

**Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**  
**Journal of Divinity Faculty of Recep Tayyip Erdogan University**

ISSN: 2147-0049 e-ISSN: 2147-2823

RTEÜİFD, June 2017, 6 (11): (111-151)

**Dini Başa Çıkma ve Psikopatoloji İlişkisi (Rize Örneği)**

Relationship of Religious Coping and Psychopathology

**Ayşe Murat**

Yüksek Lisans Öğrencisi, Recep Tayyip Erdoğan Üni. İlahiyat Fak.,  
Din Psikolojisi Bölümü  
Graduated Student, Recep Tayyip Erdogan University Faculty of Theology,  
Department of Psychology of Religion  
Rize/Turkey

[ayseemurat@gmail.com](mailto:ayseemurat@gmail.com)

ORCID ID: orcid.org/0000 0002 0367 7688

**Muhammed Kızılgeçit**

Yrd. Doç. Dr., Recep Tayyip Erdoğan Üni. İlahiyat Fak.,  
Din Psikolojisi Bölümü  
Assistant Professor, Recep Tayyip Erdogan University Faculty of Theology,  
Department of Psychology of Religion  
Rize/Turkey

[muhammed.kizilgecit@erdogan.edu.tr](mailto:muhammed.kizilgecit@erdogan.edu.tr)

ORCID ID: orcid.org/0000-0002- 8914-5681

**Makale Bilgisi / Article Information**

**Makale Türü / Article types:** Araştırma Makalesi / Research Article

**Geliş Tarihi / Received:** 1 Nisan / April 2017

**Kabul Tarihi / Accepted:** 15 Haziran / June 2017

**Yayın Tarihi / Published:** 30 Haziran / June 2017

**Yayın Sezonu / Pub Date Season:** Haziran/June

**Cilt / Volume:** 6

**Sayı – Issue:** 11

**Sayfa / Pages:** 111-151

### **Dini Başa Çıkma ve Psikopatoloji İlişkisi (Rize Örneği)**

**Öz:** Bu araştırmanın amacı, bireylerin dini başa çıkma tarzları ve psikopatolojileri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını saptamak ve bu değişkenlerin sosyo-demografik değişkenler açısından farklılaşıp farklılaşmadığını hem hastalar düzeyinde hem de hasta olmayan kişiler düzeyinde ortaya koymaktadır. Psikiyatride tanısı olan 150 kişi (çalışma grubu) ile herhangi bir psikiyatrik tanı almamış 150 kişi (karşılaştırma grubu) olmak üzere toplam 300 kişi örneklem grubunu oluşturmuştur. Katılımcılar 17-69 yaş aralığındadır. Tüm bireylere demografik form ile birlikte Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (DBTÖ) ve SCL-90-R Psikolojik Belirti Tarama Listesi uygulanmıştır. Yapılan t-testi analizlerine göre karşılaştırma grubunun olumlu dini başa çıkma puanı, çalışma grubunun olumlu dini başa çıkma puanına göre anlamlı olarak daha yüksek iken; çalışma grubunun olumsuz dini başa çıkma puanı, SCL-90-R alt test puanları (somatizasyon, OKB, depresyon, kişilerarası duyarlılık, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünceler, psikotizm, ek skala) ve SCL-90-R toplam puanı karşılaştırma grubu puanlarına göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Yapılan t-testi ve ANOVA testi sonuçlarına göre, demografik değişkenler açısından da her iki grupta bir takım farklılaşmalar söz konusudur. Hem psikopatolojisi olan bireyler, hem de sağlıklı bireyler genel olarak dini başa çıkmayı kullanmaktadır. Ayrıca sağlıklı bireylerin olumlu dini başa çıkmayı, psikopatolojisi olan bireylerin ise olumsuz dini başa çıkmayı daha çok kullanmaktadır. Bu bulgudan hareketle, psikopatolojinin daha çok olumsuz dini başa çıkmaya ya da olumsuz dini başa çıkmanın daha fazla psikopatolojiye yol açtığı söylenebilir. Ancak bu çalışma neden sonuç ilişkisi içermediğinden hangisinin doğru olduğuna cevap vermek için elimizdeki bulgular yeterli değildir.

**Anahtar Kelimeler:** Dini Başa Çıkma, Psikolojik Semptomlar, Psikopatoloji.

### **Relationship of Religious Coping and Psychopathology (The Case of Rize)**

**Abstract:** The aim of this study is to determine whether there is a meaningful relationship between individuals' religious coping styles and psychopathology and to reveal, at both the patient level and the non-patient level, whether these variables differ in terms of sociodemographic variables. A total of 300 sample groups, 150 of whom were diagnosed with psychiatry (patient group) and 150 of whom had no psychiatric diagnosis (comparison group), were formed. The participants' age range is 17-69 years. The Religious Achievement Scale (DBT) and SCL-90-R Psychological Symptom Screening List were applied to all the subjects as well as to demographic form. According to the t-test analysis applied, the comparison group's positive religious coping score was significantly higher than the patient group's positive coping score. On the other hand, it was meaningfully found that the patient group's negative religious coping score, SCL-90-R subscale scores (somatization, OKB, depression, interpersonal sensitivity, anxiety, anger-hostility, phobic anxiety, paranoid thoughts, psychoticism, additional scale) and SCL-90-R total score were significantly higher than comparison group's scores. According to the results of the t-test and the ANOVA test, there are some differences in both groups in terms of demographic variables. Both individuals with

psychopathology and healthy individuals generally use religious coping. It is a very important result that healthy individuals generally prefer to use positive religious-coping whereas individuals with psychopathology use negative religious coping more frequently. From this finding, it can be said that psychopathology leads to more negative religious-coping, or negative religious-coping leads to more psychopathology. However, the findings are not sufficient to answer which one is correct since this study does not involve cause-and-effect relationships.

