçları vermesi beklenir. Bundan dolayı araştırma boyunca yöntem ve teknikte kullanılacak veri toplama araçlarında değişiklik yapılamaz. Bu ise nicel araştırmalarda yöntem ve tekniklerin araştırma konusuna göre daha ön planda olduğunun göstergesidir. Evreni temsil edebilecek özellikte gruplar üzerinde yapılır: sosyal düzenin işleyişindeki temel kanunları ortaya koymayı amaçladığı için, birey ya da grupların ortak özelliklerini ve genellenebilecek noktaları arar. Bu nedenle de araştırma evreninin özelliklerini yansıtabilecek, büyük çaplı örneklerle çalışır. Verilerini istatistiksel yollarla sunar: ulaşılan veriler sayısal biçimde ifade edilir. Sayısal olmayan veriler ise sayısal hale getirilir ve istatistiksel olarak çözümlenir. Bulguların doğruluğu: ulaşılmak istenilen sosyal kanunlar evrensel özellik taşımalı, tüm tarihsel dönemlerde ve her toplum kültüründe geçerli olmalıdır. Bundan dolayı bulguların

doğruluğu nicel araştırmalarda gerçekleştirilecek başka araştırmalarca da tekrarlanması ile ölçümlenir (Yıldırım ve Şimşek 2006, ss. 24- 32; Walliman, 2006, ss. 36-52; Bilton 1996, 107-109; Neuman, 1996, ss. 63-65). Bu kapsamda yapılan bu çalışmanın nitel yöntemle yapılmasının araştırmalarda nedensellik ilişkisine önem vermediği ve tahmin ve genelleme amacı taşımadığı gerekçesi ile uygun olmadığı kanaatine varılmış ve nicel araştırma deseni ile (neden-sonuç ilişkisine yer veren) gerçekleştirilmesine karar verilmiş olup, nicel araştırma desenlerinden hangi tekniğin kullanılması gerektiği konusunun belirlenmesi aşamasına geçilmiştir.

Araştırma deseni, çalışmada hangi veri toplama tekniğinin ya da araçlarının kullanılması gerektiğini, verilerin kimlerden, nereden ve ne şekilde toplanması gerektiğini, elde edilen verilerin nasıl çözümleneceğini bildiren, araştırmanın çeşitli aşamalarını bir arada tutan bir taslak plandır. Bu aşamada, nicel araştırma deseninde kullanılan araştırma tekniklerinden kısaca bahsederek araştırmada hangi tekniğin kullanılacağına karar verilmiştir. Yapılandırılmış (Denetimli) Gözlem Tekniği: standardize edilmiş veri toplama araçları vasıtası ile gerçekleştirilen, bilgi toplamanın denetim altında yapıldığı gözlem tipidir. Araştırmacı, yapılandırılmış gözlemlerde kullandığı gözlem çizelgesinin işaret ettiği doğrultuda ve nesnel biçimde dışarıdan gözlem gerçekleştirir (Sencer ve Sencer 1978, s. 121-122). Survey: Sosyal bilimler araştırmalarında çok sık kullanılan araştırma tekniklerinden bir diğeri olan survey, farklı ölçüm süreçlerini kapsayan çalışmalardan oluşmaktadır. Araştırmanın survey özelliği taşıması için araştırma evrenini temsil edecek bir örnekleme sahip olması, standart bir veri toplama aracına (soru kâğıdı, gözlem çizelgesi ya da görüşme yönergesine) sahip olması ve verilerin sistemli bir şekilde toplanması gerekir (De Vaus, 1990, s. 3). Yapılandırılmış Görüşme: Bu görüşme araştırmacının standardize edilmiş bir görüşme formunu takip ederek önceden tespit edilen soruları yüz yüze sorduğu görüşme tekniğidir. Özellikle açık uçlu soruların çokça yer aldığı soru kâğıtlarında cevaplanma oranının yükselmesini sağlayan bir tekniktir. Deney: önceden tespit edilen hipotezlerin test edilmesi amacı ile değişkenler arasında bulunan ilişkilerin ortaya konulmasıdır. Neden-sonuç ilişkisini göstermek için kullanılan deneyde, özellikleri birbirine eşit olan iki gruptan biri bağımsız değişkene tabi tutulmaz (kontrol grubu), diğer grup ise bağımsız değişkene tabi tutulur (deney grubu). Sonrasında deney grubu ile kontrol grubu karşılaştırılarak deney grubunun davranışlarında ortaya çıkan farklılıklar

değerlendirilerek bağımsız değişkenin sebep olduğu neticeler ortaya konulur (Robson, 2000, s. 46-47). Anket: Önceden hazırlanan soruların cevaplayıcılara yüz yüze sorulması, posta ile gönderilmesi, telefonla veya internet üzerinden sorulmasını içeren bir veri toplama tekniğidir. Anketlerde sorulan soru tiplerini davranışlara, inançlara, tutumlara ve niyetlere ilişkin sorular, olgusal sorular olarak gruplamak mümkündür. Açıklamalar doğrultusunda çalışmamızda araştırma tekniğine karar verirken; çalışma için hazırlanan soruların davranışlara, inançlara, tutumlara ve niyetlere ilişkin sorulardan oluşması göz önüne alınarak anket tekniği tercih edilmiştir.

Araştırmadan elde edilen verilerin elimizde olması, araştırmanın sonuçlandığı anlamına gelmez. Elde edilen verilerin işlenmesi ve bu kapsamında çözümlenerek yorumlanması önemlidir ve aslında araştırmanın özgünlüğünü ortaya koyan aşama da tam olarak burasıdır (Karasar, 2007, s. 197). Nitel araştırmaların analizi, temelde veriler elde edildikten sonra bulguları betimlemek ve yorumlamak şeklinde yapılmaktadır. Nicel araştırmalar ise genellikle, istatistiksel olarak ifade edilen pek çok analiz türüne sahiptir (Leech and Onwuegbuzie, 2007, s. 562). Bu çalışma kapsamında elde edilen verilerin çözümlenmesinde, istatistiksel tekniklerden SPSS analizi kullanılmış olup; anketin kapsam geçerliği, pilot çalışma, yapı geçerliği ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Araştırmada “Şifa Fenomeni Olarak Dua Ölçeği” yapı geçerliliğini kontrol etmek için Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır. AFA’de örneklem grubu uygunluğu yeterliliği Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ile Barlett Sphericity testleri ile test edilmiştir. Faktör analizi için Varimax dik döndürme tekniği uygulanmıştır. Madde Test Toplam Korelasyonu ve madde ayırt edicilik değerleri test edilmiştir. Örneklem grubunun, demografik değişkenlere göre dua etme tutumlarında farklılaşma olup olmadığını anlamak için belirlenen 12 hipotez test edilmiş olup, araştırmanın kavramsal ve kuramsal çerçevesine dayanılarak ortaya atılan düşüncenin elde edilen bulgularla desteklenip desteklenmediği ortaya konulmuştur. Ulaşılan verilerin istatistiksel analizi, t-testi (Independent-Samples T Tests), Varyans Analizi (Analysis of Variance, ONE-WAY-ANOVA) testleriyle yapılmış olup, gruplar arasındaki farkların kaynağının belirlenmesi için Post-Hoc analizlerinden Scheffe analizi kullanılmıştır.

2.1.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın tüm aşamalarında ulaşılan bilgiler sosyal bilimler araştırma yöntemlerine göre tasnif edilerek yorumlanmıştır. Bu tezde çalışılmak istenilen konu, büyük grubun tüm özelliklerini temsil gücü olan bir parçanın bazı kurallara uyarak seçilmesi anlamı taşıyan örnekleme metodu kullanılarak yapılmıştır. Geniş bir kesimi ilgilendiren bir konunun, bireylerin tamamı ile görüşülmesi imkânsız olması nedeni ile bütünü temsil eden bir örneklem üzerinde araştırılması zorunlu olmaktadır (Kurtkan, 1982, s. 203). Bütün üzerinde araştırma yapmanın en büyük zorluğu araştırma için gereken kontrollerin yapılmasındaki engellerin artmasıdır. Küçük gruplar üzerinde denetim kurulması çok daha kolaydır. Çalışmada amaç, çok verinin toplanması değil, geçerli ve güvenilir verilerin toplanmasıdır. Bu açıdan iyi tespit edilmiş bir örneklem üzerinde gerçekleştirilen araştırma, geniş bir evrende yapılan araştırmalara göre daha iyi sonuçlar verebilir (Karasar, 2002, s. 111). Bu açıdan araştırmada evreni temsil etme gücüne sahip bir örneklem seçilmiş, bu örneklem vasıtası ile ana kütlenin temsil gücü belirlenmeye çalışılmıştır.

Bu çalışmanın evrenini Yozgat Şehir Hastanesi'ne araştırmanın gerçekleştirildiği 2019 (15 Şubat-15 Nisan) tarihleri arasında müracaat eden ayaktan hastalar oluşturmaktadır. Yozgat Şehir Hastanesi'ne araştırma yapılan tarihler arasında müracaat eden ayaktan hasta sayısı 72,123'tür (Yozgat Sağlık Müdürlüğü, 2019).

Veriler Yozgat Şehir Hastanesinde basit rastlantısal örnekleme yöntemiyle seçilmiş, katılımcılarla yüz yüze görüşmeye dayalı anket tekniğiyle toplanmıştır.

Araştırmacı kendi özel durumuna göre örneklem büyüklüğünü hesaplarken gerekli formüllerden yararlanmalıdır (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2004, s. 49-50).

Örneklem hesabı yapılırken aşağıdaki hesaplama metodu kullanılmıştır;

$$n=(Nt^2 pq)/(d^2 (N-1)+ t^2pq)$$

N: Anakütle büyüklüğü (Kitledeki birey sayısı)

n: Örnekleme alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülme sıklığı (olasılığı)

q: 1-p (incelenen olayın görülmemeye olasılığı)

d: Kabul edilen \pm örnekleme hata oranı (Olayın görülme sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma)

$t_{(\alpha, sd)}$: α anlamlılık düzeyinde, serbestlik derecesine göre t tablosu kritik değeri.

$$\text{Anakütlev} = 72\ 123$$

$$p = 0.50$$

$$q = 0.50$$

$$t = 1.96$$

$$d = 0.05$$

$$n = 72\ 123$$

$$n = (Nt^2 pq) / (d^2 (N-1) + t^2 pq)$$

$$n = (72\ 123) \times (1.96)^2 \times 0.50 \times 0.50 / ((0.05)^2 \times (72\ 123 - 1) + (1.96)^2 \times 0.50 \times 0.50)$$

$$n = 382$$

Hesaplamalar sonucu belirlenen örneklem sayısı 382'dir. Çalışmada güvenilirliği artırmak ve yanlış/eksik veri girişleri olasılığına karşı 600 anket formu dağıtılmıştır. 530 anket cevaplandırılmış ve bunlar arasında değerlendirilebilir nitelikte olan 489 anket istatistiksel analiz için veri olarak değerlendirilmiştir. Anketlerin boş bırakılması ve sorulara verilen cevapların yanlış işaretleme sonucu 111 anket değerlendirmeye alınmamıştır.

2.1.3. Veri Toplama Teknikleri

Araştırma, kuramsal tartışma ve uygulama olmak üzere iki aşamada oluşturulmuştur. Kuramsal kapsamın oluşturulmasında, verilere doğrudan erişim kolaylığı sağlama nedeniyle dokümantasyon tekniğinden yararlanılmıştır. Uygulama bölümü ile alakalı verilerin elde edilmesinde ise bir anket formu düzenlenmiş ve örnekleme yöntemi ile araştırmaya dâhil edilenler üzerinde gerçekleştirilmiştir. Anket tekniğinin tercih edilmesinde; bu tekniğin uygulamada kolaylık sağlama ve katılımcıların rahat cevap verme imkânı oluşturma gibi özelliklere sahip olması etkili olmuştur. Anket uygulamasının yapılmasından önce katılımcılara sorulacak soruların anlaşılabilir olup olmadığını ve geçerliliğini test etmek amacıyla örnekleme iyi şekilde temsil gücüne sahip küçük bir grup üzerinde "pilot araştırma" yapılmıştır.

2.1.4. Veri Toplama Aracının Hazırlanması

2.1.4.1. Şifa Fenomeni Olarak Dua ile İlgili Temel Soruların Belirlenmesi

Hasta olan kişilerin şifa elde edebilmek için duaya başvurma davranışları noktasında deneyimlerini ortaya koyacak bir ölçme aracı geliştirilmesi amacı ile kavramsal ve kuramsal incelemelerin ardından yarı yapılandırılmış bir görüşme yöntemi tercih edilmiştir. Söz konusu yaşanan tecrübeleri daha iyi kavrayabilmek için ilk önce dua etmenin ne olduğu duanın ne ifade ettiği gibi çok genel sorular sorulmuştur. Bu soru ile çalışmanın kavramsal ve kuramsal bölümdeki karışıklıkları minimum düzeye indirmek hem de hastalıkta şifa bulmak için dua eden kişilerin zihinlerinde oluşan tecrübe olgusunu çok daha iyi anlayabilmek amaçlanmıştır. Ayrıca dua ile ilgili literatür araştırmasında öne çıkan olgular özellikle dikkate alınmıştır. Gerçekleştirilen bu önlemlerle beraber “dua ile şifa bulma deneyiminin ne anlama geldiği, bu deneyimin hastalık türü gözetmeksizin kişiden kişiye değişmesi” gibi konularda bulgular elde edilmesi düşünülmüştür. Alanda uzman kişilerin verdiği önerilerle beraber bir soru formu hazırlanmıştır. Uzman kişilerin eleştiri ve önerilerinin alınarak hazırlandığı görüşme formu dikkatlice düşünülerek hazırlanmış ve son şekli verilmiştir.

Soru tanımlama çalışması sonrası 2019 (15 Şubat-15 Nisan) tarihinde Yozgat Şehir hastanesini ziyaret eden hasta ve yakınları ile görüşme yapılmıştır. Yaş, medeni durum, cinsiyet, dini inanç ve kronik hastalıkları ile ilgili demografik sorular sorulmuştur. Sonra hastalıkta şifa deneyimlerini tespit etmek amacı ile “hasta olduğunuzda şifa elde etmek için dua etme davranış ve tutumlarınız olarak neler deneyimlediniz (fiziksel, ruhsal)?” sorusu sorularak katılımcıların yaşamış olduğu deneyimlerini detaylı şekilde anlatmaları istenmiştir. Ardından daha geniş düşünceleri gerektiği ve genel olarak hastalık anlarını düşünmeleri istenmiş ve;

- Hastalığınız dua etme şeklinizi nasıl etkiledi? Ya da dua ile ilgili düşünme şeklinizi nasıl etkiledi? Deneyimlerinizi anlatabilir misiniz?
- Hastalık sırasında şifa bulmak için başkalarından dua etmesini ister misiniz? Kimlerden bu konuda istekte bulunursunuz? Deneyimlerinizi anlatabilir misiniz? Başkalarından dua istemek ilişkilerinizi ne yönde etkiledi?
- Hastalık dua ile ilgili inançlarınızı değiştirdi ya da sorun oluşturdu mu? Deneyimlerinizi anlatabilir misiniz?

- Hastalık vb. gibi dönemlerde bazı kişiler dualarının kabul edilip edilmediğini ve nasıl “yanıtlandığını” merak etmeye başlarlar. Bu konuda siz ne düşünüyorsunuz?
- Hastanelerde dini/manevi desteğe ihtiyaç duyuyor musunuz? Bu konudaki düşünceleriniz nelerdir?
- Hastalıklarınıza şifa bulmak için geleneksel tedavi yolları, modern tıp ve dua konusunda düşünce ve tecrübeleriniz nelerdir? soruları sorulmuştur.

Bu sorulardan elde edilen yanıtlar doğrultusunda sonraki aşama olan ölçek geliştirme aşamasına geçilmiştir.

Aşağıda görüşme aşamasının detayları paylaşılmıştır;

Görüşmeye dâhil edilecek kişiler Yozgat sınırları içinde bulunan Yozgat Şehir Hastanesini ziyaret edenlerden seçilmiştir. Benzeşik örnekleme yönteminin tercih edildiği bu aşamada, hasta/hasta yakınlarından tamamen gönüllü kişilerin çalışmaya dâhil edilmesi sağlanmıştır. Yaşadıkları deneyimleri rahat biçimde ifade edebilmeleri için kronik hastalığı olan hasta/hasta yakını olma şartı aranmıştır. Görüşmeye 13 hasta/hasta yakını gönüllü olarak katılım sağlamış fakat 2 kişi görüşme sırasında ayrılmak istediğini belirterek devam etmeyerek görüşmeden ayrılmıştır. Bu nedenle toplamda 11 kişi ile görüşme tamamlanmıştır. Gerçekleştirilen görüşmeler hazırlanmış görüşme formuna sadık kalınarak yürütülmek istense de konudan ayrılmamak kaydı ile hasta/hasta yakınlarının yaşadıkları deneyimleri detaylı şekilde anlatmaları sağlanmıştır. Hasta/hasta yakınları tarafından paylaşılan deneyimler sırasında örnek vermeleri istenerek araştırmacı ve katılımcı adına araştırmanın gidişatı daha anlaşılır hale getirilmeye çalışılmıştır. Görüşmeler sırasında verilen cevaplarla beraber tekrar edilmeye başlanılan cevaplarla teorik doygunluğa ulaşıldığı varsayılarak görüşmeler sonlandırılmıştır. Verilen bilgilerin araştırmaya yeni bir bilgi katmayacağı öngörüldüğü için yeterli olduğu varsayılmıştır.

2.1.4.2. Temaların Transkripsiyonu ve Analizi

Katılımcılarla yapılan görüşmelerin ortalama 20-50 dakika sürdüğü gözlenmiştir. Katılımcıların çoğunluğunun 40 yaş üstü olduğu tespit edilmiştir. 6 kadın ve 5 erkek katılımcının olduğu görüşmede tüm katılımcıların dini inancının Müslüman olduğu görülmüştür. Tüm katılımcıların kronik hastalıkları olup, tedavi aldıkları

görülmüştür. Katılımcıların verdiği cevaplar doğrultusunda temaların oluşturulmasına geçilmeden önce ses kayıt cihazına kaydedilen görüşmeler yazılı hale getirilmiştir. Her bir katılımcı için görüşme sırasına göre (H1, H2, H3...H11) numara verilmiştir. Tüm veriler yazılı hale getirilerek analiz için hazır hale getirilmiştir. Mülakat aşaması sonrasında toplanan veriler raporlaştırılarak Ek 2’de verilmiştir.

Analizlerin ilk basamağı olarak veriler kodlanmıştır. Bu aşamada veriler araştırmacı tarafından dikkatli şekilde okunmuş, birbiri ile benzer ve birbirinden ayrı ifadeler şeklinde değerlendirmeye tutulmuştur. Okunan tüm veriler, kelime öbekleri, benzer kelimeler kodlanmaya çalışılmıştır. Kodlanan veriler birkaç kez daha değerlendirilerek ifade ettiği mana ile kodlama uyumu (Yıldırım ve Şimşek, 2006, s. 120) noktasında yeniden kontrol edilmiştir. Literatür araştırmasında elde edilen bilgilerle yapılan bu kodlamaların bir karşılık bulup bulmadığı değerlendirilmiş ortak kodlamalarda buluşabilmeleri sağlanmıştır.

Görüşmelerden elde edilen tüm veriler bu şekilde kodlanarak temalar oluşturulmuştur. Elde edilen temalar, göz önünde bulundurulan literatürde yer alan temalarla büyük oranda benzerlik göstermiştir. Bu sonuç ise gerçekleştirilen tema analizinin araştırma alanı ile desteklenmesini sağlayarak çalışmaya anlam katmıştır.

2.1.4.3. Temalandırma ve Madde Havuzu Oluşturma

Çalışmanın en önemli bölümü sayılan görüşmeler sonucu ulaşılan temaların oluşturulması süreci ile beraber literatür çalışmaları göz önünde bulundurularak ölçüm aracının boyutları oluşturulmaya çalışılmıştır. Temalandırma sürecinin görüşmelerden elde edilen verilerle benzerlik gösterdiği tespit edilmiştir. Oluşturulan temalar; “manevi destek”, “alternatif tedavi”, “dini pratik”, “geleneksellik”, “istek”, “modern inanç”, “şefaat”, “tefekür”, “toplumsal dayanışma’dır. Elde edilen temalara ait cevaplar ve ne anlam ifade ettiklerine dair açıklamalar Ek-2’de verilmiştir. Bu temalar araştırmanın ikinci bölümünün de ön hazırlığı niteliğindedir. Bu aşamadan sonra genel olarak yapılanlar madde geliştirme, ölçek oluşturma ve değerlendirme aşamalarından ibarettir. Bu aşamadan elde edilen temalarla temel olarak ölçek maddelerinin oluşturulması hedeflenmiş ve madde havuzu oluşturma aşamasına geçilmiştir.

Madde havuzu oluşturmak için iki ayrı uzman görüşü alınmış ve literatürle beraber desteklenmesi sağlanmıştır. Oluşturulan madde havuzunun potansiyel

değişkenleri ölçüp ölçmeyeceğini test etmek amacı ile; uzmanlarla paylaşılmış ve ifadelerin ilgili boyutları temsil etme noktasında yeterli olup olmadıkları değerlendirilmiştir. İlgili boyuta ait olup olmadıkları, anlamların ilgili boyut için özgünlük taşıyıp taşımadıkları ve hedef kitleye hitap etme noktasında en az hata ile karşılık bulunması sağlanmıştır. Bu aşamada tekrar eden, farklı anlamlar ifade edebilecek, yazım yanlış olan, faydası olmayacağı düşünülen ifadeler havuzdan çıkarılmıştır. Ölçüm aracının pilot çalışma yapılacak noktaya kadar olan süreçte toplam 9 tema ve 53 ifade elde edilmiştir.

2.2. KAPSAM ve SINIRLILIKLAR

Araştırmanın kapsam ve sınırlarının açıkça ortaya konulması araştırmacının araştırma odağından uzaklaşmasını engelleyerek araştırmanın belirlenen süreyi ve kaynakları aşmadan gerçekleştirilmesini sağlar. Bir araştırmada sosyal olgu ile alakalı her şeyin aynı anda araştırılamayacağı, birden fazla toplumsal problemin hepsinin incelenemeyeceği unutulmamalıdır.

Bu çalışma Bozok platosunun yüksek tepelerinin eteğinde kurulmuş, İç Anadolu Bölgesi'nin Orta Kızılırmak Bölümü'nde yerleşmiş olan Yozgat ilinde gerçekleştirilmiştir. Yozgat kuruluş tarihi itibari ile yeni bir kent görünümünde ancak ilk çağlardan günümüze en eski ve önemli yerleşim merkezlerinden birisidir. Geçmişteki birçok medeniyetin izlerini taşıyan Yozgat'ın arkeolojik kazılarda çok eski bir yerleşim yeri olduğu ortaya konulmuştur (Yüner, 2015, s.19). Yozgat'ın inanç tarihi de ilk çağlara kadar uzanmaktadır.

- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), "Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2018 Sonuçları"na göre şehrin nüfus 424.981 olarak açıklanmıştır. Araştırma 15 Şubat-15 Nisan 2019 tarihleri arasında Yozgat Şehir Hastanesi kapsamında gerçekleştirilmiş olup, Yozgat Şehir Hastanesi'ne ilgili tarihler arasında başvuran ayaktan hasta sayısı 72.123'tür (Yozgat İl Sağlık Müdürlüğü).
- Araştırma bulguları aşağıda açıklanan kısıtlar kapsamında yorumlanacaktır.
- Bu araştırma Yozgat ilinde seçilen bir kamu hastanesine (Yozgat Şehir Hastanesi) müracaat eden ayaktan hastalar ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmada yer alan anket uygulamasının sadece tek hastanede yapılması araştırmanın kısıtı olarak değerlendirilmektedir.

- Araştırma hastaneye müracaat edenlere yönelik yapılmıştır. Araştırmanın yalnızca hastaneye müracaat eden ayaktan hastalara yapılmış olması araştırmanın diğer bir kısıtıdır.
- Araştırma durum çalışması değerlendirmesi olup ulaşılan sonuçlar araştırmanın yapıldığı zaman dilimi ile kısıtlıdır.
- Araştırma uygulama yapılan örnekleme sınırlıdır.

2.3. VARSAYIMLAR

Araştırma bulguları aşağıda açıklanan varsayımlar kapsamında yorumlanacaktır.

Konu hakkında bilgilendirilen katılımcıların konuyu anlayarak sorulara cevap verdikleri varsayılmıştır.

Araştırmada kullanılan anketin araştırma ile ilgili uygulama için yeterli ve geçerli olduğu varsayılmıştır.

Anket sorularının katılımcılar tarafından içtenlikle ve hiçbir etki altında kalmadan cevaplandırıldığı ve elde edilen verilerin bu doğrultuda güvenilir olduğu varsayılmıştır.

Verilerin analizinde kullanılan yöntem ve tekniklerin, mevcut durumun tespiti ve çalışma amacını yansıtmak için uygun olduğu varsayılmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI VE TARTIŞMA

3.1.VERİLERİN ANALİZİ/ PİLOT UYGULAMA

Verilerin analizinde takip edilen yol aşağıda detaylı şekilde açıklanmaktadır.

Verilerin analizi sürecinde 53 madde olan veri toplama aracının pilot uygulaması yapılmış olup, uygulamada ölçeğin iç tutarlık katsayısı ve madde yük değerleri incelenmiştir. Pilot çalışmada katılımcılara uygulanan ölçek 53 maddeden oluşan 5'li likert (1= tamamen katılmıyorum, 2=katılmıyorum, 3= kararsızım, 4= katılıyorum, 5= tamamen katılıyorum) ile derecelendirilmiştir. Pilot çalışmaya ilişkin bulgular aşağıda almaktadır.

3.1.1.Şifa Olarak Dua Ölçeğine Ait Geçerlilik Güvenirlik Analizi Sonuçları

Şifa olarak dua ölçeğine ilişkin geçerlilik-güvenirlik aşamasında 489 kişilik örneklem grubundan faydalanılmıştır.

Şifa olarak dua ölçeğine ilişkin madde analizi sonuçları Tablo 3.1'de verilmiştir. Ölçekteki maddenin diğer maddelerle olan ilişkisinin 0,30'un üzerinde olması yeterli (Büyüköztürk, 2009) görülmektedir.

Tablo 3.1. Şifa Olarak Dua Ölçeğine İlişkin İstatistikler

Madde No	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Madde 1	171,453	486,196	0,731	0,883
Madde 2	173,109	568,636	0,813	0,902
Madde 3	171,879	481,629	0,779	0,882
Madde 4	171,906	481,608	0,782	0,882
Madde 5	171,053	504,270	0,500	0,887
Madde 6	172,408	572,106	0,797	0,903
Madde 7	172,015	485,030	0,761	0,883
Madde 8	172,034	480,306	0,739	0,882
Madde 9	171,664	489,231	0,720	0,884
Madde 10	171,679	490,317	0,709	0,884
Madde 11	172,377	576,789	0,790	0,905
Madde 12	173,377	548,115	0,478	0,897

Madde 13	171,672	489,441	0,716	0,884
Madde 14	171,691	490,283	0,711	0,884
Madde 15	172,747	568,243	0,787	0,902
Madde 16	171,592	487,561	0,746	0,883
Madde 17	171,823	500,253	0,558	0,886
Madde 18	172,645	572,715	0,808	0,904
Madde 19	171,860	479,757	0,787	0,882
Madde 20	172,483	556,675	0,595	0,900
Madde 21	172,415	563,577	0,744	0,901
Madde 22	172,977	572,643	0,802	0,904
Madde 23	171,442	485,308	0,749	0,883
Madde 24	171,453	485,385	0,759	0,883
Madde 25	171,509	493,311	0,743	0,884
Madde 26	171,468	490,462	0,780	0,883
Madde 27	173,117	563,914	0,804	0,901
Madde 28	171,325	493,182	0,752	0,884
Madde 29	171,347	494,720	0,734	0,884
Madde 30	171,747	496,000	0,607	0,885
Madde 31	171,423	491,063	0,755	0,884
Madde 32	171,804	483,590	0,741	0,883
Madde 33	170,902	515,513	0,321	0,889
Madde 34	170,702	513,255	0,375	0,888
Madde 35	171,709	495,510	0,620	0,885
Madde 36	173,657	545,075	0,483	0,896
Madde 37	171,445	484,680	0,759	0,883
Madde 38	170,811	511,192	0,434	0,888
Madde 39	171,902	480,028	0,753	0,882
Madde 40	171,894	479,754	0,756	0,882
Madde 41	171,555	487,899	0,721	0,883
Madde 42	171,377	486,084	0,751	0,883
Madde 43	172,419	564,313	0,698	0,902
Madde 44	172,075	496,737	0,620	0,885
Madde 45	171,057	510,864	0,396	0,888
Madde 46	172,174	500,015	0,605	0,886
Madde 47	172,113	499,495	0,620	0,886
Madde 48	172,079	500,937	0,617	0,886
Madde 49	171,909	496,030	0,697	0,885
Madde 50	171,913	497,981	0,641	0,885
Madde 51	172,211	497,001	0,548	0,886
Madde 52	172,192	494,262	0,606	0,885
Madde 53	171,200	492,835	0,756	0,884
Cronbach's Alpha = 0,890				

Madde havuzunda bulunan 53 sorunun madde toplam korelasyon değerleri ve iç tutarlık kat sayıları hesaplanmıştır. Madde- toplam korelasyonlarının .30 ve daha yüksek olması ölçek maddelerinin geçerliğine bir kanıt olarak kullanılmaktadır (Nunnally ve Bernstein, 1994). Madde toplam korelasyon katsayısı için .30 eşik olarak alınmıştır. Tablo 3.1 incelendiğinde madde-toplam test korelasyonları incelendiğinde, her bir madde için ($r=.30$)'un üzerindedir. Bu durum, ölçek maddelerinin ölçülmek istenen özelliği ölçme amacına hizmet ettiğine işaret etmektedir. Kullanılan ölçekte yer alan maddelerin diğer maddelerle olan ilişkisinin 0,30'un altında olmaması nedeniyle ölçekten madde çıkarılmasına bu aşamada gerek duyulmamıştır. Ölçeğin madde iç tutarlılığının belirlenmesinde iç tutarlılık katsayısı Cronbach's Alpha hesaplanmış, yapılan analiz sonucu ölçeğin güvenirlik düzeyinin 0,890 ile yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3.2. Şifa Olarak Dua Ölçeğinin Madde ve Toplam Ölçek Korelasyonu Değerleri

Madde No:	r	p	Madde No:	r	p
Madde 1	0,756	0,000**	Madde 28	0,771	0,000**
Madde 2	0,797	0,000**	Madde 29	0,753	0,000**
Madde 3	0,800	0,000**	Madde 30	0,637	0,000**
Madde 4	0,803	0,000**	Madde 31	0,775	0,000**
Madde 5	0,532	0,000**	Madde 32	0,766	0,000**
Madde 6	0,778	0,000**	Madde 33	0,351	0,000**
Madde 7	0,783	0,000**	Madde 34	0,405	0,000**
Madde 8	0,766	0,000**	Madde 35	0,650	0,000**
Madde 9	0,744	0,000**	Madde 36	0,456	0,000**
Madde 10	0,733	0,000**	Madde 37	0,781	0,000**
Madde 11	0,768	0,000**	Madde 38	0,462	0,000**
Madde 12	0,445	0,000**	Madde 39	0,779	0,000**
Madde 13	0,740	0,000**	Madde 40	0,781	0,000**
Madde 14	0,735	0,000**	Madde 41	0,746	0,000**
Madde 15	0,768	0,000**	Madde 42	0,773	0,000**
Madde 16	0,768	0,000**	Madde 43	0,672	0,000**
Madde 17	0,589	0,000**	Madde 44	0,648	0,000**
Madde 18	0,790	0,000**	Madde 45	0,429	0,000**
Madde 19	0,809	0,000**	Madde 46	0,632	0,000**
Madde 20	0,565	0,000**	Madde 47	0,646	0,000**
Madde 21	0,723	0,000**	Madde 48	0,642	0,000**
Madde 22	0,782	0,000**	Madde 49	0,719	0,000**
Madde 23	0,773	0,000**	Madde 50	0,667	0,000**
Madde 24	0,781	0,000**	Madde 51	0,584	0,000**
Madde 25	0,762	0,000**	Madde 52	0,638	0,000**
Madde 26	0,797	0,000**	Madde 53	0,775	0,000**

Madde 27	0,789	0,000**
----------	-------	---------

Madde-toplam korelasyon değeri tüm maddeler için 0,30'un üzerindedir. Bu da maddelerin ölçme gücünün yeterince iyi olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda maddelerin ölçmek istenen yapıya ait düzeyin saptanmasında yeterince katkı sağladığı söylenebilir. Bu bağlamda $r > ,30$ düzeyindeki ilişkiler veri setinin faktör analizine uygunluğuna işaret etmektedir. Tablo 3.2 incelendiğinde, ölçek maddeleri ile toplam ölçek arasındaki ilişkinin tamamının $r > ,30$ ölçütünü karşıladığı görülmektedir. Tablo 3.2'ye göre maddelerle toplam ölçek arasındaki ilişkinin 0,351-0,809 ($p < 0,01$) arasında olması istatistiki olarak anlamlı olduğunu ve maddelerin iç tutarlığının uygunluğunu göstermektedir.

Elde edilen veri setinin yapılacak olan faktör analizi için yeterli olup olmadığını öğrenilebilmek adına korelasyon matrisine bakılmıştır. Bunun sonucunda değişkenler arası yüksek korelasyon olasılığının olup olmadığını ölçen Bartlett küresellik testi ile elde edilen korelasyon ile kısmi-parçalı korelasyon katsayılarının büyüklüğünü karşılaştırabilen Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), yani örneklem yeterliliği testi kullanılmıştır. KMO değerinin ,60'tan büyük olması veriler üzerinden faktör analizi yapılabileceğini göstermektedir (Büyüköztürk, 2009).

Tablo 3.3. Şifa Olarak Dua Ölçeğine Ait KMO ve Bartlett Testi Sonucu

KMO Örneklem Yeterliliği	0,947
	Ki-kare Değeri (χ^2)
	22664,701
Bartlett's Test of Sphericity	Serbestlik Derecesi (df)
	1378
	Anlamlılık Değeri (p)
	0,000**

Tablo 3.3'te KMO değeri $0,947 > 0,60$ ve Bartlett küresellik testi $p < 0,01$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Bu değerler örneklem büyüklüğünün faktör analizi için uygun olduğu ve verilerin çok değişkenli normal dağılımdan elde edildiğini göstermektedir (Kan ve Akbaş, 2005).

Açıklayıcı faktör analizi (AFA) sonucunu belirlemek için temel bileşenler analizinden dikey döndürme yöntemlerinden Varimax dik döndürme yöntemi kullanılmıştır. Ölçekteki maddelerin kalması ya da kalmaması durumuna karar vermede faktör yük değerlerinin 0,45 veya daha üzeri bir değer olması ölçüt alınmıştır

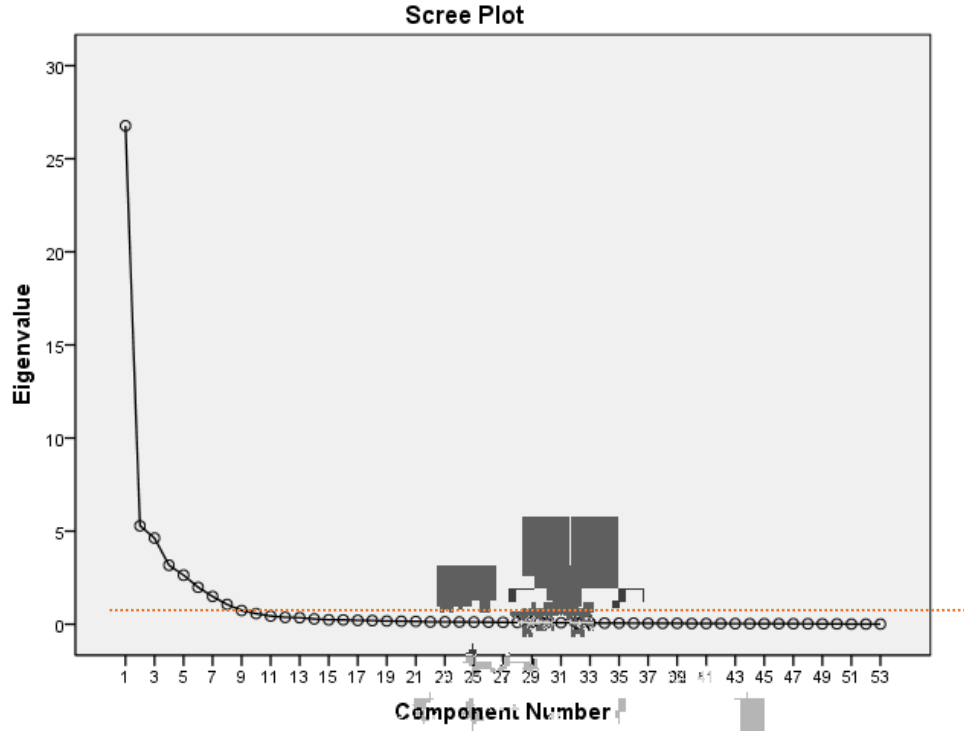
(Büyüköztürk, 2009). Bununla birlikte maddelerin binişikliğine bakılarak tek bir faktör altında yük değeri taşıma özelliği de dikkate alınmıştır. 53 maddelik ölçekte faktör analizi sonucu toplam varyansın %88,73'ünü açıklayan 8 faktörlü bir yapı ortaya çıktığı görülmüştür.

Tablo 3.4. Şifa Olarak Dua Ölçeğinin Öz Değerleri ve Açıkladıkları Varyans Düzeyleri

Bileşenler	Yüklerin Kareler Toplamı					
	Başlangıç Öz değerleri					
	Toplam	Varyans%	Kümülatif %	Toplam	Varyans %	Kümülatif %
1	26,77	50,51	50,51	10,07	19,00	19,00
2	5,29	9,97	60,48	9,54	18,00	37,00
3	4,63	8,73	69,21	9,27	17,49	54,49
4	3,17	5,98	75,19	7,07	13,34	67,83
5	2,64	4,97	80,16	3,97	7,50	75,32
6	1,99	3,75	83,91	2,72	5,13	80,45
7	1,49	2,81	86,72	2,36	4,46	84,90
8	1,06	2,01	88,73	2,03	3,82	88,73

Tablo 4'e göre, şifa olarak dua ölçeği öz değeri 1'den büyük 8 faktörlü bir yapı sergilemektedir. Birinci faktörün tek başına ölçeğin %19'unu, ikinci faktörün tek başına ölçeğin %18'ini, üçüncü faktörün tek başına ölçeğin %17,49'unu, dördüncü faktörün tek başına ölçeğin %13,34'ünü, beşinci faktörün tek başına ölçeğin %7,50'sini, altıncı faktörün tek başına ölçeğin %5,13'ünü, yedinci faktörün tek başına ölçeğin %4,46'sını ve sekizinci faktör tek başına ölçeğin 3,82'sini açıkladığı belirlenmiştir. Sekiz faktörün tamamının ise ölçeğin %88,73'ünü açıkladığı belirlenmiş olup açıklanan varyansın %40 ile %60 arasında olması yeterli kabul edilirken (Scherer, Wiebe, Luther ve Adams, 1988) bu araştırmada değerler daha yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Ölçeğin faktör yapısına net karar verebilmek için yamaç grafiğine (Scree Plot) bakılmış olup yamaç grafiği aşağıda yer alan Şekil 3.1'de verilmiştir.



Şekil 3.1. Ölçeğe Ait Yamaç Grafiği

Şekil 3.1'deki yamaç grafiği incelendiğinde ölçeğin 8. Faktörden sonra grafiğin yatay şekle doğru eğim gösterdiği belirlenmiştir, bu sonuçta ölçeğin 8 faktörlü yapısının uygun faktör yapısı olduğunu göstermektedir.

Tablo 3.5. Şifa Olarak Dua Ölçeği Maddelerinin Faktör Yük Değerleri

Madde No	Faktör								Cronbach's Alpha
	1	2	3	4	5	6	7	8	
19	0,815								
6	0,869								
11	0,869								
32	0,869								
7	0,873								
4	0,882								
8	0,882								
39	0,890								
3	0,893								
40	0,895								0,798
16		0,564							
15		0,586							
18		0,804							
30		0,829							
1		0,836							
37		0,849							
41		0,849							
9		0,897							
14		0,901							
10		0,909							
13		0,911							0,824

43	0,771		
49	0,775		
50	0,787		
48	0,793		
35	0,804		
44	0,811		
47	0,835		
46	0,859		
52	0,860		
51	0,877		
21	0,896		0,765
26	0,763		
31	0,771		
25	0,785		
42	0,791		
22	0,820		
2	0,821		
24	0,835		
23	0,838		0,871
38		0,909	
34		0,911	
33		0,927	
36		0,932	0,898
5		0,862	
45		0,864	
12		0,879	0,890
53		0,574	
29		0,656	
28		0,667	
27		0,669	0,893
17		0,814	
20		0,831	0,896

Tablo 3.5'te faktör yük değerlerine ait sonuçlar bulunmaktadır. Tablodaki bulgular değerlendirilirken faktör yük değerinin >,45 (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2016) olması dikkate alınmıştır. Faktör yük değerleri 0,564-0,932 arasında değişmekte ve faktör yüklerinin yeterli olduğu belirlenmiştir. Tespit edilen yükler altında toplanan maddelerin isimlendirilmesi konusunda literatür taraması yapılmış ve ulaşılan bilgiler kapsamında değerlendirilerek isimlendirme çalışması yapılmıştır.

1. Boyut: Geleneksellik

Geleneksellik, “gelenek” kavramı ile ifade edilen toplumsal tecrübelerin devamı şeklinde bilgi, inanç, alışkanlıklar, kültürel değerler ve davranış kalıplarının yıllarca devam ettirilme durumu olarak açıklanabilir. Kavramın özünde “gelenek” olarak isimlendirilen unsurların nesiller boyu aktarılması ve yaşatılması vardır. Geleneksellik,

gelenek halini almış fiile ve değerlerin yaşatılarak devam ettirilmesi, toplumsal yaşamın, toplumsal varoluşun istikrarı biçimindeki pozitif anlamının yanında modernleşmenin de zıttı/karşıtı olarak çok sık şekilde anılan ve modern olmayana bir gönderme çabası içinde olması ile de negatif bir anlamın içine iteklenmiştir. Bu manası ile “geleneksellik” modern hayatta yeri olmayan şeyleri açıklayan bir kavram durumundadır. Geleneksellikten evrilme, gelenekselliğin terk edilmesi koşulu ile olanaklı olacağı düşüncesi batı dışı modernleşmelerde toplumsal kırılmayı mecburi kılmıştır. Geleneksellikten modernliğe evrilmenin batı toplumlarında 500 yıllık bir geçmişi bulunmaktadır ve zamanla batı toplumlarının iç dinamikleri ile üretilerek kendiliğinden gerçekleşmiştir (Köker, 2000, s. 51). Ölçeğin birinci faktör altında toplanan maddeler incelendiğinde, ilgili faktöre “**Geleneksellik**” adını verilmesinin uygun olunacağına karar verilmiş olup ilgili maddeler aşağıda verilmiştir;

19. Hastalandığımda duaların ilaçlardan daha etkili olduğunu düşünürüm.

6. Şifa bulmak için geleneksel olarak tanınmış bir şifacı tarafından içine dua yazılan muska taşımak etkilidir.

11. Şifa bulmak için; su, şeker, çorba gibi okunmuş gıdaları tüketmek etkilidir.

32. Hasta olduğumda geleneksel şifacı olarak tanınan kişilerden ziyade ilk önce bir sağlık kuruluşuna başvururum.

7. Şifa bulmak için geleneksel olarak tanınmış bir şifacının dua okuyarak hasta kişinin üzerine üflemesi etkilidir.

4. Şifa bulmak için hocanın fiziksel uygulama ile birlikte dua etmesi etkilidir.

8. Şifa bulmak için geleneksel olarak tanınmış bir şifacının dua ederken tütsü yakması etkilidir.

39. Hastalığa göre etkili dua çeşitleri vardır.

3. Şifa bulmak için geleneksel olarak tanınmış bir şifacının fiziksel uygulama ile birlikte dua etmesi etkilidir.