**Keywords:** Religious-Coping, Psychological Symptom, Psychopathology.

### (نموذج ريزه) العلاقة بين السلوك الديني والاضطراب العقلي

**ملخص:** يهدف هذا البحث أولاً إلى الكشف عن علاقة هامة بين أنماط السلوك الديني للفرد واضطراباته النفسية إن وجدت وثانياً إلى إثبات إن كانت هذه المتغيرات تختلف باختلاف المتغيرات الاجتماعية السكانية سواء عند المرضى أو عند الأصحاء. تم تشكيل المجموعة النموذجية من 300 شخص منهم 150 شخصاً تم تشخيص مرضهم (مجموعة المبحوثين) من قبل أطباء النفس ومنهم 150 شخصاً لم يوضع لهم أي تشخيص نفسي (مجموعة المقارنة). تتراوح أعمار المشاركين ما بين 17 و69 سنة. طُبِّق على الجميع مقياس أنماط السلوك الديني (DBTÖ) مع استمارة سكانية إضافة إلى ذلك قائمة مسح الأعراض 90 معدلة. ووفق تحليلات اختبار-T أن معدل السلوك الديني الإيجابي لمجموعة المقارنة كانت أعلى بشكل ملحوظ من معدل السلوك الديني الإيجابي لمجموعة المبحوثين، بينما كان معدل السلوك الديني السلبي لمجموعة المقارنة ومعدل أدنى درجات قائمة مسح الأعراض 90 معدلة (الجسمانية والاضطراب الوسواس القهري والاكنتاب والحساسية بين الأشخاص والقلق والغضب والاعتداء والقلق الرهابي والأفكار المرتابة والذهانية، القياس الإضافي) ومجموع درجات قائمة مسح الأعراض 90 معدلة كانت أعلى بكثير من درجات مجموعة المقارنة. وحسب نتائج اختبار-T واختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA)، هناك تباينات في كلتي المجموعتين تبعاً للمتغيرات السكانية. يُستخدم السلوك الديني كل من المصابين بالاضطراب العقلي والأصحاء. ويمكننا القول هنا أن الاضطراب العقلي يؤدي إلى تقادم السلوك الديني السلبي أو أن السلوك الديني السلبي يؤدي إلى ازدياد الاضطراب العقلي. لكنه، بما أن هذا البحث لا يحتوي علاقة السبب والمسبب، لا يمكننا أن نحدد أيهما صحيح لنفص الاكتشافات الموجودة لدينا.

**الكلمات المفتاحية:** السلوك الديني، العوارض النفسية، الاضطراب العقلي

## GİRİŞ

Stres, bireyin içten ya da dıştan gelen uyarıcıların etkisiyle oluşan sıkıntı, kaygı, gerginlik gibi durumlardan istemsizce etkilenmesi sonucunda ortaya çıkan bir durumdur. Stres homeostatik dengenin değişmesi ile kişinin kendini fiziksel ve ruhsal olarak normalden farklı hissetmesine neden olur (Şahin, 1998). Birey stresli bir durumla karşılaştığında durumla başa çıkabilmek ve duruma dayanabilmek için bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerde bulunur. Bu tepkiler stresi azaltmaya ya da yok etmeye yönelik başa çıkma tarzlarıdır (Çetinkaya, Nur, Ayvaz ve Özdemir, 2008).

Bütün insanlar sahip oldukları kognitif dünyayı muhafaza etme eğilimi taşımaktadır. Kendi kognitif sahasıyla uyum arz etmeyen bir olguyla karşılaştığında zihin, yapısını yenilemek yerine tezat teşkil eden olguyu

uyum sağlayacak şekilde asimile ederek kognitif sahanın sabitliğini koruyacak şekilde düşünür (Alper, 2013; Taylor ve Peplau, 2010). Dolayısıyla tehlikeli, istenmeyen veya öngörülemeyen bir durumla karşılaştığında zihin “savaş” ya da “kaç” tepkisi vermektedir (Roskies, 1998).

Stresle başa çıkma ile alakalı olarak pek çok görüş ortaya konulmuştur. Özellikle Lazarus’un geliştirdiği bilişsel temelli başa çıkma kavramı oldukça önemlidir. Buna göre birey stres yaratan bir durumla karşılaştığında öncelikle durumu değerlendirir, sonra başa çıkma tarzını seçer. Lazarus’un bahsettiği başa çıkma tarzları; problem odaklı başa çıkma ve duygusal odaklı başa çıkmadır. Bu tarzları kullanan birey stresi ile ya olumlu bir şekilde başa çıkmış olur ya da başa çıkma süreci olumsuz sonuçlanır (akt. Ekşi, 2001).

Bu stratejilerin yanı sıra, stresli veya zor durumlarla baş edebilmek için zihin, kendi içerisinde önemli bir yer ihtiva eden dini verileri kullanarak dini başa çıkma tarzlarını oluşturur ve kullanır. Bu konuda pek çok psikolog görüş bildirmiş olsa da Pargament, gerek konunun kuramsal çerçevesinin çizilmesinde gerekse dinî başa çıkma sürecinin ölçülebilir hale getirilmesinde önemli çalışmalar ortaya koymuştur (Ayten, Sağır, 2014).

Pargament’in öncülüğünü yaptığı dini başa çıkma kavramı; kişinin karşılaştığı stres verici olaylar karşısında inanç dünyasını kullanma yolu olarak tarif edilebilir. (Pargament, Koenig ve Perez, 2000). Pargament ve arkadaşları (1998) dini başa çıkmayı olumlu ve olumsuz tarzlar olarak ikiye ayırmıştır. Sorunları manevi gelişim için bir fırsat olarak görme, sorunun çözümü için Tanrı ile birlikte hareket etme gibi yaklaşımlar olumlu; sorunları Tanrı’nın verdiği bir ceza ya da şeytanın sebep olduğu bir durum olarak görme gibi yaklaşımlar da olumsuz dini başa çıkma tarzlarına örnek olarak verilebilir (Pargament ve ark., 1998).

Pargament’e (2005) göre; olumlu dini başa çıkma tarzları, Tanrı ile güvenli bir ilişkiyi, din adamı veya cemaat üyelerinden destek arayışını, başkalarına dini yardımı ve dini affı içermektedir. Olumsuz dini başa çıkma tarzlarından oluşan örüntü ise, yaşanan gerilim anlarında ve

olumsuz durumlarda Tanrı ile zayıf bir ilişkiyi, Tanrı'nın gücünü sorgulamayı, kızgınlık ifadelerini, cemaat ve din adamlarına yönelik hoşnutsuzluk ifadelerini, olumsuz durumların ceza olarak değerlendirilişini içerir.

Pargament'in yapmış olduğu çalışmalar sonucunda genel olarak olumlu dini başa çıkma tarzlarının sağlık üzerinde olumlu bir etkisinin olduğu, olumsuz dini başa çıkma tarzlarının ise sağlığı olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır. Dini başa çıkmanın her yaş grubuna fayda sağladığı tespit edilmiş olsa da din özellikle yaşlı bireyler için, yaşamın sıkıntılı anlarında başa çıkma metodu olarak önemli bir rol oynamaktadır. Zira yaşlıların karşılaştıkları birçok problem sabittir, zaman içinde azalmaz ya da değişmez. Dini başa çıkma da insanlara değiştiremeyeceği durumları kabul etmelerinde ve sabretmelerinde yardımcı olur (Pargament,2004).

Buraya dek aktarılan bilgiler dikkate alındığında dini başa çıkmanın ruh sağlığı ile yakından ilişkili olduğu söylenebilir. Ruh sağlığı, bireyin bedenen olduğu kadar psikolojik olarak da iyi olması halidir. Diğer sağlık sorunlarının yanı sıra ruhsal sorunlar da günümüzde çok sık gözlenmektedir. Bu ruhsal sorunlar psikopatoloji olarak da adlandırılabilir. Uzun yıllardır yaygınlıkları ve kronikleşme eğilimleri nedeni ile toplum sağlığı sorunu haline gelen ruh sağlığı sorunlarının sınırları çizilmeye çalışılmaktadır. Bireyin uyum sağlayabilmesi, anksiyete düzeyi, psikolojik denge hali gibi kriterler konularak ruh sağlığı sorunlarının sınırlarının çizilmeye çalışılması, denge ve uyumun olmadığı durumlarda psikopatolojinin varlığından söz edilebileceğinin göstergesidir (Yılmaz, 2005; Kökçü ve Kesebir, 2010). Psikiyatristler psikopatolojiyi DSM-5 ve ICD-10 tanı kriterlerine göre değerlendirmektedir.

Günümüzde ruhsal rahatsızlıklara sık rastlanmakta, psikoterapotik ve psikofarmakolojik müdahalelerle çözüm aranmaktadır (Mete, 2008). Bu rahatsızlıkların bir kısmını inceleyecek olursak, en sık rastlanılan ve bireyin işlevselliğini olumsuz anlamda etkileyen ruhsal hastalıklardan biri şüphesiz ki depresyondur. Depresyon, daha önceden isteyerek ve severek yaptığı günlük etkinliklere karşı isteksizlik ve yaşamdan zevk alamama

gibi belirtilerle seyreden ve bireyin işlevselliğini önemli ölçüde etkileyen bir rahatsızlıktır (APA,2013). Depresyondan sonra sık rastlanan diğer bir psikopatoloji ise anksiyetedir. Sullivan'a (1953) göre anksiyete, kişilerarası ilişkilerde güvenlik duygusuna yönelik herhangi gerçek veya imgesel bir tehdit ortaya çıktığında yaşanan bir duygudur (Geçtan, 1998). Yoğunluğu düşürülemeyen veya sona erdirilemeyen anksiyete bir zaman sonra, dehşet duygusuna dönüşür. Uzun süreli anksiyete insanın çevreden kopmasına neden olarak ihtiyaçlarını karşılamasını engeller. Dolayısıyla anksiyeteli bireyler kişilerarası ilişkilerinde anksiyete yaşamayanlara göre daha fazla problem yaşarlar (Uzun, 2008). Fobik Anksiyete ise anksiyete düzeyinin uyararla orantılı düzeyde olmaması nedeniyle, fobi oluşturan yer, durum veya nesneden ısrarlı bir kaçınma davranışını içinde bulunduran, dolayısıyla insan yaşamını kısıtlayan bozukluktur (Sungur, 1997).