40. Hastalıkta duayla şifa bulmak için hastalığa uygun dualar etmek gerekir.

2. Boyut: Şefaât ve İstek Duası

İstek duaları arasında sağlık, başarı, iklim, doğal çevre, rızık, başarı gibi konular yer almakta, bunları elde etmek için Tanrı’dan yardım talep edilmektedir. Yine istek dualarının arasında manevi olarak adlandırılan hidayete erme, günahlardan kurtulma, dindarlaşma gibi manevi istekler de bulunmaktadır. İnsanların büyük kısmı isteklerinin

karşılığının bu dünyada gerçekleşmişini arzulamaktadırlar. Şefaath, cennete girme, cehennemden kurtulma adına gerçekleştirilen dualar temelde istek duaları olmakla beraber bu dünyada karşılığının alınamayacağı dualar olmaları nedeniyle tez kapsamı dışında değerlendirilmiştir. İstek duaları kişinin kendisi için yaptığı ve başkaları için yaptığı dualar olmak üzere iki şekilde ele alınmaktadır. Arşivlerde kadim medeniyetlerden Hitit Krallığına ait olduğu tespit edilen pek çok istek duası bulunmaktadır. Çoğunlukla krallar tarafından organize edilerek oluşturulan dua metinleri arasında istek duası için örnekler oluşturmaktadır. Çok Tanrı'lı dine inanan Hitit medeniyetinde Tanrı'lara yapılan dualar arasında en çok kötülükten kurtulma, sağlık, uzun bir yaşam, politik ve cinsel güç, düşman karşısında zafer kazanma gibi istekler bulunmaktadır (Arıkan, 1998, s. 11). İlkel toplumlarda en yaygın dua türleri arasında istek duası çok önemli yer tutmaktadır. İlkel kabilelerde duanın kalbi istektir. Tüm isteklerin hedefi bireyin sağlıklı ve doğal bir hayatın yanında en temel ihtiyaçların karşılanmasına yönelik isteklerin ortaya konularak güçlendirilmedir (Heiler, 1932, s. 17). İstek duası da diğer dua türlerinde olduğu gibi insanlar tarafından çokça başvuru alan dini uygulamaların başında gelmektedir. Yapılan çalışmalar bireylerin istek duası yapmaya genel bir eğilimi olduğunu ortaya koymaktadır (Choi, 2006, s. 27). Dünya'nın çeşitli yerlerinde gerçekleştirilen araştırmalara göre, kişiler özellikle zor zamanlarında istek duasına müracaat etmektedirler. W. Cadge ve M. Dagle tarafından 1999-2005 yılları arasında bir hastanede yaptıkları çalışma sonuçlarına göre, hastane çalışanlarının, hasta yakınlarının ve hastaların en çok müracaat ettikleri dua türleri arasında istek duası yer almıştır (Cadge ve Dagle, 1999, s. 358). Bir başka çalışmaya göre; Manfredi ve Pickett (1987) tarafından yapılan araştırmada 65-79 yaş aralığında bulunan kişilerin zorlukla mücadele etmede başvurdukları yöntemler arasında dua gelmektedir (Woodmansee, 2000, s. 80). Maddi istek dualarının ilk sırasında sağlık için Tanrı'ya yöneltilen istekler gelmektedir. Barnes vd. (2004) tarafından gerçekleştirilen çalışmada 31.044 kişi ile görüşülmüş ve araştırma sonuçlarına göre katılımcıların %40'ı kendi sağlıkları için %24'ü ise başkaları tarafından kendi sağlıkları için dua yapıldığını belirtmişlerdir (Astin vd., 2006, s. 36). Bir diğer araştırma sonuçlarına göre hastaların kendilerine tedavi uygulayan sağlık personelinin, onlarla beraber hastalıkları için dua yapmalarını bekledikleri tespit edilmiştir (Spring, 2002, s. 17). Strang, yakarış dualarının istek dualarına göre daha kapsayıcı özellikte olduğunu, bu duaların, isteklerin

yanı sıra “Tanrı’nın desteğine duyulan gereksinimin kabulünü” ifade ettiğini söylemektedir. Bu duada kullanılan dilin, duyguları harekete geçirmek veya sıkıntıyla ve zorlukla yüzleşen birey bunlarla baş etme gücünün kendisinde var olduğuna inandığı için yararlı olduğunu savunmaktadır. Birey bu tarz dualarda sonuçta ne olursa olsun Tanrı’nın Tanrı tarafından verilen şeyi izleyeceğine dair yemin ifade eden teslimiyet cümlesi kullanmaktadır (Levine, 2008, s. 90). Çoğunlukla istek duaları, günlük konuşma dili ile yapılmaktadır. Kişi kendisi tarafından kutsal kabul edilen güce, isteklerini ve içinde bulunduğu durumu samimi olarak ifade etmektedir. Bu dua türünde kutsal olan varlığa bireysel talepler iletilir ve birey Tanrı’nın desteğine ihtiyaç duyduğunu da göstermiş olur. Varlıksal olarak bireyin kendi gücünü ve konumunu kabul ettiği, güçlü ve ulu olana teslim olduğu bir tutumun ifade şeklidir. Duanın bu özelliği bireye teslimiyet hissi kazandırarak karşılaştığı problemlerle baş etmede yardımcı olmaktadır. İstek duası başlığı altında incelenen şefaath dualarının ise istek dualarından farklılaşan bir yönü bulunmaktadır. Şefaath (intercessory prayer) kavramı, Latince inter (arasında) ve cedere (gitmek) sözcüklerinden meydana gelmektedir. Bu sebeple şefaath duası bir anlamda aracılık yapmak manasına gelmektedir. Bir başkası için aracılık yapmak veya başka birisinin durumu için yalvarma gayretidir. Şefaath duasında kendisine dua yapılan kişi, çoğunlukla dua yapan kişiden uzakta bulunduğu için “uzaktan” (distant prayer) şeklinde isimlendirilmektedir. Şefaath duasında bir başkası için yapılan dua, dua yapılanın haberi olsun veya olmasın dua yapmaktadır (Hollywell and Walker, 2008, s. 638). Tanrı’ya inananlar başkalarına iyilik yapmanın talep edildiğini iddia etmektedirler. İçeriğinde dua ibadeti yer alan ve özellikle ilahi dinlerde bireyin kendisi için dua yapmasının yanı sıra, diğerleri için de maddi ve manevi konular için dua etmesi de takdir gören ve talep edilen bir durumdur. Başkaları için yapılan duada yapan kişinin menfaati doğrultusunda bir talep olmayıp, diğerkâmlık ön plandadır ve iç kaynaklı bir dua türü olduğu kabul edilmektedir (Albayrak, 2007, s. 197). Bu açıklamalar kapsamında ölçeğin ikinci faktör altında toplanan maddeler incelendiğinde, ilgili faktöre “**Şefaath ve İstek Duası**” adını verilmesinin uygun olunacağına karar verilmiş olup ölçeğin Şefaath ve İstek Duası boyutuna ait maddeler aşağıda verilmiştir;

1. Şifa bulmak için kişinin başkaları için yaptığı dua etkilidir.
30. Başkaları ile birlikte dua etmek hastalıkta şifa bulmak için daha etkilidir.
10. Şifa bulmak için kişinin arkadaşlarının dua etmesi etkilidir.

14. Şifa bulmak için uzaktan (gıyaben) yapılan dua etkili değildir.
18. Kişilerin birbirlerine dua etmesi hastalıklardan korunmalarını sağlar.
37. İyileşmesi için hastalara dua ederim.
41. Hastayken birilerinin bana dua etmesini isterim.
9. Şifa bulmak için kişinin ailesinin dua etmesi etkilidir.
13. Şifa bulmak için çocukların dua etmesi etkilidir.

3. Boyut: Manevi Destek

Manevi destek; bakıma ihtiyaç duyan sağlığını kaybetmiş bireylerin maneviyatını güçlendirerek yaşama bağlılıklarını artırmayı, manevi alemleri ile barışık yaşamalarını, korkularını kaygılarını gidermeyi amaç edinen insan odaklı ve sosyal nitelikli bakım hizmetleridir (Çerik, 2007, s. 144). Daha farklı bir ifade ile; manevi destek, özellikle kronik hastalara, kalıcı bir sağlık problemi yaşayanlara ve farklı sağlık sorunları olan bireylere yönelik maneviyat destekli hizmetleri kapsamaktadır. Sosyal ve tıbbi hizmetlerde holistik ve birleştirici bir rol üstlenir. Bireyin sağlığına yeniden kavuşmasına bunun mümkün olmaması durumunda ise bu durumla barışık yaşamasına ve yaşama bağlı bir hayat sürmesinde önemli rolü bulunmaktadır (Başar, 2008, s. 631). Ölçeğin üçüncü faktör altında toplanan maddeler incelendiğinde, ilgili faktöre “**Manevi Destek**” adının verilmesinin uygun olacağına karar verilmiş olup ölçeğin Manevi Destek Boyutu’nun maddeleri aşağıdaki şekildedir;

35. Hastanelerde hastalara manevi destek sunmak iyileşmelerini hızlandırır.
44. Hastanede ağzı dualı birisinin beni ziyaret etmesini isterim.
21. Hastanelerde dini açıdan uygun bir ortama ihtiyaç duyarım.
46. Sağlık çalışanları dini ihtiyaçlarımla ilgili beni bilgilendirir ve bana yardımcı olur.
47. Hastanelerde dini destek alabileceğim din görevlilerine ulaşma imkânım vardır.
48. Hastanelerde dini ihtiyaçlarımı karşılayabilmek için yeterli düzenleme yapılmıştır.
49. Hastanelerde kişilerin inançlarına saygı ve özen gösterilir.
50. Hastanelerde dini inancım ile ilgili mahremiyetime özen gösterilir.
51. Hastanelerde hastalar dini inançları nedeniyle ayrımcılığa maruz kalmaktadır.

52. Hastanelerdeki dini ihtiyaca yönelik yapılan düzenlemeler her inançtan kişiler için uygundur.

43. Hastanede sağlık çalışanlarının iyileşmem için dua etmesi beni memnun eder.

4. Boyut: Dini Pratik Olarak Dua

Dini pratik şeklinde gerçekleştirilen duaların çoğunlukla halk arasında bilinen ve ait olduğu dinin din görevlileri tarafından ezbere ya da bir kitaptan okunarak yapılmasıdır. Bu dua türü, esasta standart dini uygulama tekniklerini kapsayan ve bu tekniklerle bağlılıkta da istek anlamı taşıyan kalıp ifadelerle yapılmaktadır. Bu dualar çoğunlukla belirli ve monoton bir ses tonu ile yapılmaktadır. Yanı sıra duanın içeriğine bakıldığında, yeterli manevi bir duygu hissedilmeden kalıp ifadelerin tekrarlandığı görülmektedir (Argyl, 2006, ss. 332-333). Dini bir pratik olarak gerçekleştirilen dualar bireysel olarak yapılmasının yanında genellikle grup şeklinde yapılmaktadır. Ortak bir dua için yapılan isteklerin ibadet sırasında bireysel ya da grupla tekrar edilmesi kişinin dini grup ve bu dini grubun değerleri ile özdeşleşmesini sağlamaktadır. Yaşarken meydana gelen bir sorun, soyutlanma hissini uyandırdığında veya sosyal kimliği parçaladığında dışlanmayı hak ettiğini ve bu olayı yaşayan tek kişi olduğu düşüncesi kişide oluşan soyutlanmışlık hissini azaltmaktadır (Levine, 2008, s. 91). İslam aleminde bireysel ya da törensel şekilde yapılan duaların önemi çok büyüktür. Hz. Peygamber dualarını topluluk içinde de yapmıştır. Kişileri organize ederek belirlenmiş yerlerde toplanması sağlayarak gerçekleştirilen yağmur duaları bu kapsamda değerlendirilebilir. Diğer taraftan Hz. Peygamber diğerlerinin işitmeyeceği şekillerde de bireysel dualar yapmış, kişilere bireysel dualardan örnekler vererek tavsiyelerde bulunmuştur. Hz. Peygamber cemaat halinde kılınan ve dua anlamı taşıyan namazların önemine vurgu yapmıştır. Levine (2008) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada dua başa çıkma mekanizması olarak incelenmiş ve psikolojik tahlili yapılmıştır. Bu çalışmaya göre grupla dua yapmanın öz saygının geliştirilmesine çok yarar sağladığı ifade edilmiş ve şu şekilde açıklanmıştır;

- Grup halinde dua yaparken tüm katılımcılar aynı sözcükleri tekrarlamaktadır. Yapılan ritüele ortak olmak psikolojik toplum olma hissini güçlendirmektedir. Diğer bireylerle paylaşılan inançlar bireyin inançlarının doğru olduğu düşüncesini kuvvetlendirir.

- Bilinen bir ritüel stresli yaşamla başa çıkmada sosyal olarak onaylanmış bir eylem arz etmektedir. Örnek olarak sevilen bir kişinin ölmesi ile ölüyü onurlandırmak için gerçekleştirilen dua uygulamasıdır. Dua ritüeli herkese mevcut durumda doğru olanın ne olduğunu anlatarak ne yapılması gerektiği ile ilgili belirsizliği yok eder.
- Yapılan dualar geleneksel özellikteyse ve düzenli olarak tekrar ediliyorsa bu durumda üyelere bir aidiyet hissi meydana gelir. Böylece kişi aynı zaman ve mekanlarda bir alışkanlık hissi ile kendisinden daha büyük ve güçlü bir şeyin parçası olduğunu düşünürler.
- Grup üyeleri ayrıca birbirine destek olmaktadır. Üyeler duygusal gıda ve daha somut yardımları birbirlerine yapmaktadırlar. Katılım yalnızlığın ve soyutlanmanın panzehridir. Kişinin huzur bulmasını sağlayarak, kendisine diğer üyeler tarafından yardım edileceğinin inancına sahip olurlar.

Din psikologlarına göre cemaatle yapılan duanın tek başına yapılan duadan daha önemli olmadığı ifade edilmektedir. Heiler, duanın kalabalıkta bireysel ortamdaki ruhunu yitirdiğini belirtmektedir. Heiler'e göre dua, kişinin tanrı ile olan aracısız birlikteliği, arkadaşlığı ve alışverişidir. Ancak grup üyeleri ile beraber gerçekleştirildiğinde Tanrı'nın dua yapılan yerde hazır bulunuşu ve doğrudan Tanrı ile irtibat kurma duygusunun yok olma tehlikesi oluşmaktadır. Etkin olmayan bir yüksek uyanıklık vaziyeti ile hayati bir önemi bulunan ilgi de ortadan kalkmaktadır. Dualar ya bürokrasi donukluğunda ve katılığında ya da tamamı ile mekanik bir şekilde ağızda tekrarlanan bir durum haline alır. Birlikte yapılan dualarda dua yapan kişi, hata yapmadan okuma gayretinde, eksik olmaması konusunda konsantrasyon sağlamaya çalışır. Diğer taraftan dinleyiciler de duaya din görevlisi kadar dikkat etmezler, çocuklarda eğlence, yetişkinlerde ise zihinlerinde farklı meşguliyetler olabilmektedir (Heiler, 1932, s. 71). Yapılan bu açıklamalar doğrultusunda ölçeğin dördüncü faktör altında toplanan maddeler incelendiğinde, ilgili faktöre **“Dini Pratik Olarak Dua”** adını verilmesinin uygun olacağına karar verilmiş olup **“Dini Pratik Olarak Dua”** boyutunun maddeleri aşağıdaki şekildedir;

31. Birlikte dua etmek toplum için birleştirici ve faydalıdır.
42. Hastanede, diğer hastalarla, iyileşmek için birbirimize dua ederiz.
2. Şifa bulmak için grup halinde yapılan dua etkilidir.

22. Diğer kişilerle bir grup içinde, hastalığa şifa bulmak için dua paylaşıyoruz.
23. Diğer kişilerle birbirimize dua etmek için bir dua grubum vardır.
24. Birbirimize dua etmek için bir dua arkadaşım vardır.
25. Birlikte dua etmek morali yükselterek kişiler arasındaki pozitif etkileşimi artırır.
26. Birlikte dua etmek, morali yükselterek dayanma gücünü artırır.

5. Boyut: Alternatif Tedavi

İnsanoğlu karşılaştığı hastalıkların tedavisinde kendi imkanları doğrultusunda deneme yanılma yolu ile farklı yöntemler geliştirmişlerdir. Tedavi yapamadığı bazı rahatsızlıkların nedenini bazı doğa olaylarına bağlayarak gerçekçi yöntemler haricinde bazı sihirsel tedavi yolları ortaya çıkarmışlardır. Doğaüstü ile insan arasında olan ilişki farklı tedavi pratiklerinin de kökenini oluşturmuştur. Geliştirilen bu pratikler toplum tarafından oluşturularak nesilden nesile aktarılan ve bundan dolayı da gelenekselleşen bazı tanı ve tedavi yöntemlerini de içermektedir. Hastalıkların tedavisinde doğaüstü ile kurulan ilişkiler ilk başta kendini açık etmese de kültürel/nitel araştırmalarda elde edilen neticeler, ilişkinin boyutunu göstermektedir (Kaplan, 2011, s. 150-151). Ölçeğin beşinci faktör altında toplanan maddeler incelendiğinde, ilgili faktöre “**Alternatif Tedavi**” adını verilmesinin uygun olunacağına karar verilmiş olup ölçeğin Alternatif Tedavi boyutuna ait maddeleri aşağıdaki şekildedir;

38. Hastanede yatan kişilere iyileşmeleri için bolca dua edilmelidir.
33. Hastayken şifa bulmak için dua etmenin yanında sağlık hizmetlerini kullanmak gerekir.
34. Hastalandığımda hem dua ederim hem doktorun verdiği ilaçları kullanırım.
36. Hastayken dua etmek tedavinin etkisini artırır.

6. Boyut: Modern İnanç

Modernliğin incelendiği bütün çalışmalarda modernlik tanımının bir karşıtı olarak modernliğin tanımının yapılmasına yardımcı olmak için “modernliğe duyulan esas ilginin ayna”sı (Giddens, 2011, s. 27) olarak yer ayrılan kavramdır. Gelenek kavramı kendisine modern kavramının bir zıttı şeklinde kullanım alanı bulan, özünde teolojik olan bir kavramdır (Gencer, 2012, s. 110). Şifa bulma arayışlarında insanların geleneksel bir yöntem olarak kabul gören duaya yönelmedikleri bu yönde modern bir tutum sergiledikleri görülmektedir. Ölçeğin altıncı faktör altında toplanan maddeler

incelendiğinde, ilgili faktöre “**Modern İnanç**” adını verilmesinin uygun olunacağına karar verilmiş olup ölçeğin modern inanç boyutuna ait maddeleri aşağıdaki şekildedir;

5. Şifa bulmak için hasta kişinin yaptığı dua etkili değildir.

45. Hastanedeyken iyileşmem için birilerinin dua etmesi beni rahatsız eder.

12. Şifa bulmak için günahsız kişinin dua etmesi etkili değildir.

7. Boyut: Toplumsal Dayanışma

Sosyal sistemde bir alt sistem olan dinin çok önemli işlevleri bulunmaktadır. Durkheim’e göre dinin en önemli toplumsal işlevi dayanışmayı sağlayarak devamlılık kazandırmaktır. Bu kapsamda dinin bir alt sistem olarak asıl işlevi toplamak ve bütünleştirmektir. Din sosyal sistem içerisinde birlik bilinci oluşturarak bütüne olan bağlılığı güçlendirerek sosyal bütünleşmeyi oluşturmaktadır. Din alt sisteminin bir işlevi de bireye gönül rahatlığı vermesidir. Toplumsal hayatın grift olan kaos ortamlarında kendilerini çok güçlü gören insanlar bile daha güçlü varlıklara sığınma ihtiyacı içinde olmuşlardır. Dinin aynı zamanda bir sosyal kontrol işlevi de bulunmaktadır. Bazı davranışların kutsal olmasını sağlamak ve suç olarak gördüğü davranışları da günah kategorisine alarak bireyleri bu davranışlardan menetmektedir. Ortak yapılan ayinler, dinsel törenler ve ibadetler de toplumsal dayanışmayı güçlendiren araçlardır. Bu kapsamda değerlendirildiğinde kişilerin birbirlerine dua etmesi manevi bağları artırarak toplumsal ilişkileri geliştirir. Hasta ziyaretleri gibi uygulamalar toplumsal dayanışmayı artırması, kişilerin başkalarına dua etmesi toplumsal dayanışmayı artırması ve duanın toplum için önemli bir şifa kaynağı olarak görülmesi toplumsal dayanışmanın göstergelerindedir. Bu kapsamda ölçeğin yedinci faktör altında toplanan maddeler incelendiğinde, ilgili faktöre “**Toplumsal Dayanışma**” adını verilmesinin uygun olunacağına karar verilmiştir. Ölçeğin Toplumsal Dayanışma boyutuna ait maddeleri aşağıdaki şekildedir;

27. Kişilerin birbirlerine dua etmesi manevi bağları artırarak toplumsal ilişkileri geliştirir.

28. Hasta ziyaretleri gibi uygulamalar toplumsal dayanışmayı artırır.

29. Kişilerin başkalarına dua etmesi toplumsal dayanışmayı artırır.

53. Dua toplum için önemli bir şifa kaynağıdır.

8. Boyut: Tefekkür

Meditasyon bağlamında gerçekleştirilen dua, müracaat edilen dua türleri içinde en az kullanılan dua türüdür (Argyl, 2006, s. 332). Geleneksel dini tecrübeye veya ibadette meditasyonun amacı, genellikle Tanrı ile iletişim kurarak huzurunda hazır bulunmaktır. Meditasyon her ne kadar değişik dini inançlar içinde farklı dini tecrübeler gibi algılansa da esas amacı dini tecrübelerin yaşanmasıdır. Dini bir içeriği olmayan meditasyonlar da bulunmaktadır. Bu tarz meditasyonlar da Deikman tarafından yapılan vazo meditasyon deneyinde yaşandığı gibi farklı tecrübeler oluşturabilmektedir. Meditasyon şeklinde dua eden kişi Tanrı'nın konuşmasını bekleyen bir dinleyici (Winslow, 2003, s. 171) gibi olmakta ve bu nedenle tefekkür duasının sessiz bir şekilde Tanrı'ya yoğunlaşmak olduğu ifade edilebilir. Araştırmacılar tefekkür duası ile meditasyonu farklı şekillerde kavramlaştırırken, bazı araştırmacılar ise her ikisi arasında bir fark olmadığını belirtmektedirler. Foster meditasyonel dua ile tefekkür duasının birbirinden farklı olduğunu, meditasyon duasının kutsal metinlerin manası üzerinde tefekkürde bulunmayı, tefekkür duasının ise Tanrı sessizliği konusunda farkındalık geliştirmek olduğunu belirtmektedir (Breslin ve Lewis, 2008, s. 10). Finney ve Malony (1985) ise; tefekkür duası yaparken bazı tekniklerin kullanıldığı bundan dolayı da bu dua biçiminin bir tür meditasyon şeklinde kabul edilmemesi gerektiğini savunmuştur. Sonuç itibarıyla meditasyonların amacı her insanda, değişik bilinç durumları oluşturarak bir rahatlama meydana getirmektedir (Argyl, 2006, s. 332). İlgili çalışmalarda ise dua ile meditasyon arasında hem benzerlikler hem de farklılıklar tartışılmakla beraber, her iki durumda da kişiye sağladığı fiziksel ve ruhsal yararlar arasında ortak birçok yön bulunduğu görülmüştür. Bazı hastaların ruhsal ve fiziksel durumları bu dua tarzından daha fazla yararlanmasına elverişli olabilir. Dua kişinin duygusal ve bilinç durumunu değişikliğe uğratmaktadır. Bazı dua formları ile meditasyona eşlik eden zihni durumlar arasında bazı benzerlikler bulunmaktadır. Düzenli olarak dua yapılması rahatlama duygusu ve zihni bir oluşum sağlamaktadır. Bu nedenle düzenli dua yapan kişiler meditasyonun sağlamış olduğu pozitif etkilerden faydalanmaktadırlar. Düzenli dua etmenin yarar sağlaması kısmen sorunları Tanrı'ya havale etmeyle ortaya çıkan gerilimin azalması, problemin ortadan kaldırılmasına odaklanışlıkla özdeşleştirilen psikolojik değişimlere neden olmaktadır (Levine, 2008, s. 90). Meditasyon duasının bir diğer ismi düşünsel duadır. Çoğunlukla hareket ve sesten uzak bir şekilde sadece zihin ve kalbin aktif olduğu meditasyon ve içe yönelme gibi isimlerle de anılabilmektedir.

Düşünsel dualar denilince ile akla gelen dua türü meditasyonel duadır. Meditasyon duasının farklı türden ifadeleri olmakla beraber, fonksiyonel açıdan ele alındığında bazı dinlerde tamamen bir dua olarak kabul görmektedir. Uygulama noktasında diğer dua türlerine göre arka planda kalsa da dua yapan kişi üzerinde en kuvvetli etki bırakan tür olarak görülmektedir (Argyl, 2006, s. 122). İslam aleminde Müslümanlar tarafından yapılan tefekkür, rabıta, tezekkür bir bazı uygulamaların meditasyonla benzerlik gösterdiği söylenebilirse de bunların işlev ve şekil bakımından Batıda uygulanan meditasyona göre çok farklı olduğu, Müslümanların meditasyon düşüncesine çok uzak olduğu açıktır (Horozcu, 2010, s. 63). Uzak Doğu'da yapılan meditasyonun temeli büyük oranda Hindistan'a dayanmaktadır. Kutsal Aum (Om) kelimesin tekrarı ile gerçekleştirilen meditasyon bir Hindu uygulamasıdır. Hinduizm'e göre meditasyon uygulaması, yoğun düşünsel bir ibadet ile zihnin temizlenmesi şeklinde görülmektedir. Meditasyon vasıtası ile birey ve külli bilinç bir araya gelmekte kutsalla beraber olunmaktadır. Temel Hint felsefesi olarak kabul edilen Yoga ve Vedanta'da hedef süjenin ortadan kalkması ile Nihai Gerçekliğin ve hakikatin fakına varılmasıdır (O'Sullivan, 2010, s. 58). Hinduizm, Budizm ve Taoizm gibi doğu dinlerinde daha fazla uygulama alanı bulan meditasyon, Hristiyanlar ve Yahudiler (Kabbala) içerisinde de değişik şekillerde uygulanmaktadır. Aslında meditasyonun en büyük vurgusu, Hinduizm ve Budizm'de tüm nesne ve olayın karşılıklı ve birlik içinde olduğunun şuurunda olmak ise de fonksiyonel olarak Batının dua uygulamasına eşit bir tecrübedir (Ann Moir, 2010, s. 178). Budist ve Taoist geleneklerde kişinin meditasyon sırasında fiillerinin ve düşüncelerinin tam olarak farkına varmak sureti ile içsel yaşantıya kendisi açması hedeflemektedir. Bu şekilde birey hem diğerleri ile hem de evrenle olan ilişkisinin farkına varacaktır (Ann Moir, 2010, s. 178). Şekli olarak incelendiğinde farklı meditasyon uygulamalarının olduğundan söz edilebilmektedir. Minder ya da benzer platformlarda bağdaş kurmak ve parmakların farklı şekillerde birbiri ile birleştirilmesi, eller, diz ya da bacaklar üzerine getirilerek yapılan en bilindik ve yaygın meditasyon pozisyonudur. Yanı sıra ayakta durarak, bir sandalye üzerinde oturularak, eğilerek veya yürüyerek çeşitli pozisyonlarda da dua yapılabilir. Ayrıca bir iş yaparken de düşünerek ve bazı sözlerin tekrar edilmesi ile de meditasyon yapılabilir (O'sullivan, 2010, s. 557). Manevi bir hayat tarzına başlayanların bilhassa özendirildiği meditasyon, Hristiyan geleneğinde çok uzun yıllardan beri geliştirilen bazı teknik ve

yöntemlerle uygulanmaktadır. Meditasyon aşaması (hazırlık, dua, sonuç) üç safhadan oluşmaktadır. Hazırlık aşamasında sessiz kalmak, manevi kitaplardan seçilmiş metinler okumak, Tanrı huzurunda olduğunu düşünüp hissederek Tanrı'dan yardım istemek şeklinde yapılmaktadır. Arkasından kişi uygun pozisyona geçerek kutsal kitabı uygun bir yere bırakarak sessizce duaya başlanılmaktadır. Aklından geçen basit cümlelerle istediği şekillerde cümleler kurmaktadır. Meditasyon yapan kişi, hayal gücünü, aklını ve manevi konulardaki anlayışını yükseltmeyi amaçlamaktadır. Hristiyan inancında meditasyonun büyük bölümü İsa Mesih'in mesajlarının düşünülmesine ayrılmaktadır. Aslında Tanrı'nın meditasyon sırasında hazır bulunuşu meditasyonda hedef isteklerden birisidir (King, 2002, ss. 105-112). Yapılan çalışmalar Yahudiler'inde uzak doğu kökenli meditasyon üzerinde çok araştırma yaptığını göstermektedir. Yahudi yazar Aryeh Kaplan ABD'de meditasyon ve yoga gibi uygulamaları öğreten bazı merkezlerdeki öğrencilerin %75'ini Yahudi'ler oluşturduğunu ifade etmiştir. Yahudiler kendi dinlerinde meditasyon uygulamasının yer aldığı ve Yahudiliğin zengin bir din olduğunun farkında değillerdir. Uygulama sıklığı bakımından ele alındığında uzak doğu kültürlerinde yaygın uygulama alanı bulan meditasyon, Batı halkları arasında da çok talep gören bir uygulamadır. 1984 yılında İngiltere merkezli tüm Avrupa'yı kapsayan bir çalışmada; bireylerin %81'i İrlanda, %50'si İngiltere olmak üzere, tüm Avrupa geneli %58 dua ve meditasyon uygulamaktadır (Brown, 1994, s. 4). Modern çağdaki stresli yaşam, manevi hiçbir amaç taşımadan performans ve konsantrasyon artırmaya, zihinsel ve duygusal sorunları çözmeye, pozitif duygular kazanmaya, zihinsel ve fiziksel olarak rahatlamaya yönelik bazı meditasyon tekniklerine müracaat edilmektedir. Bu doğrultuda meditasyonla sağlık arasındaki etkileşimleri konu alan çok sayıda bilimsel çalışma bulunmaktadır. Bu durum ise bireylerin meditasyona olan alakalarının daha da artmasına neden olmaktadır. Yapılan bu literatür taraması sonuçlarına göre; ölçeğin sekizinci faktör altında toplanan maddeler incelendiğinde, ilgili faktöre "**Tefekkür**" adını verilmesinin uygun olacağına karar verilmiş olup ölçeğin Tefekkür boyutuna ait maddeleri aşağıdaki şekildedir;

17. Kişilerin hastalığı nedeniyle çektiği sıkıntılardan dolayı günahının azalacağına inanırım.

20. Hastalığım süresince kendimi Allah'a daha yakın hissedirim.

Faktörlere ait güvenilirlik düzeyleri ise her faktör için yüksek düzeyde olduğu (Cronbach's Alpha>0,70) belirlenmiştir.

Şifa olarak dua ölçeğinin, ölçtüğü özellik açısından kişileri ayırt etmede ne kadar yeterli olduğunu belirlemek amacıyla madde toplam korelasyonları ile özgün ölçekte toplam puana göre belirlenmiş Alt-Üst %27'lik grup ortalamaları farkına dayalı madde analizi yapılmıştır (Büyüköztürk, 2010). Alt-Üst %27'lik gruplar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem t-testi yöntemine başvurulmuş olup analiz sonuçları Tablo 3.6'da verilmiştir.



Tablo 3.6. Şifa Olarak Dua Ölçeğine Ait %27 Alt-Üst Dilim Analizi Sonucu

Madde No:	t	sd	p	Madde No:	t	sd	p
Madde 1	-17,07	142	0,000**	Madde 28	-13,46	142	0,000**
Madde 2	-20,48	142	0,000**	Madde 29	-13,57	142	0,000**
Madde 3	-25,10	142	0,000**	Madde 30	-10,52	142	0,000**
Madde 4	-26,51	142	0,000**	Madde 31	-18,08	142	0,000**
Madde 5	10,15	142	0,000**	Madde 32	-19,66	142	0,000**
Madde 6	-23,44	142	0,000**	Madde 33	-4,99	142	0,000**
Madde 7	-22,97	142	0,000**	Madde 34	-6,19	142	0,000**
Madde 8	-25,00	142	0,000**	Madde 35	-11,93	142	0,000**
Madde 9	-15,49	142	0,000**	Madde 36	-7,41	142	0,000**
Madde 10	-14,57	142	0,000**	Madde 37	-18,15	142	0,000**
Madde 11	-23,46	142	0,000**	Madde 38	-7,57	142	0,000**
Madde 12	6,41	142	0,000**	Madde 39	-24,42	142	0,000**
Madde 13	-14,83	142	0,000**	Madde 40	-24,25	142	0,000**
Madde 14	-14,81	142	0,000**	Madde 41	-15,37	142	0,000**
Madde 15	-15,45	142	0,000**	Madde 42	-22,69	142	0,000**
Madde 16	-15,65	142	0,000**	Madde 43	-13,90	142	0,000**
Madde 17	-9,50	142	0,000**	Madde 44	-10,95	142	0,000**
Madde 18	-18,13	142	0,000**	Madde 45	6,27	142	0,000**
Madde 19	-25,74	142	0,000**	Madde 46	-10,12	142	0,000**
Madde 20	-9,17	142	0,000**	Madde 47	-10,56	142	0,000**
Madde 21	-13,79	142	0,000**	Madde 48	-10,62	142	0,000**
Madde 22	-22,59	142	0,000**	Madde 49	-13,47	142	0,000**
Madde 23	-21,93	142	0,000**	Madde 50	-12,79	142	0,000**
Madde 24	-22,10	142	0,000**	Madde 51	-10,40	142	0,000**
Madde 25	-16,29	142	0,000**	Madde 52	-11,89	142	0,000**
Madde 26	-17,43	142	0,000**	Madde 53	-14,14	142	0,000**
Madde 27	-14,36	142	0,000**				

Tablo 3.6 incelendiğinde Alt-Üst %27'lik gruplar arasında puan ortalamaları açısından farkların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür ($p<,01$). Bu bulgular, ölçek maddelerini ayırt etmede yeterli olduğunu göstermektedir.

3.1.2. Şifa Olarak Dua Ölçeğine Ait Doğrulatoryı Faktör Analizi Sonuçları

Pilot çalışma sonrasında ana çalışma için elde edilen veriler ile açıklanan faktör yapısının doğrulanıp doğrulanmadığına bakılmıştır.

Tablo 3.7’de şifa olarak dua ölçeğine ait faktör yapısını test etmek amacıyla yürütülen (Doğrulatoryı Faktör Analizi) DFA analizi sonucunda elde edilen madde istatistikleri bulguları yer almaktadır.

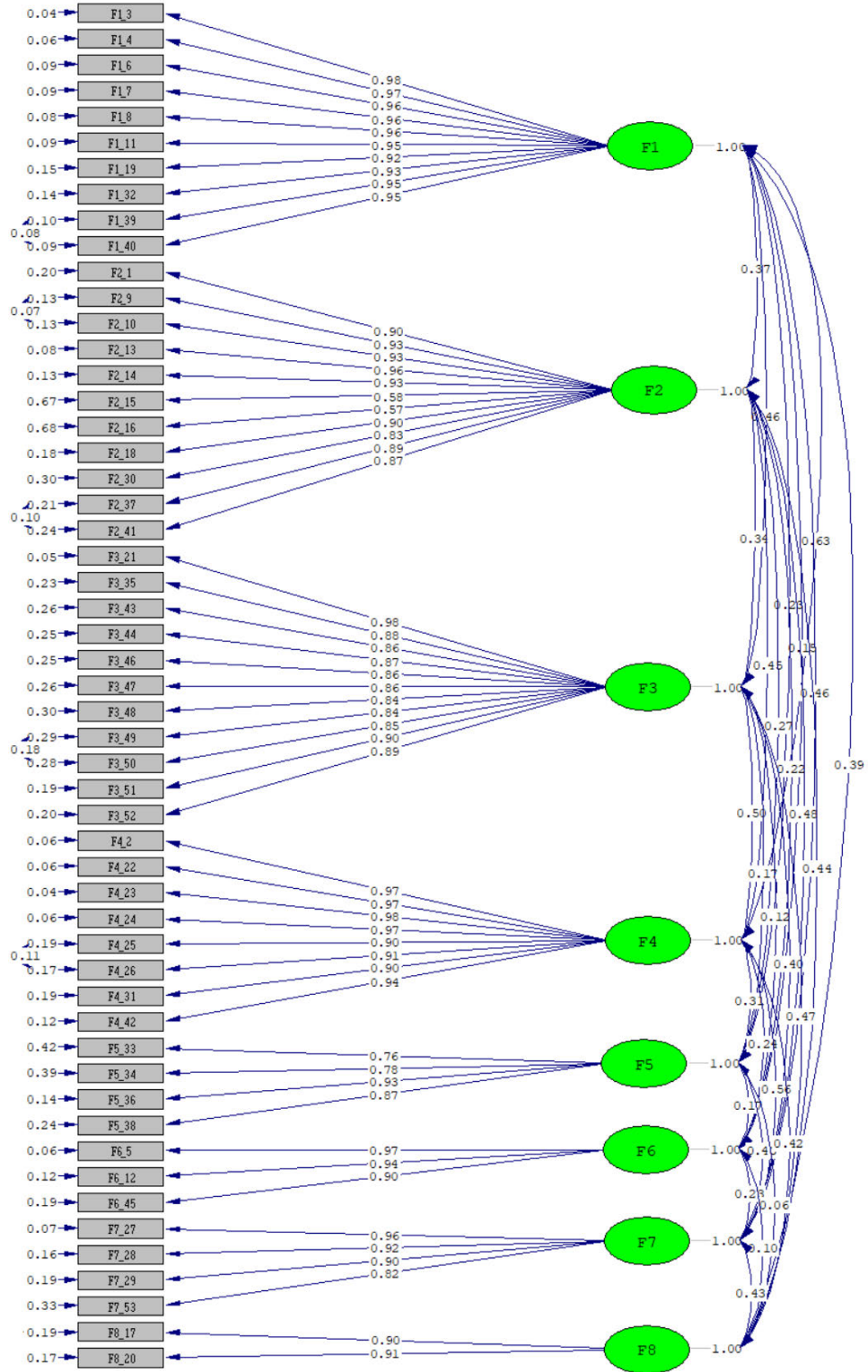
Tablo 3.7. Şifa Olarak Dua Ölçeğine Ait DFA Bulgularına İlişkin Madde İstatistikleri

Faktör	Madde No	Faktör Yük Değeri	R ²	Hata	t değeri
F1	3	0,98	0,96	0,04	30,83**
	4	0,97	0,94	0,06	30,32**
	6	0,96	0,92	0,08	29,51**
	7	0,96	0,92	0,08	29,43**
	8	0,96	0,92	0,08	29,59**
	11	0,95	0,90	0,10	29,33**
	19	0,92	0,85	0,15	27,72**
	32	0,93	0,86	0,14	28,01**
	39	0,95	0,90	0,10	29,14**
	40	0,95	0,90	0,10	29,43**
F2	1	0,90	0,81	0,19	26,17**
	9	0,93	0,86	0,14	28,03**
	10	0,93	0,86	0,14	28,06**
	13	0,96	0,92	0,08	29,44**
	14	0,93	0,86	0,14	27,89**
	15	0,58	0,34	0,66	14,28**
	16	0,57	0,32	0,68	14,01**
	18	0,90	0,81	0,19	26,58**
	30	0,83	0,69	0,31	23,38**
	37	0,89	0,79	0,21	25,96**
41	0,87	0,76	0,24	25,01**	
F3	21	0,98	0,96	0,04	30,65**
	35	0,88	0,77	0,23	25,29**
	43	0,86	0,74	0,26	24,45**
	44	0,87	0,76	0,24	24,94**
	46	0,86	0,74	0,26	24,70**
	47	0,86	0,74	0,26	24,45**
	48	0,84	0,71	0,29	23,51**
	49	0,84	0,71	0,29	23,70**
	50	0,85	0,72	0,28	23,89**
	51	0,90	0,81	0,19	26,33**
52	0,89	0,79	0,21	26,04**	
F4	2	0,97	0,94	0,06	30,16**
	22	0,97	0,94	0,06	30,38**
	23	0,98	0,96	0,04	30,86**
	24	0,97	0,94	0,06	30,36**
	25	0,90	0,81	0,19	26,60**

	26	0,91	0,83	0,17	27,14**
	31	0,90	0,81	0,19	26,45**
	42	0,94	0,88	0,12	28,41**
F5	33	0,76	0,58	0,42	20,08**
	34	0,78	0,61	0,39	20,65**
	36	0,93	0,86	0,14	27,07**
	38	0,87	0,76	0,24	24,42**
F6	5	0,97	0,94	0,06	29,99**
	12	0,94	0,88	0,12	28,31**
	45	0,90	0,81	0,19	26,40**
F7	27	0,96	0,92	0,08	29,56**
	28	0,92	0,85	0,15	27,09**
	29	0,90	0,81	0,19	26,16**
	53	0,82	0,67	0,33	22,49**
F8	17	0,90	0,81	0,19	29,62**
	20	0,91	0,83	0,17	25,40**

**p<0.01

Tablo 3.7 incelendiğinde, şifa olarak dua ölçeğinin (Açıklayıcı faktör analizi) AFA sonucunda elde edilen faktör yapısının farklı bir veri ile madde istatistikleri açısından DFA bulguları ile de doğrulandığı belirlenmiştir. Buna göre, maddelerin faktör yük değerleri 0,57– 0,98 arasında değişmektedir. Söz konusu değerler yüksek faktör yükü olarak değerlendirilebilir. Aşağıda DFA'ya ait Path diyagramı sunulmuştur. Path diyagramı incelendiğinde modele ait uyum indeksleri istenilen seviyenin üzerinde olmasından dolayı 39-40, 9-10, 37-41, 49,50, 25-26, maddeleri arasında modifikasyon yapılmıştır.



Şekil 3.2. Şifa Olarak Dua Ölçeği Path Diyagramı

F1= Geleneksellik, F2= Şefaht ve İstek Duası, F3=Manevi Destek, F4=Dini Pratik Olarak Dua, F5=Alternatif Tedavi, F6=Modern İnanç, F7=Toplumsal Dayanışma, F8=Tefekkür

Tablo 3.8. Uyum İndeksi Kriterlerine Ait Değerler

Uyum Kriterleri	Mükemmel Uyum	Kabul Edilebilir Uyum
χ^2/sd	≤ 3	≤ 5
RMSEA	$0 < RMSEA < 0.05$	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.10$
RMR	$0 \leq SRMR < 0.05$	$0.05 \leq SRMR \leq 0.10$
SRMR	$0 \leq SRMR < 0.05$	$0.05 \leq SRMR \leq 0.10$
NFI	$0.95 \leq NFI \leq 1$	$0.90 \leq NFI \leq 0.95$
NNFI	$0.95 \leq NNFI \leq 1$	$0.90 \leq NNFI \leq 0.95$
CFI	$0.95 \leq CFI \leq 1$	$0.90 \leq CFI \leq 0.95$
GFI	$0.95 \leq GFI \leq 1$	$0.90 \leq GFI \leq 0.95$
AGFI	$0.90 \leq AGFI \leq 1$	$0.85 \leq AGFI \leq 0.90$

Source: Schermelleh-Engel at all, 2003, Doğan and Özdamar, 2017

(RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation, NFI: Normed Fit Index, NNFI: NonNormed Fit Index, CFI: Comparative Fit Index, SRMR: Standardized Root Mean Square Residual, GFI: Goodness of Fit Index, AGFI: Adjusted Goodness of Fit Index)

DFA sonucu elde edilen uyum indeksi kriterleri kabul edilebilir uyum indeksi kriterlerini sağladığı belirlenmiştir.

Tablo 3.9. Şifa Olarak Dua Ölçeği Uyum İyiliği Değerleri

Modifikasyon	X ² /df	p	RMSEA	CFI	GFI	AGFI	NNFI	NFI	RMR	SRMR
Öncesi	6,681	0,000	0,105	0,960	0,620	0,570	0,940	0,950	0,079	0,069
Sonrası	4,206	0,000	0,079	0,970	0,930	0,900	0,970	0,970	0,075	0,066

Bir modelin bütün olarak kabul edilebilir olması için raporlanan uyum iyiliği indekslerinin kabul edilebilir veya mükemmel uyum sınırlar içinde olması gerekmektedir. DFA sonucu elde edilen uyum indeksi değerlerinin ilk aşamada kabul edilebilir uyum kriterlerinde çıkmamasından dolayı yapılan modifikasyon sonrası, hata terimlerin özgürleştirilmiş ve böylelikle uyum kriterleri standart değerler içerisinde çekilmiştir. En önemli uyum indeksi değeri olan X²/df değerinin modifikasyon öncesi 6,681 iken yapılan modifikasyon sonrası 4,206 değerine ulaşmış bu değer ise kabul edilebilir uyum aralığına düştüğü belirlenmiştir. RMSEA değerinin 0,079 ile kabul edilebilir uyum aralığına, düştüğü belirlenirken diğer uyum indekslerinden GFI, AGFI, RMR ve SRMR değerlerinin kabul edilebilir uyumda, CFI, NNFI, NFI değerlerin ise

mükemmel uyum kriterleri içerisinde olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar açıklanan faktör yapısının doğrulandığını göstermektedir.

3.2. VERİLERİN ANALİZİ VE BULGULARIN YORUMLANMASI

Araştırmanın bu bölümünde ölçme aracından elde edilen verilerin araştırma amacına uygun şekildeki hipotezlere ait bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 3.10. Araştırma Kapsamındaki Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişken	Gruplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	314	64,2
	Erkek	175	35,8
Medeni Durum	Evli	362	74,0
	Bekâr	127	26,0
Yaş	18-24 arası	59	12,1
	25-35 arası	80	16,4
	36-45 arası	145	29,7
	46-55 arası	150	30,7
	56-65 arası	55	11,2
Eğitim Durumu	İlköğretim	247	50,5
	Lise	107	21,9
	Önlisans	47	9,6
	Lisans	64	13,1
	Lisansüstü	24	4,9
	Toplam		489

Araştırma kapsamındaki katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; katılımcıların %64,2'sinin kadın, %35,8'inin erkek, %74,2'ünün evli, %26'sının bekar olduğu belirlenirken, katılımcıların büyük çoğunluğunun %30,7 ile 46,55 yaş aralığında, %50,5'in ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3.11. Araştırma Kapsamındaki Katılımcıların Dini İnanışlarını Tanımlama Biçimlerine Göre Dağılımı

Gruplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Müslümanım	464	94,9
Diğer (Allaha İnanmam, Hristiyan'ım, varlığa inanırım ama hiçbir dini kabul etmem)	25	5,1
Toplam	489	100,0

Araştırma kapsamındaki katılımcıların kendilerinin dini inanışlarını tanımlama şekilleri incelendiğinde, katılımcıların %94,9'unun kendini Müslüman olarak tanımlarken %5,1'inin diğer yanıtını verdikleri görülmektedir.

Tablo 3.12. Araştırma Kapsamındaki Katılımcıların Dua Etme Sıklıklarına Göre Dağılımları

Hangi sıklıkla dua edersiniz?	Sayı (n)	Yüzde (%)
Her zaman	142	29,0
Çoğunlukla	244	49,9
Fikrim yok	22	4,5
Ara Sıra	63	12,9
Hiçbir Zaman	18	3,7
Toplam	489	100,0

Araştırma kapsamındaki katılımcıların dua etme sıklıklarına göre dağılımları incelendiğinde, katılımcıların %29'unun her zaman dua ettikleri, %49,9'unun çoğunlukla dua ettikleri, %45'inin dua etme sıklığı hakkında bir fikri olmadığı, %12,9'unun ara sıra dua ederken %3,7'sinin hiç dua etmedikleri belirlenmiştir.

Tablo 3.13. Araştırma Kapsamındaki Katılımcıların Kronik Hastalıklarla İlgili Bilgilerine Ait Dağılımları

Kronik Hastalık	Gruplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kendisinin Kronik Hastalığı Olma Durumu	Var	161	32,9
	Yok	328	67,1
Yakınlarının Kronik Hastalığı Olma Durumu	Var	326	66,7
	Yok	163	33,3
Toplam	Toplam	489	100,00

Araştırma kapsamındaki katılımcıların %32,9'unun kendisinde bir kronik hastalığı olduğu belirlenirken %67,1'inin bir hastalığı olmadığı belirlenmiştir. Aynı zamanda katılımcıların %66,7'sinin yakınlarında kronik bir hastalık varken, %33,3'ünün yakınlarında herhangi bir kronik hastalık olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 3.14. Araştırma Kapsamındaki Katılımcıların Hastaneye Gitme Sıklıklarına Ait Dağılımları

Hastaneye Gitme Sıklığı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Nadiren giderim	311	63,6
Fikrim yok	25	5,1
Sık sık	153	31,3
Toplam	489	100,00

Araştırma kapsamındaki katılımcıların %63,6'sının hastaneye nadiren gittiği, %5,1'inin hastaneye gitme konusunda bir fikri olmadığı belirlenirken %31,3'ünün sık sık hastaneye gittiği belirlenmiştir.

Tablo 3.15. Araştırma Kapsamındaki Katılımcıların Genel Olarak Sağlık Durumlarını Tanımlama Şekline Ait Dağılımları

Genellikle Sağlık Durumunuzu Nasıl Tanımlarsınız?	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kötü	115	23,5
Fikrim yok	11	2,2
İyi	316	64,6
Çok iyi	47	9,6
Toplam	489	100,00

Araştırma kapsamındaki katılımcıların %23,5'inin genel olarak sağlık durumunun kötü, %2,2'sinin bu konuda fikri olmadığı belirlenirken, %64,6'sının genel olarak sağlık durumunun iyi, %9,6'sının sağlık durumunun genelde çok iyi olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 3.16. Araştırma Kapsamındaki Katılımcıların Hastalandıklarında Şifa Bulmak İçin Dua Etmelerinin Kişisel Olarak Nasıl Etkilediğine Dair Dağılımları

Hastalandığınızda şifa bulmak için dua etmek kişisel olarak sizi nasıl etkiledi.	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastalandığımda hiç dua etmedim.	28	5,7
Hiç etkilemedi.	48	9,8
Fiziksel açıdan rahatlamamı sağladı.	12	2,5
Manevi açıdan rahatlamamı sağladı.	134	27,4
Hem fiziksel hem manevi olarak rahatlamamı sağladı.	267	54,6
Toplam	489	100,00

Araştırma kapsamındaki katılımcıların büyük çoğunluğunun %54,6'sının hastalandıklarında şifa bulmak için dua ederek hem fiziksel hem de manevi olarak rahatladığı, %27,4'ünün sadece manevi açıdan rahatlattığı, %9,8'inin hiç etkilemediği, %5,7'sinin de hastalandıklarında dua etmedikleri belirlenirken %2,5'inde fiziksel açıdan rahatlattığını düşündükleri belirlenmiştir.

Tablo 3.17. Araştırma Kapsamındaki Katılımcıların Hastalandıklarında Şifa Bulmak İçin Dua Etmelerinin Sosyal Olarak Nasıl Etkilediğine Dair Dağılımları

Hastalandığınızda şifa bulmak için dua etmenin sosyal olarak sizi nasıl etkiledi.	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hiç Etkilemedi	110	22,5
Diğer kişilerle iletişimimi güçlendirdi	379	77,5
Toplam	489	100,0

Araştırma kapsamındaki katılımcıların büyük çoğunluğunun %74,2'sinin hastalandıklarında şifa bulmak için dua etmenin sosyal açıdan diğer kişilerle iletişimini güçlendirdiği belirlenirken katılımcıların %25,8'inde herhangi bir sosyal etki yaratmadığı belirlenmiştir.

Tablo 3.18. Araştırmada Elde Edilen Verilerin Dağılımına İlişkin Normal Dağılım Analizi Sonucu

Boyutlar	Kolmogorov-Smirnov						
	Statistic	Sd	p	\bar{x}	Medyan	Basıklık	Çarpıklık
Manevi Destek	0,081	489	0,00	3,21	3,18	-0,063	-0,438
Alternatif Tedavi	0,208	489	0,00	3,72	3,75	-0,662	0,100
Dini Pratik Olarak (Ritualistic) Dua	0,283	489	0,00	3,39	3,50	-0,865	-0,269
Geleneksellik	0,175	489	0,00	3,21	3,40	-0,318	-1,170
Şefaat ve İstek Duası	0,202	489	0,00	3,51	3,64	-1,308	1,289
Modern İnanç	0,268	489	0,00	3,33	3,33	-0,957	0,587
Tefekkür	0,448	489	0,00	3,07	3,00	0,667	1,100
Toplumsal Dayanışma	0,26	489	0,00	3,55	3,50	-1,038	1,393

Şifa olarak dua algılarına ait verilerin hangi dağılımdan geldiğini belirlemek için; örneklem sayısı 50'nin üzerinde olduğundan kolmogorov-smirnov analizi yapılmış olup, verilerin dağılımının normalliklerinin belirlenmesi için aritmetik ortalama, medyan, çarpıklık ve basıklık katsayıları incelenmiş olup, aritmetik ortalama ve medyanın eşit ya da yakın olması, çarpıklık ve basıklık katsayılarının ± 2 sınırları içinde bulunmasından verilerin dağılımının normallikten geldiği belirlenmiştir (Tabachnick ve Fidell, 2013). Araştırma kapsamında belirlenen hipotezlerin analizlerinde verilerin dağılımının normal olmasından dolayı parametrik analiz tekniklerinin kullanılmasına karar verilmiştir.

Tablo 3.19. Şifa Olarak Dua Ölçeğine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Boyutlar	\bar{x}	ss
Manevi Destek	3,21	0,62
Alternatif Tedavi	3,72	0,28
Dini Pratik Olarak (Ritualistic) Dua	3,39	0,51
Geleneksellik	3,21	0,76
Şefaat ve İstek Duası	3,51	0,63
Modern İnanç	3,33	0,41
Tefekkür	3,07	0,22
Toplumsal Dayanışma	3,55	0,36

Katılımcıların şifa olarak dua algıları incelendiğinde, katılımcıların manevi destek düzeylerinin orta seviyede olduğu ($\bar{x}=3,21$), alternatif tedavi düzeylerinin yüksek ($\bar{x}=3,72$), dini pratik olarak dua düzeylerinin orta ($\bar{x}=3,39$), geleneksellik düzeylerinin orta ($\bar{x}=3,21$), şefaat ve istek duası düzeylerinin yüksek ($\bar{x}=3,51$), modern inanç düzeylerinin orta ($\bar{x}=3,33$), tefekkür düzeylerinin orta ($\bar{x}=3,07$) ve toplumsal dayanışma düzeylerinin yüksek ($\bar{x}=3,55$) olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların şifa bulma konusunda duayı; “alternatif tedavi” boyutunda, “şefaath ve istek” boyutunda, “tefekür” boyutunda ve “toplumsal dayanışma” boyutunda yüksek bulmuşlardır. Katılımcılar şifa bulma noktasında duayı, alternatif tedavi olarak görmektedir. Özellikle bazı alanlarda tıbbın yetersiz kalması insanları alternatif tedavi arayışlarına yöneltmiş, postmodern dönemde yeni arayışlar içine itmiştir. Postmodern dönemde birey modern tıbbı reddetmemektedir, fakat modern tıpla beraber dua/meditasyon/geleneksel tedavi yollarını da denemektedir. Duayı şefaath ve istekte bulunma konusunda aracı olarak görenlerin de ortalamaları yüksek çıkmıştır. Literatürde istek duaları arasında sağlık, başarı, iklim, doğal çevre, rızık, başarı gibi konular yer almakta, bunları elde etmek için Tanrı'dan yardım talep edilmektedir. Yine istek dualarının arasında manevi olarak adlandırılan hidayete erme, günahlardan kurtulma, dindarlaşma gibi manevi istekler de bulunmaktadır. İnsanların büyük kısmı isteklerinin karşılığının bu dünyada gerçekleşmesini arzulamaktadırlar. Bu çalışmada da katılımcıların, hastalıklarına şifa bulma konusunda yaratıcıdan istekte buldukları görülmektedir. Katılımcıların şifa bulma konusunda tefekkür (meditative) duasına başvurma düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir. Geleneksel dini tecrübede veya ibadette meditasyonun amacı, genellikle Tanrı ile iletişim kurarak huzurunda hazır bulunmaktır. Meditasyonların amacı her insanda, değişik bilinç durumları oluşturarak bir rahatlama meydana getirmektedir (Argyl, 2006, s. 332). İlgili çalışmalarda ise dua ile meditasyon arasında hem benzerlikler hem de farklılıklar tartışılmakla beraber, her iki durumda da kişiye sağladığı fiziksel ve ruhsal yararlar arasında ortak birçok yön bulunduğu görülmüştür. Bazı hastaların ruhsal ve fiziksel durumları bu dua tarzından daha fazla yararlanmasına elverişli olabilir. Katılımcıların şifa bulma konusunda toplumsal dayanışma düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir. Araştırma kapsamındaki katılımcıların büyük çoğunluğunun %74,2'sinin hastalandıklarında şifa bulmak için dua etmenin sosyal açıdan diğer kişilerle iletişimini güçlendiklerini belirtmişlerdir. Toplumsal hayatın grift olan kaos ortamlarında kendilerini çok güçlü gören insanlar bile daha güçlü varlıklara sığınma ihtiyacı içinde olmuşlardır. Dinin aynı zamanda bir sosyal kontrol işlevi de bulunmaktadır. Ortak yapılan ayinler, dinsel törenler ve ibadetler de toplumsal dayanışmayı güçlendiren araçlardır.

3.2.1. Hastalık Durumunda Duayı Şifa Olarak Görme ile Cinsiyet Arasındaki İlişki

Bu araştırmanın birinci hipotezi şu şekildedir;

H1a: Erkeklerin duayı şifa olarak görme düzeyleri kadınlara göre daha yüksek düzeydedir.

H1b: Kadınların duayı şifa olarak görme düzeyleri erkeklere göre daha yüksek düzeydedir.

Bu hipoteze ilişkin olarak, duayı şifa olarak görme düzeylerinin ortalama puanlarının cinsiyet grupları arasındaki farkların anlamlı olup olmadığını saptamak için bağımsız örneklem t-testi yapılmıştır.

Tablo 3.20. Duayı Şifa Olarak Görme Düzeylerinin Cinsiyetlerine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları

Boyutlar	Cinsiyet	n	\bar{x}	ss	t	sd	p
Manevi Destek	Kadın	314	3,26	0,62	2,400	487	0,017*
	Erkek	175	3,12	0,61			
Alternatif Tedavi	Kadın	314	3,73	0,29	0,998	487	0,319
	Erkek	175	3,70	0,25			
Dini Pratik Olarak Dua	Kadın	314	3,49	0,48	5,889	487	0,000**
	Erkek	175	3,21	0,51			
Geleneksellik	Kadın	314	3,41	0,74	8,473	487	0,000**
	Erkek	175	2,84	0,65			
Şefa ve İstek Duası	Kadın	314	3,55	0,64	1,905	487	0,057
	Erkek	175	3,43	0,60			
Modern İnanç	Kadın	314	3,37	0,41	3,207	487	0,001**
	Erkek	175	3,25	0,39			
Tefekkür	Kadın	314	3,08	0,23	0,239	487	0,811
	Erkek	175	3,07	0,21			
Toplumsal Dayanışma	Kadın	314	3,56	0,36	1,276	487	0,203
	Erkek	175	3,52	0,35			

**p<0.01; *p<0.05

Duayı şifa olarak görme düzeylerinin katılımcıların cinsiyetlerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan bağımsız örneklem t-testi sonucunda; katılımcıların manevi destek boyutunun cinsiyetlerine göre farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($t=2,400$; $sd=487$; $p=0,017<0,05$) tespit edildiğinden **H1b** Hipotezi bu boyut özelinde kabul edilmiştir. Cinsiyeti kadın ($\bar{X}= 3,26$) olan

katılımcıların manevi destek düzeylerinin erkek ($\bar{X}= 3,12$) katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

“Dini pratik olarak dua” boyutunun katılımcıların cinsiyetlerine göre farkı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiğinden ($t=5,889$; $sd=487$; $p=0,000<0.01$) **H1b** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Cinsiyeti kadın ($\bar{X}= 3,49$) olan katılımcıların dini pratik olarak dua düzeylerinin erkek ($\bar{X}= 3,21$) katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

“Geleneksellik” boyutunun katılımcıların cinsiyetlerine göre farkı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiğinden ($t=8,473$; $sd=487$; $p=0,000<0.01$) **H1b** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Cinsiyeti kadın ($\bar{X}= 3,41$) olan katılımcıların geleneksellik düzeylerinin erkek ($\bar{X}= 2,84$) katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

“Modern İnanç” boyutunun katılımcıların cinsiyetlerine göre farkı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiğinden ($t=3,207$; $sd=487$; $p=0,001<0.01$) **H1b** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Cinsiyeti kadın ($\bar{X}= 3,37$) olan katılımcıların modern inanç düzeylerinin erkek ($\bar{X}= 3,25$) katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Elde edilen bulgulara göre *H1a*: “Erkeklerin duayı şifa olarak görme düzeyleri kadınlara göre daha yüksek düzeydedir” hipotezi şifa olarak dua ölçeğinin hiçbir boyutunda doğrulanmamıştır. Hipotez reddedilmiştir.

Elde edilen bulgulara göre *H1b*: “Kadınların duayı şifa olarak görme düzeyleri erkeklere göre daha yüksek düzeydedir” Hipotezi kısmen kabul edilmiştir. Kadınların duayı şifa olarak görme düzeyleri, şifa olarak dua ölçeğinin “manevi destek”, “dini pratik olarak dua”, “geleneksellik”, “modern inanç” boyutunda kabul edilmiştir. Kadınların duayı şifa olarak görme düzeyleri “alternatif tedavi”, “şefaath ve istek”, “tefekür”, “toplumsal dayanışma” boyutunda kabul edilmemiştir.

Daha evvel farklı popülasyonlar üzerinde gerçekleştirilen çalışmalarda dinin/duanın yararlarına dair kanıtların olduğu açıklanmasına rağmen, bu durum ve dinin söz konusu etkilerinin, tüm sosyal gruplarda eşit olduğu anlamı taşımaz. Dinin farklı popülasyonlarda (medeni durum, cinsiyet, ırk vb. sosyal sınıf ve yaş gurupları) sağlık göstergelerinin şekillendirilmesinde farklı şekillerde fonksiyonu vardır. İlgili alan yazın incelendiğinde, dindarlık ile cinsiyet arasındaki ilişkinin pek çok araştırmaya konu edildiği görülmüştür. Yankelovich Partners A.Ş. (1996) tarafından, ABD’de ulusal

bir anket çalışması yapılmış ve katılımcıların %64'ü hastaların talep etmesi halinde hekimlerin hastalarla beraber dua yapmaları gerektiği sonucu elde edilmiştir. Bunu isteyenlerin büyük bölümünün evli olduğu görülmüştür (%84). Rhee vd., (2004) tarafından araştırmada, Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi (TAT)'lerin yaygınlığını araştırmak için New York'da farklı nedenlerle dâhiliye kliniklerine başvuruda bulunan sosyo-ekonomik seviyesi kötü olan 371 hasta ile görüşülmüştür. Bitkisel ürünler, diyet ve dua gibi alternatif tedavileri kapsayan TAT'a katılımcıların %85,4'ünün müracaat ettiği tespit edilmiştir. Demografik faktörlere göre ise kadınların erkeklere göre duaya başvuru sıklığının daha çok olduğu tespit edilmiştir. Yaptığımız çalışma sonuçlarına göre kadınların, duayı şifa olarak görme düzeylerinin “manevi destek”, “dini pratik olarak dua”, “geleneksellik”, “modern inanç” boyutunda kabul edildiği görülmekte olup; kadınların erkeklere göre kısmen duadan şifa bekledikleri ancak bu farklılığın sadece cinsiyetten kaynaklı olup olmadığı tartışmalı bir konudur. Bertakis vd. (2009) tarafından gerçekleştirilen çalışmada sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda cinsiyet farklılıkları araştırılmış, diğer değişkenlerin yanında kadınların sağlık konusuna erkeklerden daha fazla önem verdikleri görülmüştür. Bu sonuçtan yola çıkarak kadınlar sağlık söz konusu olduğunda hem tıbbi hizmetleri kullanma hem de sağlığı için faydalı sayılabilecek diğer uygulamalara başvurma (dua) konusunda erkeklere göre daha duyarlıdır diyebiliriz.

Kadınların duayı şifa olarak görme düzeylerinin “manevi destek”, “dini pratik olarak dua”, “geleneksellik”, boyutunda yüksek çıkmasının sebebi şu şekilde izah edilebilir; kadınlar hastalandıkları zaman erkeklere göre çok daha hassas ve titiz davranmakta, hastalıklarını önemsemekte ve hasta olduklarını daha kolay kabul ederek hasta rolüne erkeklerden daha önce girebilmektedirler. Toplumsal değerlerin etkisi ile erkekler hasta olduklarında hastalıklarını kabul etme noktasında kadınlara göre daha düşük bir enerji göstermekte ve çok zor kabul etmektedirler (Köroğlu ve Köroğlu 2015, s. 809; Araz vd., 2007, s. 119). Hastalığını kabul eden kadın, bunun için çözüm yolları arayışında erkeklere göre daha fazla çaba göstermektedir. Bunun dindarlık eğilimi ile yakın ilişki içinde olduğu ifade edilebilir. Yapılan araştırma sonuçlarına göre Yapıcı (2012) tarafından gerçekleştirilen araştırmada, bu konuda çok kapsamlı veriler ortaya konulmuştur. Yapılan araştırma dindarlık ve cinsiyet farklılaşması şeklinde ele alınmıştır. Ulaşılan sonuçlara göre; kadınlar dindarlığın “inanç”, “ibadet”, “etki” ve

“duygu” boyutunda erkeklere göre daha dindar bir görünüm sergilemiştir. Aydınalp (2018) tarafından yapılan araştırmada kadınların inanç, ibadet ve genel dindarlık puan ortalamalarının erkek katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yaptığımız çalışma sonuçlarında kadınların duayı şifa olarak görme düzeylerinin yine onların dindarlık düzeyleri ile doğru orantılı olarak ortaya çıktığı ifade edilebilir. Bu konu diğer 3 boyuta göre (“manevi destek”, “dini pratik olarak dua”, “geleneksellik”) göre duanın şifa vermesi konusuna inanmadıkları şeklinde bir algı oluşturabilir. Ancak bu boyutta puan ortalamalarının yüksek çıkmasının nedeni, kadınların erkeklere nazaran daha fazla hasta oldukları göz önünde bulundurulduğunda; hastalandıklarında sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlandıkları, daha fazla sağlık kurumuna gittikleri ve modern tıbbın imkanlarından daha çok yararlandıkları söylenebilir. Kadınların sağlık davranışlarına erkeklere göre daha fazla riayet ettikleri, beslenme alışkanlıklarının daha sağlıklı olduğu, stresle baş etme vb. konularda sağlıklı alışkanlıklar benimsedikleri söylenebilir. Kadınların modern tıbbın imkanlarından ve seküler yaşamın kendilerine dikte ettiği günlük sağlıklı yaşam alışkanlıklarına daha fazla adapte olduğu ifade edilebilir. Bu kapsamda değerlendirildiğinde “modern inanç” boyutunda kadınların puan ortalamalarının erkeklere göre yüksek çıkması sekülerliğin etkisi olarak kabul edilebilir.

Kadınların duayı şifa olarak görme düzeyleri “alternatif tedavi”, “şefaate ve istek”, “tefekür”, “toplumsal dayanışma” boyutunda kabul edilmemiştir. Kadınların şifayı dua olarak görme düzeylerinin bu boyutlarda kabul edilmemesinin nedeni olarak; modern tıp tarihinde ortaya çıkan sekülerliğin etkileri gösterilebilir. Modern tıp tarihi boyunca geleneksel inançlardan kopuşlar, büyücü ve şifa veren uygulamaların unutulması, geçerliliğini yitiren dini ritüeller ve modern tıbbın sunduğu imkanların geleneksel tedavilere oranla daha fayda sağlayıcı olduğu düşüncesi olabilir. Ayrıca modern tedavi yollarının tükendiği durumlarda, geleneksel yollara başvurulabileceği veya tedavilerin sürecinin kısaltılması veya hızlandırılması için kullanılabileceğinin düşünülmesi de yine bu boyutlarda ortalama puanların düşük olmasının nedenleri olarak sıralanabilir.

3.2.2. Hastalık Durumunda Duayı Şifa Olarak Görme ile Medeni Durum Arasındaki İlişki

Bu araştırmanın, ikinci hipotezi;

H2a: Bekar olanların duayı şifa olarak görme düzeyleri evli olanlara göre daha yüksek düzeydedir.

H2b: Evli olanların duayı şifa olarak görme düzeyleri bekar olanlara göre daha yüksek düzeydedir.

Bu hipoteze ilişkin olarak, duayı şifa olarak görme düzeylerinin ortalama puanları ile medeni durum arasındaki farkların anlamlı olup olmadığını saptamak için bağımsız örneklem t-testi yapılmıştır.

Tablo 3.21. Duayı Şifa Olarak Görme Düzeylerinin Medeni Durumlarına Göre Farklılaşma Durumuna Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları

Boyutlar	Medeni Durum	n	\bar{x}	ss	t	sd	p
Manevi Destek	Evli	362	3,25	0,57	2,746	487	0,006**
	Bekâr	127	3,08	0,72			
Alternatif Tedavi	Evli	362	3,71	0,28	-1,304	487	0,193
	Bekâr	127	3,75	0,29			
Dini Pratik Olarak Dua	Evli	362	3,47	0,45	5,842	487	0,000**
	Bekâr	127	3,17	0,60			
Geleneksellik	Evli	362	3,31	0,74	5,181	487	0,000**
	Bekâr	127	2,91	0,74			
Şefaât ve İstek Duası	Evli	362	3,57	0,58	3,844	487	0,000**
	Bekâr	127	3,32	0,73			
Modern İnanç	Evli	362	3,36	0,41	2,602	487	0,110
	Bekâr	127	3,25	0,40			
Tefekkür	Evli	362	3,07	0,22	-1,172	487	0,242
	Bekâr	127	3,09	0,22			
Toplumsal Dayanışma	Evli	362	3,58	0,31	3,402	487	0,001**
	Bekâr	127	3,45	0,44			

**p<0.01; *p<0.05

Duayı şifa olarak görme düzeylerinin katılımcıların medeni durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan bağımsız örneklem t-testi sonucunda; katılımcıların “manevi destek” boyutunun medeni duruma göre farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($t=2,746$; $sd=487$; $p=0,006<0.01$) tespit edildiğinden **H2b** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Medeni durumu evli

($\bar{X}= 3,25$) olan katılımcıların manevi destek düzeylerinin bekâr ($\bar{X}= 3,08$) katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların “dini pratik olarak dua” boyutunun medeni duruma göre farkı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiğinden ($t=5,842$; $sd=487$; $p=0,000<0.01$) **H2b** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Medeni durumu evli ($\bar{X}= 3,47$) olan katılımcıların dini pratik olarak dua düzeylerinin bekâr ($\bar{X}= 3,17$) katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların “geleneksellik” boyutunun medeni duruma göre farkı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiğinden ($t=5,181$; $sd=489$; $p=0,000<0.01$) **H2b** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Medeni durumu evli ($\bar{X}= 3,31$) olan katılımcıların geleneksellik düzeylerinin bekâr ($\bar{X}= 2,91$) katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların “şefaath ve istek duası” boyutunun medeni duruma göre farkı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiğinden ($t=3,884$; $sd=489$; $p=0,000<0.01$) **H2b** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Medeni durumu evli ($\bar{X}= 3,57$) olan katılımcıların şefaath ve istek duası düzeylerinin bekâr ($\bar{X}= 3,32$) katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların “toplumsal dayanışma” boyutunun medeni duruma göre farkı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiğinden ($t=3,402$; $sd=487$; $p=0,000<0.01$) **H2b** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Medeni durumu evli ($\bar{X}= 3,58$) olan katılımcıların toplumsal dayanışma düzeylerinin bekâr ($\bar{X}= 3,45$) katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

H2a: “Bekar olanların duayı şifa olarak görme düzeyleri evli olanlara göre daha yüksek düzeydedir” hipotezi reddedilmiştir.

H2b: “Evli olanların duayı şifa olarak görme düzeyleri bekar olanlara göre daha yüksek düzeydedir” hipotezi “manevi destek”, “dini pratik olarak dua”, “geleneksellik”, “şefaath ve istek duası”, “toplumsal dayanışma” boyutlarında kabul edilmiştir.

Diğher taraftan dua olarak şifa ölçeğinde “alternatif tedavi”, “modern inanç”, “tefekkür” boyutunda medeni durumlarına göre anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Eisenberg vd., (1993) tarafından yapılan bir çalışma kapsamında Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) yaşayan 18 yaş üstü 1539 kişi ile görüşülmüştür.

Çalışmaya katılanlardan %34'ü son bir yıl içerisinde en az bir defa dua vb. içerikli tedavi yöntemlerine başvurduklarını ifade etmişlerdir. Araştırma sonucuna göre evli olan katılımcıların, bekar katılımcılara göre dua etme davranışlarının daha fazla olduğu görülmüştür. Yine aynı şekilde King ve Bushwick (1994) tarafından yapılan çalışmada Kuzey Carolina'daki "Pitt Country Memorial Hastanesi"nde yatarak tedavi alan 120 hasta ve Pensilvanya'daki "York Hastanesi"nde yatarak tedavi alan 83 hastanın dini tercih ve dini inançları araştırılmıştır. Hastalardan %73'ü çok sık ve günlük dua yaptıklarını, %48'i hekimleri ile beraber dua yapmak istediklerini ifade etmişlerdir. Bu sonuçlar içerisinde yine evli olan katılımcıların bekar olanlara göre daha fazla dua yaptıkları görülmüştür. Dini değerlere verilen önemin, dinin bireysel hayat biçimi üzerinde olan potansiyel etkisinin, sağlık davranışları ile etkileşim içinde olduğu bilinmektedir (Ellison, 1995, s. 79). Bazı araştırmalar, farklı dini grupların sağlığı ve sağlıkta ölçülü olmayı teşvik etmeye, riskli görülen uç davranışlara karşı çıkmaya yönelik telkinlerde bulunmaya eğilimli olduğu görülmektedir (Mechanic, 1990, s. 18). Pek çok dini grup ve dini yapı, aile ile alakalı, evlilik ve çocuk yetiştirmeyi de içine alan ahlaki rehber ve öğütlerden oluşan bir dizi telkinler sunmaktadır. Bunların yanı sıra sağlığın korunması, geliştirilmesi, sağlıkla ilgili bir takım dini uygulamalar içeren dini öğretiler de ailelere sunulmaktadır. Böylece aile hayatı ve evlilik alanı ile ilgili dini bağlılık, sağlıklı ve iyi olma, stres ve problem riskini azaltarak dinle sağlıklı yaşam alanlarını birleştirme yönünde çalışmalar yapmaktadır. Bu kapsamda evli olanların dini eğilimlerinin, bekarlara göre daha fazla olduğu söylenebilir. Bu varsayım üzerinden araştırmada çıkan bu sonuçlar değerlendirildiğinde, evli olan katılımcıların dini eğilimlerinin, bekarlara oranla daha yüksek olduğu, dini eğilimi yüksek olan kişilerin ise şifa olarak duaya başvurma düzeylerinin bekar olanlara oranla daha yüksek olduğu ifade edilebilir. Diğer taraftan dua olarak şifa ölçeğinde "alternatif tedavi", "modern inanç" ve "tefekür" boyutunda medeni durumlarına göre anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

3.2.3. Hastalık Durumunda Duayı Şifa Olarak Görme ile Yaş Durumu Arasındaki İlişki

Bu araştırmanın, üçüncü hipotezi;

H3a: “İleri yaşta olanlar, genç yaş grubunda olanlara oranla hastalıklar karşısında daha yüksek düzeyde duaya başvurma eğilimindedir”.

H3b: “Genç yaşta olanlar, ileri yaş grubunda olanlara oranla hastalıklar karşısında daha yüksek düzeyde duaya başvurma eğilimindedir”.

Bu hipotezlere ilişkin olarak, duayı şifa olarak görme düzeylerinin ortalama puanlarının yaş grupları arasındaki farkların anlamlı olup olmadığını saptamak için tek yönlü Anova testi yapılmıştır.

Tablo 3.22. Duayı Şifa Olarak Görme Düzeylerinin Yaş Gruplarına Göre Farklaşma Durumuna Ait Tek Yönlü Anova Testi Sonuçları

Boyutlar	Yaş	n	\bar{x}	ss	G.D	K.T	Sd	K.O	F	p	Scheffe
Manevi Destek	18-24	59	3,08	0,65	G.A	8,3	4	2,1	5,56	0,000**	1-5
	25-35	80	3,30	0,80	G.İ	179,5	484	0,4			
	36-45	145	3,11	0,61	T.	187,8	488				
	46-55	150	3,18	0,45							
	56-65	55	3,51	0,62							
Alternatif Tedavi	18-24	59	3,67	0,32	G.A	2,2	4	0,6	7,51	0,000**	1-5
	25-35	80	3,75	0,28	G.İ	35,8	484	0,1			3-5
	36-45	145	3,66	0,30	T.	38,0	488				
	46-55	150	3,73	0,24							
	56-65	55	3,88	0,21							
Dini Pratik Olarak (Ritualistic) Dua	18-24	59	3,09	0,55	G.A	12,9	4	3,2	13,83	0,000**	1-5
	25-35	80	3,30	0,61	G.İ	113,1	484	0,2			
	36-45	145	3,40	0,44	T.	126,0	488				
	46-55	150	3,42	0,47							
	56-65	55	3,74	0,30							
Geleneksellik	18-24	59	2,78	0,66	G.A	44,0	4	11,0	22,58	0,000**	1-5
	25-35	80	3,03	0,80	G.İ	235,9	484	0,5			
	36-45	145	3,19	0,66	T.	280,0	488				
	46-55	150	3,20	0,77							
	56-65	55	3,96	0,45							
Şefaata Ve İstek Duası	18-24	59	3,27	0,63	G.A	7,7	4	1,9	5,06	0,001**	1-5
	25-35	80	3,41	0,77	G.İ	185,4	484	0,4			
	36-45	145	3,54	0,60	T.	193,2	488				
	46-55	150	3,53	0,50							
	56-65	55	3,76	0,69							
Modern İnanç	18-24	59	3,21	0,41	G.A	5,5	4	1,4	8,79	0,121	
	25-35	80	3,20	0,44	G.İ	75,7	484	0,2			
	36-45	145	3,28	0,43	T.	81,2	488				
	46-55	150	3,43	0,33							
	56-65	55	3,50	0,39							
Tefekkür	18-24	59	3,08	0,25	G.A	0,3	4	0,1	1,78	0,132	
	25-35	80	3,13	0,25	G.İ	23,7	484	0,0			
	36-45	145	3,06	0,21	T.	24,0	488				

	46-55	150	3,06	0,19								
	56-65	55	3,07	0,26								
Toplumsal Dayanışma	18-24	59	3,29	0,38	G.A	7,4	4	1,9	16,65	0,000**	1-5	
	25-35	80	3,56	0,38	G.İ	54,1	484	0,1				
	36-45	145	3,49	0,36	T.	61,6	488					
	46-55	150	3,62	0,26								
	56-65	55	3,75	0,31								

**p<0.01; 1.Grup= 18-24; 2.Grup=25-35; 3.Grup=36-45; 4.Grup=46-55; 5.Grup=56-65

Duayı şifa olarak görme düzeylerinin katılımcıların yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü anova testi sonucunda; katılımcıların “manevi destek” düzeylerinin yaş gruplarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F_{(4,488)}= 5,56$; $p=0,000<0.01$) tespit edildiğinden **H3a** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Yaşı 56-65 ($\bar{X}= 3,51$) olan katılımcıların manevi destek düzeylerinin yaşı 18-24 ($\bar{X}= 3,08$) olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

“Alternatif tedavi” düzeylerinin katılımcıların yaş gruplarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F_{(4,488)}= 7,51$; $p=0,000<0.01$) tespit edildiğinden **H3a** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Yaşı 56-65 ($\bar{X}= 3,88$) olan katılımcıların alternatif tedavi düzeylerinin yaşı 18-24 ($\bar{X}= 3,67$) ve yaşı 36,45 ($\bar{X}= 3,66$) olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

“Dini pratik olarak dua” düzeylerinin katılımcıların yaş gruplarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F_{(4,488)}= 13,83$; $p=0,000<0.01$) tespit edildiğinden **H3a** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Yaşı 56-65 ($\bar{X}= 3,74$) olan katılımcıların dini pratik olarak dua düzeylerinin yaşı 18-24 ($\bar{X}= 3,09$) olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

“Geleneksellik” düzeylerinin katılımcıların yaş gruplarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F_{(4,488)}= 22,58$; $p=0,000<0.01$) tespit edildiğinden **H3a** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Yaşı 56-65 ($\bar{X}= 3,96$) olan katılımcıların geleneksellik düzeylerinin yaşı 18-24 ($\bar{X}= 2,78$) olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

“Şefa ve istek duası” düzeylerinin katılımcıların yaş gruplarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F_{(4,488)}= 5,06$; $p=0,001<0.01$) tespit edildiğinden **H3a** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Yaşı 56-65 ($\bar{X}= 3,76$) olan katılımcıların şefa ve istek duası düzeylerinin yaşı 18-24 ($\bar{X}= 3,27$) olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

“Toplumsal dayanışma” düzeylerinin katılımcıların yaş gruplarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F_{(4,488)}= 16,65$; $p=0,000<0.01$) tespit edildiğinden **H3a** Hipotezi bu boyut öznelinde kabul edilmiştir. Yaşı 56-65 ($\bar{X}= 3,75$) olan katılımcıların toplumsal dayanışma düzeylerinin yaşı 18-24 ($\bar{X}=3,29$) olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkların kaynağının belirlenmesi için post-hoc analizlerinden scheffe analizi kullanılmıştır.

H3a: “İleri yaşta olanlar, genç yaş grubunda olanlara oranla hastalıklar karşısında daha yüksek düzeyde duaya başvurma eğilimindedir” hipotezi, “manevi destek”, “alternatif tedavi”, “dini pratik olarak dua”, “geleneksellik”, “şefaath ve istek duası”, “toplumsal dayanışma” boyutlarında kabul edilmiştir. “Modern inanç” ve “Tefekkür” boyutunda ise reddedilmiştir.

H3b: “Genç yaşta olanlar, ileri yaş grubunda olanlara oranla hastalıklar karşısında daha yüksek düzeyde duaya başvurma eğilimindedir” hipotezi reddedilmiştir.

Koenig (1998) özellikle daha yaşlı olan kişilerin dini inancının, iyi olma halini yükselten hem gerçek araçları sunan umut durumunu, hem duygusal hissini nasıl sağlayabileceğini tartışmıştır. Hem din hem gelenekler ailelerin bir üyesi konumundaki yaşlı bireyleri dışarıda bırakmama durumunu ortaya koymaktadır. Fakat modern dönemde ortaya çıkan bireyselleşme ve geleneksel kurumların zayıflaması (aile) ile beraber yaşlılar kendilerini daha yalnız hissetmektedirler.

Yaşın ilerlemesi ile birlikte dini tutum puanlarının yükselmesi arasında doğru bir orantı bulunmaktadır. 55 yaş üstü kişilerin en yüksek dini ortalamaya sahip olmaları, bu yaş döneminin dini gelişim özelliklerini desteklemektedir. 60 yaş üstü olan kişilerin en yüksek dini tutum puanlarına sahip olmalarının sebebi, yaşlılık zamanlarında bireylerin, kendilerine bir kimlik ve aidiyet hissi kazandıracak, yalnızlıklarını unutturacak, ölüm kaygısına karşı kendilerini rahatlatacak dini faaliyet ve inançlara yönelmeleri gösterilebilir. Hökelekli (1993) tarafından yapılan çalışmada yaşın artması ile dini tutum puanlarının da yükseldiği (Bu sonuç araştırmamızın bulgularını desteklemektedir), fakat bu duruma 22-40 yaş arasındaki kişilerin uymadığı belirtilmiştir.

Laird Vd., (2004) tarafından gerçekleştirilen araştırmada, eklem enfeksiyonları ile mücadele etmede duanın etkisini araştırmışlardır. Romatizma ve menisküs hastalığına sahip 162 katılımcı ile gerçekleştirilen araştırma sonuçlarına göre haftalıkta dua yapanların hastalıkları ile ilgili endişe düzeyleri daha düşük ve hastalık konusunda

daha dirençli oldukları tespit edilmiştir. Duanın “fiziksel sağlıkla ilgili daha düşük kaygı” üzerinde etkili olduğu gözlemlenmiştir. Yaşlara göre yapılan karşılaştırmada 50-65 yaş arasında olan katılımcıların duaya daha fazla yöneldikleri tespit edilmiştir. Bu çalışma bulgusu bizim yaptığımız çalışma bulgusu ile örtüşmektedir. Bu sonuç araştırmamızın bulgularını desteklemektedir

Matthews vd., (2000) tarafından gerçekleştirilen araştırmada aracılı duanın (intercessory prayer) kronik romatizmalı hastalıklar üzerindeki etkisi incelenmiştir. Orta dereceli kronik romatizmalı yaş ortalaması 62 olan 40 hasta üzerinde yapılan çalışmada katılımcılar dua ve kontrol grubuna rastgele atanmış ve 6 ay boyunca izlenmişlerdir. Bir sonraki 6 ay boyunca da yüz yüze olmayan uzaktan duanın etkisi incelenmiştir. Her iki izlemde de bütün gruplar standart tedavilerini almışlardır. Araştırma bulgularına göre yüz yüze dua alan ve hiç dua almayan grup karşılaştırılmış ve pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Uzaktan dua yapılan ve yüz yüze dua alan hastalar karşılaştırıldığında iyileşme yönünde anlamlı farklar bulunamamıştır. Çalışma sonucuna göre kronik romatizmal hastalığı olan hastalara standart tıbbi tedaviye ek olarak yüz yüze gerçekleştirilen duaların yararlı olabileceği ifade edilmiştir. Yaşlara göre yapılan karşılaştırmada 60-72 yaş arasında olan katılımcıların duaya daha fazla yöneldikleri tespit edilmiştir. Bu çalışma bulgusu bizim yaptığımız çalışma bulgusu ile örtüşmektedir. Bu sonuç araştırmamızın bulgularını desteklemektedir

Ai vd. (1998) tarafından Michigan’da yaptıkları araştırmada koroner by-pass operasyonlarından sonra yaşanan 12 aylık post-operatif dönemde psiko-sosyal iyileşmede dindarlığın etkisini tespit etmeye çalışmışlardır. Araştırmada postoperatif psikolojik iyileşmenin multifaktöryel belirleyicilerini ve spiritüel başa çıkma biçimi olan özel dua'nın etkisini incelemek üzere 151 yaşlı hasta ile görüşülmüştür. Araştırma sonuçlarına göre katılımcıların %76'sı dinin kendileri için önemli olduğunu ifade etmişlerdir. Sonuçlar, hastaların çoğunun postoperatif sorunlarında dua ettiğini ve duanın, koroner by-pass operasyonları sonrası bir yıl depresyon ve genel sıkıntıyı önemli ölçüde düşürdüğünü göstermektedir. Bu sonuç araştırmamızın bulgularını desteklemektedir

Şahin (2006) çalışmasında, yaşın ilerlemesiyle dindarlık yönünde motivasyonun arttığını tespit etmiştir. Bu sonuç araştırmamızın bulgularını desteklemektedir.

Tıp alanı, hastalığın fiziksel modelinden daha fazla ve çok nedenli bir açıklama modeline doğru evrimleşmiştir. Bu nedenle hastalıkta şifa arayışı davranışlarında yalnızca bedensel belirtiler dikkate alınmaz, daha ziyade artık; bireyin, yaşı, bulunduğu sosyo-kültürel çevre, ekonomik durumu, çalışma ve ev yaşamı, tüm özel ve toplumsal ilişkileri dikkate alınır hale gelmiştir. Toplumsal bir varlık olan birey, tüm yaşamı süresince belirli yaş dönemlerini tamamlar ve toplum içerisinde yaşadığı bu dönemlere göre birey beklentileri arasında bir uyum bulunmaktadır. Örneğin çalışma yaşamına girme, evlilik, emeklilik, yaşlılık vb. Yaşamın her sürecinde kendine biçilen rol kapsamında yaşlılık sürecine girdiğinde, kendisi için bir sonraki aşamanın ölmek olduğuna inanmaya başlar. Ölüm gerçeğine inanmak birey için belki de korkutucu bir deneyim olarak düşünülür. Sonuç olarak yaşlı bireylerin diğer yaş grubunda yer alan bireylere göre inanç açısından daha belirgin davranış ve tutumlar sergilediği ifade edilebilir. Bu aşamada hastalıkla karşılaşan birey bu durumla baş etmede dini sağaltım yollarına başvurabilir. Ancak belirtmek gerekir ki elde edilen bulgulara bakıldığında yaşlı bireylerin dua olarak şifa ölçeğine verdiği puanların genç bireylere göre daha yüksek olduğu görülse de bu farkın çok ciddi boyutta olmadığı da belirtilebilir. Modern çağda insanlar bireyselleşmiş ve daha bilinçli hale gelmiştir. Bireylerin alternatif tedavi yöntemleri gibi terapilerle kendilerini keşfe koyulmaları; fiziksel, ruhani, psikolojik yönde şifa arayışları söz konusu iken, geleneğin aksine bireyler kendileri için çekici olan farklı alternatifleri keşfe açık duruma gelmeye başlamıştır. Bu seçenekler içerisinde modern Şamanizm, doğuya ait meditasyon teknikleri, spiritüel şifa, yoga, astral seyahat ve benzerleri birey bilincini artırmak veya onları iyileştirmek için kullanılmıştır (Lichterman, 1992, s. 7). Bu anlam ve şifa arayışları ve birey bilinçliliği, modern keskinliklerin artık çöktüğüne dair bir işaret olarak değerlendirilebilir. Modernitenin birey hayatında yetersiz kalmasının bir boyutu da Batı tıbbı oluşturmakta ve New Ağı hareketinin ruh-beden-zihin bağlantılı bir bütün olduğu holistik sağlık anlayışı, Batı tıbbından uzaklaşmayı veya tamamlayıcı holistik tıp anlayışının kullanılmasını gerekli kılar. New Thought'un şifa verme tekniğinin izlerini de burada görmek mümkündür. Yaralı bölgenin fiziksel olarak tedavi edilmesi değil, vücudun tümünü ve onunla bir bütünlük içerisinde olan zihin ve ruhun da iyileştirilmesi ile şifa bulmak amaçlanır.

Özellikle Batı’da ev sonra da Türkiye’de modernizm ve sekülerizm ile beraber kurumsal dini anlayışların rasyonalist ve pozitivist perspektifle eleştiri yağmuruna tutulması, modernleşme, sekülerleşme, sanayileşme ve şehirleşme gibi faktörlerle bir araya gelince kurumsal dinde gerileme söz konusu olmuş, bu ise iki farklı sorunu gündeme getirmiştir. Bu sorunlardan ilki toplumun ahlak ve zihniyeti üzerindeki biçimlendirici etkisi azalmış, ikincisi ise aşırı bireyselleşme ortaya çıkarak hem bireye özgüven sağlamış hem de onu kalabalıklar içinde daha yalnız hale getirmiştir. Bu aşamada sosyal ve manevi desteğini kaybetme riski ile yüz yüze gelen bireyler arasında özellikle, varoluşsal kaygılar ve bunlarla başa çıkma, hayatlarına bir anlam bulma arayışında olanların tekrardan dine yöneldikleri görülmektedir (Köse, 2002). Başka bir deyişle dini hayatta bireyselleşme eğilimleri hız kazanmıştır. Fakat bu süreçte din ve dindarlık tamamen ortadan kalkmamış, ancak bireyselleşme vasıtası ile form değiştirerek varlığını sürdürmüştür.

3.2.4. Hastalık Durumunda Duayı Şifa Olarak Görme ile Eğitim Durumu Arasındaki İlişki

Araştırmanın dördüncü hipotezi şu şekilde belirlenmiştir;

H4a: “Eğitim durumu yüksek olanların, hastalıklar karşısında duaya başvurma düzeyleri, eğitim düzeyi düşük olanlara göre daha yüksektir”.

H4b: “Eğitim durumu düşük olanların, hastalıklar karşısında duaya başvurma düzeyleri, eğitim düzeyi yüksek olanlara göre daha yüksektir”.

Bu hipotezlere ilişkin olarak, duayı şifa olarak görme düzeylerinin ortalama puanlarının eğitim durumu grupları arasındaki farkların anlamlı olup olmadığını saptamak için tek yönlü Anova testi yapılmıştır.