Bedensel yakınmaların ön planda olduğu somatizasyonda tıbben açıklanamayan çok sayıda belirti bulunmaktadır. Tüm olumlu kanıtlara rağmen yine de ciddi bir fiziksel hastalığın olduğuna yönelik kaygılar vardır. Ya da altta yatan bir ruhsal bozukluk kendini bedensel yakınmalarla göstermektedir (Kesebir, 2004).

En sık karşılaşılan ruhsal sorunlardan bir diğeri olan obsesif kompulsif bozukluk (OKB), kişinin zihnine kendiliğinden giren ve tekrarlayan obsesyon (saplantı) ve kompulsiyonların (zorlantı) hakim olduğu ruhsal bozukluktur. Kişi düşüncelerinin saçma olduğunu bilse de karşı koymakta zorluk çeker. Obsesyonlar çoğu zaman kompulsiyonla birlikte görülür. Kompulsiyon genelde bir obsesyona engel olmak için belli kurallarla yapılan motor veya mental eylemlerdir (Bayar ve Yavuz, 2008).

SCL-90-R ölçeğinin içinde de geçen 'kişiler arası duyarlılık' durumu ise bireyin, diğerleriyle karşılaştırıldığı durumlar söz konusu olduğunda, yetersizlik duygularına kapılarak kişiler arası ilişkilerinde kendini küçük görmesi, zorluk çekmesi, rahatsızlık hissetmesi ve olumsuz beklentiler taşıması gibi durumları ifade etmektedir (Koç ve Polat, 2006). Sosyal fobide kişiler arası duyarlılık oldukça ön planda gözükmektedir (APA, 2013).

Son olarak 'Paranoid' terimine bakacak olursak, Hocaoğlu'na (2001) göre paranoid terimi pek çok semptom, sendrom ve kişilik bozukluğu terimi ile birlikte kullanılmaktadır. Dolayısıyla paranoid bozukluk, düşmanlık, şüphe, büyüklük düşünceleri, bağımsızlığı kaybetme korkusu ve sanrılar, bozulmuş bir düşünce biçimini ifade eder (Koç ve Polat, 2006).

Psikopatolojiler ile yaşamın her evresinde karşılaşılabilir. Çocuklukta ve ergenlikte çeşitli psikolojik sorunlar ortaya çıkabilir. Ortaya çıkan sorunların yetişkinliğe taşınması veya yetişkinlikte herhangi bir psikopatolojinin ortaya çıkması bireyin başarısını, aile hayatını, sosyal hayatını ve ruh sağlığını olumsuz etkiler (Yılmaz, 2005; Tuncay, 2000). Bu durum ise çoğu zaman bireyin farklı başa çıkma metotları kullanmasına neden olur.

Ruh sağlığı pek çok faktörle karşılıklı etkileşim içerisindedir ve din de bunlardan birisidir. Din ve ruh sağlığı ilişkisinin son zamanlarda oldukça ilgi çeken konulardan olduğu söylenebilir. Bu ikilinin ilişkisi ile alakalı olarak literatürde pek çok farklı çalışmanın yanı sıra farklı yaklaşımlara da rastlanmaktadır. Dinin ruh sağlığı üzerindeki etkisine ilişkin olarak kimi araştırmacılar olumlu, kimi araştırmacılar ise olumsuz etkilerinden daha fazla bahsetmektedir (Ekşi, 2001). Din ve ruh sağlığı ilişkisine dayanan ulusal ve uluslararası literatür incelendiğinde, olumlu dini başa çıkmanın daha fazla kullanılmasının psikolojik iyilik hali ile olumlu yönde ilişkili olduğu görülmektedir. Ancak olumsuz Tanrı algısı ve yaşanan talihsizlikleri Tanrı'nın bir cezası olarak görme gibi olumsuz dini başa çıkma tarzlarının ise psikolojik sağlık açısından işlevsel olmadığı tespit edilmiştir. Dolayısıyla dindarlığın psikolojik sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesinde işlevsel olan ve olmayan bazı psikoterapik özellikler taşıdığı söylenebilir (Güler ve Özlem, 2010; Steenwyk, Sherry ve ark., 2010).

İnsanoğlu yaşam boyunca karşılaştığı pek çok zor durumla başa çıkabilmek için çeşitli başa çıkma mekanizmaları geliştirip kullanır ve elde edilen sonuç bireyin ruh sağlığına etki eder. Dini başa çıkma da pek çok insanın kullandığı bir başa çıkma mekanizmasıdır. Dolayısıyla bireylerin

dini başa çıkma tarzlarına ne düzeyde başvurduğunun ve bu durumun bireyin ruh sağlığına olan etkisinin araştırılması önem arz etmektedir.

Çalışma ve karşılaştırma grubu bağlamında yapılan bu araştırmanın amacı da, bireylerin dini başa çıkma tarzları ve psikopatolojileri arasında hangi yönde ve ne düzeyde bir ilişki bulunduğunu saptamak ve bu değişkenlerin demografik değişkenler açısından farklılaşıp farklılaşmadığını hem psikiyatrik tanısı olan grupta hem de tanısı olmayan bireyler düzeyinde ortaya koymaktır. Dolayısıyla araştırmanın temel değişkenleri dini başa çıkma, psikopatoloji ve demografik özelliklerden oluşmaktadır.