Tablo 3.23. Duayı Şifa Olarak Görme Düzeylerinin Eğitim Gruplarına Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü Anova Testi Sonuçları

Boyutlar	Eğitim Düzeyi	n	\bar{x}	ss	G.D	K.T	Sd	K.O	F	p	Scheffe
Manevi Destek	İlköğretim	247	3,29	0,57	G.A	4,5	4	1,12	2,95	0,020*	1-4
	Lise	107	3,14	0,57	G.İ	183,3	484	0,38			
	Önlisans	47	3,15	0,63	T.	187,8	488				
	Lisans	64	3,05	0,70							
	Lisansüstü	24	3,07	0,91							
Alternatif Tedavi	İlköğretim	247	3,71	0,29	G.A	0,1	4	0,03	0,38	0,821	
	Lise	107	3,72	0,27	G.İ	37,9	484	0,08			
	Önlisans	47	3,70	0,27	T.	38,0	488				
	Lisans	64	3,75	0,28							

	Lisansüstü	24	3,70	0,29							
Dini Pratik Olarak (Ritualistic) Dua	İlköğretim	247	3,53	0,42	G.A	12,7	4	3,18	13,59	0,000**	1-4
	Lise	107	3,37	0,48	G.İ	113,3	484	0,23			
	Önlisans	47	3,22	0,52	T.	126,0	488				
	Lisans	64	3,09	0,61							
	Lisansüstü	24	3,17	0,64							
Geleneksellik	İlköğretim	247	3,45	0,71	G.A	30,6	4	7,64	14,83	0,000**	1-4
	Lise	107	3,00	0,74	G.İ	249,4	484	0,52			
	Önlisans	47	3,07	0,70	T.	280,0	488				
	Lisans	64	2,83	0,66							
	Lisansüstü	24	2,93	0,89							
Şefaat Ve İstek Duası	İlköğretim	247	3,57	0,62	G.A	4,7	4	1,17	3,00	0,018*	1-4
	Lise	107	3,42	0,61	G.İ	188,5	484	0,39			
	Önlisans	47	3,41	0,64	T.	193,2	488				
	Lisans	64	3,37	0,67							
	Lisansüstü	24	3,72	0,56							
Modern İnanç	İlköğretim	247	3,40	0,37	G.A	6,2	4	1,54	9,96	0,200	
	Lise	107	3,38	0,38	G.İ	75,0	484	0,16			
	Önlisans	47	3,18	0,39	T.	81,2	488				
	Lisans	64	3,16	0,43							
	Lisansüstü	24	3,08	0,57							
Tefekkür	İlköğretim	247	3,08	0,22	G.A	0,2	4	0,05	0,97	0,426	
	Lise	107	3,06	0,18	G.İ	23,8	484	0,05			
	Önlisans	47	3,03	0,22	T.	24,0	488				
	Lisans	64	3,11	0,24							
	Lisansüstü	24	3,08	0,32							
Toplumsal Dayanışma	İlköğretim	247	3,61	0,29	G.A	2,5	4	0,62	5,07	0,001**	1-4
	Lise	107	3,54	0,38	G.İ	59,1	484	0,12			
	Önlisans	47	3,42	0,44	T.	61,6	488				
	Lisans	64	3,44	0,39							
	Lisansüstü	24	3,49	0,42							

**p<0.01; 1.Grup= ilköğretim; 2.Grup=lise; 3.Grup=önlisans; 4.Grup=lisans; 5.Grup=lisansüstü

Duayı şifa olarak görme düzeylerinin katılımcıların eğitim gruplarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü anova testi sonucunda; katılımcıların manevi destek düzeylerinin eğitim gruplarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F_{(4,488)} = 2,95$; $p=0,020 < 0,05$) tespit edildiğinden **H4b** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. İlköğretim ($\bar{X} = 3,29$) mezunu olan katılımcıların manevi destek düzeylerinin lisans ($\bar{X} = 3,07$) ve lisansüstü ($\bar{X} = 3,05$) mezunu olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

“Dini pratik olarak dua” düzeylerinin katılımcıların eğitim gruplarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F_{(4,488)} = 13,59$; $p=0,000 < 0,01$) tespit edildiğinden **H4b** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. İlköğretim ($\bar{X} = 3,53$) mezunu olan katılımcıların dini pratik olarak dua düzeylerinin lisans ($\bar{X} = 3,09$) mezunu olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

“Geleneksellik” düzeylerinin katılımcıların eğitim gruplarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F_{(4,488)}= 14,83$; $p=0,000<0.01$) tespit edildiğinden **H4b** Hipotezi bu boyut öznelinde kabul edilmiştir. İlköğretim ($\bar{X}= 3,45$) mezunu olan katılımcıların geleneksellik düzeylerinin lisans ($\bar{X}= 2,83$) mezunu olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

“Şefaath ve istek duası” düzeylerinin katılımcıların eğitim gruplarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F_{(4,488)}= 3,00$; $p=0,000<0.01$) tespit edildiğinden **H4b** Hipotezi bu boyut öznelinde kabul edilmiştir. İlköğretim ($\bar{X}= 3,45$) mezunu olan katılımcıların şefaath ve istek duası düzeylerinin lisans ($\bar{X}= 2,83$) mezunu olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

“Toplumsal dayanışma” düzeylerinin katılımcıların eğitim gruplarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F_{(4,488)}= 5,07$; $p=0,001<0.01$) tespit edildiğinden **H4b** Hipotezi bu boyut öznelinde kabul edilmiştir. İlköğretim ($\bar{X}= 3,61$) mezunu olan katılımcıların toplumsal dayanışma düzeylerinin lisans ($\bar{X}= 3,44$) ve önlisans ($\bar{X}= 3,42$) mezunu olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkların kaynağının belirlenmesi için post-hoc analizlerinden scheffe analizi kullanılmıştır.

H4a: “Eğitim durumu yüksek olanların, hastalıklar karşısında duaya başvurma düzeyleri, eğitim düzeyi düşük olanlara göre daha yüksektir” hipotezi reddedilmiştir.

H4b: “Eğitim durumu düşük olanların, hastalıklar karşısında duaya başvurma düzeyleri, eğitim düzeyi yüksek olanlara göre daha yüksektir” hipotezi “manevi destek”, “dini pratik olarak dua”, “geleneksellik”, “şefaath ve istek duası”, “toplumsal dayanışma” boyutlarında kabul edilmiştir. “Alternatif tedavi”, “modern inanç” ve “tefekür” boyutunda reddedilmiştir.

Evangelos vd. (2015) tarafından yapılan çalışmada hemodiyaliz tedavisi alan 3. Ve 4. Evre kronik böbrek yetmezliği bulunan 300 hasta üzerinde araştırma yapılmıştır. Bu çalışmada Kronik Böbrek Yetmezliği teşhisi konulmuş hastaların maneviyatlarını ve ruhsal ihtiyaçlarını araştırmak ve olası maneviyat, yaşam kalitesi, zihinsel sağlık ve hastalık algılamaları arasındaki ilişki araştırılmıştır. Her katılımcı, manevi refah, yaşam kalitesi, eğitim durumu, zihinsel sağlık durumu ve hastalık algısı ölçütleri ile değerlendirilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre hastaların ruhsal iyilik hali, zihinsel sağlık ve hastalık algıları ile pozitif yönde ilişki içerisindedir. Araştırma sonuçlarına

göre eğitim durumu düşük olan hastaların eğitim durumu yüksek olan kişilere göre daha çok maneviyata yöneldikleri (dua, meditasyon) sonucuna ulaşılmıştır. Elde edilen bu sonuç bizim çalışma bulguları ile örtüşmektedir.

Galton (1872) dua ile ilgili olarak literatüre geçen ilk araştırmalardan birini gerçekleştirmiş, duanın etkili olup olmadığına bakılmaksızın geçerli ve çok uygun bir bilimsel çalışma konusunu oluşturduğunu belirtmiştir. Çalışma sonuçlarından biri de eğitim durumu yüksek olan kişilerin eğitim durumu düşük olanlara göre duaya başvurma düzeylerinin düşük olduğudur. Elde edilen bu sonuç bizim yaptığımız çalışmanın bulgularını desteklemektedir.

Genel olarak eğitim ve duaya başvurma düzeyi açısından bulunan diğer sonuçlarla bu çalışmada bulunan sonuçlar arasında bir benzerlik görülmektedir. Burada bahsedilen çalışmalara göre eğitim seviyesi yükseldikçe hem genel dindarlık yönelimleri hem de dini pratiklerin yerine getirilme sıklığında önemli düşüşler gerçekleşmektedir. Çünkü akademik bilgi düzeyi arttıkça bireylerin düşünce yapılarında da irrasyonaliteden rasyonaliteye doğru bir evrimleşme geçirdiği belirtilebilir (Argyle ve Hallahmi, 1975). Bu özelliği sebebi ile eğitim ve özellikle de üniversite düzeyinde verilen eğitimler bireylerde yüksek oranda sekülerleştirme potansiyeli göstermektedir. Bu süreci besleyen çok daha farklı nedenler de söz konusudur. Seküler eğitim veren bölümlerde ara sıra, din ile bilimin karşı karşıya getirilmesi, eğitim süresi boyunca bireyin kazandığı akademik zihinsel yapı ile birlikte dinin eleştirel bir biçimde değerlendirilmesi, eğitim boyunca bireylerin göreceli olarak bireyselleşme çabası içerisine girmesi bu kapsamda değerlendirilebilir. Özellikle Türkiye’de sunulan eğitim sisteminin pozitivist yapısı ve bu yapının modernitenin modern öncesi geleneksel dönemin bir kalıntısı yaklaşımı ile bütünleştiği durumlarda bireydeki bilinç-inanç bağında zayıflatıcı bir görev aldığı ifade edilebilir (Yapıcı, 2006). Eğitim seviyesi artan bireylerde dine mesafe koyma, din değiştirme, ateistlik eğilim oranlarının fazla olması (Sherkat & Ellison, 2004), temelde, modernite ve sekülerizmin geleneği sorgulayan, hatta dışlayan tutumunun bir yansıması olarak değerlendirilebilir.

3.2.5. Hastalık Durumunda Duayı Şifa Olarak Görme ile Dini İnanışını Tanımlama Arasındaki İlişki

Araştırmanın beşinci hipotezi şu şekilde belirlenmiştir;

H5a: “Dini inanışını Müslüman olarak tanımlayanların duayı şifa olarak görme düzeyleri, dini inanışı Müslüman olmayanlara göre daha yüksektir”.

H5b: “Dini inanışını Müslüman olarak tanımlamayanların duayı şifa olarak görme düzeyleri, dini inanışı Müslüman olanlara göre daha yüksektir”.

Bu hipotezlere ilişkin olarak, duayı şifa olarak görme düzeylerinin ortalama puanlarının dini inanışını tanımlama şekilleri arasındaki farkların anlamlı olup olmadığını saptamak için bağımsız örneklem t-testi yapılmıştır.

Tablo 3.24. Duayı Şifa Olarak Görme Düzeylerinin Dini İnanış Biçimine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları

Boyutlar	Dini İnanış Biçimi	n	\bar{x}	ss	t	sd	p
Manevi Destek	Müslümanım	464	3,22	0,60	2,278	487	0,023*
	Diğer	25	2,93	0,84			
Alternatif Tedavi	Müslümanım	464	3,72	0,28	-0,583	487	0,560
	Diğer	25	3,75	0,25			
Dini Pratik Olarak Dua	Müslümanım	464	3,41	0,49	4,368	487	0,000**
	Diğer	25	2,97	0,67			
Geleneksellik	Müslümanım	464	3,24	0,74	3,75	487	0,000**
	Diğer	25	2,66	0,82			
Şefaath ve İstek Duası	Müslümanım	464	3,51	0,62	1,04	487	0,299
	Diğer	25	3,38	0,73			
Modern İnanç	Müslümanım	464	3,11	0,40	-2,829	487	0,205
	Diğer	25	3,34	0,45			
Tefekkür	Müslümanım	464	3,08	0,22	1,265	487	0,207
	Diğer	25	3,02	0,27			
Toplumsal Dayanışma	Müslümanım	464	3,55	0,36	0,954	487	0,341
	Diğer	25	3,48	0,35			

**p<0.01; *p<0.05

Duayı şifa olarak görme düzeylerinin katılımcıların dini inanış biçimlerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan bağımsız örneklem t-testi sonucunda; katılımcıların “manevi destek” boyutunun dini inanış biçimlerine göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($t=2,278$; $sd=489$; $p=0,023<0.05$) tespit edildiğinden **H5a** Hipotezi bu boyut özelinde kabul edilmiştir. Müslüman ($\bar{X}= 3,22$) olan katılımcıların manevi destek düzeylerinin dini inanış biçimleri diğer ($\bar{X}= 2,93$) olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların “dini pratik olarak dua” boyutunun dini inanış biçimlerine göre farkı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiğinden ($t=4,386$; $sd=489$; $p=0,000<0.01$) **H5a** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Müslüman ($\bar{X}= 3,41$) olan katılımcıların dini pratik olarak dua düzeylerinin dini inanış biçimleri diğer ($\bar{X}= 2,97$) olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların “geleneksellik” boyutunun dini inanış biçimlerine göre farkı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiğinden ($t=3,750$; $sd=489$; $p=0,000<0.01$) **H5a** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Müslüman ($\bar{X}3,24$) olan katılımcıların geleneksellik düzeylerinin dini inanış biçimleri diğer ($\bar{X}= 2,66$) olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

H5a: “Dini inanışını Müslüman olarak tanımlayanların duayı şifa olarak görme düzeyleri, dini inanışı Müslüman olmayanlara göre daha yüksektir” hipotezi “manevi destek”, “dini pratik olarak dua” ve “geleneksellik” boyutunda kabul edilmiştir. “Alternatif tedavi”, “şefaath ve istek duası”, modern inanç, “tefekür”, “toplumsal dayanışma” boyutlarında reddedilmiştir.

H5b: “Dini inanışını Müslüman olarak tanımlamayanların duayı şifa olarak görme düzeyleri, dini inanışı Müslüman olanlara göre daha yüksektir” hipotezi reddedilmiştir.

Walker vd., (1997) tarafından yapılan çalışmada Güney ve Orta Avrupa'da Katolik dini inanışlarına göre alkol bağımlılığı ve uyuşturucu madde kullanımının tedavisinde duanın etkisini tespit etmek amaçlanmıştır. Bu amaçla alkol bağımlılığı olan 40 kişi kontrol ve deney grubu olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Deney grubuna 6 ay boyunca gönüllü kişiler tarafından dua yaptırılmıştır. Araştırma sonucuna göre dini inanışını düşük olarak tanımlayanların yaptıkları duaların, alkol ve madde bağımlılığı tedavisinde klinik olarak bir iyileşme etkisi gerçekleştirmediği sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç bizim yaptığımız çalışmanın bulgularını desteklemektedir.

Collipp (1969) tarafından yapılan çalışmada dini inanışlarına göre Batı ve Kuzey Avrupa'da Protestanların diğer inanışlara göre duanın lösemi üzerindeki olumlu etkisinin tespiti amaçlanmıştır. Bu amaçla 18 lösemili çocuk üzerinde araştırma yürütmüş ve araştırma neticesine göre dini açıdan kendini dindar olan tanımlayan kişilerin duanın lösemi üzerinde istatistiksel açıdan yararlı olduğuna dair anlamlı bir sonuç elde edememiştir. Bu çalışma ilgili yazında ilk deneysel çalışmalardan birini temsil ettiği

için önem taşımaktadır. Bu çalışma sonucu araştırmamızda elde ettiğimiz bulguyu desteklememektedir.

Batı ve Kuzey Avrupa'da Protestan, Güney ve Orta Avrupa'da Katolik, Doğu Avrupa'ya oranla aile bağları daha güçlü, dini değerlere daha bağlı (muhafazakâr) dır. Müslümanların da aile bağları güçlü ve dini değerlerine önem veren bir yapısı olduğu düşünülürse, yukarıda verilen araştırmaların sonuçları bizim elde ettiğimiz bulgularla örtüşmektedir.

Dini ritüellerden duanın şifa olarak görülmesi, şifa ve bir anlam yelpazesi sunması oldukça fazladır. Çoğunlukla duaya başvurma nedenleri, para, cinsel iktidar, çocuk, sağlık gibi konularda olmaktadır. Genellikle dua'ya başvurulması menkul bir yetenek ile üfleyerek, istenilen ve beklenen bir dileğin gerçekleşebileceğine olan inançtır. Dini bir araç olarak değerlendirilen dua (başvuranları ve inananları tarafından) mucizevi bir olgu olarak değerlendirilir. Bu mucizenin kişinin kendisinden değil, Tanrı vasıtası ile gerçekleştirilmesi, kendisini Müslüman olarak tanımlayanları da etrafında toplamayı kolaylaştırır. Araştırmamız içerisine dahil edilen "Müslümanlık" kavramı ile neyin kastedildiğinin altını çizmekte yarar vardır. Türkiye sınırları içerisinde var olan tüm dilsel, etnik, bölgesel, kültürel vb. alt unsurları ayırt edici bir unsur olarak kabul etmeyen ve İslam'a dair bütün deneyimler kastedilmektedir. Deneyim olarak ise genel olarak "İslam'ı yaşamak" anlamı iç içedir. Bu deneyimlerin İslam ile bağlantısının olup olmaması tartışma dışında tutulmuştur. Kavram esasında kendisini Türkiye sınırları içerisinde Müslüman olarak tanımlayan bütün bireylerin İslam'ı günlük yaşamlarında deneyimlemelerini içermektedir. Kavrama açıklık getirilmesinin ardından; Yapılan bu çıkarımlar, gelenekselliğin dönüşerek devam ettiğinin bir göstergesi olarak değerlendirilebilir ancak modern tıbbın alternatif tedaviyi de kapsayan geniş bir yelpazede hizmetlerine devam etmesi, bu yönde oluşan taleplerin daha profan hale geldiğini göstermektedir.

Genel olarak tüm inanışlarda kutsal bir anlayışa rastlamak mümkündür. Bu halde Müslümanlık kapsamında değerlendirildiğinde dua'ya kutsal olarak bakılmaktadır. Diğer bir ifade ile Müslümanlar'da Allah'ın bizzat kendisi, kutsal olarak görüldüğü gibi, onunla ilişkisi olan "dua"ya da kutsallık atfedilmektedir. Dinselliğin ve dini pratiklerin hatırlandığı hastalık sürecinde dini gelenekler içinde "dua ile şifa" olgusunun tamamen sekülerleşmesi mümkün değildir. Seküler kültürün ortaya çıkması; nitelik ve soyut kural

temelinde dogmatik biçimde oluşturulan sekülerliğin, tarih ve doğadan meydana gelen somut anlamlar kapsamında, dünyevi bir kültüre dönüşmesi biçiminde olmuştur. Fakat oluşturulan bu seküler süreç, sistem içerisinde kendi sınırlarının da farkına varmasını gerekli kılmaktadır. Kutsal olanın dogmatik olana karşı çıkması ile ortaya çıkmış olan seküler anlayış, ütopyik ve geleneksel kutsal biçimlerini de yaratmıştır. Geleneksel ve ütopyik kutsalın keşfi ise, seküler yaşam içinde bu kutsallıkların gücünün yeniden ortaya çıkmasını kolaylaştırmıştır. 21. Yüzyılın ilk yıllarından itibaren etkili olmaya başlayan tekrardan kutsallaştırma ya da kutsal olana geri dönme çabası, sekülerliğin temel sayıltılarının reddedilmesinin bir neticesi oluşmuştur. Modern toplumların doğasında, dini yaşamın geleneksel şekilleri üzerinde aşındırıcı etkiler oluşturması, dini kurumların etki alanlarının sınırlandırılması, dini inançlarda popülerliğin azalması bulunmaktadır. Ancak Bell'in de altını çizdiği gibi kültürün varoluşsal problemlerin kaçınılmaz biçimde varlığını devam ettirdiği ve kutsal bir anlayışın görüşünü yeniden kazanmayı amaçlayan bazı yeni çabalar, kültürümüzün gideceği yöne işaret etmektedir (Bell, 1997, s. 448).

Dua olarak şifa ölçüğünde yalnızca Müslüman olanların Müslüman olmayanlara göre duaya başvurma düzeylerinin daha fazla olması yalnızca 3 boyutta (“manevi destek”, “dini pratik olarak dua” ve “geleneksellik”) kabul edilmiştir. Yukarıda açıklanan sekülerleşme kuramından yola çıkılarak; Müslümanların bir taraftan seküleşme sürecinden etkilendiklerini ama diğer taraftan tam olarak sekülerleşmediklerini ifade edilebilir. İbadet ve ritüel boyutunda hastalık karşısında şifa bulmak için duaya müracaat etme deneyimlerinde sekülerleşmenin etkileri görülebilir ancak bu ortak hafızada yerini alan dinin merkezi otoritesini kaybettiği anlamını ortaya çıkarmamalıdır. Bu bağlamda şifa arayışlarında seküler etkilerin izlerinin bulunduğu ifade edilebilir ancak bu etkilerin çok derinlik içerdiği ve her zaman olduğu iddia edilemez.

3.2.6. Hastalık Durumunda Duayı Şifa Olarak Görme ile Kronik Hastalık Arasındaki İlişki

Bu araştırmanın altıncı hipotezi şu şekilde belirlenmiştir;

H6a: “Kronik hastalığı olanların hastalıklar karşısında duaya başvurma durumları, kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek düzeydedir”.

H6b: “Kronik hastalığı olmayanların, hastalıklar karşısında duaya başvurma durumları, kronik hastalığı olanlara göre daha yüksek düzeydedir”.

Bu hipotezlerde ilişkin olarak, duayı şifa olarak görme düzeylerinin ortalama puanlarının kronik hastalığı olma durumları arasındaki farkların anlamlı olup olmadığını saptamak için bağımsız örneklem t-testi yapılmıştır.

Tablo 3.25. Duayı Şifa Olarak Görme Düzeylerinin Kronik Hastalığı Olma Durumuna Göre Farklılaşma Durumuna Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları

Boyutlar	Kronik Hastalığı Olma	n	\bar{x}	ss	t	sd	p																																																																																
Manevi Destek	Var	161	3,37	0,55	4,170	487	0,000**																																																																																
	Yok	328	3,12	0,64				Alternatif Tedavi	Var	161	3,79	0,25	3,793	487	0,000**	Yok	328	3,69	0,29	Dini Pratik Olarak Dua	Var	161	3,44	0,50	1,428	487	0,154	Yok	328	3,37	0,51	Geleneksellik	Var	161	3,39	0,78	3,761	487	0,000**	Yok	328	3,12	0,73	Şefaata ve İstek Duası	Var	161	3,56	0,65	1,328	487	0,185	Yok	328	3,48	0,62	Modern İnanç	Var	161	3,37	0,40	1,705	487	0,089	Yok	328	3,31	0,41	Tefekkür	Var	161	3,09	0,23	0,860	487	0,390	Yok	328	3,07	0,22	Toplumsal Dayanışma	Var	161	3,63	0,29	3,871	487	0,000**
Alternatif Tedavi	Var	161	3,79	0,25	3,793	487	0,000**																																																																																
	Yok	328	3,69	0,29				Dini Pratik Olarak Dua	Var	161	3,44	0,50	1,428	487	0,154	Yok	328	3,37	0,51	Geleneksellik	Var	161	3,39	0,78	3,761	487	0,000**	Yok	328	3,12	0,73	Şefaata ve İstek Duası	Var	161	3,56	0,65	1,328	487	0,185	Yok	328	3,48	0,62	Modern İnanç	Var	161	3,37	0,40	1,705	487	0,089	Yok	328	3,31	0,41	Tefekkür	Var	161	3,09	0,23	0,860	487	0,390	Yok	328	3,07	0,22	Toplumsal Dayanışma	Var	161	3,63	0,29	3,871	487	0,000**	Yok	328	3,50	0,38								
Dini Pratik Olarak Dua	Var	161	3,44	0,50	1,428	487	0,154																																																																																
	Yok	328	3,37	0,51				Geleneksellik	Var	161	3,39	0,78	3,761	487	0,000**	Yok	328	3,12	0,73	Şefaata ve İstek Duası	Var	161	3,56	0,65	1,328	487	0,185	Yok	328	3,48	0,62	Modern İnanç	Var	161	3,37	0,40	1,705	487	0,089	Yok	328	3,31	0,41	Tefekkür	Var	161	3,09	0,23	0,860	487	0,390	Yok	328	3,07	0,22	Toplumsal Dayanışma	Var	161	3,63	0,29	3,871	487	0,000**	Yok	328	3,50	0,38																				
Geleneksellik	Var	161	3,39	0,78	3,761	487	0,000**																																																																																
	Yok	328	3,12	0,73				Şefaata ve İstek Duası	Var	161	3,56	0,65	1,328	487	0,185	Yok	328	3,48	0,62	Modern İnanç	Var	161	3,37	0,40	1,705	487	0,089	Yok	328	3,31	0,41	Tefekkür	Var	161	3,09	0,23	0,860	487	0,390	Yok	328	3,07	0,22	Toplumsal Dayanışma	Var	161	3,63	0,29	3,871	487	0,000**	Yok	328	3,50	0,38																																
Şefaata ve İstek Duası	Var	161	3,56	0,65	1,328	487	0,185																																																																																
	Yok	328	3,48	0,62				Modern İnanç	Var	161	3,37	0,40	1,705	487	0,089	Yok	328	3,31	0,41	Tefekkür	Var	161	3,09	0,23	0,860	487	0,390	Yok	328	3,07	0,22	Toplumsal Dayanışma	Var	161	3,63	0,29	3,871	487	0,000**	Yok	328	3,50	0,38																																												
Modern İnanç	Var	161	3,37	0,40	1,705	487	0,089																																																																																
	Yok	328	3,31	0,41				Tefekkür	Var	161	3,09	0,23	0,860	487	0,390	Yok	328	3,07	0,22	Toplumsal Dayanışma	Var	161	3,63	0,29	3,871	487	0,000**	Yok	328	3,50	0,38																																																								
Tefekkür	Var	161	3,09	0,23	0,860	487	0,390																																																																																
	Yok	328	3,07	0,22				Toplumsal Dayanışma	Var	161	3,63	0,29	3,871	487	0,000**	Yok	328	3,50	0,38																																																																				
Toplumsal Dayanışma	Var	161	3,63	0,29	3,871	487	0,000**																																																																																
	Yok	328	3,50	0,38																																																																																			

**p<0.01; *p<0.05

Duayı şifa olarak görme düzeylerinin katılımcıların kronik hastalığı olma durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan bağımsız örneklem t-testi sonucunda; katılımcıların manevi destek boyutunun kronik hastalığı olma durumlarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($t=4,170$; $sd=489$; $p=0,000<0.01$) tespit edildiğinden **H6a** Hipotezi bu boyut özelinde kabul edilmiştir. Kronik hastalığı olan ($\bar{X}= 3,37$) olan katılımcıların manevi destek düzeylerinin kronik hastalığı olmayan ($\bar{X}= 3,12$) katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların alternatif tedavi boyutunun kronik hastalığı olma durumlarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($t=3,793$; $sd=489$; $p=0,000<0.01$) tespit edildiğinden **H6a** Hipotezi bu boyut özelinde kabul edilmiştir. Kronik hastalığı olan

($\bar{X}= 3,79$) olan katılımcıların alternatif tedavi düzeylerinin kronik hastalığı olmayan ($\bar{X}= 3,69$) katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların geleneksellik boyutunun kronik hastalığı olma durumlarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($t=3,761$ $sd=489$; $p=0,000<0.01$) tespit edildiğinden **H6a** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Kronik hastalığı olan ($\bar{X}= 3,44$) olan katılımcıların geleneksellik düzeylerinin kronik hastalığı olmayan ($\bar{X}= 3,37$) katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların toplumsal dayanışma boyutunun kronik hastalığı olma durumlarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($t=3,871$ $sd=489$; $p=0,000<0.01$) tespit edildiğinden **H6a** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Kronik hastalığı olan ($\bar{X}= 3,63$) olan katılımcıların toplumsal dayanışma düzeylerinin kronik hastalığı olmayan ($\bar{X}= 3,50$) katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

H6a: Kronik hastalığı olanların hastalıklar karşısında duaya başvurma durumları, kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek düzeydedir” hipotezi manevi destek”, “alternatif tedavi”, “geleneksellik” ve “toplumsal dayanışma” boyutlarında kabul edilmiştir. “Dini Pratik Olarak Dua”, “Şefaati ve İstek Duası”, “Modern İnanç”, “Tefekkür” boyutlarında ise kabul edilmemiştir.

H6b: Kronik hastalığı olmayanların, hastalıklar karşısında duaya başvurma durumları, kronik hastalığı olanlara göre daha yüksek düzeydedir hipotezi reddedilmiştir.

Ridge vd., (2008) tarafından İngiltere’de yaşayan AIDS’li hastaların hayatlarında din ve maneviyatin etkisini araştırmak için 44 hasta ile yapılan görüşme sonuçlarına göre direnç kazanma ve iyileşmeyi dua ve meditasyona borçlu oldukları sonucu tespit edilmiştir. Çalışmada kronik bir hastalığı olmayan kişilerin duaya başvurma oranlarının daha düşük olduğu belirtilmiştir.

Sodestrom ve Martinson (1987) tarafından California’da gerçekleştirilen çalışmada 25 kanser hastası ile görüşülmüş ve hastalıkla baş etmede sıklıkla başvurdukları manevi yöntemleri sorulmuştur. Araştırma bulgularına göre katılımcıların kanser hastalığı ile mücadele ederken sıklıkla başvurduğu yöntem dua olduğu ve başkalarının kendileri için dua etmeleri olduğu ortaya çıkmıştır. Aynı şekilde Sutton ve Murphy’in 1989 ve 1993 yıllarında yaptığı araştırmalarda da benzer sonuçlara

ulaşmıştır (Meraviglia, 2001, s. 58). Bu kişilere sorulan diğer bir soru ise herhangi bir kronik hastalıkları yokken dua etme durumları konusundaki davranışları olmuştur. Elde edilen bulgulara göre bu hastaların neredeyse tamamı kanser hastalığın yakalanmadan önce çok sık dua etmediklerini belirtmişlerdir.

Johnson ve Spilka (1991) tarafından yapılan çalışmada göğüs kanseri hastalığı bulunan 300 kadın hasta ile görüşülmüş ve bu hastaların “eve gelen papaz” ve “din görevlileri” ile yaşadıkları deneyimleri araştırılmıştır. Katılımcılardan %56’sı papazların kendilerini ilk kez hastanede ziyaret ettiklerini, %27’si kendi papazları tarafından ev ortamında ziyaret edildiklerini ifade etmişlerdir. Katılımcılar (%95-98 oranında) hastalıklarının tedavisi boyunca yaşadıkları memnuniyetlerini, papazlar veya din görevlileri tarafından yapılan ziyaretlere, kendilerine danışmanlık sağlanmasına ve İncil okumalarına bağlı olduğunu ifade etmişlerdir. Yine benzer şekilde kronik hastalığı olmayanlar araştırmaya dahil edilmemiş, çünkü kronik bir problemi olmadan duaya başvuru oranlarının araştırmalarda düşük çıktığı gerekçe gösterilmiştir.

Yukarıda verilen çalışma sonuçları bizim araştırmamızda elde ettiğimiz bulgularla benzerlik taşımaktadır. Araştırmamızda elde ettiğimiz sonuçlara göre kronik hastalığı olanların, kronik hastalığı olmayanlara göre dua etme düzeylerinin ve duadan şifa bekleme yönelimlerinin daha fazla olduğunu göstermektedir.

Doğu toplumlarında ve Batı’da geleneksel/alternatif tıbbıya yönelik oluşan eğilim, medikal tıbbı tekelinde bulunduran sağlık sisteminde rahatsız edici boyutlarda ortaya çıkan endüstrileşme çabalarından kaynaklanmaktadır. Bu rahatsız edici durumlardan birisi, modern tıp uygulamalarının beklenen faydalarından daha ziyade kliniksel anlamda ortaya çıkardığı zararlarıdır. Tedavi boyunca uygulanan bazı işlemlerin kalıcı bit takım skarlara (hasar) neden olması, tedavi için kullanılan ilaçların oldukça fazla olan kontrendikasyonları en önemli kanıtlar arasındadır. Modern tıp hasta bireyin kendisini iyileştirme ve çevresini şekillendirme gücüne engel koyarak bu gücü elinden alma çabasında (İllich, 2014, s. 16) olduğu için çoğu birey tarafından tepkiyle karşılanır hale gelmiştir. Bu kapsamda modern tıbbın, kronik hastalıkları tedavi etmedeki rolünde yaşanan başarısızlıklar, tıpta gün geçtikçe etki alanını genişleten aşırı uzmanlaşma, bedene yönelik müdahaleci tavırlar, modern sağlık hizmetleri sunumunda ortaya çıkan bazı problemler bireyleri kronik hastalıklar karşısında modern tıbbın yanında alternatif tıbbıya yönelten nedenler arasında sayılabilir. Aslında en önemlisi de modern tıbbın,

bireyi tedavi süreci dışında kalmasına neden olan tavrı, toplumun neredeyse tüm kesimlerini geleneksel alternatif tıp uygulamalarına iten etmenler arasında gösterilebilir. Bu nedenle bu tür problemlere karşı oluşan tepkisel davranışlar, bugünün şartlarında git gide artan oranda bireyin kronik hastalıkların tedavisinde modern tıba başvurmanın yanı sıra geleneksel tıp uygulamalarını da tercihleri arasına yerleştirmektedir.

3.2.7. Hastalık Durumunda Duayı Şifa Olarak Görme ile Yakınlarında Kronik Hastalığı Olma Durumu Arasındaki İlişki

Bu araştırmanın, yedinci hipotezi şu şekilde belirlenmiştir;

H7a: “Yakınlarında kronik hastalığı olanların hastalıklar karşısında duaya başvurma durumları, yakınlarında kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek düzeydedir”.

H7b: “Yakınlarında kronik hastalığı olmayanların, hastalıklar karşısında duaya başvurma durumları, yakınlarında kronik hastalığı olanlara göre daha yüksek düzeydedir”.

Bu hipoteze ilişkin olarak, duayı şifa olarak görme düzeylerinin ortalama puanlarının yakınlarında kronik hastalığı olma durumları arasındaki farkların anlamlı olup olmadığını saptamak için bağımsız örneklem t-testi yapılmıştır.

Tablo 3.26. Duayı Şifa Olarak Görme Düzeylerinin Yakınlarında Kronik Hastalığı Olma Durumuna Göre Farklılaşma Durumuna Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları

Boyutlar	Yakınlarında Kronik Hastalığı Olma		n	\bar{x}	ss	t	sd	p
	Var	Yok						
Manevi Destek	Var	326	3,26	0,58	2,784	487	0,006**	
	Yok	163	3,10	0,69				
Alternatif Tedavi	Var	326	3,73	0,28	1,232	487	0,218	
	Yok	163	3,70	0,28				
Dini Pratik Olarak Dua	Var	326	3,47	0,47	4,877	487	0,000**	
	Yok	163	3,23	0,55				
Geleneksellik	Var	326	3,34	0,73	5,683	487	0,000**	
	Yok	163	2,94	0,75				
Şefaata ve İstek Duası	Var	326	3,37	0,41	2,949	487	0,003**	
	Yok	163	3,25	0,38				
Modern İnanç	Var	326	3,54	0,62	1,913	487	0,056	
	Yok	163	3,43	0,65				
Tefekkür	Var	326	3,07	0,22	-0,576	487	0,565	
	Yok	163	3,08	0,22				

Toplumsal Dayanışma	Var	326	3,59	0,33	3,552	487	0,000**
	Yok	163	3,47	0,39			

**p<0.01; *p<0.05

Duayı şifa olarak görme düzeylerinin katılımcıların yakınlarında kronik hastalığı olma durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan bağımsız örneklem t-testi sonucunda; manevi destek boyutunun katılımcıların yakınlarında kronik hastalığı olma durumlarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($t=2,784$; $sd=487$; $p=0,006<0.01$) tespit edildiğinden **H7a** Hipotezi bu boyut öznelinde kabul edilmiştir. Yakınlarında kronik hastalığı olan ($\bar{X}= 3,26$) olan katılımcıların manevi destek düzeylerinin yakınlarında kronik hastalığı olmayan ($\bar{X}= 3,10$) katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Dini pratik olarak dua boyutunun katılımcıların yakınlarında kronik hastalığı olma durumlarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($t=4,877$; $sd=489$; $p=0,000<0.01$) tespit edildiğinden **H7a** Hipotezi bu boyut öznelinde kabul edilmiştir. Yakınlarında kronik hastalığı olan ($\bar{X}= 3,47$) olan katılımcıların dini pratik olarak dua düzeylerinin yakınlarında kronik hastalığı olmayan ($\bar{X}= 3,23$) katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Geleneksellik dua boyutunun katılımcıların yakınlarında kronik hastalığı olma durumlarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($t=5,683$; $sd=489$; $p=0,000<0.01$) tespit edildiğinden **H7a** Hipotezi bu boyut öznelinde kabul edilmiştir. Yakınlarında kronik hastalığı olan ($\bar{X}= 3,34$) olan katılımcıların geleneksellik düzeylerinin yakınlarında kronik hastalığı olmayan ($\bar{X}= 2,94$) katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Şefaat ve İstek boyutunun katılımcıların yakınlarında kronik hastalığı olma durumlarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($t=2,949$; $sd=487$; $p=0,003<0.01$) tespit edildiğinden **H7a** Hipotezi bu boyut öznelinde kabul edilmiştir. Yakınlarında kronik hastalığı olan ($\bar{X}= 3,37$) olan katılımcıların modern inanç düzeylerinin yakınlarında kronik hastalığı olmayan ($\bar{X}= 3,25$) katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Toplumsal dayanışma boyutunun katılımcıların yakınlarında kronik hastalığı olma durumlarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($t=3,552$; $sd=487$; $p=0,000<0.01$) tespit edildiğinden **H7a** Hipotezi bu boyut öznelinde kabul edilmiştir.

Yakınlarında kronik hastalığı olan ($\bar{X}= 3,59$) olan katılımcıların toplumsal dayanışma düzeylerinin yakınlarında kronik hastalığı olmayan ($\bar{X}= 3,47$) katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

H7a: “Yakınlarında kronik hastalığı olanların hastalıklar karşısında duaya başvurma durumları, yakınlarında kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek düzeydedir” hipotezi “Manevi Destek”, “Dini Pratik Olarak Dua”, “Geleneksellik”, “Şefaath ve İstek Duası”, “Toplumsal Dayanışma” boyutlarında kabul edilmiştir. “Alternatif Tedavi”, “Modern İnanç”, “tefekür” boyutunda ise reddedilmiştir.

H7b: “Yakınlarında kronik hastalığı olmayanların, hastalıklar karşısında duaya başvurma durumları, yakınlarında kronik hastalığı olanlara göre daha yüksek düzeydedir” hipotezi reddedilmiştir.

Mickley vd., (1992) tarafından gerçekleştirilen çalışmada ayaktan tedavi hizmeti sunan iki onkoloji kliniğinde göğüs kanseri tanısı konulmuş 175 hasta yakını ile görüşme yapmışlardır. Özünde dindar olarak sınıflandırılan hasta yakınlarının dışsal dindar olarak sınıflandırılan bireylere göre manevi refah düzeylerinde anlamlı olarak daha yüksek puanlar elde edilmiştir. Umut ve manevi refah arasında pozitif yönde ilişki olmasına rağmen, içsel dindar ve dışsal dindar bireyler arasında umut skorlarında fark bulunmamıştır. Umut skorlarının manevi refah ile iç güdümlü refah ile ilişkili olduğu ortaya konulmuştur. Bizim araştırmamızdan elde ettiğimiz bulgulara göre; insanların yakınlarında kronik bir hastalığı olması onların empati yapmalarına neden olmuş, bu durumda hastalıkla baş edebilmede manevi açıdan duayı bir umut olarak gördükleri şeklinde bir değerlendirme yapılabilir. Böylece manevi açıdan kendilerini daha rahat hissetmektedirler. Bireyler alternatif/geleneksel tıp uygulamalarında kendilerine değer verildiğini, kendilerini sonuna kadar dinlendiğini ve en önemlisi bir birey olarak kabul edildiklerini düşünmektedir. Alternatif/geleneksel uygulamaların bireyin psikolojik, duygusal hatta ruhani taraflarının önemini kavrayarak bunları tedavi sürecine dahil (Giddens, 2012, s. 300) etmektedir. Alternatif/geleneksel tıp uygulamalarının ilerlemesi ve bu yaygınlaşmasının sebeplerinin başında bireyin yok sayılarak hastalığın öncelenmesi/önemsenmesi gelmektedir.

3.2.8. Hastalık Durumunda Duaya Yönelme ile Sosyal Açıdan Etkilenme Durumları

Bu araştırmanın, sekizinci hipotezi şu şekilde belirlenmiştir;

H8a: “Hastalıklar karşısında duaya yönelme kişileri sosyal açıdan etkilemektedir”.

H8b: “Hastalıklar karşısında duaya yönelme kişileri sosyal açıdan etkilememektedir”.

Bu hipoteze ilişkin olarak, duayı şifa olarak görme düzeyleri ortalama puanlarının duanın kişiyi sosyal olarak etkileme durumları arasındaki farkların anlamlı olup olmadığını saptamak için bağımsız örneklem t-testi yapılmıştır.

Tablo 3.27. Duayı Şifa Olarak Görme Düzeylerinin Duanın Sosyal Olarak Etkileme Durumuna Göre Farklılaşma Durumuna Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları

Boyutlar	Duanın Sosyal Olarak Etkileme	n	\bar{x}	ss	t	sd	p
Manevi Destek	Hiç Etkilemedi	110	2,94	0,62	-5,147	487	0,000**
	Diğer kişilerle ilişkilerimi güçlendirdi	379	3,28	0,60			
Alternatif Tedavi	Hiç Etkilemedi	110	3,67	0,33	-1,951	487	0,052
	Diğer kişilerle ilişkilerimi güçlendirdi	379	3,73	0,26			
Dini Pratik Olarak Dua	Hiç Etkilemedi	110	2,94	0,55	-12,069	487	0,000**
	Diğer kişilerle ilişkilerimi güçlendirdi	379	3,52	0,41			
Geleneksellik	Hiç Etkilemedi	110	2,72	0,64	-8,073	487	0,000**
	Diğer kişilerle ilişkilerimi güçlendirdi	379	3,35	0,73			
Şefa ve İstek Duası	Hiç Etkilemedi	110	3,15	0,72	-7,036	487	0,000**
	Diğer kişilerle ilişkilerimi güçlendirdi	379	3,61	0,56			
Modern İnanç	Hiç Etkilemedi	110	3,19	0,38	-4,033	487	0,060
	Diğer kişilerle ilişkilerimi güçlendirdi	379	3,37	0,41			
Tefekkür	Hiç Etkilemedi	110	3,12	0,23	2,348	487	0,019*
	Diğer kişilerle ilişkilerimi güçlendirdi	379	3,06	0,22			
Toplumsal Dayanışma	Hiç Etkilemedi	110	3,28	0,42	-9,961	487	0,000**
	Diğer kişilerle ilişkilerimi güçlendirdi	379	3,62	0,29			

**p<0.01

Duayı şifa olarak görme düzeylerinin duanın katılımcıları sosyal olarak etkileme durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla

yapılan bağımsız örneklem t-testi sonucunda; katılımcıların manevi destek boyutunun duanın sosyal olarak etkileme durumuna göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($t=-5,147$; $sd=489$; $p=0,000<0.01$) tespit edildiğinden **H8a** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Duadan sosyal olarak hiç etkilenmeyen ($\bar{X}= 2,94$) katılımcıların manevi destek düzeylerinin duanın sosyal olarak diğer kişilerle ilişkilerini güçlendiren ($\bar{X}= 3,28$) katılımcılara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

“Dini pratik olarak dua” boyutunun duanın katılımcıları sosyal olarak etkileme durumuna göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($t=-12,069$; $sd=487$; $p=0,000<0.01$) tespit edildiğinden **H8a** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Duadan sosyal olarak hiç etkilenmeyen ($\bar{X}= 2,94$) katılımcıların dini pratik olarak dua düzeylerinin duanın sosyal olarak diğer kişilerle ilişkilerini güçlendiren ($\bar{X}= 3,52$) katılımcılara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

“Geleneksellik” boyutunun duanın katılımcıları sosyal olarak etkileme durumuna göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($t=-8,073$; $sd=487$; $p=0,000<0.01$) tespit edildiğinden **H8a** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Duadan sosyal olarak hiç etkilenmeyen ($\bar{X}= 2,72$) katılımcıların geleneksellik düzeylerinin duanın sosyal olarak diğer kişilerle ilişkilerini güçlendiren ($\bar{X}= 3,35$) katılımcılara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

“Şefaath ve istek duası” boyutunun duanın katılımcıları sosyal olarak etkileme durumuna göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($t=-7,036$; $sd=487$; $p=0,000<0.01$) tespit edildiğinden **H8a** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Duadan sosyal olarak hiç etkilenmeyen ($\bar{X}= 3,15$) katılımcıların şefaath ve istek duası düzeylerinin duanın sosyal olarak diğer kişilerle ilişkilerini güçlendiren ($\bar{X}= 3,61$) katılımcılara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

“Tefekkür” boyutunun duanın katılımcıları sosyal olarak etkileme durumuna göre farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($t=-2,348$; $sd=487$; $p=0,019<0.05$) tespit edildiğinden **H8a** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Duadan sosyal olarak hiç etkilenmeyen ($\bar{X}= 3,12$) katılımcıların tefekkür düzeylerinin duanın sosyal olarak diğer kişilerle ilişkilerini güçlendiren ($\bar{X}= 3,06$) katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

“Toplumsal dayanışma” boyutunun duanın katılımcıları sosyal olarak etkileme durumuna göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($t=-9,961$; $sd=487$;

$p=0,000<0.01$) tespit edildiğine-den **H8a** Hipotezi bu boyut öznelinde kabul edilmiştir. Duadan sosyal olarak hiç etkilenmeyen ($\bar{X}= 3,28$) katılımcıların toplumsal dayanışma düzeylerinin duanın sosyal olarak diğer kişilerle ilişkilerini güçlendiren ($\bar{X}= 3,62$) katılımcılara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Ulaşılan bu sonuçlara göre;

H8a: Hastalıklar karşısında duaya yönelme kişileri sosyal açıdan etkilemektedir” hipotezi, “manevi destek”, “dini pratik olarak dua”, “geleneksellik”, “şefaath ve istek duası”, “tefekür”, “toplumsal dayanışma” boyutlarında kabul edilmiştir. “Alternatif tedavi” ve “modern inanç” boyutunda reddedilmiştir.

H8b: Hastalıklar karşısında duaya yönelme kişileri sosyal açıdan etkilememektedir hipotezi reddedilmiştir.

Hastalıklar karşısında duaya yönelme konusunda; manevi destek boyutunda yer alan maddelerin neredeyse tamamının hastanede bir dini danışmanın yer alması gerektiği, hastane şartlarından memnuniyet duyulduğu ve hastanenin bir sosyalleşme ortamı şeklinde algılandığı olduğu görülmektedir. Dini pratik olarak dua boyutuna ait puanlarının yüksek çıkmasının da yine kişileri sosyal açıdan etkilediğinin bir göstergesi olarak kabul edilir. Çünkü bu boyutta yer alan maddelere bakıldığında; büyük bölümünün birlikte yapılan dualar ve bu duaların etkilerinden söz edildiği göze çarpmaktadır. Dolayısı ile katılımcılar bu birlikte dua yapmanın sosyal olarak kendilerini etkilediğini ve daha aktif bir sosyal role büründüklerini belirtmektedir. Bireyin derin teolojik tartışmalarda yer alması, din açısından bireyin öneminin göstergesidir. Bir manada her din kendine muhatap olarak tekil bir bireyi seçmektedir. Tekil bir varlık olan birey, inandığı yüce varlık karşısında kendini inşa ederek dinin emir ve yasaklarına uyarak kulluk yapmaktadır. Geleneksel davranış kalıplarından yola çıkıldığında bireyin kendi dinselliğini inşa etmesi, sosyalleşmesi ancak diğer insanlarla aynı dini ritüelleri aynı amaçlarla gerçekleştirmesi ile mümkün olabilecektir. Dini ritüeller ve hastalık sırasında yapılan dualar, başkalarından dua yapılmasının beklenmesi, hastanelerde dini/manevi danışmanlarla irtibat kurularak onlardan bir çare umulması, bir anlamda bireyin sosyalleşmesini sağlamakta ve böylece kişiler söz konusu dini ritüelleri (dua) dini birliktelik ekseninde kendi anlam dünyalarında temellendirmektedir.

3.2.9. Hastalık Durumunda Duaya Başvurma ile Dua Yapma Sıklığı Arasındaki İlişki

Çalışmanın dokuzuncu hipotezi şu şekilde belirlenmiştir;

H9a: “Sık dua yapan kişilerin duayı şifa olarak görme düzeyleri daha az dua yapan kişilere göre daha yüksektir”.

H9b: “Daha az dua yapan kişilerin duayı şifa olarak görme düzeyleri, daha sık dua yapan kişilere göre daha yüksektir”.

Bu hipoteze ilişkin olarak, duayı şifa olarak görme düzeylerinin ortalama puanlarının dua etme sıklıkları grupları arasındaki farkların anlamlı olup olmadığını saptamak için tek yönlü Anova testi yapılmıştır.

Tablo 3.28. Duayı Şifa Olarak Görme Düzeylerinin Dua Etme Sıklıklarına Göre Farklaşma Durumuna Ait Tek Yönlü Anova Testi Sonuçları

Boyutlar	Dua Etme Sıklığı	n	\bar{x}	ss	G.D	K.T	Sd	K.O	F	p	Scheffe
Manevi Destek	Her zaman	142	3,41	0,65	G.A	15,5	4	3,9	10,88	0,000**	1-4
	Çoğunlukla	244	3,20	0,53	G.İ	172,3	484	0,4			2-4
	Fikrim Yok	22	3,00	0,41	T.	187,8	488				
	Ara Sıra	63	2,84	0,66							
	Hiçbir Zaman	18	3,16	0,90							
Alternatif Tedavi	Her zaman	142	3,73	0,29	G.A	0,4	4	0,1	1,19	0,313	
	Çoğunlukla	244	3,73	0,27	G.İ	37,6	484	0,1			
	Fikrim Yok	22	3,65	0,26	T.	38,0	488				
	Ara Sıra	63	3,66	0,30							
	Hiçbir Zaman	18	3,74	0,28							
Dini Pratik Olarak (Ritualistic) Dua	Her zaman	142	3,55	0,36	G.A	20,4	4	5,1	23,43	0,000**	1-4
	Çoğunlukla	244	3,46	0,47	G.İ	105,5	484	0,2			2-4
	Fikrim Yok	22	3,15	0,53	T.	126,0	488				
	Ara Sıra	63	2,97	0,56							
	Hiçbir Zaman	18	2,97	0,63							
Geleneksellik	Her zaman	142	3,34	0,74	G.A	23,9	4	6,0	11,29	0,000**	1-4
	Çoğunlukla	244	3,31	0,73	G.İ	256,1	484	0,5			2-4
	Fikrim Yok	22	2,93	0,73	T.	280,0	488				
	Ara Sıra	63	2,75	0,70							
	Hiçbir Zaman	18	2,74	0,65							
Şefaata Ve İstek Duası	Her zaman	142	3,61	0,62	G.A	15,7	4	3,9	10,73	0,000**	1-4
	Çoğunlukla	244	3,57	0,57	G.İ	177,5	484	0,4			2-4
	Fikrim Yok	22	3,01	0,71	T.	193,2	488				
	Ara Sıra	63	3,16	0,65							
	Hiçbir Zaman	18	3,63	0,59							
Modern İnanç	Her zaman	142	3,34	0,41	G.A	3,3	4	0,8	5,11	0,212	
	Çoğunlukla	244	3,39	0,39	G.İ	77,9	484	0,2			
	Fikrim Yok	22	3,15	0,41	T.	81,2	488				
	Ara Sıra	63	3,22	0,37							
	Hiçbir Zaman	18	3,09	0,53							
Tefekkür	Her zaman	142	3,06	0,23	G.A	0,1	4	0,0	0,72	0,577	
	Çoğunlukla	244	3,08	0,21	G.İ	23,9	484	0,0			
	Fikrim Yok	22	3,05	0,15	T.	24,0	488				
	Ara Sıra	63	3,11	0,23							

	Hiçbir Zaman	18	3,06	0,34							
Toplumsal Dayanışma	Her zaman	142	3,65	0,34	G.A	5,8	4	1,5	12,63	0,000**	1-4
	Çoğunlukla	244	3,57	0,32	G.İ	55,8	484	0,1			2-4
	Fikrim Yok	22	3,38	0,37	T.	61,6	488				
	Ara Sıra	63	3,31	0,41							
	Hiçbir Zaman	18	3,49	0,28							

**p<0.01; 1.Grup= her zaman; 2.Grup=çoğunlukla; 3.Grup=fikrim yok; 4.Grup=ara sıra; 5.Grup=hiçbir zaman

Duayı şifa olarak görme düzeylerinin katılımcıların dua etme sıklıklarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü anova testi sonucunda; katılımcıların manevi destek düzeylerinin dua etme sıklıklarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F_{(4,488)}= 10,88$; $p=0,000<0.01$) tespit edildiğinden **H9a** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Ara sıra dua edenlerin ($\bar{X}= 2,84$) manevi destek düzeylerinin her zaman ($\bar{X}= 3,41$) ve çoğunlukla ($\bar{X}= 3,20$) dua eden katılımcılara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Dini pratik olarak dua düzeylerinin katılımcıların dua etme sıklıklarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F_{(4,488)}= 22,43$; $p=0,000<0.01$) tespit edildiğinden **H9a** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Ara sıra dua edenlerin ($\bar{X}= 2,07$) dini pratik olarak dua düzeylerinin her zaman ($\bar{X}= 3,55$) ve çoğunlukla ($\bar{X}= 3,46$) dua eden katılımcılara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Geleneksellik düzeylerinin katılımcıların dua etme sıklıklarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F_{(4,488)}= 11,29$; $p=0,000<0.01$) tespit edildiğinden **H9a** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Ara sıra dua edenlerin ($\bar{X}= 2,75$) geleneksellik düzeylerinin her zaman ($\bar{X}= 3,34$) ve çoğunlukla ($\bar{X}= 3,31$) dua eden katılımcılara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Şefa ve istek duası düzeylerinin katılımcıların dua etme sıklıklarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F_{(4,488)}= 10,73$; $p=0,000<0.01$) tespit edildiğinden Hipotez bu boyut özneline kabul edilmiştir. Ara sıra dua edenlerin ($\bar{X}= 3,16$) şefa ve istek duası düzeylerinin her zaman ($\bar{X}= 3,61$) ve çoğunlukla ($\bar{X}= 3,57$) dua eden katılımcılara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Toplumsal dayanışma düzeylerinin katılımcıların dua etme sıklıklarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F_{(4,488)}= 12,63$; $p=0,000<0.01$) tespit edildiğinden **H9a** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Ara sıra dua edenlerin ($\bar{X}= 3,31$) toplumsal dayanışma düzeylerinin her zaman ($\bar{X}= 3,65$) ve çoğunlukla ($\bar{X}= 3,57$) dua eden katılımcılara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki

farkların kaynağının belirlenmesi için post-hoc analizlerinden scheffe analizi kullanılmıştır.

H9a: “Sık dua yapan kişilerin duayı şifa olarak görme düzeyleri daha az dua yapan kişilere göre daha yüksektir” hipotezi “manevi destek”, “dini pratik olarak dua”, “geleneksellik”, “şefaath ve istek duası”, “toplumsal dayanışma” boyutlarında kabul edilmiştir. “Alternatif tedavi”, “modern inanç” ve “tefekkür” boyutunda reddedilmiştir.

H9b: “Daha az dua yapan kişilerin duayı şifa olarak görme düzeyleri daha sık dua yapan kişilere göre daha yüksektir” hipotezi reddedilmiştir.

Galton (1872) dua ile ilgili olarak literatüre geçen ilk araştırmalardan birini gerçekleştirmiş, duanın etkili olup olmadığına bakılmaksızın geçerli ve çok uygun bir bilimsel çalışma konusunu oluşturduğunu belirtmiştir. Galton bazı grupların diğer bazı gruplardan daha sık ve çok dua ettiklerini fark ederek, duanın gerçekten fayda sağlaması durumunda çok ve sık dua edenlerin daha az dua edenlere kıyasla daha uzun hayatta kalacaklarını düşünmüştür. Bu düşüncesini kanıtlamak için insanların dualarında çok sık yer bulan kral ailesinin diğer kişilere göre daha uzun hayatta kalabileceklerini varsaymıştır. Gerçekleştirdiği araştırma neticesine göre kral ailesinin diğerlerine göre daha düşük hayatta kalma süresine sahip olduklarını tespit etmiştir. Galton tarafından İngiltere’de gerçekleştirilen bu araştırmada karşılaştırılan gruplar arasında toplumun farklı kesimlerinden askeri yöneticiler, soylular ve avukatlar yer almaktadır. Galton yaptığı araştırmada duanın yaşam süresini uzattığına dair herhangi bir bulguya rastlamamıştır. Bu çalışma sosyolojik araştırmanın ötesinde kliniksel seviyede bir araştırmadır ancak; çalışmanın dua kapsamında gerçekleşmiş olması göstermektedir ki sık dua yapan kişilerin yaşam umutlarının diğerlerine göre (dua yapmayanlara ya da daha az dua yapanlara göre) daha yüksek olmasıdır.

Bizim yaptığımız bu araştırma sonuçlarına göre; her zaman ve çoğunlukla dua eden kişilerin “manevi destek”, “dini pratik olarak”, “geleneksellik”, “şefaath ve istek”, “modern inanç” ve “toplumsal dayanışma” düzeylerinin ara sıra dua edenlerin eden katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çaresiz zamanlarda birey, matematiksel bir netice beklemeden bazı yönelişlere başlar. Daha önce dua etme davranışını çok sık gerçekleştirmeyen bireyler bile, hastalıkla karşı karşıya kaldığında, duaya yönelebilmektedirler. Hastalıklar, bireyin fiziki ve ruhi durumunu etkiler ve bu nedenle hastanın dua etme anlayışı, sıklığı ve muhtevası değişiklik gösterir. Dua etme

davranışını daha sık yapan katılımcıların hastalıkla karşılaştıklarında da çok dua etmeyen kişilere göre daha fazla duaya başvurdukları görülmektedir. Bu sonuç yukarıda açıklanan araştırma sonuçlarını desteklemektedir. “Alternatif tedavi”, “modern inanç” ve “tefekkür” boyutunda" anlamlı bir farklılık ortaya çıkmamıştır.

3.2.10. Hastalık Durumunda Duaya Başvurma Durumu ile Hastaneye Gitme Sıklığı Arasındaki İlişki

Araştırmanın onuncu hipotezi şu şekilde belirlenmiştir;

H10a: “Hastaneye çok sık gidenlerin duayı şifa olarak görme düzeyleri, hastaneye daha az gidenlere göre daha yüksektir”.

H10b: “Hastaneye çok az gidenlerin duayı şifa olarak görme düzeyleri, hastaneye çok sık gidenlere göre daha yüksektir”.

Bu hipoteze ilişkin olarak, duayı şifa olarak görme düzeylerinin ortalama puanlarının hastaneye gitme sıklıkları grupları arasındaki farkların anlamlı olup olmadığını saptamak için tek yönlü Anova testi yapılmıştır.

Tablo 3.29. Duayı Şifa Olarak Görme Düzeylerinin Hastaneye Gitme Sıklıklarına Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü Anova Testi Sonuçları

Boyutlar	Hastaneye Gitme Sıklığı	n	\bar{x}	ss	G.D	K.T	Sd	K.O	F	p	Scheffe
Manevi Destek	Nadiren	311	3,16	0,65	G.A.	8,5	2	4,3	11,52	0,000**	1-3
	Fikrim Yok	25	2,82	0,35	G.İ.	179,3	486	0,4			2-3
	Sık sık	153	3,37	0,55	T.	187,8	488				
Alternatif Tedavi	Nadiren	311	3,68	0,29	G.A.	1,3	2	0,6	8,48	0,000**	1-3
	Fikrim Yok	25	3,73	0,26	G.İ.	36,7	486	0,1			
	Sık sık	153	3,79	0,24	T.	38,0	488				
Dini Pratik Olarak Dua	Nadiren	311	3,36	0,51	G.A.	2,4	2	1,2	4,69	0,010**	1-3
	Fikrim Yok	25	3,19	0,60	G.İ.	123,6	486	0,3			2-3
	Sık sık	153	3,48	0,47	T.	126,0	488				
Geleneksellik	Nadiren	311	3,10	0,74	G.A.	14,3	2	7,1	13,08	0,000**	1-3
	Fikrim Yok	25	2,96	0,70	G.İ.	265,7	486	0,5			2-3
	Sık sık	153	3,46	0,74	T.	280,0	488				
Şefaat Ve İstek Duası	Nadiren	311	3,49	0,62	G.A.	5,4	2	2,7	7,00	0,001**	1-3
	Fikrim Yok	25	3,12	0,68	G.İ.	187,8	486	0,4			2-3
	Sık sık	153	3,61	0,61	T.	193,2	488				
Modern İnanç	Nadiren	311	3,28	0,42	G.A.	2,3	2	1,1	7,08	0,001**	1-3
	Fikrim Yok	25	3,35	0,45	G.İ.	78,9	486	0,2			
	Sık sık	153	3,43	0,37	T.	81,2	488				
Tefekkür	Nadiren	311	3,08	0,23	G.A.	0,1	2	0,1	1,52	0,221	1-3
	Fikrim Yok	25	3,00	0,10	G.İ.	23,9	486	0,0			2-3
	Sık sık	153	3,08	0,22	T.	24,0	488				
Toplumsal Dayanışma	Nadiren	311	3,53	0,36	G.A.	3,4	2	1,7	14,37	0,000**	1-3
	Fikrim Yok	25	3,25	0,48	G.İ.	58,2	486	0,1			2-3
	Sık sık	153	3,63	0,27	T.	61,6	488				

**p<0.01; 1.Grup= Nadiren; 2.Grup=Fikrim yok; 3.Grup=sık sık

Duayı şifa olarak görme düzeylerinin katılımcıların hastaneye gitme sıklıklarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü Anova testi sonucunda; katılımcıların manevi destek düzeylerinin hastaneye gitme sıklıklarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F_{(2,488)}= 11,52$; $p=0,000<0.01$) tespit edildiğinden **H10a** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Sık sık ($\bar{X}= 3,37$) hastaneye gidenlerin manevi destek düzeylerinin hastaneye nadiren ($\bar{X}= 3,16$) gidenler ve gitme sıklığı hakkında fikri olmayanlara ($\bar{X}= 2,82$) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Alternatif tedavi düzeylerinin katılımcıların hastaneye gitme sıklıklarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F_{(2,488)}= 8,48$; $p=0,000<0.01$) tespit edildiğinden **H10a** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Sık sık ($\bar{X}= 3,79$) hastaneye gidenlerin alternatif tedavi düzeylerinin hastaneye nadiren ($\bar{X}= 3,68$) gidenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Dini pratik olarak dua düzeylerinin katılımcıların hastaneye gitme sıklıklarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F_{(2,488)}= 4,49$; $p=0,010<0.01$) tespit edildiğinden **H10a** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Sık sık ($\bar{X}= 3,48$) hastaneye gidenlerin dini pratik olarak dua düzeylerinin hastaneye nadiren ($\bar{X}= 3,36$) gidenler ve gitme sıklığı hakkında fikri olmayanlara ($\bar{X}= 3,19$) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Geleneksellik düzeylerinin katılımcıların hastaneye gitme sıklıklarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F_{(2,488)}= 13,08$; $p=0,000<0.01$) tespit edildiğinden **H10a** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Sık sık ($\bar{X}= 3,46$) hastaneye gidenlerin geleneksellik düzeylerinin hastaneye nadiren ($\bar{X}= 3,10$) gidenler ve gitme sıklığı hakkında fikri olmayanlara ($\bar{X}= 2,96$) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Şefaath ve istek duası düzeylerinin katılımcıların hastaneye gitme sıklıklarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F_{(2,488)}= 7,00$; $p=0,000<0.01$) tespit edildiğinden **H10a** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Sık sık ($\bar{X}= 3,61$) hastaneye gidenlerin şefaath ve istek duası düzeylerinin hastaneye nadiren ($\bar{X}= 3,49$) gidenler ve gitme sıklığı hakkında fikri olmayanlara ($\bar{X}= 3,12$) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Modern inanç düzeylerinin katılımcıların hastaneye gitme sıklıklarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F_{(2,488)}= 7,08$; $p=0,000<0.01$) tespit edildiğinden

H10a Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Sık sık ($\bar{X}= 3,43$) hastaneye gidenlerin modern inanç düzeylerinin hastaneye nadiren ($\bar{X}= 3,28$) gidenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Toplumsal dayanışma düzeylerinin katılımcıların hastaneye gitme sıklıklarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F_{(2,488)}= 14,37$; $p=0,000<0.01$) tespit edildiğinden **H10a** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Sık sık ($\bar{X}= 3,63$) hastaneye gidenlerin toplumsal dayanışma düzeylerinin hastaneye nadiren ($\bar{X}= 3,53$) gidenler ve gitme sıklığı hakkında fikri olmayanlara ($\bar{X}= 3,25$) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkların kaynağının belirlenmesi için post-hoc analizlerinden scheffe analizi kullanılmıştır.

H10a: “Hastaneye çok sık gidenlerin duayı şifa olarak görme düzeyleri, hastaneye daha az gidenlere göre daha yüksektir” hipotezi “manevi destek”, “alternatif tedavi”, “dini pratik olarak dua”, “geleneksellik”, “şefaath ve istek duası”, “modern inanç”, “toplumsal dayanışma” boyutlarında kabul edilmiştir. Tefekkür boyutunda kabul edilmemiştir.

H10b: “Hastaneye çok az gidenlerin duayı şifa olarak görme düzeyleri, hastaneye çok sık gidenlere göre daha yüksektir” reddedilmiştir.

Hastaneye gitme sıklığı arttıkça duaya yönelimin arttığı görülmektedir. Katılımcılar modern anlamda yaşanan tıbbi bilimsel ilerlemelerin, spesifik bir bilgi biriktirme şeklinin ve tıbbi bilim adamları kuşağı şeklinde nitelendirilebilecek bir çağın gereklerini hastaneye gitme sıklıkları ile yerine getiriyor görünmektedir. Bu sonuç modern bilimin karakteristik özelliklerini taşıdıklarını göstermektedir. Öte yandan hastaneye gitme sıklığı arttıkça dua etme davranışlarının da arttığı görülmektedir. Bu davranış, modern davranışla ters gibi görünse de sekülerleşmenin etkisinin izlerini yansıtmaktadır. Modern birey hastaneye giderek, modern tıbbın tüm olanaklarından faydalanmak istemekte, ayrıca modern tıbbın yanında sekülerleşme sonucu modern tıba eklemlenen bir geleneksel tedavi davranışı olarak kabul edilen dua etme davranışına da yönelebilmektedir.

3.2.11. Hastalık Durumunda Duaya Başvurma Durumu ile Sağlık Durumlarını Tanımlama Şekilleri Arasındaki İlişki

Araştırmanın on birinci hipotezi şu şekilde belirlenmiştir;

H11a: “Sağlık durumlarını çok iyi olarak tanımlayanların, sağlık durumlarını kötü olarak tanımlayanlara göre duayı şifa olarak görme düzeyleri daha düşüktür”.

H11b: “Sağlık durumlarını çok kötü olarak tanımlayanların, sağlık durumlarını çok iyi olarak tanımlayanlara göre duayı şifa olarak görme düzeyleri daha düşüktür”.

Bu hipoteze ilişkin olarak, duayı şifa olarak görme düzeylerinin ortalama puanlarının genel olarak sağlık durumları arasındaki farkların anlamlı olup olmadığını saptamak için tek yönlü Anova testi yapılmıştır.

Tablo 3.30. Duayı Şifa Olarak Görme Düzeylerinin Genel Olarak Sağlık Durumlarını Tanımlama Şekillerine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü Anova Testi Sonuçları

Boyutlar	Sağlık Durumu Tanımlama	n	\bar{x}	ss	G.D	K.T	Sd	K.O	F	p	Scheffe
Manevi Destek	Kötü	115	3,39	0,51	G.A.	8,4	3	2,8	7,59	0,000**	1-4
	Fikrim yok	11	2,83	0,48	G.İ.	179,3	485	0,4			
	İyi	316	3,18	0,62	T.	187,8	488				
	Çok iyi	47	2,97	0,73							
Alternatif Tedavi	Kötü	115	3,82	0,25	G.A.	1,8	3	0,6	7,96	0,000**	1-4
	Fikrim yok	11	3,73	0,24	G.İ.	36,2	485	0,1			
	İyi	316	3,70	0,27	T.	38,0	488				
	Çok iyi	47	3,61	0,36							
Dini Pratik Olarak (Ritualistic) Dua	Kötü	115	3,54	0,43	G.A.	8,0	3	2,7	11,00	0,000**	1-4
	Fikrim yok	11	3,16	0,52	G.İ.	117,9	485	0,2			
	İyi	316	3,39	0,50	T.	126,0	488				
	Çok iyi	47	3,07	0,60							
Geleneksellik	Kötü	115	3,54	0,72	G.A.	26,6	3	8,9	16,97	0,000**	1-4
	Fikrim yok	11	2,99	0,58	G.İ.	253,4	485	0,5			
	İyi	316	3,17	0,74	T.	280,0	488				
	Çok iyi	47	2,69	0,67							
Şefa ve İstek Duası	Kötü	115	3,69	0,51	G.A.	12,2	3	4,1	10,91	0,000**	1-4
	Fikrim yok	11	3,57	0,45	G.İ.	181,0	485	0,4			
	İyi	316	3,50	0,63	T.	193,2	488				
	Çok iyi	47	3,09	0,75							
Modern İnanç	Kötü	115	3,48	0,36	G.A.	3,9	3	1,3	8,14	0,000**	1-4
	Fikrim yok	11	3,36	0,28	G.İ.	77,3	485	0,2			
	İyi	316	3,30	0,41	T.	81,2	488				
	Çok iyi	47	3,18	0,42							
Tefekkür	Kötü	115	3,07	0,24	G.A.	0,0	3	0,0	0,06	0,980	
	Fikrim yok	11	3,09	0,20	G.İ.	24,0	485	0,1			
	İyi	316	3,08	0,22	T.	24,0	488				
	Çok iyi	47	3,06	0,22							
Toplumsal Dayanışma	Kötü	115	3,64	0,24	G.A.	3,9	3	1,3	11,06	0,000**	1-4
	Fikrim yok	11	3,39	0,62	G.İ.	57,6	485	0,1			
	İyi	316	3,55	0,35	T.	61,6	488				
	Çok iyi	47	3,31	0,46							

**p<0.01; 1.Grup= kötü; 2.Grup=Fikrim yok; 3.Grup=iyi; 4.Grup= Çok İyi

Duayı şifa olarak görme düzeylerinin katılımcıların genel olarak sağlık durumlarını tanımlama şekillerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü Anova testi sonucunda; katılımcıların manevi destek düzeylerinin genel olarak sağlık durumlarını tanımlama şekillerine göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F_{(3,488)}= 7,59$; $p=0,000<0.01$) tespit edildiğinden **H11a** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Sağlık durumunu çok iyi olduğunu düşünen ($\bar{X}= 2,97$) katılımcıların manevi destek düzeylerinin sağlık durumunu kötü olarak nitelendiren ($\bar{X}= 3,39$) katılımcılara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir

Alternatif tedavi düzeylerinin katılımcıların genel olarak sağlık durumlarını tanımlama şekillerine göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F_{(3,488)}= 3,96$; $p=0,000<0.01$) tespit edildiğinden **H11a** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Sağlık durumunu çok iyi olduğunu düşünen ($\bar{X}= 3,61$) katılımcıların alternatif tedavi düzeylerinin sağlık durumunu kötü olarak nitelendiren ($\bar{X}= 3,82$) katılımcılara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Dini pratik olarak dua düzeylerinin katılımcıların genel olarak sağlık durumlarını tanımlama şekillerine göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F_{(3,488)}= 11,00$; $p=0,000<0.01$) tespit edildiğinden **H11a** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Sağlık durumunu çok iyi olduğunu düşünen ($\bar{X}= 3,07$) katılımcıların dini pratik olarak dua düzeylerinin sağlık durumunu kötü olarak nitelendiren ($\bar{X}= 3,54$) katılımcılara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Geleneksellik düzeylerinin katılımcıların genel olarak sağlık durumlarını tanımlama şekillerine göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F_{(3,488)}= 16,97$; $p=0,000<0.01$) tespit edildiğinden **H11a** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Sağlık durumunu çok iyi olduğunu düşünen ($\bar{X}= 2,69$) katılımcıların geleneksellik düzeylerinin sağlık durumunu kötü olarak nitelendiren ($\bar{X}= 3,54$) katılımcılara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Şefaat ve istek duası düzeylerinin katılımcıların genel olarak sağlık durumlarını tanımlama şekillerine göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F_{(3,488)}= 10,91$; $p=0,000<0.01$) tespit edildiğinden **H11a** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Sağlık durumunu çok iyi olduğunu düşünen ($\bar{X}= 3,09$) katılımcıların şefaat ve istek

duası düzeylerinin sağlık durumunu kötü olarak nitelendiren ($\bar{X}= 3,69$) katılımcılara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Modern inanç düzeylerinin katılımcıların genel olarak sağlık durumlarını tanımlama şekillerine göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F_{(3,488)}= 8,14$; $p=0,000<0.01$) tespit edildiğinden **H11a** Hipotezi bu boyut öznelinde kabul edilmiştir. Sağlık durumunu çok iyi olduğunu düşünen ($\bar{X}= 3,18$) katılımcıların modern inanç düzeylerinin sağlık durumunu kötü olarak nitelendiren ($\bar{X}= 3,48$) katılımcılara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Toplumsal dayanışma düzeylerinin katılımcıların genel olarak sağlık durumlarını tanımlama şekillerine göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F_{(3,488)}= 16,707$; $p=0,000<0.01$) tespit edildiğinden **H11a** Hipotezi bu boyut öznelinde kabul edilmiştir. Sağlık durumunu çok iyi olduğunu düşünen ($\bar{X}= 3,31$) katılımcıların toplumsal dayanışma düzeylerinin sağlık durumunu kötü olarak nitelendiren ($\bar{X}= 3,64$) katılımcılara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkların kaynağının belirlenmesi için post-hoc analizlerinden scheffe analizi kullanılmıştır.

H11a: “Sağlık durumlarını çok iyi olarak tanımlayanların, sağlık durumlarını kötü olarak tanımlayanlara göre duayı şifa olarak görme düzeyleri daha düşüktür” hipotezi, “manevi destek”, “alternatif tedavi”, “dini pratik olarak dua”, “geleneksellik”, “şefaath ve istek duası”, “modern inanç”, “toplumsal dayanışma” boyutlarında kabul edilmiştir. “Tefekkür” boyutunda ise kabul edilmemiştir.

H11b: “Sağlık durumlarını çok kötü olarak tanımlayanların, sağlık durumlarını çok iyi olarak tanımlayanlara göre duayı şifa olarak görme düzeyleri daha düşüktür” hipotezi reddedilmiştir.

Birey sağlığının psikolojik, fiziksel, duygusal ve sosyal boyutları içerdiği, bu nedenle hastalıkların tedavisinde de çok boyutlu yaklaşımların modern/seküler dönemle hayatımıza girdiği görülmektedir. Günümüzde teknolojik ilerlemelere bağlı olarak, tıbbi tedavi, koruyucu sağlık önlemleri, bireylerin sağlık bakım ihtiyaçlarındaki değişimler, kronik hastalıklar ve hastane bakımı ihtiyacı duyan kişilerin sayısında yaşanan artışlar dikkat çekici boyuttadır. Birey sağlığında herhangi bir sapma yaşandığında modern tıbbın sunduğu hizmetlerden imkanları ölçüsünde faydalanmaktadırlar. Ancak kendisini sağlıklı hisseden bireylerin ne modern tıba ihtiyac duyduğu ne de geleneksel tedavi yollarından biri kabul edilen duaya başvuru yönünde bir eğilime ihtiyaç duymadığı

ortadır. Öte yandan sağlık durumunu kötü olarak tanımlayan kişilerin “manevi destek”, “alternatif tedavi”, “dini pratik olarak dua”, “geleneksellik”, “şefaaf ve istek duası”, “modern inanç”, “toplumsal dayanışma” boyutları sağlık durumunu iyi olarak tanımlayanlara göre daha yüksek bir ortalamaya sahiptir. Birey sağlığı konusunda özellikle son yıllarda gerçekleştirilen çalışmalar, fiziki sağlığa, biyolojik unsurların yanında psikolojik ve sosyal unsurlarında aynı oranda etki edebileceğini göstermiştir. Hem hastalıkların gelişimi noktasında hem de tedavi sürecinde tıbbi model ismi verilen yaklaşımın genel manada zaman zaman yetersiz kalması sebebi ile, bu yönde yapılan araştırmalar farklı etmenler üzerinde de yoğunlaşmaya başlamıştır. Bu modeller sağlığın korunması ve tedavi basamaklarını yerine getirme noktasında meydana gelen problemlere yeterince çözüm üretememektedir. Biyomedikal modelin yetersizliği konusuna getirilen eleştiriler yanında, araştırma bulguları da hastalık ve sağlık konusunda psikolojik ve sosyal etkenlerin de çok önemli olduğunun altını çizmiştir. Bu kapsamda “biyopsikososyal model” ismi verilen yeni bir model ortaya atılmış; sağlık psikolojisi, sağlık sosyolojisi gibi bilimlerin ortaya çıkmasına zemin oluşturmuştur (Korkmaz, 2010, s. 283). Biyopsikososyal model, hastalığın ve sağlığın belirleyicisi olarak birey bedenindeki kimyasal ve hücresel değişikliklerin yanında, bireyin çevresiyle olan etkileşimini de bir bütün olarak ele almaktadır. Bu kapsamda bu noktada gündeme modern tıbbi tedavinin yanı sıra geleneksel tedavi modelleri gelmektedir. Bunlar arasında sayılan dua ile şifa arayışlarının bir sosyal/manevi destek kapsamında fiziksel ve psikolojik semptomları azalttığı yönünde çalışmalar bulunmaktadır. Manevi gücün zayıf olduğu ve dini yönelimin daha zayıf olduğu kişilerde psikosomatik yakınmaların, fiziksel rahatsızlıkların, psikiyatrik bozuklukların görüldüğüne dair araştırma bulguları bulunmaktadır (Aladağ, 2000, ss. 1-2). Bu araştırma sonuçları elde ettiğimiz bulguları destekler niteliktedir.

3.2.12. Hastalık Durumunda Duaya Başvurma Durumu ile Hastaneye Gitme Sıklığı Arasındaki İlişki

Çalışmanın on ikinci hipotezi şu şekilde belirlenmiştir;

H12a: “Hastalandığında dua eden kişilerin manevi açıdan rahatlama düzeyleri, fiziksel açıdan rahatlama düzeylerine göre daha yüksektir”.

H12b: “Hastalandığında dua eden kişilerin fiziksel açıdan rahatlama düzeyleri, manevi açıdan rahatlama düzeylerine göre daha yüksektir”.

H12c: “Hastalandığında dua eden kişiler, hiç dua etmeyen kişilere göre yalnızca fiziksel açıdan rahatlamaktadırlar”

Bu hipoteze ilişkin olarak, duayı şifa olarak görme düzeylerinin ortalama puanlarının hastalık durumunda dua etmenin kişisel olarak etkileme şekline arasındaki farkların anlamlı olup olmadığını saptamak için tek yönlü Anova testi yapılmıştır.

Tablo 3.31. Duayı Şifa Olarak Görme Düzeylerinin Hastalık Durumunda Dua Etmenin Kişisel Olarak Etkileme Şekline Şekillerine Göre Farklaşma Durumuna Ait Tek Yönlü Anova Testi Sonuçları

Boyutlar	Hastalık Sırasında Dua Etmenin Kişisel Etkisi	n	\bar{x}	ss	G.D	K.T	Sd	K.O	F	p	Scheffe
Manevi Destek	Hastalandığımda hiç dua etmedim.	28	2,74	0,65	G.A.	16,1	4	4,0	11,37	0,000**	1-5
	Hiç etkilemedi.	48	2,88	0,43	G.İ.	171,6	484	0,4			
	Fiziksel açıdan rahatlamamı sağladı.	12	3,43	0,85	T.	187,8	488				
	Manevi açıdan rahatlamamı sağladı.	134	3,16	0,61							
	Hem fiziksel hem manevi olarak rahatlamamı sağladı.	267	3,33	0,59							
Alternatif Tedavi	Hastalandığımda hiç dua etmedim.	28	3,65	0,33	G.A.	1,4	4	0,4	4,65	0,001**	1-5
	Hiç etkilemedi.	48	3,63	0,34	G.İ.	36,6	484	0,1			
	Fiziksel açıdan rahatlamamı sağladı.	12	3,56	0,26	T.	38,0	488				
	Manevi açıdan rahatlamamı sağladı.	134	3,69	0,26							
	Hem fiziksel hem manevi olarak rahatlamamı sağladı.	267	3,76	0,26							
Dini Pratik Olarak (Ritualistic) Dua	Hastalandığımda hiç dua etmedim.	28	2,84	0,56	G.A.	29,3	4	7,3	36,71	0,000**	1-5
	Hiç etkilemedi.	48	2,89	0,52	G.İ.	96,7	484	0,2			
	Fiziksel açıdan rahatlamamı sağladı.	12	3,34	0,54	T.	126,0	488				
	Manevi açıdan rahatlamamı sağladı.	134	3,34	0,50							
	Hem fiziksel hem manevi olarak rahatlamamı sağladı.	267	3,57	0,38							
Geleneksellik	Hastalandığımda hiç dua etmedim.	28	2,64	0,77	G.A.	22,2	4	5,5	10,41	0,000**	1-5
	Hiç etkilemedi.	48	2,88	0,57	G.İ.	257,8	484	0,5			
	Fiziksel açıdan rahatlamamı sağladı.	12	3,48	0,55	T.	280,0	488				
	Manevi açıdan rahatlamamı sağladı.	134	3,12	0,77							
	Hem fiziksel hem manevi olarak rahatlamamı sağladı.	267	3,36	0,74							
Şefaate Ve İstek Duası	Hastalandığımda hiç dua etmedim.	28	2,98	0,83	G.A.	37,0	4	9,3	28,67	0,000**	1-5
	Hiç etkilemedi.	48	2,88	0,59	G.İ.	156,2	484	0,3			
	Fiziksel açıdan rahatlamamı sağladı.	12	3,17	0,85	T.	193,2	488				
	Manevi açıdan rahatlamamı sağladı.	134	3,50	0,57							
	Hem fiziksel hem manevi olarak rahatlamamı sağladı.	267	3,69	0,51							
Modern İnanç	Hastalandığımda hiç dua etmedim.	28	3,05	0,43	G.A.	6,3	4	1,6	10,22	0,000**	1-5
	Hiç etkilemedi.	48	3,22	0,31	G.İ.	74,9	484	0,2			
	Fiziksel açıdan rahatlamamı sağladı.	12	2,89	0,50	T.	81,2	488				
	Manevi açıdan rahatlamamı sağladı.	134	3,33	0,41							

	sağladı.										
	Hem fiziksel hem manevi olarak rahatlamamı sağladı.	267	3,40	0,39							
	Hastalandığımda hiç dua etmedim.	28	2,05	0,16	G.A.	0,8	4	0,2	4,08	0,003**	1-4
	Hiç etkilemedi.	48	3,07	0,23	G.İ.	23,2	484	0,0			
Tefekkür	Fiziksel açıdan rahatlamamı sağladı.	12	2,96	0,14	T.	24,0	488				
	Manevi açıdan rahatlamamı sağladı.	134	3,13	0,25							
	Hem fiziksel hem manevi olarak rahatlamamı sağladı.	267	3,05	0,21							
	Hastalandığımda hiç dua etmedim.	28	3,22	0,42	G.A.	13,5	4	3,4	33,84	0,000**	1-5
	Hiç etkilemedi.	48	3,17	0,44	G.İ.	48,1	484	0,1			2-5
Toplumsal Dayanışma	Fiziksel açıdan rahatlamamı sağladı.	12	3,42	0,33	T.	61,6	488				
	Manevi açıdan rahatlamamı sağladı.	134	3,54	0,29							
	Hem fiziksel hem manevi olarak rahatlamamı sağladı.	267	3,66	0,29							

**p<0.01; 1.Grup= hiç dua etmedim; 2.Grup=hiç etkilemedi; 3.Grup=fiziksel açıdan rahatlamamı sağladı; 4.Grup= manevi açıdan rahatlamamı sağladı; 5.Grup= Hem fiziki hem manevi açıdan rahatlamamı sağladı

Hastalandıklarında duayı şifa olarak görme düzeyleri katılımcıların kişisel olarak etkilenmelerine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü Anova testi sonucunda; manevi destek düzeylerinin hastalık durumunda dua etmenin katılımcıların kişisel olarak etkilenme şekline göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F_{(4,488)}= 11,37$; $p=0,000<0.01$) tespit edildiğinden **H12a** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Hem fiziksel hem manevi olarak rahatladığını düşünen ($\bar{X}= 3,33$) katılımcıların manevi destek düzeylerinin hastalandığında hiç dua etmeyen ($\bar{X}= 2,74$) katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Alternatif tedavi düzeylerinin duayı şifa olarak görme düzeyleri katılımcıların kişisel olarak etkilenmelerine göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F_{(4,488)}= 4,65$; $p=0,000<0.01$) tespit edildiğinden **H12a** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Hem fiziksel hem manevi olarak rahatladığını düşünen ($\bar{X}= 3,76$) katılımcıların alternatif tedavi düzeylerinin hastalandığında hiç dua etmeyen ($\bar{X}= 3,65$) katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Dini pratik olarak dua düzeylerinin duayı şifa olarak görme düzeyleri katılımcıların kişisel olarak etkilenmelerine göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F_{(4,488)}= 36,71$; $p=0,000<0.01$) tespit edildiğinden **H12a** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Hem fiziksel hem manevi olarak rahatladığını düşünen ($\bar{X}=3,57$) katılımcıların dini pratik olarak dua düzeylerinin hastalandığında hiç dua etmeyen ($\bar{X}= 2,84$) katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Geleneksellik düzeylerinin duayı şifa olarak görme düzeyleri katılımcıların kişisel olarak etkilenmelerine göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F_{(4,488)}=10,41$; $p=0,000<0.01$) tespit edildiğinden **H12a** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Hem fiziksel hem manevi olarak rahatladığını düşünen ($\bar{X}= 3,36$) katılımcıların geleneksellik düzeylerinin hastalandığında hiç dua etmeyen ($\bar{X}= 2,64$) katılımcılara göre daha yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Şefa ve istek duası düzeylerinin, duayı şifa olarak görme düzeyleri, katılımcıların kişisel olarak etkilenmelerine göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F_{(4,488)}= 42,970$; $p=0,000<0.01$) tespit edildiğinden **H12a** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Hem fiziksel hem manevi olarak rahatladığını düşünen ($\bar{X}= 3,69$) katılımcıların şefa ve istek duası düzeylerinin hastalandığında hiç dua etmeyen ($\bar{X}= 2,98$) katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Modern inanç düzeylerinin, duayı şifa olarak görme düzeyleri, katılımcıların kişisel olarak etkilenmelerine göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F_{(4,488)}=10,22$; $p=0,000<0.01$) tespit edildiğinden **H12a** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Hem fiziksel hem manevi olarak rahatladığını düşünen ($\bar{X}= 3,40$) katılımcıların modern inanç düzeylerinin hastalandığında hiç dua etmeyen ($\bar{X}= 3,05$) katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tefekkür düzeylerinin, duayı şifa olarak görme düzeyleri, katılımcıların kişisel olarak etkilenmelerine göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F_{(4,488)}= 4,08$; $p=0,003<0.01$) tespit edildiğinden **H12b** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Manevi açıdan rahatladığını düşünen ($\bar{X}= 3,13$) katılımcıların tefekkür düzeylerinin hastalandığında hiç dua etmeyen ($\bar{X}= 2,05$) katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Toplumsal dayanışma düzeylerinin duayı şifa olarak görme düzeyleri katılımcıların kişisel olarak etkilenmelerine göre farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F_{(4,488)}= 33,84$; $p=0,000<0.01$) tespit edildiğinden **H12a** Hipotezi bu boyut özneline kabul edilmiştir. Hem fiziksel hem manevi olarak rahatladığını düşünen ($\bar{X}= 3,66$) katılımcıların manevi destek düzeylerinin hastalandığında hiç dua etmeyen ($\bar{X}= 3,22$) ve hiç etkilemediğini düşünen ($\bar{X}= 3,17$) katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkların kaynağının belirlenmesi için post-hoc analizlerinden scheffe analizi kullanılmıştır.

H12a: “Hastalandığında dua eden kişiler, hiç dua etmeyen kişilere göre manevi ve fiziksel açıdan rahatlamaktadırlar” hipotezi, “manevi destek”, “alternatif tedavi”, “dini pratik olarak dua”, “geleneksellik”, “şefaath ve istek duası”, “modern inanç”, “toplumsal dayanışma” boyutlarında kabul edilmiştir. “Tefekkür” boyutunda kabul edilmemiştir.

H12b: Hastalandığında dua eden kişiler, hiç dua etmeyen kişilere göre yalnızca manevi açıdan rahatlamaktadırlar” hipotezi yalnızca tefekkür boyutunda kabul edilmiştir. “Manevi destek”, “alternatif tedavi”, “dini pratik olarak dua”, “geleneksellik”, “şefaath ve istek duası”, “modern inanç”, “toplumsal dayanışma” boyutlarında kabul edilmemiştir.

H12c: “Hastalandığında dua eden kişiler, hiç dua etmeyen kişilere göre yalnızca fiziksel açıdan rahatlamaktadırlar” hipotezi tüm boyutlarda reddedilmiştir.

Şifa olarak dua ölçüğünde “tefekkür boyutu haricinde tüm boyutlarda, dua eden kişilerin dua etmeyen kişilere göre hem fiziksel hem de manevi açıdan rahatladıkları görülmektedir. Tefekkür boyutunda ise yalnızca manevi olarak rahatladıklarını belirtmişlerdir.

Yapılan literatür incelemesi neticesinde elde edilen bulgulara göre dua ve maneviyatın pozitif etkilerini ortaya koyan çalışmaların ağırlıkta olduğu görülmüştür. Buradan yola çıkılarak bütün dinlerde, duanın şifa verme üzerinde olumlu etkilerinin olduğuna inandıkları sonucuna ulaşılabilir. İncelenen deneysel araştırma sonuçlarına göre hastalıklar karşısında yapılan duanın olumlu etkilerinin olmasının yanı sıra olumsuz etkilerinin de olduğu görülmüştür. Ancak genel olarak değerlendirildiğinde üzerinde hemfikir olunan husus, din ve dindarlığın bireyin hastalığını anlamasına ve hastalığı ile baş edebilmesine dair bir güç kazandırmaktadır. Bu durum ise hasta üzerinde olumlu etkiler uyandırmaktadır. Ters yönde düşünüldüğünde din ve dindarlık psikolojik bir çatışma oluşturmakta ve tıbbi tedavinin reddedilmesine neden olup, hastalar üzerinde olumsuz etkiler oluşturabilmektedir (Yapıcı, 2007, s. 78).

Modern tıp alanında yaşanan gelişmeler ile sekülerleşme olgusu arasında paralellik vardır. Çözümü olmayan hastalıklar karşısında bireylerin din adamlarından yardım talep etmeleri, dini ritüellere yönelmeleri, kutsal kabul edilen yerleri ziyaret etmeleri, fakat çözümü bulunan hastalıklarda ise sağlık kurumlarına başvurmaları, modern tıbbın gelişimi ile sekülerleşme arasında yaşanan ilişkiyi ortaya koymaktadır.

Modern tıbbın imkanları ile tedavi sürecinde yaşanan gelişmeler ve tedavilerin daha ucuz hale gelmesi, hastaların alternatif tedavilere daha az yönelmelerine neden olmaktadır. Ancak sekülerleşme süreci ile değişen sağlık algısı ile birlikte bireyler hem modern tıbbın imkanlarından yararlanmakta hem de alternatif yollardan birini modern tıp tedavisine eklemektedir. Bu da tedavi olmak için şifa arayışlarında bireylerin, sekülerleşmenin de bir ürünü olan holistik bir bakış açısını benimsediklerinin bir göstergesi olarak değerlendirilebilir. Sağlık kurumlarında modern tıba duyulan gereksinim de hiçbir şekilde ortadan kalkmış değildir. Buna karşılık sekülerleşme ile beraber hastalık ve sağlık kavramlarına yüklenen anlamlarda geleneksel bakış açılarının radikal biçimde değişmediğini ifade edebiliriz. Sekülerleşme tüm alanlarda kendini hissettirirken, modern tıp tarafından önceleri anormal olarak değerlendirilen ve artık holistik tedavi şeklinde isimlendirilen yeni bir bakış açısı ortaya çıkmış, modern tıbbın rakipsiz profesyonel gücü sorgulanmaya başlanmıştır.