Araştırmanın temel problemini ise "Psikiyatri polikliniğine başvuran bireylerin dini başa çıkma tarzlarının psikopatolojileri üzerinde nasıl bir etkisi vardır?" sorusu oluşturmaktadır. Bu bağlamda şu sorulara yanıt aranmaktadır:

-Demografik değişkenlere bağlı olarak dini başa çıkma ve psikopatoloji puanlarında anlamlı farklılık görülmekte midir?

-Psikopatoloji ve dini başa çıkma puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

-Çalışma ve karşılaştırma gruplarında dini başa çıkma, psikopatoloji ve bu değişkenlerin alt boyutlarının her birinden alınan puanlar açısından anlamlı farklılık görülmekte midir?

Bu sorular çerçevesinde aşağıdaki hipotezler belirlenmiştir:

*(H<sub>1</sub>) Dini başa çıkma ve psikopatoloji ile demografik değişkenler arasında anlamlı ilişki vardır.*

*(H<sub>1a</sub>) Cinsiyet, yaş, medeni durum, gelir durumu, eğitim düzeyi ve iş durumu' gibi demografik değişkenler olumlu dini başa çıkma üzerinde anlamlı farklılığa yol açmaktadır.*

-Kadınların olumlu dini başa çıkma düzeyi erkeklere göre daha yüksektir.

-Yaş arttıkça olumlu dini başa çıkma artmaktadır.



-Evli bireylerin olumlu dini başa çıkma düzeyi bekâr bireylerden daha yüksektir.

-Gelir düzeyi arttıkça olumlu dini başa çıkma azalır.

-Eğitim düzeyi arttıkça olumlu dini başa çıkma azalır.

-Çalışmayan bireylerin olumlu dini başa çıkma düzeyi çalışan ve öğrenci olan bireylere oranla daha fazladır.

(H<sub>1b</sub>) Olumsuz dini başa çıkma, yaş, gelir durumu, eğitim düzeyi ve iş durumu değişkenlerine göre farklılaşmaktadır.

-Kadınların olumsuz dini başa çıkma düzeyi erkeklere göre daha yüksektir.

-Yaş arttıkça olumsuz dini başa çıkma azalır.

-Bekâr bireylerin olumsuz dini başa çıkma düzeyi evli bireylerden daha yüksektir.

-Gelir düzeyi arttıkça olumsuz dini başa çıkma azalır.

-Eğitim düzeyi arttıkça olumsuz dini başa çıkma azalır.

-Çalışmayan bireylerin olumsuz dini başa çıkma düzeyi çalışan ve öğrenci olan bireylere oranla daha fazladır.

(H<sub>1c</sub>) Psikopatoloji 'cinsiyet, yaş, medeni durum, gelir durumu, eğitim durumu ve iş durumu'na göre farklılaşmaktadır.

-Kadınların psikopatoloji düzeyi erkeklere oranla daha yüksektir.

-Yaş arttıkça psikopatoloji düzeyi azalır.

-Evli bireylerin psikopatoloji düzeyi bekar bireylerden daha yüksektir.

-Gelir düzeyi azaldıkça psikopatoloji artar.

-Eğitim düzeyi arttıkça psikopatoloji düzeyi artar.

-Çalışmayan bireylerin psikopatoloji düzeyi çalışan ve öğrenci olan bireylerden daha azdır.

(H<sub>2</sub>) Dini başa çıkma tarzları ile psikopatoloji arasında anlamlı ilişki vardır.

(H<sub>2a</sub>) Olumlu dini başa çıkma ile psikopatoloji arasında negatif yönde anlamlı ilişki vardır.

(H<sub>2b</sub>) Olumsuz dini başa çıkma ile psikopatoloji arasında pozitif yönde anlamlı ilişki vardır.

(H<sub>3</sub>) *Psikiyatrik tanısı olan bireylerin kullandığı dini başa çıkma tarzı ve psikopatoloji düzeyleri ile psikiyatrik tanısı olmayan bireylerin kullandığı dini başa çıkma tarzı ve psikopatoloji düzeyleri anlamlı olarak farklılaşmaktadır.*

(H<sub>3a</sub>) Psikiyatrik tanısı olan bireylerin psikopatoloji düzeyi, psikiyatrik tanısı olmayan bireylerin psikopatoloji düzeyinden anlamlı olarak daha yüksektir.

(H<sub>3b</sub>) Psikiyatrik tanısı olan bireylerin olumlu dini başa çıkma düzeyleri, psikiyatrik tanısı olmayan bireylerin olumlu dini başa çıkma düzeyinden anlamlı olarak daha düşüktür.

(H<sub>3c</sub>) Psikiyatrik tanısı olan bireylerin olumsuz dini başa çıkma düzeyleri, psikiyatrik tanısı olmayan bireylerin olumsuz dini başa çıkma düzeyinden anlamlı olarak daha yüksektir.

## 1. METOT

### 1.1 Araştırmanın Örneklemi

Çalışma grubu katılımcıları Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Rize Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran ve belli bir tanısı olan bireyler arasından; karşılaştırma grubu katılımcıları ise araştırmacının ulaşabildiği ve psikiyatrik tanısı olmayan bireyler arasından seçkisiz atama yöntemi ile seçilmiştir.

### 1.2. Katılımcılar

Araştırmanın örneklemi 17-69 yaş arası 300 kişiden oluşmaktadır. Katılımcıların 150'si (%50) kadın, 150'si (%50) erkektir. Yaş ortalaması 31,75'tir. Araştırmanın örnekleminde yer alan 300 kişiden; psikiyatri polikliniğine başvuran ve tanı alan 150 kişi asıl çalışma grubunu, psikiyatri polikliniğine başvurusu olmayan 150 kişi ise karşılaştırma grubunu oluşturmaktadır.

Örneklem grubunu oluşturan bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, öğrenim düzeyi ve iş durumu gibi demografik değişkenlere göre dağılımları sayı ve yüzdeleri ile birlikte aşağıdaki tabloda gösterilmiştir (Bkz. Tablo 1).

**Tablo 1.** Demografik Değişkenlere İlişkin Dağılımlar

Demografik Değişkenler		Çalışma Grubu		Karşılaştırma Grubu	
		N	%	N	%
Cinsiyet	Kadın	75	50,0	75	50,0
	Erkek	75	50,0	75	50,0
Yaş	17-25	59	39,3	36	24
	26-35	44	29,3	71	47,3
	36-69	47	31,3	43	28,7
Medeni Durum	Bekâr	78	52	68	45,3
	Evli	72	48	82	54,7
Gelir Durumu	Düşük	35	23,3	12	8
	Orta	88	58,7	101	67,3
	Yüksek	27	18	37	24,7
Eğitim Durumu	+İlkokul	30	20	8	5,3
	Ortaokul	14	9,3	4	2,7
	Lise	52	34,7	25	16,7
	Üniversite	54	36,4	113	75,3
İş Durumu	Çalışmıyor	45	30	18	12
	Çalışıyor	58	38,7	120	80
	Öğrenci	47	24,7	12	8

### 1.3. Veri Toplama Araçları

**Demografik Bilgi Formu:** Örneklem grubuna ait temel bilgilerin elde edilmesi ve elde edilen bu verilerin diğer değişkenler ile ilişkisinin ortaya

konulabilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, eğitim durumu ve iş durumu değişkenlerinden oluşmaktadır.

***Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (DBTÖ):*** ‘Bir sıkıntı yaşadığımda...’ cümlesi ile başlayan bu ölçek, bireylerin karşılaştıkları sıkıntılı durumlarda başvurdukları dinî başa çıkma etkinliklerini ve onlara başvurma sıklıklarını gösteren bir ölçektir. Pargament ve arkadaşları (1998) tarafından geliştirilen Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği’nin (Religious Coping Scale-RCOPE) kısa formunun Türk kültürüne uyarlanması Ekşi (2001) tarafından yapılmıştır. Ölçek, 14 maddeden (7 olumlu, 7 olumsuz) oluşmaktadır. Ölçeğin, olumlu dini başa çıkma ve olumsuz dini başa çıkma olmak üzere iki faktörü bulunmaktadır. Olumlu dini başa çıkma boyutu “Allah ile sıkı bir bağ kurmaya çalışırım”, “Allah’tan sevgi ve şefkat dilerim” gibi maddeler içerirken; olumsuz dini başa çıkma boyutu ise “Allah’ın beni sevip sevmediğinden şüpheye kapılırım”, “Allah tarafından cezalandırılmayı hak edecek ne yaptığımı düşünürüm” gibi maddeler içermektedir. ‘Dini Başa Çıkma Ölçeği’nin faktörler için güvenilirlik katsayıları olumlu dini başa çıkma için 0.64, olumsuz dini başa çıkma için =0.63’tür. Ölçeğin tamamın güvenilirliği ise 0.69 olarak tespit edilmiştir. Dörtlü Likert tipi formatında hazırlanan ölçekten alınan düşük puanlar, o dini başa çıkma tarzının az, yüksek puanlar ise fazla kullanıldığını göstermektedir.

***SCL-90-R Psikolojik Belirti Tarama Listesi:*** Derogatis ve arkadaşları (1977) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dağ (1991) tarafından yapılmıştır. 90 maddeden oluşan ölçek genel psikopatoloji düzeyi ve ruhsal belirtiler yönünden zorlanma düzeyini ölçen kendini değerlendirme türü bir belirti tarama ölçeğidir. 5’li Likert tipinde hazırlanan ölçeğin maddeleri 0 ile 4 arasında puanlanır. Ölçek; somatizasyon, obsesif-kompulsif özellikler, kişiler arası ilişkilerde duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke ve düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek skala olmak üzere on ayrı boyutta değerlendirme yapmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlığı .97’dir. Yapısal geçerliliği .79’dur.

#### 1.4. Verilerin Toplanması ve İstatistiksel Analizi

Anket formu çoğaltılarak, 2016 yılının Mayıs ve Haziran aylarında Rize il merkezinde bulunan devlet hastanelerine (Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Rize Devlet Hastanesi) başvuran bireylere uygulanmıştır. Anketlerin uygulanmasında bireylerden öncelikle onayları alınmıştır. Cevapların gizli tutulacağı belirtilmiştir. Gönüllü olmayanlar çalışmaya alınmamıştır. Bireylerden kimlik bilgisi istenmemiştir. Soruların cevaplanması kişilerin huzuna göre değişmekle birlikte, 15-30 dakika arasında zaman almıştır. Gruplar arası karşılaştırma yapılacağından her bir grup için 75 kadın, 75 erkekte veri toplanması sonucunda cinsiyete göre katılımcıların eşitliği sağlanmıştır. Daha sonra veriler bilgisayar ortamına aktararak analiz işlemleri için SPSS paket programı kullanılmıştır.