DEĞERLENDİRME, SONUÇ VE ÖNERİLER

Sosyo-Psikolojik Bir Şifa Fenomeni Olarak Dua (Yozgat Örneği) adlı bu çalışmada dua konusu incelenmiş olup hastalık-dua-şifa arasındaki ilişki sekülerlik kuramı kapsamında ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Sosyo-psikolojik bir şifa fenomeni olarak dua konusu, araştırmanın kuramsal bölümünde geleneksel, modern ve postmodern süreçlerin etkisi ile sekülerleşme kuramı kapsamında ele alınmıştır. 20. Yüzyılın ilk yıllarından itibaren sağlık hizmetlerinin devlet kontrolünde hizmet sunan kurumsal bir yapıya dönüştüğü görülmektedir. Bu yönde açılan özel klinikler ve poliklinikler ile halk, bilinçlendirilmiş ve modern hayat kültürünün kabul ettirilmesi gayretleri ile modern tıbbın çehresi değişmiştir. Sadece uyumsuz olanların kontrol altında tutulması değil, yanı sıra, günlük yaşamda istedik davranışları kabul ettirmeye çalışan bir anlayış ile modern tıbbın, bir toplum mühendisliği kimliğine büründüğü ifade edilebilir. Soyut ve somut anlamda bütün olgu ve nesnelere yeniden inşa eden modernite; anlamları, değerleri, imajları, kimliği, kutsal olanı, statüyü, birey hayatına dair olan her şeyi yeniden inşa etmiştir. Yeniden inşa sürecinde birey, aktif bir rol almış ve pasif izleyici rolünden sıyrılmıştır. Bireyin modern yaşam kapsamında dünyayı anlama biçimleri değişikliğe uğramıştır. Yeni oluşan bu anlamlandırma yetisi, bireyin yaşam biçiminde tekrar inşa süreci başlatmış olup, sağlığa ait davranışlarında da kültürleşen sağlık olgusu sınırları kapsamında şekillenmiştir.

Aydınlanma ile beraber başlayan siyasi, ekonomik ve toplumsal kırılmaların, tüm yaşamı değişime sevk ederek evrenselleştiği ifade edilebilir. Bu değişimin sağlık alanında ortaya çıkan yansıması ise; bireyi beden ve ruh olarak ayrı tutan anlayışın, onu kainatla ve kendi içi ile kurduğu ilişkide denge unsuru olarak görmeyen kendi düşüncesini, hislerini, isteklerini göz ardı etmesine neden olmuştur. Bu süreç kanıtlanamayan şeyin kabul edilmemesini, dolayısı ile mekanik bir anlayışa bürünen modern tıbbın ekonomik alt yapısını da meydana getirmiştir. Bireyi/hastayı, bozuk bir saat gibi değerlendiren modern tıp, kapitalist sistemde karı maksimize eden, insani dokunuşlardan uzak teknoloji yoğun uygulamalarla sınırlandırmıştır.

Modern tıp anlayışının hastalık olgusuna yaklaşımı, metafiziksel olarak anlam bağını kopardığı yönünde olup, modern tıbbın biyomedikal merkezli bakış açısı ile

hasta merkezli olmaktan çıkıp, hastalık merkezli bir yapıya dönüşmüştür. Bu dönüşümle beraber, hastalar ikinci plana atılmış, hastalık öncelenmiştir. Hastalıkların bireyden ayrı bir olgu olarak değerlendirilmesi, doktorların tıp bedenini, bir nesne olarak kabul etmesine sebep olmuştur. Modern tıba karşı oluşan tepkiler sonucunda geleneksel tedavi yollarına ilgi epeyce artmıştır. Oluşan tepkilerden biri tıpta meydana gelen makinalaşmanın ve pek çok teknolojik cihazlara karşı olan bağımlılıktır. Teknolojiye olan ve zamanla gelişen bu bağımlılık psikolojik ve biyolojik zararlar meydana getirmekte ve hatta hekim ve hasta arasında bir mesafe oluşmasına sebep olmaktadır. Böylece hastalığın tedavi süresince resmi ve ikincil ilişkiler ortaya çıkmıştır. Modern tıpta meydana gelen ilerlemeler, dini söylemlerin şüphe ile karşılanmasına ve tesirinin azalmasına sebep olsa da modern tıba karşı oluşan tepkiler, bir yandan dinin elini de güçlendirmiştir. Tıpta meydana gelen gelişmeler sonucunda, birey ömrü uzamış ve birey bedeni tüm yönleri ile yeniden keşfedilmeye çalışılmış olup, bu yaşananlar bir yandan dinin otoritesinin zayıflamasına sebep olurken, diğer yandan din, kendi lehine pay çıkararak, bireyin kusursuz olarak yaratıldığını ispatlamaya çalışmak için tıp diline başvurmuştur. Özetle din, modern tıbbın yol açtığı sekülerleşmeye bir tepki oluşturarak, tıbbın kavramsal haritasından faydalanmış ve kendine farklı bir yol çizmiştir. Din, kendine bu şekilde bir meşru alan oluştururken, modern tıp boş durmamış ve bazı dini uygulamaları, alternatif tedavi adı altında kendi bünyesine dahil ederek, aynı zamanda kendi belirlediği, o keskin radikal çizgiyi esnetmiştir. Bunun en somut ve güncel örneği, Sağlık Bakanlığı ve Diyanet İşleri Başkanlığı Protokolü kapsamında sağlık kurumlarında oluşturulan, “Manevi Destek Birimleri” gösterilebilir. Diğer taraftan yine; “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı” adı altında bir kurum oluşturulmuştur. Bu gibi kurumsal yapıların ortaya çıkması, alternatif/geleneksel tedavi uygulamalarının göz ardı edilemeyecek boyutta bir gerçeklik kazandığını ve resmen tanındığını ortaya koymaktadır. Geleneksel tedavi uygulamalarının en temel niteliği, büyüsel/dinsel bakış açısı ile hareket etmesidir. Sekülerleşmenin bir ürünü olan holistik bakış açısı ile birey artık içinde yaşadığı doğa ve doğaüstü ile beraber evrenin bir parçası olarak düşünülmemektedir. Tedavi sürecinde “hasta yok, hastalık var” bakış açısı değişerek, “hasta ve hastalık birlikte var” bakış açısına dönüşmüştür.

Din sosyolojisindeki klasik sekülerleşme tartışmaları, hep bir karşıtlık ekseninde yürütülmüştür. Toplumlar ya sekülerdir ya dini ya aşkın ya içkin ya materyalist ya

manevi gibi. Bu tür zıtlık içeren kavramların kullanımı, bazı toplumlarda geçerli olabilir ancak bireylerin ve toplumların davranışlarını açıklamada yeterli değildir. Birçok birey hem dini hem seküler unsurları birbirine karıştırıp bulanıklaştırır. Bu tez çalışmasından çıkan sonuçlar da bu görüşü desteklemektedir. Modern tıbbın çare bulamadığı bazı hastalıklar ortaya çıkmıştır. İnsanlar çoğu kez çok daha etkili olduklarını düşündükleri ve çok daha kolay ulaşabilecekleri, bazen de modern tıp tarafından çare bulunamayan durumlarda geleneksel/alternatif tedavi yollarına başvurumaktadırlar. Bireysel hayatın ya da bireysel yaşam tarzlarının ön plana çıktığı bu dönemde, bireyler hem yüzyılın gereklerine uyum sağlayıp modern tıbbın imkanlarından fayda sağlamakta, hem de dini hassasiyetlerine önem vermektedirler. Sekülerleşme ile beraber dinin tüm alanlarda etkisinin azalacağı veya tamamen yok olacağı temel görüşünün bu alanda kabul görmediğini ifade edebiliriz. Modernleşme ile beraber şifa arayışlarında başvurulan, dini/geleneksel uygulamalar yok olmamış, klasik sekülerleşme teorisinin bu yöndeki öngörüsü gerçekleşmemiştir. Modern dünyada olduğu gibi, modern tıpta da dinin ve dini uygulamaların hala karşı konulamaz gücünün devam ettiği ifade edilebilir. Toplumlar değişmeden kalan statik toplumlar olmadığı gibi, her toplum devamlı bir değişim içerisindedir. Din de zamanla meydana gelen farklı güçlerden etkilenir. Modernlik ise, dini ortadan kaldırmaz ve onun üzerinde etkilidir. Dolayısı ile neo (eklektik) paradigma bakış açısı ile dinin etkisinin yok olmadığını bireylerin şifa bulma arayışlarında yeni bir formla karşımıza çıktığını ifade edebiliriz.

Araştırmanın uygulama bölümünde Şifa Fenomeni Olarak Dua Ölçeği geçerlik-güvenirlilik çalışması yapılmış, örneklem grubunun, demografik değişkenlere göre dua etme tutumlarında farklılaşma olup olmadığı istatistiki testlerle analiz edilmiştir. Araştırmanın kavramsal ve kuramsal çerçevesine dayanılarak ortaya atılan düşüncenin elde edilen bulgularla desteklenip desteklenmediği ortaya konulmuştur. Buna göre;

Araştırma kapsamındaki katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; katılımcıların %64,2'sinin kadın, %74,2'ünün evli, büyük çoğunluğunun 46-55 yaş aralığında, %50,5'in ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir.

Araştırma kapsamındaki katılımcıların dini inanışlarını tanımlama şekilleri incelendiğinde, katılımcıların %94,9'unun kendini Müslüman olarak tanımlarken %5,1'inin diğer yanıtını verdikleri görülmektedir. Bir Müslüman coğrafyası olan

Türkiye’de bulunan Yozgat şehrinde yaşayan bireylerin neredeyse tamamına yakını Müslüman olduğunu belirtmiştir.

Araştırma kapsamındaki katılımcıların %29’unun her zaman dua ettikleri, %49,9’unun çoğunlukla dua ettikleri, %45’inin dua etme sıklığı hakkında bir fikri olmadığı, %12,9’unun ara sıra dua ederken %3,7’sinin hiç dua etmedikleri belirlenmiştir. Bulgulara göre katılımcıların büyük çoğunluğunun dua ettiği görülmektedir. Dua, birey için fitri özellik taşımakta ve ibadetin ve dinin özünü oluşturmaktadır. Bir çaba içinde olan her bireyde görülebilen evrensel eylemlerden olan dua, bireyin farklı unsurlarla Tanrı’ya yönelme pratiğidir. Dolayısıyla bu yönelme pratiği hastalıkla karşılaşan bireyde şifa bulma isteği ile daha anlamlı hale gelebilmektedir.

Araştırma kapsamındaki katılımcıların büyük çoğunluğunun %54,6’sının hastalandıklarında şifa bulmak için dua ederek hem fiziksel hem de manevi olarak rahatladığı, %2,5’inde fiziksel açıdan rahatlattığını düşündükleri belirlenmiştir. Bu sonuca göre bireyler hasta olduklarında dua etmekte ve ettikleri dualar sonucunda fiziksel ve manevi açıdan rahatladıklarını ifade etmektedirler. Bu sonuç araştırmanın bulgular bölümünde yer verilen kliniksel nitelikte yapılan araştırma sonuçlarını desteklemektedir.

Araştırmanın alt problemlerine göre sonuçlar aşağıdaki şekildedir;

1- *Cinsiyete göre, kişilerin duayı şifa olarak görme düzeyleri arasında önemli bir fark var mıdır?* şeklinde belirlenen birinci alt probleme ait sonuçlar;

Katılımcıların duayı şifa olarak görme düzeylerinin kadın katılımcıların “manevi destek”, “dini pratik olarak dua” düzeylerinin, “geleneksellik” düzeylerinin ve “modern inanç” düzeylerinin erkek katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (bkz. Tablo 3.20).

Buna göre; *H1b: “Kadınların duayı şifa olarak görme düzeyleri erkeklere göre daha yüksek düzeydedir”* hipotezi kısmen kabul edilmiştir. Kadınların duayı şifa olarak görme düzeyleri, şifa olarak dua ölçeğinin “manevi destek”, “dini pratik olarak dua”, “geleneksellik”, “modern inanç” boyutunda kabul edilmiştir. *H1a: “Erkeklerin duayı şifa olarak görme düzeyleri kadınlara göre daha yüksek düzeydedir”* hipotezi şifa olarak dua ölçeğinin hiçbir boyutunda doğrulanmamıştır. Hipotez reddedilmiştir.

Bulgulara göre, kadınların erkeklere göre şifa bulma konusunda dua grupları ile ya da arkadaşları ve çevresindeki kişilerle bir araya gelerek yapılan duaları daha çok tercih ettikleri görülmektedir. Ayrıca şifa arayışlarında kadınların erkeklere göre geleneksel yolları daha çok tercih ettikleri görülmektedir. Bu sonuçlardan yola çıkılarak, erkeklerin kadınlara göre, klasik seküler paradigmasına daha yakın bir tutum sergilediği söylenebilir. Kadınların ise neo (eklektik) sekülerleşme paradigmasına daha yakın bir tutum içerisinde olduğu ifade edilebilir. Kadınların, yeni olanla eski olanın yer değişimi değil, yeni ile eskinin bir arada bulunduğu ve oluşan etkileşim neticesinde iç içe geçen bir yöntemi tercih ettiği ifade edilebilir.

2- *Medeni duruma göre, kişilerin duayı şifa olarak görme düzeyleri arasında önemli bir fark var mıdır?* şeklinde belirlenen ikinci alt probleme ait sonuçlar;

Duayı şifa olarak görme düzeyleri evli olan katılımcıların “manevi destek boyutunda, “dini pratik olarak dua”, “geleneksellik”, “şefaath ve istek duası”, “toplumsal dayanışma” ve “modern inanç” düzeylerinin bekâr katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 3.21).

H2a: “Bekar olanların duayı şifa olarak görme düzeyleri evli olanlara göre daha yüksek düzeydedir” hipotezi reddedilmiştir. *H2b: “Evli olanların duayı şifa olarak görme düzeyleri bekar olanlara göre daha yüksek düzeydedir”* hipotezi “manevi destek”, “dini pratik olarak dua”, “geleneksellik”, “şefaath ve istek duası”, “toplumsal dayanışma” boyutlarında kabul edilmiştir. Diğer taraftan dua olarak şifa ölçeğinde “alternatif tedavi”, “modern inanç”, “tefekkür” boyutunda medeni durumlarına göre anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Bu sonuç evli katılımcıların hastanelerde manevi destek sunulmasını, dini ihtiyaçlarını karşılayacak bir hizmet verilmesini bekar katılımcılara göre daha çok istediklerini göstermektedir. Evli katılımcıların bekarlara göre şifa bulma konusunda dua grupları ile ya da arkadaşları ve çevresindeki kişilerle bir araya gelerek yapılan duaları daha çok tercih ettiklerini göstermektedir. Yine evli katılımcıların şifa bulma konusunda geleneksel tedavi yollarını bekar katılımcılara göre daha fazla tercih ettiklerini göstermektedir. Evli katılımcıların başkaları tarafından yapılan (aracılı dua) duayı bekar katılımcılara göre daha fazla tercih ettikleri görülmektedir. Evli katılımcılar bekar katılımcılara göre kişilerin birbirlerine dua etmesinin manevi bağları artırarak toplumsal ilişkileri geliştireceğine daha fazla inanmaktadır. Bu bulgulardan yola

çıkılarak bekar katılımcıların evli katılımcılara göre, klasik sekülerleşme paradigmasına daha yakın bir tutum sergilediği sonucuna ulaşılabilir. Evli katılımcıların ise bekar katılımcılara göre eklektik sekülerleşme paradigmasına daha yakın tutum sergiledikleri ifade edilebilir. Modernleşme ile, geleneğin zayıflatılmayacağı ve dahası, modernleşmiş yapıların (örn; yaygın medya) toplumsal yaygınlığı ve kabullüğü yüksek olan herhangi bir olguyu daha yaygın ve daha güçlü hale getirebileceği ifade edilebilir.

3- *Yaşlarına göre, kişilerin duayı şifa olarak görme düzeyleri arasında önemli bir fark var mıdır?* şeklinde belirlenen üçüncü alt probleme ait sonuçlar;

Analiz sonucuna göre; yaşı 56-65 arasında olan katılımcıların “manevi destek”, “dini pratik olarak dua”, “geleneksellik”, “şefaath ve istek duası” ve “toplumsal dayanışma” düzeylerinin yaşı 18-24 arasında olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yaşı 56-65 arasında olan katılımcıların alternatif tedavi düzeylerinin yaşı 18-24 arasında ve yaşı 36-45 arasında olan katılımcılara göre daha yüksek, yaşı 56-65 arasında olan katılımcıların modern inanç düzeylerinin yaşı 18-24 arasında ve yaşı 25-35 arasında olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 3.22).

H3a: “İleri yaşta olanlar, genç yaş grubunda olanlara oranla hastalıklar karşısında daha yüksek düzeyde duaya başvurma eğilimindedir” hipotezi, “manevi destek”, “alternatif tedavi”, “dini pratik olarak dua”, “geleneksellik”, “şefaath ve istek duası”, “toplumsal dayanışma” boyutlarında kabul edilmiştir. “Modern inanç” ve “Tefekkür” boyutunda ise reddedilmiştir. *H3b: “Genç yaşta olanlar, ileri yaş grubunda olanlara oranla hastalıklar karşısında daha yüksek düzeyde duaya başvurma eğilimindedir”* hipotezi reddedilmiştir.

Bireylerin dualarını etkileyen bir takım bireysel unsurlar bulunmaktadır. Bunlardan birisi de yaş unsurudur. Araştırma bulgularından çıkan sonuca göre 56-65 yaş aralığında bulunan katılımcıların diğer katılımcılara göre manevi destek, dini pratik olarak dua, geleneksellik, şefaath ve istek, toplumsal dayanışma düzeylerinin yüksek çıkması, bu yaş aralığında bulunan bireylerin (yaşlı olmaya yakın) fiziksel etkinliklerinin azaldığı, toplumsal olarak uzaklaşma yaşanmaya başladığı ve kendi iç dünyalarına çekilmeye başladıkları döneme yakın olduklarının bir göstergesi olarak değerlendirilebilir. Bu nedenle manevi desteğe daha çok ihtiyaç duydukları, daha çok duaya yöneldikleri, geleneksel tedavi yollarına müracaat ettikleri ve toplumsal

dayanışmaya daha çok ihtiyaç duyduklarının bir göstergesi olarak kabul edilebilir. Bu sonuçlara göre yaşı genç olan katılımcıların daha ileri yaşıta olan katılımcılara göre klasik sekülerleşme paradigmasına daha yakın bir tutum içinde oldukları ifade edilebilir. Daha ileri yaşıta olan katılımcıların ise genç yaşıta olan katılımcılara göre, eklektik sekülerleşme paradigmasına daha yakın bir tutum sergiledikleri ifade edilebilir.

Geleneksel olan kendi içinde homojen ve tutarlı bir yapıda olmayıp, farklı sosyal sınıflarda değişiklikler görüldüğü gibi, aynı toplum içerisinde aynı dinin üyesi kişiler arasında da dini inanç ve pratikler konusunda farklılıklar yaşanabilir. Bu farklılıkların bulunduğu yer, din ile modernliğin bir arada olduğu noktaya işaret eder.

4- *Eğitim durumuna göre, kişilerin duayı şifa olarak görme düzeyleri arasında önemli bir fark var mıdır?* şeklinde belirlenen dördüncü alt probleme ait sonuçlar;

Araştırma sonucuna göre; İlköğretim mezunu katılımcıların “manevi destek” düzeylerinin lisans ve lisansüstü mezunu olan katılımcılara göre daha yüksek, “dini pratik olarak dua” düzeylerinin lisans mezunu katılımcılara göre daha yüksek olduğu, “geleneksellik” düzeylerinin lisans mezunu katılımcılara göre daha yüksek olduğu, “şefaaf ve istek duası” düzeylerinin lisans mezunu olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu, ”toplumsal dayanışma” lisansüstü mezunu katılımcılara göre daha yüksek olduğu, “toplumsal dayanışma” düzeylerinin lisans ve önlisans mezunu katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 3. 23).

Buna göre, H4a: *“Eğitim durumu yüksek olanların, hastalıklar karşısında duaya başvurma düzeyleri, eğitim düzeyi düşük olanlara göre daha yüksektir”* hipotezi reddedilmiştir. H4b: *“Eğitim durumu düşük olanların, hastalıklar karşısında duaya başvurma düzeyleri, eğitim düzeyi yüksek olanlara göre daha yüksektir”* hipotezi “manevi destek”, “dini pratik olarak dua”, “geleneksellik”, “şefaaf ve istek duası”, “toplumsal dayanışma” boyutlarında kabul edilmiştir. “Alternatif tedavi”, “modern inanç” ve “tefekür” boyutunda reddedilmiştir.

Araştırmadan çıkan sonuç her ne kadar eğitim düzeyi artıkça hastalıkta şifa için duaya yönelimin azaldığını gösterse de eğitim düzeyi yüksek olsun ya da olmasın halkın önemli bölümünün duayı şifa olarak gördüklerini, hastalıklarda manevi destek bekledikleri, geleneksel tedavi yollarının tercih edildiğini, şifa bulmak için dua aracılığı ile istekte bulduklarını göstermektedir. Çıkan sonuçlara göre eğitim durumu yüksek

katılımcıların, eğitim durumu daha düşük olan katılımcılara göre klasik sekülerleşme paradigmasına daha yakın bir tutum içinde oldukları ifade edilebilir. Eğitim durumu düşük katılımcıların ise eğitim durumu yüksek katılımcılara göre, eklektik sekülerleşme paradigmasına daha yakın bir tutum sergiledikleri ifade edilebilir.

5- *Dini inanışlarını tanımlama biçimlerine göre, kişilerin duayı şifa olarak görme düzeyleri arasında önemli bir fark var mıdır?* şeklinde belirlenen beşinci alt probleme ait sonuçlar;

Araştırma sonucuna göre Müslüman katılımcıların “manevi destek”, “dini pratik olarak dua”, “geleneksellik” düzeylerinin dini inanış biçimleri diğer inançlara sahip katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 3. 24).

H5a: “Dini inanışını Müslüman olarak tanımlayanların duayı şifa olarak görme düzeyleri, dini inanışı Müslüman olmayanlara göre daha yüksektir” hipotezi “manevi destek”, “dini pratik olarak dua” ve “geleneksellik” boyutunda kabul edilmiştir. “Manevi destek”, “alternatif tedavi”, “şefaath ve istek duası”, modern inanç, “tefekür”, “toplumsal dayanışma” boyutlarında reddedilmiştir. *H5b: “Dini inanışını Müslüman olarak tanımlamayanların duayı şifa olarak görme düzeyleri, dini inanışı Müslüman olanlara göre daha yüksektir”* hipotezi reddedilmiştir.

Müslüman katılımcıların diğer inanç sahibi katılımcılara göre hastanelerde verilmesi beklenen manevi destek hizmetleri konusunda beklentilerinin daha yüksek olduğu söylenebilir. Dini inanışını Müslüman olarak tanımlayan katılımcılar dini inanışını diğer olarak tanımlayan kişilere göre birlikte dua etmenin gücüne daha çok inanmaktadırlar ve geleneksel tedavi yollarını daha fazla tercih etmektedirler. Buradan yola çıkılarak dini inanışını Müslüman olmayan şeklinde tanımlayan katılımcıların, dini inanışını Müslüman olarak tanımlayan katılımcılara göre klasik sekülerleşme paradigmasına daha yakın bir tutum içinde oldukları ifade edilebilir. Kendini Müslüman olarak tanımlayan katılımcıların ise diğerlerine göre, eklektik sekülerleşme paradigmasına daha yakın bir tutum sergiledikleri ifade edilebilir.

6- *Kronik hastalığı olma durumuna göre, kişilerin duayı şifa olarak görme düzeyleri arasında önemli bir fark var mıdır?* şeklinde belirlenen altıncı alt probleme ait sonuçlar;

Araştırma sonucuna göre; kronik hastalığı olan katılımcıların duayı şifa olarak görme düzeyleri “manevi destek”, “alternatif tedavi”, “geleneksellik” ve” toplumsal

dayanışma” boyutunda kronik hastalığı olmayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 3. 25).

H6a: Kronik hastalığı olanların hastalıklar karşısında duaya başvurma durumları, kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek düzeydedir” hipotezi manevi destek”, “alternatif tedavi”, “geleneksellik” ve “toplumsal dayanışma” boyutlarında kabul edilmiştir. “Dini Pratik Olarak Dua”, “Şefaath ve İstek Duası”, “Modern İnanç”, “Tefekkür” boyutlarında ise kabul edilmemiştir. *H6b*: Kronik hastalığı olmayanların, hastalıklar karşısında duaya başvurma durumları, kronik hastalığı olanlara göre daha yüksek düzeydedir hipotezi reddedilmiştir.

Kronik hastalığı olan katılımcılar hastaneleri daha çok ziyaret etmekte ve hastanede yatış süreleri daha uzun olabilmektedir. Dolayısı ile hastanelerde manevi destek birimlerinin olması ve kronik hastalığa sahip kişilere hastanede kaldıkları sürede hizmet vermesi kronik hastalığa sahip kişiler tarafından, kronik hastalığı olmayan kişilere göre daha çok istenmektedir. Bu sonuç araştırmanın önemli sonuçlarından birisi olarak değerlendirilebilir. Çalışmanın önemli çıktılarında birisi olarak Sağlık Bakanlığı ve Diyanet İşleri Başkanlığı tarafından ortak yürütülen/ yürütülmesi planlanan manevi destek birimleri için değerlendirilebilecek bir sonuç olarak görülmektedir. Kronik hastalığı olanların hastanede kaldıkları süre içinde manevi desteğin sunulması tedavilerine olumlu katkı verecektir. Kronik hastalığı olanların geleneksellik düzeylerinin yüksek çıkması da bu noktada anlamlı görülmektedir. Modern tıptan tam anlamı ile karşılık bulamayan katılımcılar geleneksel tedavi yollarına sıcak bakabilmektedir. Burada dikkat çekilmesi gereken nokta şudur; kronik hastalığa sahip katılımcılar hastanelerde manevi destek birimleri bulunmasını isteyerek modern tıbbı reddetmemekte ve bunun yanında geleneksel tedavi yollarını da modern tıbbın verdiği tedaviye eklemeye çalışmaktadır. Buradan yola çıkılarak kronik hastalığı olmayan kişilerin, kronik hastalığı olan kişilere göre klasik sekülerleşme paradigmasına daha yakın bir tutum içinde oldukları ifade edilebilir. Kronik hastalığı olan kişilerin ise kronik hastalığı olmayanlara göre eklektik sekülerleşme paradigmasına daha yakın bir tutum sergiledikleri ifade edilebilir. Modern tıp yöntemleriyle şifa bulamayan bireyler, alternatif arayışlara yönelmektedir. Bu süreçte birey, her çareyi değerlendirip bir sürü yöntemi şifa bulma umudu ile denemektedir. Ayrıca bireyler bu süreçte, o güne kadar yaşamış oldukları yaşam biçimlerini, amaçlarını, inançlarını, duygularını ve

düşüncelerini muhakeme etmeye başlar. Modernizmin bireyden aldığı hakikat ve anlam eksikliğinin meydana getirdiği boşluk ve aşırı rasyonelleşmeye karşı oluşan antipati, postmodern dönemde dinlerin dışında modern öncesi dönemdeki geleneksel olana olan ilgide bir artışa neden olmuştur. Postmodernizmin pozitivism ve rasyonaliteye olan inancı ortadan kaldırması ile birlikte tinsel ve geleneksel olanda bir canlanma ortaya çıkarmıştır. Modern oluşumla beraber, dinin de özerk yapılanma içerisinde sekülerleşme ile diyalektik bir etkileşim içerisinde farklı bir forma uygun dönüşüm yaşadığı görülmektedir.

7- *Yakınlarında kronik hastalık olma durumuna göre, kişilerin duayı şifa olarak görme düzeyleri arasında önemli bir fark var mıdır? şeklinde belirlenen yedinci alt probleme ait sonuçlar;*

Araştırma sonucuna göre; yakınlarında kronik hastalığı olan katılımcıların “manevi destek”, “dini pratik olarak dua”, “geleneksellik”, “modern inanç” ve “toplumsal dayanışma” düzeylerinin yakınlarında kronik hastalığı olmayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 3.26).

H7a: “Yakınlarında kronik hastalığı olanların hastalıklar karşısında duaya başvurma durumları, yakınlarında kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek düzeydedir” hipotezi “Manevi Destek”, “Dini Pratik Olarak Dua”, “Geleneksellik”, “Şefaath ve İstek Duası”, “Toplumsal Dayanışma” boyutlarında kabul edilmiştir. “Alternatif Tedavi”, “Modern İnanç”, “tefekkür” boyutunda ise reddedilmiştir. *H7b: “Yakınlarında kronik hastalığı olmayanların, hastalıklar karşısında duaya başvurma durumları, yakınlarında kronik hastalığı olanlara göre daha yüksek düzeydedir”* hipotezi reddedilmiştir.

Yakınlarında kronik hastalığı olan katılımcılar yakınlarında kronik hastalığı olmayan katılımcılara göre hastalıkla mücadele etmede bir dizi dini fenomenin yer aldığı tutum ve düşüncelerine göre Tanrı’ya yönelimlerinin arttığı (dua, inançsal yönelim) görülmekte ve hem modern tıp hem geleneksel tedavi yollarına başvurma düzeyleri paralel olarak artmaktadır. Aynı şekilde tıbbi tedbirleri almalarının yanında dinsel (dua, aile desteği, manevi destek, sosyal bazı uygulamalar) yönelimlerde de artış görülmektedir. Bu sonuçlar yaşanan hastalıklar karşısında Tanrı’ya dua etmenin, yardım istemenin, aile, arkadaş ve çevresinde bulunan kişilerden de dua ve ziyaret anlamında destek beklemenin bireylerin hastalıklarını daha rahat atlattıklarını

sağladığını göstermektedir. Buradan yola çıkılarak yakınlarında kronik hastalığı olmayan katılımcıların yakınlarında kronik hastalığı olan katılımcılara göre klasik sekülerleşme paradigmasına daha yakın bir tutum içinde oldukları ifade edilebilir. Yakınlarında kronik hastalığı olan kişilerin ise yakınlarında kronik hastalığı olmayanlara göre eklektik sekülerleşme paradigmasına daha yakın bir tutum sergiledikleri ifade edilebilir. Eklektik seküler paradigmanın geleneksel ve kadim bütün şifa tekniklerini, modern bir mantolama yaparak piyasaya, paketi açılmamış yeni bir ürün olarak sunduğu görülmektedir. Bu paket içerikleri ise her türlü sosyal statüden bireye ve her türlü hastalığı olan birey ve yakınlarına hitap edecek biçimde şifalanma imkânı sunmaktadır.

8- *Duanın sosyal olarak etkileme durumuna göre, kişilerin duayı şifa olarak görme düzeyleri arasında önemli bir fark var mıdır?* şeklinde belirlenen sekizinci alt probleme ait sonuçlar;

Araştırma sonucuna göre; duadan sosyal olarak hiç etkilenmeyen katılımcıların “manevi destek”, “dini pratik olarak dua”, “geleneksellik”, “şefaath ve istek duası”, modern inanç”, “tefekür” ve “toplumsal dayanışma” düzeylerinin duanın sosyal olarak diğer kişilerle ilişkilerini güçlendiren katılımcılara göre daha düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 3.27).

H8a: “Hastalıklar karşısında duaya yönelme kişileri sosyal açıdan etkilemektedir” hipotezi, “manevi destek”, “dini pratik olarak dua”, “geleneksellik”, “şefaath ve istek duası”, “tefekür”, “toplumsal dayanışma” boyutlarında kabul edilmiştir. “Alternatif tedavi” ve “modern inanç” boyutunda reddedilmiştir. *H8b: “Hastalıklar karşısında duaya yönelme kişileri sosyal açıdan etkilememektedir”* hipotezi reddedilmiştir.

Hastaların şifa arayışlarında gösterdiği dini yönelimlerin yanında sosyal ve psikolojik bazı eğilimleri de bu çalışma ile ortaya konulmaya çalışılmıştır. Araştırma sonucuna göre katılımcıların şifa bulma noktasında dua etme tutumlarının kendilerini sosyal açıdan etkilediğini göstermektedir. Günümüzde bireyler her ne kadar teknolojinin ilerlemesinden sonuna kadar faydalansalar da dini inançlarından ve sosyal bağlantılarından uzaklaşmamışlardır. Bireyler hastalandıkları dönemlerde en önemli desteği yine dini değerlerde ve dini değerlerin bir araya getirdiği sosyal topluluklarda bulmaktadırlar. Özellikle dua ile sıkıntısını dile getiren ve şifa bulmak için talepte

bulunan birey kendisini dua gruplarında, dini gruplarda, arkadaş, çevre ve dostlarının yanında daha çok güvende hissedebilmektedir. Buradan yola çıkılarak, hastalıklar karşısında duaya yönelme olgusunda sosyal açıdan etkilenmeyen kişilerin, sosyal açıdan etkilenen kişilere göre klasik sekülerleşme paradigmasına daha yakın bir tutum içinde oldukları ifade edilebilir. Hastalıklar karşısında duaya yönelme olgusunda sosyal açıdan etkilenen kişilerin ise, diğerlerine göre eklektik sekülerleşme paradigmasına daha yakın bir tutum sergiledikleri ifade edilebilir.

9- *Dua etme sıklıklarına göre, kişilerin duayı şifa olarak görme düzeyleri arasında önemli bir fark var mıdır?* şeklinde belirlenen dokuzuncu alt probleme ait sonuçlar;

Araştırma sonucuna göre; ara sıra dua edenlerin “manevi destek”, “alternatif tedavi”, “dini pratik olarak”, “geleneksellik”, “şefaath ve istek”, “modern inanç” ve “toplumsal dayanışma” düzeylerinin her zaman ve çoğunlukla dua eden katılımcılara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 3. 28).

H9a: “Sık dua yapan kişilerin duayı şifa olarak görme düzeyleri daha az dua yapan kişilere göre daha yüksektir” hipotezi “manevi destek”, “dini pratik olarak dua”, “geleneksellik”, “şefaath ve istek duası”, “toplumsal dayanışma” boyutlarında kabul edilmiştir. “Alternatif tedavi”, “modern inanç” ve “tefekür” boyutunda reddedilmiştir.

H9b: “Daha az dua yapan kişilerin duayı şifa olarak görme düzeyleri daha sık dua yapan kişilere göre daha yüksektir” hipotezi reddedilmiştir.

Çaresiz zamanlarda birey, matematiksel bir netice beklemeden bazı yönelişlere başlar. Daha önce dua etme davranışını çok sık gerçekleştirmeyen bireyler bile hastalıkla karşı karşıya kaldığında duaya yönelebilmektedirler. Hastalıklar bireyin fiziki ve ruhi durumunu etkiler ve bu nedenle hastanın dua etme anlayışı, sıklığı ve muhtevası değişiklik gösterir. Dua etme davranışını daha sık yapan katılımcıların hastalıkla karşılaştıklarında da çok dua etmeyen kişilere göre daha fazla duaya başvurdukları görülmektedir. Buradan yola çıkılarak çok az dua eden katılımcıların, daha sık dua eden katılımcılara göre hastalıklar karşısında duaya başvurma durumlarında klasik sekülerleşme paradigmasına daha yakın bir tutum içinde oldukları ifade edilebilir. Daha sık dua eden katılımcıların daha az dua eden katılımcılara göre, duaya şifa olarak başvurma düzeylerinin eklektik sekülerleşme paradigmasına daha yakın bir tutum içinde olduğu ifade edilebilir.

10- *Hastaneye gitme sıklıklarına göre, kişilerin duayı şifa olarak görme düzeyleri arasında önemli bir fark var mıdır?* şeklinde belirlenen onuncu alt probleme ait sonuçlar;

Araştırma sonucuna göre; sık sık hastaneye gidenlerin, hastaneye nadiren gidenler ve gitme sıklığı hakkında fikri olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 3. 29).

H10a: *“Hastaneye çok sık gidenlerin duayı şifa olarak görme düzeyleri, hastaneye daha az gidenlere göre daha yüksektir”* hipotezi “manevi destek”, “alternatif tedavi”, “dini pratik olarak dua”, “geleneksellik”, “şefaath ve istek duası”, “modern inanç”, “toplumsal dayanışma” boyutlarında kabul edilmiştir. Tefekkür boyutunda kabul edilmemiştir.

H10b: *“Hastaneye çok az gidenlerin duayı şifa olarak görme düzeyleri, hastaneye çok sık gidenlere göre daha yüksektir”* reddedilmiştir.

Hastaneye çok sık gitsin ya da gitmesin bireyler tarafından algılandığı hali ile katılımcılar duayı şifa olarak görmektedirler. Hastaneye gitme sıklığı arttıkça dua etme davranışının buna paralel artması ise modern ve geleneksel tedavilerin bir arada tercih edildiğinin göstergelerinden biri olarak değerlendirilebilir. Diğer taraftan hastaneye nadiren gidenlerin hastalıkları konusunda duyarsız oldukları ya da kuşkulu uygulamalara başvurmadıkları değerlendirmesine ulaşılabilir. Hastaneye nadiren gidenlerin alternatif tedavi yollarını da az kullandıkları görülmektedir. Bu durumun muhtemel nedenleri arasında hastalıklarını ihmal etme olabileceği gibi, sağlık hizmetlerinden yararlanmak için sosyal güvencesinin olmaması olabilir. Buradan yola çıkılarak hastalıklar karşısında duaya başvurma düzeylerinde hastaneye çok az gidenlerin, hastaneye gitme sıklığı fazla olanlara göre klasik sekülerleşme paradigmasına daha yakın bir tutum içinde oldukları ifade edilebilir. Hastalıklar karşısında duaya başvurma düzeylerinde hastaneye çok az gidenlerin, hastaneye gitme sıklığı fazla olanlara göre ise eklektik sekülerleşme paradigmasına daha yakın bir tutum içinde olduğu ifade edilebilir.

11- *Genel olarak sağlık durumlarını tanımlama şekillerine göre, kişilerin duayı şifa olarak görme düzeyleri arasında önemli bir fark var mıdır?* şeklinde belirlenen on birinci alt probleme ait sonuçlar;

Araştırma sonucuna göre; sağlık durumunu çok iyi olduğunu düşünen katılımcıların duayı şifa olarak görme düzeyleri, sağlık durumunu kötü olarak nitelendiren katılımcılara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 3.30).

H11a: “Sağlık durumlarını çok iyi olarak tanımlayanların, sağlık durumlarını kötü olarak tanımlayanlara göre duayı şifa olarak görme düzeyleri daha düşüktür” hipotezi, “manevi destek”, “alternatif tedavi”, “dini pratik olarak dua”, “geleneksellik”, “şefaaf ve istek duası”, “modern inanç”, “toplumsal dayanışma” boyutlarında kabul edilmiştir. “Tefekkür” boyutunda ise kabul edilmemiştir.

H11b: “Sağlık durumlarını çok kötü olarak tanımlayanların, sağlık durumlarını çok iyi olarak tanımlayanlara göre duayı şifa olarak görme düzeyleri daha düşüktür” hipotezi reddedilmiştir.

Genel olarak din ve maneviyatın özelde ise duanın insan sağlığında pozitif etkiler yaptığı görülmektedir. Dolayısı ile duayı temel alan yaklaşımlara olan ihtiyaç bu şekilde kendini belli etmektedir. İhtiyacı olmayan sağlıklı bireyler, duayı daha az şifa kaynağı olarak görürken, ihtiyacı olan kişilerin (hastalıkla mücadele veren, sağlığı kötü olan) duayı şifa olarak görme düzeyleri daha fazladır. İhtiyacın ortaya çıkması ile birlikte duaya olan inanç düzeyi de paralel olarak artmaktadır. Buradan yola çıkılarak sağlık durumlarını çok iyi olarak tanımlayanların, hastalıklar karşısında duaya başvurma durumlarının, sağlık durumunu kötü olarak tanımlayanlara göre klasik sekülerleşme paradigmasına daha yakın bir tutum içinde oldukları ifade edilebilir. Sağlık durumunu kötü olarak tanımlayanların ise sağlık durumunu iyi olarak tanımlayanlara göre eklektik sekülerleşme paradigmasına daha yakın bir tutum içinde olduğu ifade edilebilir.

12- *Kişisel açıdan etkilenme şekillerine göre, kişilerin duayı şifa olarak görme düzeyleri arasında önemli bir fark var mıdır?* şeklinde belirlenen on ikinci alt probleme ait sonuçlar;

Araştırma sonucuna göre hem fiziksel hem manevi olarak rahatladığını düşünen katılımcıların hastalıkta şifa olarak duaya başvurma düzeylerinin, hastalandığında hiç dua etmeyen katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 3. 31).

H12a: “Hastalandığında dua eden kişiler, hiç dua etmeyen kişilere göre manevi ve fiziksel açıdan rahatlamaktadırlar” hipotezi, “manevi destek”, “alternatif tedavi”, “dini pratik olarak dua”, “geleneksellik”, “şefaaf ve istek duası”, “modern inanç”,

“toplumsal dayanışma” boyutlarında kabul edilmiştir. “Tefekkür” boyutunda kabul edilmemiştir.

H12b: Hastalandığında dua eden kişiler, hiç dua etmeyen kişilere göre yalnızca manevi açıdan rahatlamaktadırlar” hipotezi yalnızca tefekkür boyutunda kabul edilmiştir. “Manevi destek”, “alternatif tedavi”, “dini pratik olarak dua”, “geleneksellik”, “şefaath ve istek duası”, “modern inanç”, “toplumsal dayanışma” boyutlarında kabul edilmemiştir.

H12c: “Hastalandığında dua eden kişiler, hiç dua etmeyen kişilere göre yalnızca fiziksel açıdan rahatlamaktadırlar” hipotezi tüm boyutlarda reddedilmiştir.

Manevi açıdan rahatladığını düşünen katılımcıların “tefekkür” düzeylerinin hastalandığında hiç dua etmeyen katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastalıkla karşılaşan bireyin dua etmesi durumunda duanın dua eden kişiyi hem fiziksel hem de manevi açıdan etkilediği görülmektedir. Buradan yola çıkılarak hastalıkları sırasında duaya başvurma durumlarında, hiç dua etmeyen kişilerin dua eden kişilere göre klasik sekülerleşme paradigmasına daha yakın bir tutum içinde oldukları ifade edilebilir. Dua eden kişilerin ise eklektik sekülerleşme paradigmasına daha yakın bir tutum içinde olduğu ifade edilebilir.

Çalışmamızda fiziksel açıdan iyileştiğini iddia edenlerin esasında hastalıklarını dua yolu ile iyileştirdiklerini ifade ettikleri görülmektedir. Bulgular ve tartışma bölümünde yer verdiğimiz yapılan kliniksel araştırmalar ve psikolojik çalışmaların neredeyse tamamı bunu ortaya koyma amaçlı yapılmıştır. Fakat duanın hastalıklar üzerinde iyileştirici etkisinden söz edebilmek için mutlaka belli koşullar altında incelenmesi gerekmektedir. Burada katılımcıların kendini daha iyi hissettiklerini ifade etmeye çalıştıkları düşünülmekte olup bu etkiden (fiziksel etki) söz edebilmek için bu katılımcıların ayrıca klinik deneysel ortam koşulları açısından değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Her dönemde dua ile şifa arayışları bireyler tarafından büyük bir ilgi ile karşılanmıştır. Fakat modernizmle beraber sekülerliğinde etkisi ile geleneksel şifacılık uygulamaları batıl ve hurafe olarak damgalanmış, toplum dışına itilmiştir. Alternatif tedavi ismi altında geleneksel şifa uygulamalarına seküler söylemin fırça darbeleri ile yeni ve farklı bir boyut kazandırılmıştır. Ayrıca sekülerliğin kendi boyaları ile yeniden renklendirilmiş ve yeni bir ürün gibi kurumsal çatılar altında piyasaya sürülmüştür.

Hastalandıklarında duaya başvuran kişilerin bu yola başvurmalarının altında yatan nedenin, modernizmle birlikte; bireylerin beden, zihin ve ruh üçlüsünden meydana gelen bir bütün olduğunu, bireyin kendini beden, zihnen ve ruhen çok daha iyi hissedeceği iddiaları ile farklı şifa tekniklerini uygulama eğilimine yönelten bakış açısidir. Araştırmadan elde edilen sonuçlara bakıldığında da bireylerin, ne modern tıbbı tam olarak reddettiği, ne de geleneksel şifa uygulamalarından uzak durmaya çalıştıkları görülmektedir. Bireyler her iki yönetime de sıcak yaklaşmakta olup bu tutumlarının eklektik sekülerleşme paradigmasının tezi ile paralellik arz ettiği ifade edilebilir.