Verilerin analizinde ise şu sıra takip edilmiştir: Her bir ölçek ve alt boyutları için toplam skor elde edilmiştir, güvenilirlik analizleri (Cronbach Alpha) yapılmış ve ortalamalar hesaplanmıştır. Dini başa çıkma tarzları ve psikopatolojinin çeşitli demografik değişkenlere bağlı olarak farklılık gösterip göstermediğini belirlemek üzere, iki farklı grup arasındaki ilişkinin anlamlılık derecesini belirlemek için t-test (Independent Samples t-test), daha fazla grubun karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi (Oneway ANOVA), gruplar arası farkların belirlenmesi için de Tukey ve Dunnett C testleri kullanılmıştır. Daha sonra diğer değişkenler arasındaki korelasyonlar incelenmiştir. Son olarak ise çalışma ve karşılaştırma grupları, ölçeklerden aldıkları puanlara göre karşılaştırılmıştır.

## 2. BULGULAR

### 2.1. Demografik Değişkenlere İlişkin Bulgular

#### 2.1.1. Cinsiyete İlişkin Bulgular

Olumlu dini başa çıkma puanlarına cinsiyet açısından bakılacak olursa, çalışma grubunda kadın katılımcıların olumlu dini başa çıkma puanları, erkek katılımcıların olumlu dini başa çıkma puanlarından anlamlı

olarak daha yüksek iken; olumsuz dini başa çıkma üzerindeki cinsiyet etkisi anlamlı bulunmamıştır (Bkz. Tablo 2a). Karşılaştırma grubunda ise, olumlu dini başa çıkma ve olumsuz dini başa çıkma puanları cinsiyete göre farklılaşmamaktadır.

**Tablo 2a.** Cinsiyete Göre Olumlu Dini Başa Çıkma ve Olumsuz Dini Başa Çıkma Puan Ortalamaları, Standart Sapmaları ve t Değerleri

Dini Başa Çıkma Tarzı	Cinsiyet	Çalışma Grubu			
		N	$\bar{x}$	SS	t
Olumlu Dini Başa Çıkma	K	75	16,03	3,84	2,96*
	E	75	13,63	5,85	
Olumsuz Dini Başa Çıkma	K	75	6,36	4,43	-0,49
	E	75	6,73	4,83	

**Cinsiyet'in SCL-90 ölçeği üzerindeki etkisi incelendiğinde** her iki grupta da anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür. **Çalışma grubunda;** kadın katılımcıların somatizasyon, OKB, kişilerarası duyarlılık ve paranoya puanları erkek katılımcıların puanlarından anlamlı olarak daha yüksektir. SCL-90 toplam puanı, depresyon, anksiyete, fobik anksiyete, psikotizm, öfke-düşmanlık ve ek skala puanları ise bu grupta cinsiyete göre farklılaşmamaktadır (Bkz.; Tablo 2b).

**Karşılaştırma grubunda** ise, kadın katılımcıların depresyon puanları ( $\text{M}=9,16$ ), erkek katılımcıların depresyon puanlarından ( $\text{M}=6,11$ ) anlamlı olarak daha yüksektir [ $t(148)=2,28$ ;  $p<.05$ ]. Bu grupta depresyon hariç diğer alt boyutların cinsiyet değişkenine göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 2b).

**Tablo 2b.** Cinsiyete göre SCL-90-R ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları, Standart Sapmaları ve t Değerleri

SCL-90-R ve Alt Ölçekleri	Cinsiyet	Çalışma Grubu				Karşılaştırma Grubu			
		N	$\bar{x}$	SS	T	N	$\bar{x}$	SS	t
Somatizasyon	K	75	17,18	10,98	2,01*	75	7,22	6,12	1,73
	E	75	13,68	10,27		75	5,53	5,78	
OKB	K	75	18,34	9,25	2,56*	75	8,7	6,71	1,42
	E	75	14,58	8,68		75	7,17	6,41	
Kişilerarası ilişkilerde duyarlılık	K	75	14,93	8,41	2,21*	75	5,62	5,3	-1,16
	E	75	11,91	8,32		75	5,78	6,35	
Depresyon	K	75	21,74	12,17	1,41*	75	9,16	9	2,28*
	E	75	19,02	11,3		75	6,11	7,24	
Paranoya	K	75	8,13	5,26	2,03*	75	3,82	3,68	0,6
	E	75	6,37	5,3		75	3,47	3,36	

\*p<.05 (K= Kadın, E= Erkek, OKB= Obsesif Kompulsif Belirtiler)

### 2.1.2. Yaşa İlişkin Bulgular

Çalışma grubunda da karşılaştırma grubunda da olumlu ve olumsuz dini başa çıkma puanları yaş açısından anlamlı farklılık göstermemekte iken; SCL-90-R puanları açısından her iki grupta da anlamlı farklılıklar gözlemlenmiştir.

Yapılan ANOVA testine göre çalışma grubu katılımcılarının SCL-90-R ve alt ölçek puanları yaşa göre farklılaşmaktadır. Tukey testine göre yaş aralığı 17-25 olan katılımcıların SCL, kişiler arası duyarlılık, depresyon ve OKB puanları yaş aralığı 26-35 olan katılımcıların puanlarından anlamlı olarak daha yüksektir. Ayrıca Tukey testine göre yaş aralığı 17-25 olan katılımcıların OKB puanları yaş aralığı 36-69 olan katılımcıların OKB puanlarından anlamlı olarak daha yüksektir. (Bkz. Tablo.3).

Dunnnett C testine göre yaş aralığı 17-25 olan katılımcıların anksiyete puanları yaş aralığı 26-35 olan katılımcıların anksiyete puanlarından ve yaş

aralığı 36-69 olan katılımcıların anksiyete puanlarından anlamlı olarak daha yüksektir (Bkz. Tablo.3).

Dunnett C testine göre yaş aralığı 17-25 ve 26-35 olan katılımcıların OKB puanları, yaşı 36-69 arasında olan olan katılımcıların OKB puanlarından anlamlı olarak daha yüksektir (Bkz. Tablo.3).

Somatizasyon, fobik anksiyete, psikotizm, paranoid düşünceler, öfke-düşmanlık ve ek skala puanlarının ise yaşa göre farklılık göstermediği saptanmıştır.

Yapılan ANOVA testine göre karşılaştırma grubu katılımcılarının SCL-90-R ve alt ölçek puanları da yaşa göre farklılaşmaktadır. Dunnett C testine göre yaş aralığı 17-25 olan katılımcıların SCL, OKB, anksiyete, depresyon ve somatizasyon puanları yaşı 36-69 arasında olan katılımcıların puanlarından anlamlı olarak daha yüksektir. Yaş aralığı 26-35 olan katılımcıların ek skala puanı ise yaşı 36-69 arasında olan katılımcıların puanlarından anlamlı olarak daha yüksektir (Bkz. Tablo 3).

Karşılaştırma grubunda yaş değişkeninin kişilerarası duyarlılık, fobik anksiyete, psikotizm, paranoid düşünceler ve öfke-düşmanlık değişkenleri üzerinde anlamlı bir farklılık yaratmadığı saptanmıştır.

**Tablo 3.** Yaşa göre SCL-90-R ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları, Standart Sapmaları ve F Değerleri

SCL-90-R ve Alt Ölçekleri	Çalışma Grubu							Karşılaştırma Grubu						
	17-25		26-35		36-69		Özet ANOVA	17-25		26-35		36-69		Özet ANOVA
	(n=59)	(n=44)	(n=47)	(n=36)	(n=71)	(n=43)								
$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	F	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	F	
SCL-90-R	138,5	74,18	102,6	57,69	112,7	66,03	3,98*	59,39	51,52	46,32	37,38	45,56	40,75	4,41*
1	17,27	12,17	13,36	8,98	15,05	10,15	1,72	8,44	7,32	6,02	5,22	5,23	5,66	3,13*
2	19,4	9,71	14,31	8,02	14,78	8,54	5,35*	11,25	8,39	7,87	5,7	5,34	5,02	8,37*
3	15,72	8,79	11,22	7,31	12,57	8,56	4,05*	7,3	6,41	5,67	5,46	4,41	5,74	2,44
4	23,41	12,31	17,81	11,35	18,97	10,87	3,43*	9,86	10,62	8,11	8,12	4,99	5,25	3,73*
5	17,69	10,48	12,29	7,9	12,34	8,73	6,04*	5,5	5,49	3,85	4,32	2,58	3,28	4,35*



6	8,86	6,69	6,65	6,04	8,38	6,05	1,62	3,58	4,58	2,94	3,62	1,69	2,13	2,99
7	6,77	5,93	4,31	4,68	6,29	5,66	2,68	1,55	2,13	1,07	1,82	0,76	1,35	1,91
8	8,15	5,57	6,59	5,15	6,74	5,16	1,39	4,16	4,08	3,85	3,73	2,86	2,44	1,51
9	10,72	7,5	7,52	6,41	8,46	7,72	2,69	3,26	4,69	2,53	3,08	1,9	3,46	1,37
10	10,42	6,22	8,5	5,64	9,08	5,95	1,42	4,55	4,28	4,36	3,58	2,88	2,84	2,89*

\* $p < .05$  (1=Somatizasyon, 2=Obsesif Kompulsif Belirtiler, 3=Kişiler Arası Duyarlılık, 4= Depresyon, 5=Anksiyete,

6=Öfke-Düşmanlık, 7=Fobik Anksiyete, 8=Paranoid Düşünceler, 9=Psikotizm, 10=Ek Skalalar)

### 2.1.3. Medeni Duruma İlişkin Bulgular

Çalışma grubu ve karşılaştırma grubunda olumlu ve olumsuz dini başa çıkma değişkenlerinin medeni duruma göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir.

Çalışma grubunda SCL-90 ve alt boyutları medeni duruma göre farklılaşmamakta iken; karşılaştırma grubunda ise çeşitli farklılıklar söz konusudur;

Yapılan t-testi analizine göre; bekar katılımcıların SCL, somatizasyon, OKB, anksiyete, depresyon, fobik anksiyete, paranoid düşünce ve ek skala puanları, evli katılımcıların puanlarından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Bkz.Tablo 4).

Kişilerarası duyarlılık, öfke-düşmanlık ve psikotizm puanları ise medeni durum değişkeni açısından anlamlı bir farklılık oluşturmamaktadır.

**Tablo 4.** Medeni