Modern tıbbın, medikalleşme sürecinin de etkisi ile sekülerden kutsala doğru bir serüvene uzandığı ifade edilebilir. Modern tıp, dine ve dini söyleme alternatif olarak piyasaya sürdüğü sistemi, rasyonel bir zeminde arz ederek sekülerleşmenin taşıyıcısı konumundadır. Fakat medikalleşmenin de karşı konulamaz bir artan eğilimi ile beraber rasyonel çerçeve git gide kutsal bir içeriğe dönüşmüştür. Buradan yola çıkılarak günümüzde modern tıbbın, rasyonel uygulama basamakları, ahlaki ve dini bir yapıya bürünerek modern tıp ve dinin yakın ilişki içerisinde olmasına neden olmuştur. Araştırmadan elde edilen sonuçlar bu görüşü destekler niteliktedir. Zira katılımcıların yalnızca modern tıbbın sunduğu imkanlardan yararlanmadığı, bunun yanında geleneksel tedavi yollarından kabul edilen “dua”ya da başvurdukları ortaya konulmuştur. Bu sonuç modernizmin büyük bir inşa sürecinin çimentosu olarak kabul edilebilir. Süreç ile kastedilen sekülerleşme ve modernizasyondur. Sekülerleşme ile birlikte, ekonomik, kültürel, politik ve toplumsal alanların özellikle de hastalıkta şifa arayışlarının, mekanik ve holistik yeni bir evrenin koşul ve ilkelerine göre yeniden inşasını ifade etmektedir. Bu sosyolojik gerçeklerle beraber artık; geleneksel modernleşme, yeni toplumsal yapı ve sekülerleşme kuramlarının, tekrardan gözden geçirilmesi kaçınılmazdır. Diğer bir deyişle, din-modernite ilişkileri ile alakalı sosyal bilim araştırmalarında temel çerçeve olarak değerlendirilen sekülerlik kuramının, günümüzde yaşanan dini hareketliliği de açıklayabilecek biçimde yeniden tanımlanması gerekmektedir.

Araştırma neticesinde elde edilen bulgular, özelde araştırma yapılan bölge, genel de Türkiye’de yaşayanlarla ilgili bazı hizmet politikalarının oluşturulmasında önemli bir kaynak olarak görülmektedir. Değişen sosyokültürel yapı ile yeniden şekillenen toplumda, bireylerin hastalık sırasında başvurdukları geleneksel ve modern tutumlar konusunda elde edilen bu sonuçlar özellikle Sağlık Bakanlığı ve Diyanet İşleri

Başkanlığı'nın ortak yürüttükleri/yürütecekleri projelerin toplumsal ihtiyaçlar kapsamında ele alınması noktasında dikkate değer görülmektedir.

Bu çalışma Türkiye'de bireylerin hastalık karşısında şifa bulmada, duaya başvurularının sosyo-psikolojik açıdan değerlendirmesini yapmak için gerçekleştirilmiş ilk çalışma durumundadır. Fakat bir doktora tezinin tek bir çalışma ile bu konuyu açıklığa kavuşturmada yeterli olmayacağı düşünülmekte ve konu ile alakalı olarak daha ayrıntılı ve farklı tekniklerle araştırmalar yapılması gerekmektedir.

Son yıllarda tüm dünyada olduğu gibi alternatif/geleneksel tıbbı yönelim trendi başlamış olup insanlık tarihi kadar eski olan hastalıklara şifa bulma arayışı gündemdeki yerini korumaya devam etmektedir. Sosyal sistem içinde yer alan din de hastalıklarla mücadele noktasında birlik bilinci oluşturarak bütüne bağlılık duygusunu artırarak sosyal bütünleşmeyi sağlama görevini sürdürecektir. Özellikle Din Sosyolojisi ve Sağlık Sosyolojisi sahaları için değerli bulgular sunan ve bu iki alan arasında köprü vazifesi göreceğine inanılan bu araştırma, zorunlu olarak bazı sınırlılıkları da içerisinde barındırmaktadır. Bu nedenle bu konuda, ileride yapılacak çalışmalar için şu önerilerde bulunmak mümkündür:

Araştırmada kullanılan ölçek katılımcılara küçük grup oturumları veya birebir şeklinde uygulandığı için araştırma 489 katılımcıdan meydana gelen örneklem grubu ile sınırlıdır. Bu nedenle daha genellenebilir neticelerin elde edilebilmesi için ileride yapılacak çalışmalarda çok daha geniş örneklemle ulaşılması faydalı olacaktır.

Ulusal ve uluslararası çalışmalarda çoğunlukla Din Psikolojisi ve sağlık araştırmalarının, özelden dini başa çıkma eğilimlerinin psikolojik, duygusal, fiziksel açıdan fayda sağladığı vurgulanmıştır. Bu kapsamda Sağlık Sosyolojisi ve Din Sosyolojisi alanında psiko-sosyal uyum ilişkisi çalışılabilecek bir alan olarak bakır kalmakta; din sosyolojisinin sağlık sosyolojisi içerisindeki yerinin ve etkinliğinin araştırılması önemli görülmektedir.

Bu çalışmada, çıkan sonuçlar katılımcıların bireysel görüşleri doğrultusunda ölçümlenmiştir. Hastaların dini başa çıkma konusunda dua eylemlerinin gözlenmesi yolu ile yapılacak deneysel araştırmalar ile fiziksel iyileşmelerin değerlendirilmesi ve hastalık-dua-şifa ilişkisinin tespit edilmesi farklı sonuçlar ortaya çıkaracaktır.

Çalışma belirli bir zaman aralığında gerçekleştirilmiş kesitsel bir araştırmadır. Zaman geçtikçe katılımcıların, duygu, düşünce inanç ve tutumlarındaki değişimlerin de

yaşanacağı dikkate alınarak boylamsal araştırmaların yapılması da önemli sonuçlar ortaya çıkaracaktır.



KAYNAKÇA

- Adak, N. Ö. (2015). *Sağlık Sosyolojisi Kadın ve Kentleşme*. Antalya: Siyasal Kitabevi.
- Adıvar, A. A. (1980). *Bilim ve Din (İlim ve Din)*. İstanbul: Remzi Kitabevi
- Ahlback, T. (2008). *Postmodern Spirituality*. Based on Papers Read at the Symposium on Postmodern Spirituality Held at Åbo, Finland: ISSN 0582-3226, ISBN 978-952-12-2305-1.
- Ai, A. L., Dunkle, R. E., Peterson, C., & Boiling, S. F. (1998). The role of private prayer in psychological recovery among midlife and aged patients following cardiac surgery. *The Gerontologist*, 38(5), 591-601.
- Akalın, A. (2015). *Tanrısalsal Bir Ceza Olarak Hastalık*. <http://haber.sol.org.tr/blog/sinifin-sagligi/akif-akalin/tanrısalsal-bir-ceza-olarak-hastalik-105612>. Erişim Tarihi: 15.09.2020.
- Aladağ, B. (2000). *Yatan ve Ayakta Tedavi Gören Hastaların Sosyal Destek ve Sosyal Karşılaştırma Düzeyleri*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara
- Albayrak, A. (2007). Dindarlık Tipleri Açısından Dua Formları, *Marife Dergisi*, 7(2) s.197.
- Amant, Sonja St. (2003) *Faith by Demonstration: The Connection Between The History of Paranormal Phenomena and a New Age Spirituality*. State Un. of New York. College of Arts & Science. Department of History: Unpublished PhD. thesis.
- Ammerman, N. (2006). *Journeys of Faith: Meeting The Challenges in Twenty-First-Century America*, (Ed.). James L. Heft, USA: Fordham University Pres.
- Analyses of Consumption, Lifestyle, and Risk" Nettleton, Sarah and Burrows, Roger (Eds.) Routledge: New York
- Ann Moir- B. (2010). *Contemplative Prayer*, Encyclopedia Of Psychology Of Religion, David A. Leeming, Kathryn Madden, Stanton Marlan Edts., Usa, Spring Science + Business Media.
- 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.
- Argyle, M. & Hallahmı, B. B. (1975). The Social Psychology Of Religion, Ch.11, P.178-207, Çev. Alg Kuşat, Mehmet Korkmaz & İsmail Güllü, *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2004/1, S.16, s.247-280
- Argyle, M. (2006). *Psychology And Religion: An Introduction*. London And New York: Routledge.

- Arıkan, Y. (2017). Hitit Dini Üzerinde Bir İnceleme. *Dtcf Dergisi*, 38.1-2.
- Arslan, M. (2010). Seküler toplumlarda kutsal arayışları: geç modern dönemde büyü-din ilişkisinin sosyolojik analizi. *İÜ İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 1(1), 195-210.
- Arslantürk Z. ve Arslantürk, E.H. (2010). *Uygulamalı Sosyal Araştırma SPSS*, İstanbul: Çamlıca Yayınları.
- Asad, T. (2007). Varieties of Secularism: A Colloquium, *Social Research*, 3(8),20-44.
- Astin, J. A., Stone, J., Abrams, D. I., Moore, D. H., Couey, P., Buscemi, R., & Targ, E. (2006). The Efficacy Of Distant Healing For Human İmmunodeficiency Virus-- Results Of A Randomized Trial. *Alternative Therapies in Health & Medicine*, 12(6).
- Ata, G. (1988). *Tıp Tarihi, Türk Tarihinin Ana Hatları Eserinin Müsveddeleri VIII*. Bölüm. Bağdâdî, Hatîb, El- Kifâye Fî İlmi'r- Rivâye, Dâru'l- Kütübi'l- İlmiyye, Beyrut.
- Atay, T. (2012). *Din Hayattan Çıkar*, İstanbul: İletişim
- Atmaca, V. (2010). Eski Medeniyetlerde Günah-Hastalık İlişkisi veya Tanrının Gazabı Meselesi. *Atatürk Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, (34), 99-121.
- Aviles, J. M., Whelan, S. E., Hernke, D. A., Williams, B. A., Kenny, K. E., O'Fallon, W. M., & Kopecky, S. L. (2001). Intercessory prayer and cardiovascular disease progression in a coronary care unit population: a randomized controlled trial. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 76, No. 12, pp. 1192-1198). Elsevier.
- Aydınalp, H. (2018). *Din ve Dünyevîleşme: Kuzey Kıbrıs Örneği*. İstanbul: Çamlıca Yayınları.
- Aytaç, Ö. ve Kurttaş, M. Ç. (2014). Çalışan Kadınların Alternatif Tıbbı Bakış Açılarının Sosyolojik Analizi. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 16(2), 1-26.
- Baloğlu, B. (2005). Sağlık ve Sosyal Sınıflar. *Journal of Sociological Studies*, 2(31), 145-160.
- Baloğlu, B. ve Kirman, M. Ali (2010). *Secularization and New Religious Forms in Modern Turkey*, Paper presented at ISA Conference, Gothenburg, Sweden
- Baran, A. G. (2001). *Türkiye'de Yaşlılık Politikalarının Sosyolojik Analizi*. Ankara: 1. Ulusal Yaşlılık Kongresi Kitabı.
- Barnes, PM, Powell-Griner, E., McFann, K. ve Nahin, RL (2004, Haziran). Yetişkinler arasında tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı: Birleşik Devletler, 2002. *Seminars in Integrative Medicine* (Cilt 2, No. 2, s. 54-71). WB Saunders.

- Bash, A. (2004). Spirituality: The Emperor's New Clothes?. *Journal of Clinical Nursing*, 13 (1), 11–16.
- Başar, S. (2008). *Diyanet İşleri Başkanlığı'nın Yürüttüğü Cami Dışı Din Hizmetleri Kapsamında Hastanelerde Din Hizmeti ihtiyacı*. Ankara: Din Hizmetleri Sempozyumu, Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları: 763 İlmi Eserler: 124, Kasım 2008.
- Baumann, Z. (2005). *Bireyselleşmiş Toplum*. Çev: Yavuz Alagon, İstanbul: Ayrıntı Yay.
- Bayat, A. H. (2003). *Tıp Tarihi*, İzmir: Sade Matbaa.
- Bebek, A. (2004). *Din ve Düşünce Açısından Dua*. İstanbul: Rağbet Yayınları.
- Beck, U. (2011). *Risk Toplumu Başka Bir Modernliğe Doğru*, çev. K. Özdoğan & B. Doğan, İstanbul: İthaki Yayınları.
- Belek, İ., Nalçacı, E., Onuroğulları, H., Ardıç, F. (1998). *Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi.*, (2. Basım). İstanbul: Sorun Yayınları
- Bell, C. M. (1997). *Ritual: Perspectives and Dimensions*. Oxford University Press on Demand.
- Bell, D (2006). *Kutsalın Dönüşü. Laik Ama Kutsal*, Der.: A. Köse, İstanbul: Etkileşim Yayınları.
- Bell, D. (1997). The Return of Sacred The Argument on the Future of Religion, *British Journal of Sociology*, Vol.28, No.4.
- Bell, R., Lederman, N. G., & Abd-El-Khalick, F. (1997). Developing and acting upon one's conception of science: The reality of teacher preparation. In *Proceedings of the 1997 Annual International Conference of the Association for the Education of Teachers in Science* (pp. 429-448).
- Bellah, R. (1967). Civil Religion in America, *Daedalus, Journal of the American Academy of Arts and Sciences*, 96: 1-21.
- Berg, B. L., & Lune, H. (2019). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. Eğitim Yayınevi.
- Berger, P. L. (1993). *Dinin Sosyal Gerçekliği*. (Çev. A. Coşkun). İnsan Yayınları. İstanbul.
- Berger, P. L. (1996). Secularism in Retreat, *The National Interest*, 46, 4-5
- Berger, P. L. (2001). Reflections on the Sociology of Religion Today'. *Sociology of Religion*. 62 (4): 443-455.

- Berger, P. L. (2002). *Dinin Krizinden Sekülerizmin Krizine* (A. Köse, Çev.). A. Köse (Ed.), *Sekülerizm Sorgulanıyor* içinde (s. 75-94). İstanbul: Ufuk Yayınları
- Berger, P. L. ve Thomas Luckmann, (1967). *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. Garden City: Doubleday.
- Bertakis KD, Azari R. (2011). Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *J Am Board Fam Med*, 24(3):229- 39.
- Bertakis, KD, Franks, P. ve Epstein, RM (2009). Birinci Basamakta Hasta Merkezli İletişim: Hekim ve Hasta Cinsiyeti ve Cinsiyet Uyumu. *Kadın Sağlığı Dergisi*, 18 (4), 539-545.
- Bilton, T. (1996). *Eğitim. Gelen Giriş Sosyoloji* (s. 329-373). Palgrave, Londra.
- Bilton, T., Bonnett, K. Jones, P. Lawson, T., Skinner, D., Starworth, M., & Webster A. (2008). *Sosyoloji*, Çeviri Editörü. Kemal İnal, İstanbul: Siyasal Yayınevi
- Bradby, H. (2009). *Medical Sociology: An Introduction*. London: SAGE Publications.
- Breslin, M. J., & Lewis, C. A. (2008). Theoretical models of the nature of prayer and health: A review. *Mental health, religion and culture*, 11(1), 9-21.
- Brown, L. B. (1994). *The human side of prayer*. Birmingham, Ala: Religious Education.
- Bruce, S. (1992). *Religion and Modernization: Sociologist and Historians Debate the Secularization Thesis*, (Oxford: Clarendon Pres, 1992), 6.
- Bruce, S. (2002). *God is dead: Secularization in the West* (Vol. 3). Oxford: Blackwell Publishing.
- Bruce, S. (2003). The demise of Christianity in Britain. *Predicting religion: Christian, secular and alternative futures*, 53-63.
- Burrows, R., Nettleton, S., & Bunton, R. (1995). Sociology And Health Promotion: Health, Risk And Consumption Under Late Modernism. *The Sociology Of Health Promotion: Critical Analyses Of Consumption, Lifestyle And Risk*, 1-12.
- Butler, J. (1999). *Awash in a Sea of Faith*, (London: Harward University Pres,1999): akt. Martin, On Secularizatidn Towards a Revised General Theory, 18.
- Büken, N.Ö. (2011). Kadın Bedeninin Tıbbileştirilmesi.” *Sağlığın Sesi Gazetesi*, Ağustos – Eylül 15.
- Büyüköztürk, Ş. (2009). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı* (10. Baskı) Ankara: Pegem A Akademi.
- Büyüköztürk, Ş. (2010). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı*, Handbook of data analysis for the social sciences] Ankara: Pegem.

- Cadge, W., & Daglian, M. (2008). Blessings, Strength, And Guidance: Prayer Frames In A Hospital Prayer Book. *Poetics*, 36(5-6), 358-373.
- Campbell, C. (1987). *Romantik ahlak ve modern tüketimciliğin ruhu* (s. 123). Oxford: B. Blackwell.
- Capra, F. (1989). *Uncommon wisdom: Conversations with remarkable people*. Flamingo, s. 138.
- Carrel, A. (1961). *Dua*. Çev. Alper Yüçetürk. İstanbul: Yağmur Yayınları.
- Certel, H. (2003). *Din Psikolojisi*, Ankara, Andaç Yay.
- Chadwick, O. (1976), *The Secularization of the European Mind in the Nineteenth Century*, Cambridge: Cambridge University Pres.
- Choi, K. A. (2006). *The Relationship Among Adult Attachment, Attachment To God, And Prayer*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Biola Üniversitesi, Usa.
- Cirhinlioğlu, Z. (2003). Post-Modern Çözülüş ve Sağlık. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(1), 131-148.
- Cirhinlioğlu, Z. (2016). *Sağlık Sosyolojisi*. Ankara: Nobel Yayıncılık
- Cirhinlioğlu, Z. ve Cirhinlioğlu, F. G. (2011). *Postmodern Sağlığın Yükselişi ve Düşüşü, Beden Sosyolojisi*. Ed. Kadir Canatan, İstanbul: Açılım Kitap, 395-412.
- Coe, R. M. (1970). *Sociology of Medicine*. New York: McGraw-Hill.
- Collip, P. J. (1969). The Efficacy Of Prayer: A Triple-Blind Study, *Medical Times*, 97, 201 – 204
- Comte, A. (2001). *Pozitif Felsefe Kursları*, çev.E. Ataçay, İstanbul: Sosyal yayınları
- Conrad, P., (1992). Medicalization of Social Control, *Annual Review of Sociology*, (18): 209-232
- Coward, R. (1989). *Kadınlık Arzuları. Günümüzde Kadın Cinselliği*. Çev. Alev Türker. İstanbul: Ayrıntı Yayınevi.
- Creswell, John W. (2013). *Nitel, Nicel ve Karma Yöntem Yaklaşımları: Araştırma Deseni*, Çev. Edt. S. Beşir Demir, Ankara: Eğiten Kitap.
- Çağatay, N., (1982). *İslam Öncesi Arap Tarihi ve Cahiliye Çağı*. Ankara: TTK Yayınları.
- Çelik, R. ve Erdem, R. (2016). Hekimin Değişen Kimliği Çerçevesinde Sağlığın Kültürleşmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 7(16): 61-74.
- Çerik, O. (2007). Yaşlılıkta Sosyal ve Manevî Bakım. *Yaşlılık Dönemi ve Problemleri*, 9-10.

- Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G., & Büyüköztürk, Ş. (2016). *Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve LISREL Uygulamaları*, 2. Baskı, Pegem Akademi Yayıncılık, Ankara.
- Davies, P. (1995) *Tanrı ve Yeni Fizik*. (Çev. M. Temelli). İm Yayınları. İstanbul.
- De Vaus, D. A. (1990). *Surveys in social research* (Vol. 11).
- Demerath, N. J. (2000). The Varieties of Sacred Experience: Finding the Sacred in a Secular Grove, *JSSR.*, 39(1), 2-3.
- Demirsoy N, Değirmen N, Kırımlioğlu N. (2011). The Place And İmportance Of The Concept Of Holism İn Health Services: Review, *Turkiye Klinikleri J Med Ethics* 19(3):164-174.
- Demirsoy, N. (2014). Eski uygarlıklardan günümüze yansıyan holistik tıp uygulamaları. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*, 22(3), 106-119.
- Deppe, H-U. (2011). *Sağlık Hizmetlerinin Doğası: Metalaşmaya Karşı Dayanışma, Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları*, Çev. Umut Haskan, İstanbul: Yordam Kitap.
- Dobbelaere, K. (1981). *Secularization: A Multi-Dimensional Consept*, London: Sage.
- Doğan, M. (1998). *Psiko-Sosyal Açıdan İman (Dini İnanç)-Amel (Dini Davranış) İlişkisi*, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Ondokuzmayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Samsun.
- Durgun, B. (1997). Yaşlılara Sunulan Hizmetler ve İstanbul Kentinde Duruma İlişkin Bir Araştırma. İstanbul: Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Salık Kurumlan Yönetim Bilim Dalı.
- Durkheim, E. (1985). *Sosyolojik Yöntemin Kuralları* (Cilt 86). Akal Basımları.
- Eisenberg, D. M., Kessler, R. C., Foster, C., Norlock, F. E., Calkins, D. R., & Delbanco, T. L. (1993). Unconventional medicine in the United States--prevalence, costs, and patterns of use. *New England journal of medicine*, 328(4), 246-252.
- Ekber, M. A. (1994). *Alternatif Tıbbı Nasıl Bir Gelecek Bekliyor?* S. Demirci (Ed.), *Modern Tıbbın Ötesi* içinde (s. 123-130). İstanbul: İnsan Yayınları.
- Eliade, M. (2003) *Dinler Tarihine Giriş*. (L. Arslan). Kabalcı Yayınları. İstanbul
- Ellison C. G. (1995). Religion in Aging and Health: Theoretical Foundations and Methodological Frontiers. *Thousand Oaks, CA, Sage*, pp. 78-121.
- Ellison, C. G. (1995). Race, religious involvement and depressive symptomatology in a southeastern US community. *Social Science & Medicine*, 40(11), 1561-1572.

- Erbaydar, T. (2001). Sağlık; Kimin İçin? *Toplumbilim* (13), 49-58.
- Erdemir, A. D. (2015). *Prehistorik ve İlk Çağlarda Tıp* (C. 1). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi Yayınları.
- Ersoy, R. (2014). Modernizm-Postmodernizm Bağlamında Geleneksel Tıp Uygulamalarının Güncelliği Üzerine Bir Değerlendirme. *Millî Folklor*, 26(101).182-192.
- Ertit, V. (2013). Sekülerleşme Teorisinde Bilim ve Din İlişkisine Farklı Bir Yaklaşım. *Journal of Social Sciences Eskisehir Osmangazi University/Eskisehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(2).
- Evangelos P., Fusar-Poli, P., Stahl, D., Rocchetti, M., Carpenter, W., Shergill, S., & McGuire, P. (2015). Treatments of negative symptoms in schizophrenia: meta-analysis of 168 randomized placebo-controlled trials. *Schizophrenia Bulletin*, 41(4), 892-899.
- Featherstone, M. (1999). The Body in Consumer Culture. *The Body Social Process and Cultural Theory*, (Ed. Mike Featherstone. Mike Hepworth. Bryan S. Turner). Sage Publications.
- Fenn, R. K. (1969). The Secularization of Values: An Analytical Framework for the Study of Secularization. *Journal for the Scientific Study of Religion* 8, (1), 112-124.
- Fenn, R. K. (1972). Toward a new sociology of religion. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 16-32.
- Finney, J. R., & Malony, H. N. (1985). An empirical study of contemplative prayer as an adjunct to psychotherapy. *Journal of Psychology and Theology*, 13(4), 284-290.
- Fişek, N. H. (1989). *Türk halkının sağlık düzeyi nasıl yükseltilebilir?*. Türkiye Sosyal Ekonomik Siyasal Araştırmalar Vakfı.
- Fitzpatrick, R. (2008). Society and Changing Patterns of Disease. G. Scambler (Ed.), *Sociology As Applied To Medicine* içinde (s. 3-17). London: Saunders Elsevier.
- Foucault, M. (2002). Kliniğin Doğuşu. Ş. Ünsaldı (Ed.) içinde. Ankara: Epos Yayınevi.
- Freeman J. (2005). Towards a definition of holism. *Br J Gen Pract*, 55(511):154-155.
- Galton, F. J. (1872). *Statistical Inquiries into the Efficacy of Prayer*. The Fortnightly Review, 12, 125–35. Hickman, S., P. Watson and R. Morris (1996) Optimism, Pessimism, and the Complexity of.
- Geertz, C. (2012). *İki Kültürde İslam: Fas ve Endonezya 'da Dinî Değişim*, (Çev. M. M. Şahin). İstanbul: Küre Yayınları.

- Gencer, B. (2012), *İslam'da Modernleşme 1839-1939*, Ankara, Doğu-Batı Yayınları.
- Giddens, A. (2010). *Modernliğin Sonuçları*. (Çev. E. Kuşdil), İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Giddens, A. (2005). *Sosyoloji*. (Yay.haz. Cemal Güzel). Ankara: Ayraç Yayınevi
- Giddens, A. (2011). *Sosyolojinin Savunusu*, Çev. İbrahim Kaya, İstanbul: Say Yayınları.
- Giddens, A. (2012). Sosyoloji. H. Özel, A. Sönmez, Z. Mercan, İ. Yılmaz, E. Rızvanoğlu, M. A. Sarı, Ş. P. Güzel ve M. Özcan (Eds.) içinde. İstanbul: Kırmızı Yayınları
- Glock, C. Y. ve Bellah. R. (1976). *The New Religious Consciousness*. Berkeley: University of California Press.
- Greeley, A. (1970). Superstition. Ecstasy and Tribal Consciousness'. *Social Research*. 37: 203-11
- Güler, Ç. (1990). İnsan Ekonomi ve Sağlık. *Sağlık ve Toplum*. 4(4), 35.
- Günay, Ü. (1998). *Din Sosyolojisi*, İstanbul: İnsan.
- Gürbüz, S. ve Şahin F. (2017). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*, Ankara: Seçkin Yayınevi.
- Harkness, E. F., Abbot, N. C., & Ernst, E. (2000). A randomized trial of distant healing for skin warts. *The American journal of medicine*, 108(6), 448-452.
- Haviland, W. (2002). *Kültürel Antropoloji*. Çev. Hüsamettin İnaç). İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Hefner, Robert W. (1998). *Secularization and Citizenship in Muslim Indonesia, Religion, Modernity and Postmodernity*, (Ed.), P. Heeles, Oxford: Blackwell.
- Heiler, F. (1932). *Prayer: A Study In The History and Psychology Of Religion* (Vol. 16). Oxford University Press.
- Helman, C. G. (1981). Genel pratikte hastalığa karşı hastalık. *JR Coll Gen Pract*, 31 (230), 548-552.
- Hewitt, M. (1999). Bio-politics and Social Policy: Foucault's Account of Welfare. *The Body Social Process and Cultural Theory*. (Ed. Mike Featherstone, Mike Hepworth, Bryan S. Turner). Sage Publications.
- Hollywell, C., & Walker, J. (2008). Private prayer as a suitable intervention for hospitalised patients: a critical review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 18(5), 637-651.

- Horozcu, Ü. (2010). *Din Psikolojisi Açısından Dünyevi İstek Duaları*. (Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2010.
- Hökelekli, H. (1993). *Din Psikolojisi*, Ankara: Türkiye Diyanet Vakfı Yayınları,
- Hunter, J. D. (1981) ,The New Religions: Demodernization and the Protest against Modernity'. *The Social Impact of the New Religious Movements*. (ed. B. Wilson). New York: The Rose of Sharon Press: 1-19.
- Hutchinson M (1997) Healing the whole person: the spiritual dimension of holistic care. [Http://Members.Tripod.Com/~Marg_Hutchison/Nurse-4.Html](http://Members.Tripod.Com/~Marg_Hutchison/Nurse-4.Html)
- Illich, I. (1995). Die Nemesis der Medizin. *Die Kritik der Medikalisierung des Lebens*, 4, 32.
- İllich, İ. (2014). *Sağlığın Gasbı*. S. Sertabiboğlu (Ed.) içinde. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Janse Van Rensburg, A. J., Myburgh, C. P. H., Szabo, C. P., & Poggenpoel, M. (2013). The role of spirituality in specialist psychiatry: A review of the medical literature. *African Journal of Psychiatry*, 16(4), 247-255.
- Johnson, S. C., & Spilka, B. (1991). Coping with breast cancer: The roles of clergy and faith. *Journal of Religion and Health*, 30(1), 21-33.
- Joyce, C. R. B., & Welldon, R. M. C. (1965). The objective efficacy of prayer: a double-blind clinical trial. *Journal of Chronic Diseases*, 18(4), 367-377.
- Kaplan, M. (2010). Sağlık ve Kültürün Buluştuğu Alan: Tıbbî Antropoloji. *Folklor/Edebiyat*, 16(64), 225-235.
- Kaplan, M. (2011). Halk Tıbbının Kökenleri: Teşhisten Tedaviye Din ve Büyü İlişkisi. *Millî Folklor*, 23(91), 150-156.
- Kara, Z. (2012). Günahkâr Bedenlerden Referans Bedenlere: İslam'da Beden Algısı Üzerine Sosyolojik Bir Değerlendirme. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 2(1), 31-56.
- Karasar, N. (2002). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*, (11. Baskı), Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Karasar, N. (2007). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Kasapoğlu, A. (2001). Güncel Sosyal Sorunlar ve Sağlık, Sağlık Sosyolojisi Özel Sayısı, *Toplumbilim Dergisi*, 13, 21-34.
- Kızılcılık, S. (1995). *Kırsal ve Kentsel Kesimdeki Sağlık Sisteminin Sosyolojik Açısından Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi*, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- King, D. E., & Bushwick, B. (1994). Beliefs and Attitudes Of Hospital İnpatients About Faith Healing And Prayer. *Journal Of Family Practice*, 39(4), 349-352.
- King, U. (2002). A Response To Reflections On Buddhist And Christian Religious Practices. *Buddhist-Christian Studies*, 22, 105-112.
- Kirman, M. A. (2005). *Din ve Sekülerleşme*. Adana: Karahan Kitabevi.
- Knight, C. (1985). Menstruation As Medicine. *Social Science & Medicine*, 21(6), 671-683.
- Koenig, H. G., Pargament, K. I., & Nielsen, J. (1998). Religious Coping And Health Status İn Medically İll Hospitalized Older Adults. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*, 186(9), 513-521.
- Koenig, H., Koenig, H. G., King, D., & Carson, V. B. (2012). *Handbook of religion and health*. Oup Usa.
- Korkmaz, A. (2010). Hastanede dinî hayat: teorik çerçeve. *Necmettin Erbakan Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 29(29), 283-311.
- Köker, L. (2000). *Modernleşme Kemalizm ve Demokrasi*, İstanbul: İletişim Yayınları.
- 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.
- Köse, A (2002). *Sekülerden Kutsala Yolculuk*. Sekülerizm Sorgulanıyor, Der. A. Köse, İstanbul: Ufuk Yayınları
- Krucoff, M. W., Crater, S. W., Gallup, D., Blankenship, J. C., Cuffe, M., Guarneri, M., & Pichard, A. (2005). Music, İmagery, Touch, And Prayer As Adjuncts To İnterventional Cardiac Care: the Monitoring and Actualisation of Noetic Trainings (MANTRA) II randomised study. *The Lancet*, 366(9481), 211-217.
- Kurtkan B. A. (1982). *Sosyal İlimler Metodolojisi*, İstanbul: Filiz Kitabevi. s. 203.
- Laird, S. P., Snyder, C. R., Rapoff, M. A., & Green, S. (2004). Measuring Private Prayer: Development, Validation, and Clinical Application of the Multidimensional Prayer Inventory. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 14(4), 251-272.
- Larson, J. S. (1999). The Conceptualization of Health. *Medical Care Research and Review*, 56(2), 123-136.
- Leech, N. L. ve Onwuegbuzie. (2007). "An Array of Qualitative Data Analysis Tools: A Call For Data Analysis Triangulation", *School Psychology Quarterly*, Vol. 22, Num. 4, pp. 557-584.

- Levine, E. G. (2008). Prayer As Coping: A Psychological Analysis”, *Journal Of Health Care Chaplaincy*, 2008, Xv, Sy. 2, S. 80-98
- Lichterman, P. (1992). Self-help reading as thin culture. *Media Culture Society*, 1992 (14): 421-447.
- Lindemann, M. (2013). *Erken Modern Avrupa'da Tıp ve Toplum*. M. Doğan (Ed.) içinde. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları
- Luckmann, T. (1967). *The Invisible Religion*, London: Macmillan Company.
- Luckmann, T. (1971). *Belief, Unbelief and Religion*, (Ed.). Capolane and Grumellie, *The Culture of Unbelief*, 28.
- Luckmann, T. (1999). The Religious Situation in Europe: The Background to Contemporary Conversions, *Social Compass*, 46(3), 251-258.
- Luckmann, T. (2003). Transformations of Religion and Morality in Modern Europe”, (275-285), *Social Compass*, 50(3), 278.
- Maltby, J., Lewis, C. A., & Day, L. (2008). Prayer And Subjective Well-Being: The Application Of A Cognitive-Behavioural Framework. *Mental Health, Religion And Culture*, 11(1), 119-129.
- Manfredi, C., & Pickett, M. (1987). Perceived stressful situations and coping strategies utilized by the elderly. *Journal of Community Health Nursing*, 4(2), 99-110.
- Margotta, R. (1998). *Tıp Tarihi*, (Çev. Nilgün Güdücü), İstanbul: Hürriyet Gazetecilik ve Matbaacılık.
- Marly, M. E. (2003). *Our Religio-Secular World*, *Daedalus*, On Secularism&Religion,42-48, (Summer 2003), No.132;3, <http://www.stor.org/discover/10.2307/20027857?>. Erişim:20.09.2020.
- Marshall, G. (1999). *Sosyoloji Sözlüğü*. (Çev. O. Akınhay, D. Kömürçü). Bilim ve Sanat Yayınları. Ankara.
- Martin, D. (1969). *The Religious and the Secular*, London: Routledge&Kegan.
- Martin, D. (1991). The Secularization Issue: Prospect And Retrospect, *The British Journal of Sociology*, 42(3), 470.
- Martin, D. (2005). *On Secularization Towards a Revised General Theory*. USA: Ashgate.
- Mataragnon, R. H. (1985). *Modernization and Religion: Must They Move in Different Direction?*, The Many Faces of Religion and Society, (ed.) M. Darrol Bryant / Rita H. Mataragnon, A New Era Book.

- Matthews, D. A., Marlowe, S. M., & MacNutt, F. S. (2000). Effects of intercessory prayer on patients with rheumatoid arthritis. *Southern Medical Journal*, 93(12), 1177-1186.
- Mechanic, D. (1990). Promoting health. *Society*, 3(4), 16-22.
- Meraviglia, M. G. (2001). *The Mediating Effects Of Meaning In Life And Prayer On The Physical And Psychological Responses Of People Experiencing Lung Cancer*. Unpublished Doctoral Thesis, Teksas Üniversitesi, Usa.
- Mickley, J. R., Soeken, K., & Belcher, A. (1992). Spiritual Well-Being, Religiousness And Hope Among Women With Breast Cancer. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 24(4), 267-272.
- Mollaoğlu, H. (2013). Hastane Hizmetleri Bağlamında Manevi Bakım ve New York Healthcare Chaplaincy Örneği, Ankara Üniv. Sosyal Bilimler Enst. Yüksek Lisans Tezi, Ankara
- Motak, D. (2008). Postmodern Spirituality and the Culture of Individualism. Finland: Postmodern Spirituality Based On Papers Read At The Symposium On Postmodern Spirituality Held At Åbo. On 11–13 June.
- Moulin, A. M. (2013). *Tibbin Karşısında Beden* (S. Özen, Çev.). A. Corbin, J.-J. Courtine ve G. Vigarello (Ed.), *Bedenin Tarihi 3* içinde (s. 15-57). İstanbul: Yapı Kredi Yayınları.
- Murphy, John W. (2000). *Postmodern Sosyal Analiz ve Postmodern Sosyal Eleştiri*, çev. Hüsamet Arslan, İstanbul: Paradigma Yayınları.
- Naisbitt, J. ve Abordene, P. (1990) *Megatrends 2000 Büyük Yönelimler*. (Çev. E. Güven) Form Yayınları: İstanbul.
- Neuman, W. L., & Kreuger, L. (2003). *Social work research methods: Qualitative and quantitative approaches*. Allyn and Bacon.
- Nikiforuk, A. (2016). *Mahşerin Dördüncü Atlısı: Salgın ve Bulaşıcı Hastalıklar Tarihi* (S. Erkanlı, Çev.). İstanbul: İletişim Yayınları. (Orijinal çalışma 1991 yılında yayımlanmıştır).
- Norris, P.&Ronald, I., *Sacred and Secular, Religion and Politics Worldwide*. NewYork: Cambridge University Press.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill.
- O'laoire, S. (1993). *An Experimental Study Of The Effects Of Intercessory Prayer At-A Distance On Self Esteem, Anxiety And Depression*, Unpublished Doctoral Thesis Institute Of Transpersonal Psychology, California.

- O'sullivan, T. (2010). Meditation, *Encyclopedia Of Psychology Of Religion*, David A. Leeming, Kathryn Madden, Stanton Marlan Edts., Usa, Spring Science + Business Media.
- Oğuz, Y. N. (1994). Alternatife Uedicine Be An Alternative For Medicine. *Turkiye Klinikleri J Med Ethics*, 2, 8-11.
- Okumuş, E. (2008). Marifetname'de Beden. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 8(1), 9-43.
- Okumuş, E. (2009). *Bedene Müdahalenin Sosyolojisi. Şarkiyat İlmi Araştırmalar Dergisi* (2), 1-15.
- Ole P. R. (2012). *Din Sosyolojisinde Metot*, Çeviri Editörü, İhsan Çapcıoğlu, Ankara: İmge Kitabevi.
- Oswalt, C. (2006). Seküler Çan Kuleleri, Laik Ama Kutsal, (der.) Ali Köse, İstanbul: Etkileşim Yayınları.
- Owen MJ, Holmes CA. (1993). Holisim in the discour a of nursing. *J Advanced Nursing* 1993;18(11):1688-1695.
- Öncül, K. (2011). *Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi Halk Hekimliği (Kars-Iğdır)* Kars: Kafkas Üniversitesi Türk Halkbilimi Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları
- Özçelik, N. A. (2002). *Sağlık Sosyolojisi, Kadın ve Kentleşme*. İstanbul: Birey Yayıncılık.
- Özdemir G. Y ve Özdemir A. M. (2006). "Medya ve Sağlık: Patolojik Bir İlişki", *Toplum ve Hekim*, 21(1).
- Özen, S. (1994). Sağlık ve Sosyo-Kültürel Yapı Değişkenleri. *Sosyoloji Dergisi*, 5(5), 133.
- Özkan, İ. A. ve Kulakaç, Ö. (2009). Complementary and Alternative Medicine İn Gynecologic Oncology: A Critical Review Of The Literature. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 29(6), 1695.
- Özkan, T. S. (2012). Theoretical Approaches on the Faith Element of Healing Under Traditional Medicine Psychosomatic Medicine, Placebo Effect, Quantum Healing. *Milli Folklor*, (95), 307-314.
- Özsan, G. (2001). Geleneksel ve Modern Tıp Üzerine. *Toplumbilim, Sağlık Sosyolojisi Özel Sayısı* (13), 77-80.
- Parsons, T. (1963). *Christianity and Modern Industrial Society*. New York: Free Press.
- Parsons, T. (2001). Sağlık ve Hastalık: Sosyolojik Bir Eylem Perspektifi. *Toplumbilim, Sağlık Sosyolojisi Özel Sayısı* (13), 99-107.

- Peker, H. (1993). *Din Psikolojisi*, Samsun: Sönmez Matbaası.
- Punch, K. F., & Etöz, Z. (2011). *Sosyal Araştırmalara Giriş: Nicel ve Nitel Yaklaşımlar*. (Çevirenler, Dursun Bayrak, H. Bader Arslan, Zeynep Akyüz), Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Ragsdell B, Tapley M. (2014). An Audit To Evaluate The Assessment Of Spirituality For Patients Admitted To Willow Wood Hospice Inpatient Unit. *BMJ Support Palliat Care*, 4(1), 1-110.
- Rhee, S. M., Garg, V. K., & Hershey, C. O. (2004). Use Of Complementary And Alternative Medicines By Ambulatory Patients. *Archives of Internal Medicine*, 164(9), 1004-1009.
- Ridge, D., Williams, I., Anderson, J., & Elford, J. (2008). Like a prayer: the role of spirituality and religion for people living with HIV in the UK. *Sociology of Health & Illness*, 30(3), 413-428.
- Rivers W. H. (2004). *Medicine, Magic and Religion*. (1. Baskı). İstanbul: Epsilon Yayınları.
- Robbins, M., Francis, L. J., & Edwards, B. (2008). Prayer, personality and happiness: A study among undergraduate students in Wales. *Mental Health, Religion and Culture*, 11(1), 93-99.
- Robertson, R. (2003). Küreselleşme ve Geleneksel Dinin Geleceği. *Dini Araştırmalar*. (Çev. İ. Çapçioğlu). 6 (17): 351-360.
- Robson, R. (2000). Koordinasyon Polimerlerine Ağ Tabanlı Bir Yaklaşım. *Kimya Derneği Dergisi, Dalton İşlemleri*, (21), 3735-3744.
- Saltık Ö., T. (2012). Geleneksel Tıpta İyileşmenin İnanç Boyutu Üzerine Kuramsal Yaklaşımlar: Psikosomatik Tıp, Plasebo Etkisi ve Kuantum İyileşme. *Milli Folklor*, 24(95), 308-310.
- Saltık, A. (2012). *Sağlık Sosyolojisi Ders Notları*, Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Scherer, R. F., Luther, D. C., Wiebe, F. A., & Adams, J. S. (1988). Dimensionality of coping: Factor stability using the ways of coping questionnaire. *Psychological Reports*, 62(3), 763-770.
- Schimmel, A. (1955). *Dinler Tarihine Giriş*. (Çev. Hüsametdin İnaç- Seda Çiftçi), İstanbul: Guven Matbaası.
- Schimmel, A. (1999). *Dinler Tarihine Giriş*, İstanbul: Kırkambar Yayınları.
- Sencer, M., & Sencer, Y. (1978). *Toplumsal Araştırmalarda Yöntembilim*. Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü.

- Sevimli Ş. (2005). *The Concept of Hygeine and its Evolution İn Anatolian Civilizations*, (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Adana: Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü.
- Sezgin, D. (2011). *Tibbileştirilen Yaşam Bireyselleştirilen Sağlık*. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Sherkat, D. E. & Ellison, C. G. (2004). Din Sosyolojisinde Son Gelişmeler ve Gündemdeki Tartışmalar (Çev. İ. Çapcıoğlu). Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi XLV (1), 225-262.
- Shilling, C. (1993). *The Body and Social Theory*. SAGE Publications.
- Sloan, R., Bagiella, E. ve Powell, T. (1999). Religion, Spirituality and Medicine. *The Lancet*, 353(9153), 664-668.
- Sodestrom, K. E., & Martinson, I. M. (1987). Patients' Spiritual Coping Strategies: A Study Of Nurse And Patient Perspectives. In *Oncology Nursing Forum*, 14(2), 41-46.
- Sönmez, M. (2011). *Paran Kadar Sağlık Türkiye'de Sağlıkın Ticarileşmesi*. İstanbul: Yordam Kitap
- Sözen, M. F. (2009), *Doğu Anlatı Gelenekleri ve Türk Sinemasının Aidiyeti*, *Türk Dünyası Sosyal Bilimler Dergisi*, 50, 142-145.
- Spring, H. J. (2002). *Encountering God: A Grounded Theory Of Prayer İn İllness*. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Florida University, Usa.
- Stark, R. (1994). A Supply-Side Reinterpretation of the 'Secularization' of Europe. *Journal fort he Scientific Study of Religion* 33, (3), 230-252.
- Stark, R. ve Bainbridge, W. S. (1985) *The Future of Religion: Secularization. Revival and Cult Formation*. Berkeley: University of California Press.
- Stark, R. ve Bainbridge, W. S. (1996) *A Theory of Religion*. New Brunswick. N J: Rutgers University Press.
- Subaşı, N. (2004). *Gündelik Hayat ve Dinsellik*, İstanbul: İz Yayıncılık.
- Swatos, W. H. ve Christiano, K. J. (1999). Secularization Theory: The Course of A Concept. *Sociology of Religion*, 60(3), 209-223.
- Şafak, E., & Bayık, A. (2004). Hemşirelik ve Manevi Bakım. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(1), 37-43.
- Şahin, A., (2006). Din Kaynaklı Stres Üzerine Bir Araştırma, *Selçuk Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 2(5), 96-100.

- Şar, S. (1989). Halk Hekimliğinin Dünü ve Bugünü. *Türk Halk Hekimliği Sempozyumu Bildirileri*, 221-231.
- Tabachnick, BG ve Fidel, LS (2007). Temel ANOVA: *Varsayımların Analizi ve Testlerinin Mantığı*. BG Tabachnick ve LS Fidel'de (Eds.), *ANOVA Kullanılarak Deneysel Tasarım*, Belmont, CA: Thompson Brooks / Cole
- Taplamacıoğlu, M. (1983). *Din Sosyolojisi*, 3. Baskı. Ankara: Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Yayınları.
- Taylor, C. (2007). *Secular Age*. Cambridge: Belknap Press.
- TDK, (2018). *Güncel Türkçe Sözlük*, www.tdk.gov.tr, Son Erişim, 18.09.2020
- TDK, (2018). *Büyük Türkçe Sözlük*, www.tdk.gov.tr, Son Erişim, 18.09.2020
- Tschannen, O. (1991). The Secularization Paradigm: A Systematization. *Journal for the Scientific Study of Religion* 30, (4), 395-415.
- Turner, B. S. (1999). The Discourse of Diet, *The Body Social Process and Cultural Theory*. (Ed. Mike Featherstone. Mike Hepworth. Bryan S. Turner). Sage Publications.
- Turner, B. S. (2008). *The Body & Society: Explorations in Social Theory*. London: Sage Publications.
- Turner, B. S. (2011). *Tıbbî Güç ve Toplumsal Bilgi*. Ü. Tatlıcan (Ed.) içinde. Bursa: Sentez Yayıncılık.
- Turner, S. Bryan (2001). *Kapitalizm Sınıf ve Hastalık*. Çev. Aylın Dikmen. Toplum Bilim Sağlık Sosyolojisi Özel Sayısı. Sayı:13.
- Turton, D. W., & Francis, L. J. (2007). The relationship between attitude toward prayer and professional burnout among Anglican parochial clergy in England: Are praying clergy healthier clergy?. *Mental Health, Religion & Culture*, 10(1), 61-74.
- Türkdoğan, O. (1991). *Kültür ve Sağlık-Hastalık Sistemi, Doguda Bir Kasabanın Tıbbi Sosyoloji Açısından İncelenmesi*, İstanbul: Millî Eğitim Bakanlığı Yayınları.
- Türkdoğan, O. (2006). *Toplumsal Yapı ve Sağlık-Hastalık Sistemi*. İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık.
- Vannemreddy, P., Bryan, K., & Nanda, A. (2009). Influence of prayer and prayer habits on outcome in patients with severe head injury. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 26(4), 264-269.
- Vergote, A. (1999). *Din İnanç ve İnançsızlık*, (Çev. Veysel Uysal), İstanbul: Müflv Yayınları.

- Wagner, P. (2003). *Modernliğin Sosyolojisi*, (çev. Mehmet Küçük), İstanbul: Doruk Yayıncılık.
- Walker, S. R., Tonigan, J. S., Miller, W. R., Corner, S., & Kahlich, L. (1997). Intercessory Prayer In The Treatment Of Alcohol Abuse And Dependence: A Pilot Investigation. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 3(6), 79-86.
- Walliman, N. (2006). *Araştırma Stratejileri ve Tasarım. Sosyal Araştırma Yöntemleri*. Londra, 37-50.
- Wilson, B. (1982). *Religion in Sociological Perspective*. Oxford: Oxford University Press.
- Wilson, B. R. (1979). "The Return of the Sacred". *Journal for the Scientific Study of Religion* 18, (3), 268-280.
- Wilson, B. R. (1983). *Religion in Sociological Perspective*. 2. pub. Oxford University Press. Oxford-New York.
- Wilson, B. R. (1982). *Religion in Sociological Perspective*, Oxford: Oxford University Press.
- Winslow Gerald R. (2003). And Betty Wehtje Winslow, Examining The Ethics Of Praying With Patients, *Holistic Nursing Practice*, 18(4), 170-177.
- Witter, Jeanne P. (1996). *The Effect Of Expentancy Regarding The Efficiacy Ofintercessory Prayer On The Subjective Experience Of Pain By Cronic Pain Patients*, Unpublished Doctoral Thesis, Miami University, Usa.
- Woodmansee, Marlena F. (2000). *Mental Health And Prayer: An Investigation Of Prayer, Temprament And The Effects Of Prayer On Stress When Individuals Pray For Others*, Unpublished Doctoral Thesis, Spalding Üniversitesi, Kentucky, Usa.
- Yankelovich, Partners, I. (1996). *Time: "Faith & Healing"*, Radnor, Pa., John Templeton Foundation.
- Yapıcı, A. (2006). Yeni Bir Dindarlık Ölçeği ve Üniversiteli Gençlerin Dinin Etkisini Hissetme Düzeyi. *Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 6 (1), 65-115.
- Yapıcı, A. (2007). *Ruh Sağlığı ve Din Psiko-Sosyal Uyum ve Dindarlık*, Adana: Karahan Yayınları.
- Yapıcı, A. (2012). Türk Toplumunda Cinsiyete Göre Dindarlık Farklılaşması: Bir Meta-Analiz Denemesi. *Fırat Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 17(2), 1-34.
- Yazıcıoğlu, Y. ve Erdoğan, S. (2004). *SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Yıldırım, A. (1999). Nitel araştırma yöntemlerinin temel özellikleri ve eğitim araştırmalarındaki yeri ve önemi. *Eğitim ve Bilim*, 23(112).

- Yıldırım, A., & Şimşek, H. (2006). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Yılmaz, E. (2015). *Dini Dogmadan Biyomedikal Dogmaya Modern Batı Tıbbı*. <http://www.birikimdergisi.com/guncel-yazilar/1259/dini-dogmadan-biyomedikal-dogmaya-modern-bati-tibbi#.Wlx5Jahl-Uk>. Erişim Tarihi: 15.08.2020.
- Yılmaz, M. (2011). Holistik Bakımın Bir Boyutu: Spiritualite, Doğası ve Hemşirelikle İlişkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14 (2), 61-70.
- Yoder, D. (1975). Halk Tıbbı. *Folkloru Doğru*, 23-31.
- Young, Michael P. and Cherry, Stephen M. (2005). The Secularization of Confessional Protests: The Role of Religious Processes of Rationalization and Differentiation, *JSSR Journal*, 44(4). 374-391.
- Yurdaydın, H. ve Dağ, M. (1978). *Dinler Tarihi*, Ankara: Gündüz Matbaacılık.
- Yüner, R. (2015). İnanç Tarihi Açısından Yozgat, *Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4(6), 19-20.
- Zeydan, C. (1966). *İslam Medeniyeti Tarihi*, (Çev: Zeki Meğamiz), İstanbul: Üçdal Yayınları.
- Zola, I., K. (1994). *Sağlık ve Köreltici Tıp. Profesyoneller İktidarı*. Çev. Cevdet Cerit. İstanbul: Pınar Yayınları.

EKLER

Ek-1. Görüşme Formu

SOSYO-PSİKOLOJİK BİR ŞİFA FENOMENİ OLARAK DUA (YOZGAT ÖRNEĞİ)

Bu çalışmada hastalık durumu ile dua etme davranışı arasındaki ilişki ortaya konulmaya çalışılmıştır. Bu anket “Sosyo-psikolojik Bir Şifa Fenomeni Olarak Dua (Yozgat Örneği)” isimli doktora tez çalışmasında kullanılacağı için vereceğiniz cevapların doğruluğu oldukça önemlidir. Katkılarımızdan dolayı teşekkür ederim.

Demografik Sorular	
Yaş	
Cinsiyet	
Medeni Durum	
Dini İnanç	
Kronik bir hastalığınız var mı?	EVET
Deneyim Soruları	
1.Hastalığınız dua etme şeklinizi nasıl etkiledi? Ya da dua ile ilgili düşünme şeklinizi nasıl etkiledi? Deneyimlerinizi anlatabilir misiniz?	
2. Hastalık sırasında şifa bulmak için başkalarından dua etmesini ister misiniz? Kimlerden bu konuda istekte bulunursunuz? Deneyimlerinizi anlatabilir misiniz?	
3. Hastalık dua ile ilgili inançlarınızı değiştirdi ya da sorun oluşturdu mu? Deneyimlerinizi anlatabilir misiniz?	
4. Hastalık vb. gibi dönemlerde bazı kişiler dualarının kabul edilip edilmediğini ve nasıl “yanıtlandığını” merak etmeye başlarlar. Bu konuda siz ne düşünüyorsunuz?	
5. Hastanelerde dini/manevi desteğe ihtiyaç duyuyor musunuz? Bu konudaki	

düşünceleriniz nelerdir?	
6-Hastalıklarınıza şifa bulmak için geleneksel tedavi yolları (hoca, muska, türbe vb.) modern tıp ve dua konusunda düşünce ve tecrübelerinizi nelerdir?	



Ek-2. Görüşme Tema ve İçeriği

TEMALAR	ALINTILAR
Manevi Destek	<p><i>Hastanede uzun süre yatmam gerekmedi ama yatmış olsaydım sığındığım tek şey dua olurdu ve bunun içinde manevi destek olmasını isterdim. Çaresizlik halinde dua tek kurtuluş gibi geliyor (H1)</i></p> <p><i>Hastanede kaldığım zamanlarda manevi desteğe ihtiyaç duyuyorum elbette. Kendimi güçsüz çaresiz ve bu hastalıkla baş edemem diye düşünüyorum. Bunun adı manevi dini destek mi bilmiyorum ama herkesin benimle ilgilenmesi hoşuma gidiyor. İlgi görmek istiyorum hastalandığımda. Bu dini de olabilir arkadaşlarımla ziyareti de olabilir. Benimle aynı duyguları paylaşmaları da olabilir. Bu manada evet bir manevi destek bulursa benim için çok daha iyi olur. Kendimi çok daha iyi hissederim (H2)</i></p> <p><i>Hastaneye iki kez uzun dönemli yattım. Diz ameliyatı olmuşum. Hem daha yeni yani. Geçen sene. İkisinde de uyuşturacakları zaman belki uyanmam diye bir hocaya ihtiyaç duydum. Yanımda dini açıdan bilgili olan birilerinin bulunması bana iyi gelebilir. Ameliyattan önce bence her hastaya manevi konuda hizmet verecek birilerinin hastanede hazır olması çok iyi olacaktır. Konu komşu akraba geliyor bir de ziyaretlerime. Onlarda bana çok iyi geliyor. Çok destek alıyorum onlardan böylece hastalığımı yani o dönemi daha iyi geçirebiliyorum. Yalnız olsam mesela kendimi daha kötü hissederim. Hem hepsi de samimi olarak bana dua yaparlar. Hastanede böyle kişilerin olmasına çok sevinirim keşke burda olsa (H3).</i></p> <p><i>Hastalandığımda yani kanser olduğumu öğrendiğimde çok kötü duygular hissettim. Tabi konduramıyorum kendime bu hastalığı. Gençim daha. Onkolojik tahliller yapılmaya başlanırken bile yalvar yakar duaya sarıldım. Onu öğrendiğim an dünyam yıkıldı.sonra kendimi yavaş yavaş topladım. Bu gerçeğe başatmam gerekiyor. 2 tane evladım var. Allahıma dua etmeye başladım. Allahım beni bu dertten sen kurtarırısın ancak dedim. Allaha sığındım tabi. Başka gidecek bir yerim yoktu. İşin ucunda ölüm var. Ve şimdiye kadar neden az dua ettiğimi düşündüm. Demekki insan çaresiz bir hastalığa yakalanınca böyle oluyor. Dini yönüm sanki daha çok artı. Yani inancım mı desem bilemedim. Allah beni yalnız bırakmamalıydı ben de onun kapısını sık sık çaldım. Gece gündüz dua ettim (H4).</i></p> <p><i>Hastanede şu ana kadar Dini inanca Pardon dini desteğe ihtiyaç duymadım Çünkü çok fazla hastanede kalmıyor çok sık hastaneye gidiyorum ama ayaktan tedavi olup geri dönüyorum verilen ilaçları kullanarak iyileşmeye çalışıyorum fakat bu hastalığın ilerleyen safhalarında biliyorum ki belli bir yaşta sonra akciğerlerdeki nefes alıp verme olayı daha kötü duruma gelecek bu aşamada hastaneye yatışlar gerçekleşecek solunum cihazlarına bağlanacak Belki de Allah korusun bu tarz durumlar olduğunda Evet hastanede kesinlikle bir dini manevi desteğe ihtiyaç olduğunu olacağını düşünüyorum Bu şekilde bir hizmet olması benim gibi Gerçi şu anda o kadar ileri seviyede değil benim hastalığım ama ve ileri seviyedeki hastalıklarda hastalıklara yakalanmış olan kişilerde</i></p>

bence çok daha faydalı olacaktır onların buna ihtiyacı olduğunu düşünüyorum ben olsam onların yerinde kesinlikle dini ve manevi bir desteğe ihtiyaç duyardım bu konudaki düşüncelerimi böyle (H5)

Hastanede şu ana kadar manevi bir desteğe ihtiyaç duymadım Bu konuda çok bir düşüncem yok manevi destekten kastınız nedir bilmiyorum orada bir hocanın olması bir imamın olması mıdır açıkçası Evet evet öyle ise bence manevi destek olmalıdır bir hocanın olması hasta birisine dua etmesi başında bulunması Bence hastaya iyi gelecektir moral motivasyon sağlayacaktır kendine daha iyi hissedecektir hastalığı Belki de çok daha hızlı iyileşecektir Bence hastanelerde bir bu gibi destek ve yerleri olursa hastalara fayda sağlayacaktır (H6).

Hastanelerde Bence inançlı insanlar için böyle bir desteğin olması çok iyi olacaktır İnançlı bir toplumuz İnançlı bir halkız Müslüman. Bence bu gibi destekler başka ülkelerde var benim Yabancı ülkelerde Avrupa ülkelerinde akrabalarım var ve onlar bu konuda kendi dinlerinden değil yani Müslüman olmayan işte Hristiyan ya da Yahudi olan kesimlerin hastanelerinde ya da sağlık kuruluşlarında bu gibi manevi destek birimlerinin olduğunu ve anlatıyor ve insanların buna müracaat ettiğinde söylüyor bundan faydalandığını da söylüyor Bence Türkiye'de de neden olmasın bu tarz bir destek olması hastalara iyi gelecektir (H7).

Hastanelerde Bence bu gibi yerlerin olması ya da bu gibi insanların Dindar insanların işte hocaların olması hastalara hizmet vermesi çok önemli Bununla ilgili çalışma olduğunu duymuştum yapılıp yapılmadığını bilmiyorum ama bizim hastanemizde böyle bir hizmet verilmiyor Bildiğim kadarıyla şu anda Ama verirse İyi olacaktır Ben de faydalanırım arkadaşlarımız da hastalarımız da faydalanır moralleri yükselir motivasyonları yükselir Bence kendilerine biraz daha iyi hissedebilirler belki hastalıklarına Şifa bulma konusunda da onlara destek olur bu gibi insanların olması destek vermesi Bence hastalıklarına Derman olma noktasında İyi olacaktır (H8).

Hastanelerde Bence bu gibi desteklerin olması çok iyi olacaktır Ben kendim Haftada iki gün Diyaliz makinesine giriyorum bu zamanlarda hemşireler Sağ olsunlar ve televizyon açıyorlar ya da farklı etkinlikler düzenleyerek bizim moralimizi etmeye çalışıyorlar ama bence dini bir desteğin olması manevi bir desteğin olması çok daha iyi olacaktır kendinizi yalnız hissetmezsiniz çok daha güçlü hissedersiniz Yalnız da birilerinin birilerinin olduğunu bu kişilere Siz de dua et diye yol gösterdiği Bu anlamda Bence İyi olacaktır tüm hastanelerde manevi destek birimlerinin olmasını isterim Özellikle bizim hastanemizde de olmasını isterim bu konudaki düşüncelerin böyledir (H9)

Hastanelerde dini destek yerleri olsun evladım Neden olmasın Bence bu gibi yerler insanlara iyi gelir fayda sağlar onların hastalıklarına çare olmasa da destek olur bir anlamda zaten e manevi destek adı üstünde destek olmak adına kurulmuş ya da kurulacak yerler önce bu gibi yerlerin olması hastalarımıza iyi gelir Devletimiz bu yönde bir adım atarsa girişimde bulunursa ben kendi adıma çok mutlu olurum isterim böyle bir şeyi eminim ki birçok insan da bunu isteyecektir özellikle çok kötü hasta olanlar hastalığı çok kötü ilerlemiş olanlar

	<p><i>hastanede çok kalmak isteyen hastalar yani isteyen derken hastanede kalmak zorunda çok uzun süreler yatmak zorunda olan hastalar bunlar için faydalı olacaktır (H10).</i></p> <p><i>Hastanelerde manevi birimlerinin olması Bence halkımız için ihtiyaçtır buna ihtiyaç vardır insanlara hastanede uzun süre bazen yapabiliyorlar Bu süre içinde insanlara bu gibi desteklerin sunulması hastanelerin bu desteği vermesi çok iyi gelecektir hasta kendini iyi hissedecektir iyileşmesi hızlanacaktır daha iyi vakit geçirebilecek tir orada Bence bu gibi birimlerin olmasının sakıncası yoktur bence olmalıdır olduğunda hastalar daha kısa sürede iyileşir bileceklerdir Ben buna inanıyorum.(H11).</i></p>
<p>Alternatif Tedavi ve Geleneksellik</p>	<p><i>Hastalığımın şekli nedeniyle (Nöro-psikolojik) çok doktora gittim ama hep hocalık olduğunu söyleyenler olurdu muska değil ama dua etmesi için bir hocaya gittim. Yine yakınlarımın tavsiyesi üzerine türbeye gittim ama bu doktora gitmemi engellemedi doktorun yanısıra gittim buralara. (H1).</i></p> <p><i>Bu konuda tıbbın yeterli olduğunu ama zaman zaman da yeterli olmadığını düşünüyorum. Okumayı araştırmayı seviyorum. Okuduğum bir çok yerde ilaç şirketlerinin örgütlenmesinden yani piyasaya iyileştirmeyen ilaç sürdüklerinden bahsediyorlar. Bana da bu düşünce çok uzak gelmiyor. Çünkü benim hastalığım ve bir çok hastalık konusunda tıp tam manası ile bir çözüm bulamadı. Ömür boyu ilaç kullanmaya mecbur kaldım. Hoca muska türbe konusuna çok sıcak bakmasam da çok uzak ta bakmıyorum. Bazı hastalıkların hocaya gitme ile iyileştiğini biliyorum bu benim için geçerli olmayabilir tabi. Ama kendi hastalığım için muska ve hocaya gitmek yerine alternatif tedavi yollarından bitkilerle tedavi konusunda araştırmalarım var. Her bitkinin bir şifa kaynağı olduğunu biliyorum burda doğru bitkiyi bulmak önemli. (H2)</i></p> <p><i>Ben bunların hepsini denerim. Muska yapmadım ama. Hocaya gittim okuttum kendimi. Nazar var biliyorsunuz dinimizde. Nazar olunca bunu hoca çözer. Hastalıkların bazıları da nazardan oluyor. Ben gençliğimde çok güzel bir kadındım. 20 yıldan beri hasta oldum çöktüm. Eskiden nazar değerdı devamlı bana. Ocaklara giderdim. Hocalar okur üflerdi. Muska yaptırmam ama. Türbeye de giderim. Orda dualar ederim. Türbedeki ermiş kişiler Allaha çok daha yakın olan kişilerdir. Onlar aracılığı ile de yardım isterim Allaktan.Modern tıp dedikleri şeyden çok bir fayda görmedim.öldürmedi ama kulladığım ilaçlar beni süründürdü. Bünyemi çökertti. Bu kadar ilaç beni iyileştirdi mi yoksa daha çok mu hasta etti ortada. Kullanmasan da olmuyor kullansan da iyileşmiyorsun. Valla ben tıptan fayda görmedim. Ama zamanında gençliğimde boynumda bir çıban çıktı. Doktorlara gittim. Ameliyatla aldılar. Sonra bir daha çıktı. Hep çıkmaya başladı. Tıp bu konuda çaresi kaldı. Bizim orda bir ocak vardı. Ocağa gittim okudu kadın. 15 günde bir 3 defa gittim. İyileştim. Bir daha da hasta olmadım. Ordan bişey çıkmadı. (H3).</i></p> <p><i>ben geleneksel tedavi yollarını çok bilmiyorum Hoca muska türbe gibi yerleri çok ziyaret etme muskaya İnanmıyorum zaten Yani Mustafa ile hastanın tedavi edilebileceğini düşünmüyorum açıkçası Ama bunu yazan kişi de genelde Hoca oluyor hocaya inanıyorum hocanın verdiği Tedavinin ya da hocanın bana</i></p>

destek sağlamasını bana iyi geleceğini düşünüyorum Düşünsenize sizin adınıza birisi size dua edecek ya da sizin için bir dua hazırlayacak kendinizi zaten en başta iyi hissedersiniz Diğer taraftan hocanın yaptığı durumda değil ama dua ve benzeri hocanın yapmış olduğu girişimlerde hastayı Allah'la hasta arasındaki irtibatı sağlamak için yapılan şeyler ben hocaya giderim türbe noktasında da türbe çok sık ziyaret etmem fakat önemli yerlere gittiğim zaman Türbeleri ziyaret ettiğimde onlardan yardım isterim yani Allah onlar vasıtasıyla erişmeye çalışırım Bence türbe ziyaret edilebilir Hoca'dan yardım alınabilir Modern Tıp Evet çok iyi gelişmiş fakat bazı noktalarda yetersiz kalabiliyor ben aynı zamanda hocadan da yardım isterim türbeden de yardım isterim modern tıpta anda faydalanırım ki şu anda onkolojik tedavi görüyorum Modern Tıp sayesinde bunu olabiliyorum Bence Şifa bulmak için geleneksel tedavi yollarından da faydalanmak gerekmektedir ama her ikisini birlikte kullanmak bence çok değerlidir (H4).

Aslan ama Şifa bulmak için geleneksel Yolları çok güvenemedim açıkçası türbeye gitmedim muska yaptırmadım ve hocaya da gitmedim ama dua etme noktasında kesinlikle dua ediyorum ve Allah'la irtibatı mı güçlendirmeye çalışıyorum onun da arama genellikle kimseyi koyma be çalışıyorum işte hocadır türbedir vesaire bu tarz şeyler Evet bunlar gerçekten Belki de etkili olabilir ama ben çok ihtiyaç duymuyorum Şu aşamada bazı şeyler için türbeye gittiğin zaman dualar istedim ama bu hastalık için türbeye gitmedim Özellikle bu hastalık için türbeye gidip bir dua istemedim Modern Tıp konusunda da az önce de belirttiğim gibi bu hastalıklara kesinlikle tedavi üretmiyor lar tedavi yapacak ilaç üretmiyor hastaları süründürüyor lan resmen Ömür boyu bir ilaçlara mahkum ediyorlar ve bu bir endüstri haline gelmiş Belki de bu noktada çok bir şey de söylemek açıkçası çekiniyorum ama ben modern tıpta çok fazla inanmıyorum Modern tıbbın vermiş olduğu tedavi belli bir yere kadar ben bu noktada Allah'a inanıyorum Allah'a güveniyorum dualarımın bir gün kabul olacağını düşünüyorum Hatta Çok geçmeden dualarımı kabul olacağına inancım çok güçlü.(H5)

ben açıkçası hastalığıma Şifa bulmak için türbe ziyaretine gittim Giderim Bu tarz şeyler normal şeyler biz Müslüman insanlar türbede yatan kişiler de Allah'ın sevgili kulları onlardan yardım isteniyor çok normal onları araya koyarak Allah'tan yardım istersiniz bu çocuklarımız sınava girerken de yaparız buna hasta olduğumuzda da yaparız Bence istenebilir muskada hocanın yazdığı bir şeydir hiç yaptırmadım Ama bence o da yapılabilir Eğer Şifa verecek bir şeyse şifa ayetleri yazılarak üzerimizde taşınabilir yine hocaya gitmek Bence sakıncalı değildir Bu noktada Hoca'dan yardım istemek dini açıdan çok bilen birinden yardım istemek Bence çok mantıklı faydası var zararı yoktur diye düşünüyorum E tabii bazı hocalar Para pul için yapıyor bunu ama ben onu düşünmüyorum gerçekten samimi ve içten bir şekilde dua yapıldığında o duanın Yani başkası tarafından yapılan duanın da kabul edilebileceğine inancım bu noktada çok tam Bence bu yollarda bu tedavi yolları da denenmelidir ben deniyorum (H6).

Bence geleneksel tedavi Yollarına Evet müracaat eden insanlar var Fakat ben tercih etmiyorum hocaya da gitmedim muskada yaptırmadım Bu hastalık için türbeye ziyarete etmedim Modern Tıp özel bir kalp hastalıkları konusunda

bence gelişmiş anjiyosu var işte stent takılıyor kalp pili takılıyor falan Bence Modern Tıp bu konuda yeterli Evet Allah'tan dua istemek de çok etkili olacaktır hem modern tıpta hem Allah'tan dua istemek Bence her ikisini de birlikte yapmak gerekir ancak Bence benim Hastalığımda Öncelikle modern tıba başvurmak doktorlarımıza güvenmek hastanelerimize güvenmek çok daha faydalı olacaktır (H7).

Ben hocaya giderim Hoca arkadaşlarım da var Onlardan dua istiyorum bu konuda benim düşüncem Modern Tıp dediğiniz doktora gitmekte doktora gidilmesi gerekmektedir Bence hem doktora gidilmeli hem de dua edilmeli hocalardan dua istenmeli türbe ziyaretlerinde türbede yatan kişiler aracılığıyla Allah'tan yardım istenmeli benim tecrübelerim her zaman ben türbeye giderim dua isterim Bizim burada da yatırımlarımız var türbelerimiz var gideriz sık sık ziyaret ederiz Çocuklarım beni götürürler Özel günlerde özellikle ziyaret ederiz ve istediğimiz şeyler olur hastalık konusunda da olsun başka şeylerde de olsun evdeyiz türbelerden Medet umarız hocalardan Medet umarız onlar Allah'ın sevgili kullarıdır diye düşünürüz Bence bunlardan da yardım alınmalı Bana göre çok ters şeyler değil bunlar destek alınması gerekmektedir (H8).

Hastalarımıza şifa için geleneksel tedavi yollarını Denemedim yani hocaya gitmedim muskada yaptırmadım türbe ziyaretinde de bulunmadım ama bunlara inanırım gitsem İyi olacaktır fakat zaman bulamadım yakınlarımda bir türbe tanıdığım bir hoca yok ama iyi aklıma getirdiniz Ben bu yola da başvurmak isterim bunların zararı olmaz kendinizi iyi hissedersiniz ilişkileriniz artırır etkileşimli de artırır Bence İyi olacaktır diye düşünüyorum ben bu yolları kullanırım böyle bir fırsatım olsa değerlendiriniz Modern Tıp konusunda Tabii benim hastalığım zaten cihaza bağlı başka türlü bunun tedavisi yok ya böbrek nakli olacaksınız ya da tedaviye kesip öleceksiniz Çünkü o Böbrekler kanı temizleyemiyorum çözemiyor o böbreklerin işini Makina yapıyor Ben makineye makinelere bağlı yaşıyorum bu da en Modern tıbbın bir şeyi bize armağanı esasında bu olmasa ben şimdiye kadar ölmüştüm yani Ben modern tıpta inanıyorum ama tabii ki bunların yanında duada edilmeli Allah'a olan irtibatımız da Güçler Melek Ben Allah'a olan irtibatını da araştırıyorum bu dönemde arttırdım her türlü tedaviyi Ben denemek isterim Şifa neredeyse arayıp bulun demiş Allah ben her türlü yolu dönerim (H9).

Hastalandığımda şifa için hocaya giderim muskada yaptırabilirim gerekirse türbe ziyaretlerinde zaten gidiyoruz Bizim buralarda çok yapılır türbe ziyaretleri gideriz onlardan da dua ederiz onlardan da istekte bulunuruz isteklerimiz Olur Sağlık konusunda maddi konularda Başka konularda destek isteriz yardım isteriz dua ederiz hem onları dua ederiz hem de kendimize bir şeyler isteriz onlar türbelerde yatan kişiler bence zaten Allah tarafından seçilmiş insanlar diye düşünüyorum onların vasıtasıyla yardım isteriz Allah'tan yardımlarında kabul istediğimiz yardımlarında kabul edileceğini düşünüyorum Onun dışında hastalığımla alakalı tedavi yollarını her zaman araştırırım bulmaya çalışırım okumayı severim bazı bitkisel tedaviler var tedavi diye geçiyor onlarla ilgileniyorum Bence bu tür yollarda denenebilir (H10)

Hastalığım için geleneksel yollara başvuruyorum bitkilerle tedaviler var onları araştırıyorum Allah her derdin devası mı dünyada vermiş araştırıp bulmak

	<p><i>lazım belki bu bir bitki ile karşımıza çıkar belki hocanın yaptığı dua ile belki hocanın yaptığımızda ile karşımıza çıkar ya da Ziyaret ettiğimiz bir türbede buna bir karşılık bulabiliriz oradan bir cevap alabiliriz Belki oradan bir Şifa bulabiliriz Bence her türlü Şifa Yolları denenmelidir ben karşı değilim geleneksel tedavi yöntemlerinden hocaya da karşı değilim muskaya karşı değilim muskaya Neden karşı olayım Yani Allah'ın ayetini alıyorsunuz üzerinize takıyorsunuz taşıyorsunuz bu insanı koruyor beladan koruyor kazadan koruyor hastalıklardan koruyor Bence takılabilir muskada taşınabilir türbeye gidip Dua edilebilir onlar ermiş insanlar ermiş insanlar vasıtasıyla Allah'tan yardım isteyebilir bu gibi şeyler yapılabilir.(H11).</i></p>
<p>Dini Pratik Olarak (Ritualistic) Dua</p>	<p><i>Zaten dua her zaman yapılmalıdır. Dinimizin bir gereğidir.(H3).</i></p> <p><i>Eskiden de dua yapardım zaten Müslümanlar dua yapmalıdır. (H5)</i></p> <p><i>Dinimizde dua etmek vardır. Her insan dua yapar. Bu bir dinin gereğidir.(H6)</i></p> <p><i>Her insan dua etmelidir. Duasız bir din olmaz.(H7).</i></p>
<p>Şefa ve İstek Duası</p>	<p><i>Bu hastalık Benim gözlerim aldı götürdü dua etme durumum arttı Allah'la olan irtibatım arttı namazlarımı daha çok özen göstermeye başladı mı daha çok kırıldım geceleri kalkıp Teheccüd kıldım sabaha karşı kalkıp namazlarımı kıldım sabaha kadar sabah namazını bekledim dua ettim. Allah bana şefa etsin diye dua ederim. (H8).</i></p> <p><i>Şifa bekliyorum Allah da dualarımı karşılık verecektir inşallah. Bundan sonra da her zaman Allah bana kol kanat olsun diye dua edeceğim. Bu dünya da ve öbür dünyada bana yardımcı olmasını diliyorum (H9).</i></p> <p><i>Tabii ki Allah'tan şifa dilerim dua ettim Sonrasında da dua ettim öncesinde de dua ettim ameliyata girip çıkma bak da vardı O esnada da dua ettim Allah kimsenin başına vermesin Öldüm Öldüm dirildim dua etme düşüncem bu şekilde değişti olumlu bir şekilde değişti Ben dua mı arttırdım. Allah ta bana yardım edecektir. Şefa edecektir. (H11).</i></p>
<p>Modern İnanç</p>	<p><i>Ama bazen de düşünüyorum ki Allah beni sevmiyor bu hastalığı bana sevmediği için verdi. (H8)</i></p> <p><i>İnanç noktasında bazen zayıf düşüyor olabilirim. Neden benim başıma geldi diye düşünürüm yalnız kaldığım zamanlarda.(H11).</i></p>
<p>Tefekkür</p>	<p><i>Allah'tan daha çok medet umdum eskiden bu kadar yalvarmıyorum ya da dua etmiyordum Allah'a ama şimdi daha çok dua etmeye başladım ve inancım arttı. Bu hastalık bana boşuna uğramadı bunu fırsat bilmeli ve Allahla daha yakın olmalıyım. (H10).</i></p> <p><i>Hastalık dua ile ilgili inancımı değiştirdi daha çok dua ettim eskiden bu kadar dua etmiyordum Belki de belki de Allah bana kendisi ile irtibatını güçlendirmek için böyle bir hastalık verdi (H11).</i></p>

	<p><i>Yani hastalığa yakalandıktan sonra Doğaya Karşı bakışın biraz daha değişti daha çok düşünmeye başladım Daha çok dua etmeye başladım (H3).</i></p>
Toplumsal Dayanışma	<p><i>Evet hemde çok. hem ben hem ailem başkalarından benim için dua etmesini isterler. Özellikle yaşlı, hasta olan kişilerden ve kalp güzelliğine inandığım kişilerden isterim hem de onlarla bir araya gelip daha iyi vakit geçiririz (H1).</i></p> <p><i>Değiştirmesi noktasında benim dua arkadaşlarım oluşturu. Yani konu komşu bir araya gelip dualar yapıyoruz. Bu şekilde birbirimize dua ederek aynı duyguları paylaşıyoruz. (H3).</i></p> <p><i>Hastalığı sırasında başkalarından çok dua etmesini istemedim yani eşimden istiyorum annemden babamdan istiyorum Zaten annem babam eşim Ben onlardan istemesem de bana çok dua ediyorlar Belki de benden daha çok dua ediyorlar çocuklarımla çok bu konuda konuşmuyorum onların etkilenmesini istemiyorum Bu süreçten O nedenle Çocuklardan dua istemedim anlatmıyorum çünkü onun çocuklarının duanın kabul olacağını düşünüyorum yani günahsız olan kişinin duasının Kabul edeceğini düşünüyorum Bu konuda bence de çocuklardan da dua istenmeli ama başkalarının çocuklarından isterse çok daha iyi olacaktır Evet Ben başkalarından dua isteyebilirim isterim zaten arkadaşlarım yakınlarımda bana dua ederler sevdiğim saydığım insanlar bana değer veren insanlar dualarını yaparlar ve böylece ilişkilerimiz de güçlenir. (H7)</i></p>

Ek-3. Anket Formu

SOSYO-PSİKOLOJİK BİR ŞİFA FENOMENİ OLARAK DUA; YOZGAT ÖRNEĞİ

Sayın Katılımcı;

Bu çalışmada hastalık durumu ile dua etme davranışı arasındaki ilişki ortaya konulmaya çalışılmıştır. Bu anket "Sosyo-psikolojik Bir Şifa Fenomeni Olarak Dua; Yozgat Örneği" isimli doktora tez çalışmasında kullanılacağı için vereceğiniz cevapların doğruluğu oldukça önemlidir. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Muradiye VAROL

1. Cinsiyetiniz?

<input type="checkbox"/> Kadın	<input type="checkbox"/> Erkek
--------------------------------	--------------------------------

2. Medeni Durumunuz

<input type="checkbox"/> Evli	<input type="checkbox"/> Bekar
-------------------------------	--------------------------------

3. Yaşınız?

<input type="checkbox"/> 18-24	<input type="checkbox"/> 25-35	<input type="checkbox"/> 36-45	<input type="checkbox"/> 46-55	<input type="checkbox"/> 56-65
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

4. Eğitim durumunuz?

<input type="checkbox"/> İlköğretim	<input type="checkbox"/> Lise	<input type="checkbox"/> On Lisans	<input type="checkbox"/> Lisans	<input type="checkbox"/> Lisans Üstü
-------------------------------------	-------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

5. Dini inanışınızı nasıl tanımlarsınız?

<input type="checkbox"/> Allaha inanmam
<input type="checkbox"/> Yüce bir varlığa inanırım fakat hiçbir dini kabul etmem
<input type="checkbox"/> Müslüman'ım
<input type="checkbox"/> Yahudi'yim
<input type="checkbox"/> Hristiyan'ım
<input type="checkbox"/> Diğer (Lütfen Belirtiniz)

6. Hangi sıklıkla dua edersiniz?

<input type="checkbox"/> Her zaman	<input type="checkbox"/> Çoğunlukla	<input type="checkbox"/> Fikrim Yok	<input type="checkbox"/> Ara Sıra	<input type="checkbox"/> Hiçbir Zaman
------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------

7. Kronik (sürekli tedavi gördüğünüz) bir hastalığınız var mı?

<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
------------------------------	------------------------------

8. Yakınlarınızdan kronik bir hastalığı olan var mı?

<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
------------------------------	------------------------------

9. Hastaneye gitme sıklığınız nedir?

<input type="checkbox"/> Hiç gitmedim	<input type="checkbox"/> Nadiren giderim	<input type="checkbox"/> Fikrim Yok	<input type="checkbox"/> Sık sık	<input type="checkbox"/> Her Zaman
---------------------------------------	------------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------

10. Genel olarak sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

<input type="checkbox"/> Çok kötü	<input type="checkbox"/> Kötü	<input type="checkbox"/> Fikrim Yok	<input type="checkbox"/> İyi	<input type="checkbox"/> Çok İyi
-----------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	------------------------------	----------------------------------

11. Hastalandığınızda şifa bulmak için dua etmenin kişisel olarak sizi nasıl etkilediğini işaretleyiniz.

<input type="checkbox"/> Hastalandığımda hiç dua etmedim
<input type="checkbox"/> Hiç etkilemedi
<input type="checkbox"/> Fiziksel açıdan rahatsızlamamı sağladı
<input type="checkbox"/> Manevi açıdan rahatsızlamamı sağladı
<input type="checkbox"/> Hem fiziksel hem manevi olarak rahatsızlamamı sağladı

12. Hastalıkta şifa bulmak için dua etmenin sosyal olarak sizi nasıl etkilediğini işaretleyiniz.

<input type="checkbox"/> Hiç Etkilemedi	<input type="checkbox"/> Diğer kişilerle ilişkilerimi güçlendirdi
-----------------------------------------	-------------------------------------------------------------------

Aşağıda manevi/dinsel bakış açısı ve hastalık durumunda tutum ve deneyimleriniz ile ilgili ifadeler bulunmaktadır. Lütfen dikkatlice okuyarak size E N UYGUN veya EN YAKIN seçeneği işaretleyiniz	Tamamen Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Şifa bulmak için kişinin başkaları için yaptığı dua etkilidir.					
2. Şifa bulmak için grup halinde yapılan dua etkilidir.					
3. Şifa bulmak için geleneksel olarak tanınmış bir şifacının fiziksel uygulama ile birlikte dua etmesi etkilidir.					
4. Şifa bulmak için hocanın fiziksel uygulama ile birlikte dua etmesi etkilidir.					
5. Şifa bulmak için hasta kişinin yaptığı dua etkili değildir.					
6. Şifa bulmak için geleneksel olarak tanınmış bir şifacı tarafından içine dua yazılan muska taşımak etkilidir.					
7. Şifa bulmak için geleneksel olarak tanınmış bir şifacının dua okuyarak hasta kişinin üzerine üflemesi etkilidir.					
8. Şifa bulmak için geleneksel olarak tanınmış bir şifacının dua ederken rütsü yakması etkilidir.					
9. Şifa bulmak için kişinin ailesinin dua etmesi etkilidir.					
10. Şifa bulmak için kişinin arkadaşlarının dua etmesi etkilidir.					
11. Şifa bulmak için; su, şeker, çorba gibi okunmuş gıdaları tüketmek etkilidir.					
12. Şifa bulmak için günahsız kişinin dua etmesi etkili değildir.					
13. Şifa bulmak için çocukların dua etmesi etkilidir.					
14. Şifa bulmak için uzaktan (gıyaben) yapılan dua etkili değildir.					
15. Şifa bulmak için yüz yüze yapılan dua etkilidir.					
16. Hasta olduğunda şifa bulmak için Allah'a sık sık dua ederim.					
17. Kişilerin hastalığı nedeniyle çektiği sıkıntılardan dolayı günahının azalacağına inanırım.					
18. Kişilerin birbirlerine dua etmesi hastalıklardan korunmalarını sağlar.					
19. Hastalandığımda duaların ilaçlardan daha etkili olduğunu düşünürüm.					
20. Hastalığım süresince kendimi Allah'a daha yakın hissedirim.					
21. Hastanelerde dini açıdan uygun bir ortama ihtiyaç duyarım.					
22. Diğer kişilerle bir grup içinde, hastalığa şifa bulmak için dua paylaşıyoruz.					
23. Diğer kişilerle birbirimize dua etmek için bir dua grubum vardır.					
24. Birbirimize dua etmek için bir dua arkadaşım vardır.					
25. Birlikte dua etmek morali yükselterek kişiler arasındaki pozitif etkileşimi artırır.					
26. Birlikte dua etmek, morali yükselterek dayanma gücünü artırır.					
27. Kişilerin birbirlerine dua etmesi manevi bağları artırarak toplumsal ilişkileri geliştirir.					
28. Hasta ziyaretleri gibi uygulamalar toplumsal dayanışmayı artırır.					
29. Kişilerin başkalarına dua etmesi toplumsal dayanışmayı artırır.					
30. Başkaları ile birlikte dua etmek hastalıkta şifa bulmak için daha etkilidir.					
31. Birlikte dua etmek toplum için birleştirici ve faydalıdır.					
32. Hasta olduğumda geleneksel şifacı olarak tanınan kişilerden ziyade ilk önce bir sağlık kuruluşuna başvururum.					
33. Hastayken şifa bulmak için dua etmenin yanında sağlık hizmetlerini kullanmak gerekir.					

Aşağıda manevi/dinsel bakış açısı ve hastalık durumunda tutum ve deneyimleriniz ile ilgili ifadeler bulunmaktadır. Lütfen dikkatlice okuyarak size EN UYGUN veya EN YAKIN seçeneği işaretleyiniz	Tamamen	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen	Katılıyorum
34. Hastalandığımda hem dua ederim hem doktorun verdiği ilaçları kullanırım.							
35. Hastanelerde hastalara manevi destek sunmak iyileşmelerini hızlandırır.							
36. Hastayken dua etmek tedavinin etkisini artırır.							
37. İyileşmesi için hastalara dua ederim.							
38. Hastanede yatan kişilere iyileşmeleri için bolca dua edilmelidir.							
39. Hastalığa göre etkili dua çeşitleri vardır.							
40. Hastalıkta duayla şifa bulmak için hastalığa uygun dualar etmek gerekir.							
41. Hastayken birilerinin bana dua etmesini isterim.							
42. Hastanede, diğer hastalarla, iyileşmek için birbirimize dua ederiz.							
43. Hastanede sağlık çalışanlarının iyileşmem için dua etmesi beni memnun eder.							
44. Hastanede ağzı dualı birisinin beni ziyaret etmesini isterim.							
45. Hastanedeiyken iyileşmem için birilerinin dua etmesi beni rahatsız eder.							
46. Sağlık çalışanları dini ihtiyaçlarımla ilgili beni bilgilendirir ve bana yardımcı olur.							
47. Hastanelerde dini destek alabileceğim din görevlilerine ulaşma imkânım vardır.							
48. Hastanelerde dini ihtiyaçlarımı karşılayabilmek için yeterli düzenleme yapılmıştır.							
49. Hastanelerde kişilerin inançlarına saygı ve özen gösterilir.							
50. Hastanelerde dini inancımın ilgili mahremiyetime özen gösterilir.							
51. Hastanelerde hastalar dini inançları nedeniyle ayrımcılığa maruz kalmaktadır.							
52. Hastanelerdeki dini ihtiyaca yönelik yapılan düzenlemeler her inançtan kişiler için uygundur.							
53. Dua toplum için önemli bir şifa kaynağıdır.							

Ek- 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana gerekli güvence verildi. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜ		İMZASI
ADI SOYADI		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

ARAŞTIRMACI		İMZASI
ADI SOYADI		
GÖREVİ		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

Ek-5. Etik Kurul Onayı



T.C.
HİTİT ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 2019-42

30/01/2019

Konu: Başvuru Değerlendirme Sonucu

Sayın Doç. Dr. Sefer YAVUZ

Etik Kurulumuza yapmış olduğunuz başvurunuzla ilgili kurul kararımız ve ilgili bilgiler aşağıda yer almaktadır.

Bilgilerinize rica ederim.



Prof. Dr. Mehmet Ömer BOSTANCI
Başkan

Başvuru Numarası	2018-178
Sorumlu Araştırmacı	Doç. Dr. Sefer YAVUZ
Araştırma Başlığı	Sosyo-psikolojik Bir Şifa Fenomeni Olarak Dua: Yozgat Örneği
Toplantı Tarihi	29/01/2019
Karar Numarası	2019-40

- Araştırma başvurunuz etik açıdan uygun bulunmuştur.
- Araştırmaya Kurum İzni/İzinleri alındıktan sonra başlanması uygun bulunmuştur.
- Başvurunun, ekteki belirtilen düzeltmelerin yapılması halinde tekrar değerlendirilmesine karar verilmiştir.
- Araştırma projesi etik açıdan uygun olmadığından başvurunun reddine karar verilmiştir.

Ek-6. Yozgat İl Sağlık Müdürlüğü Onayı



T.C.
YOZGAT VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 92198657-771
Konu : Anket Hk.

Sayın Muradiye VAROL

İlgi : 26.02.2019 tarihli ve 92198657-000-1165 sayılı dilekçe

İlgi tarihli ve sayılı dilekçenize istinaden "Sosyo-Psikolojik bir şifa fenomeni olarak Dua: Yozgat Örneği" konulu doktora tez çalışmanızı **15 Şubat-15 Nisan 2019** tarihleri arasında yapmanız kaydıyla, çalışmalarının sağlık tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımlarının gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, ankete katılacak kişilerin rızalarının alınması, yapılacak çalışmanın sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla anket çalışmanızın yapılması İl Sağlık Müdürlüğümüz tarafından uygun görülmüş olup; Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Formu yazımız ekinde gönderilmiştir.
Bilgilerinize sunulur.

e-İmzalıdır.
Mevlûde BAŞER
İl Sağlık Müdürü V.

EK:
-Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Formu

Develik Mah. Çamlık Cad. No:9 YOZGAT


Telefon: 3542175075/112/120 Faks No: 217 70 31

e-Posta: cansu.kucukcelik@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Yozgat Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden E3c17ad3-ab52-4a9c-a04-ccc69b872493 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: R.Cansu KÜÇÜK ÇELİK
HEMŞİRE

Telefon No: (0 354) 217 50 74

 TC Sağlık Bakanlığı Tıbbi Araştırma Müdürlüğü	YOZGAT İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ BİLİMSEL ARAŞTIRMA TALEPLERİ DEĞERLENDİRME FORMU	Doküman No	EGT. FR. 18
		Yayın Tarihi	02.05.2014
		Revizyon Tarihi	-
		Revizyon No	0
		Sayfa No/Sayfa Sayısı	1/1

ARAŞTIRMA SAHİBİNİN	
Adı Soyadı	Muradiye VAROL
Kurumu / Üniversitesi	Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri
Araştırma Yapılacak İller	Yozgat
Araştırma Yapılacak Sağlık Tesisleri	Yozgat Şehir Hastanesi
Araştırmanın Konusu	Sosyo-Psikolojik bir şifa fenomeni olarak Dua : Yozgat örneği
Araştırmanın Statüsü	Anket
Ön İzin Formu	(*)Var / () Yok
Başvuru Belgeleri	Başvuru Formu (*) Var / () Yok Üniversite / Kurum Talebi/ Dilekçe (*)Var / () Yok Araştırma Yöntemi Örneği (*) Var / () Araştırma Detay Formu (*) Var / () Yok Kurumsal Kimlik Belgesi (*) Var / () Yok Etik Kurul Raporu (*) Var / () Yok / () Karar Aşamasında
Veri Toplama Araçları	Anket
Araştırmanın Yapılacağı Tarih Aralığı	15 Şubat-15 Nisan 2019
Görüş İstenilecek Birimler	-
KOMİSYON GÖRÜŞÜ	
Başvuru yapılacak Hastaneden alınacak ön izin formu ve araştırma çalışmaları başvuru formu, araştırma detay formu, danışman tarafından imzalı anket örneği ve kurumsal kimlik belgesi örneği belgelerinin teslimi halinde, Yozgat İl Sağlık Müdürlüğü tarafından anket çalışmasının yapılmasına müsaade edilmiştir.	
Komisyon Kararı	Oybirliği / Oyçokluğu ile alınmıştır.
Muhalef Üyenin Adı ve Soyadı:	Gerekçesi

1.../2019

KOMİSYON



Dr. Faik SAHİN

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden E5c17ad3-ab52-4a9c-aa04-ccc69b872493 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

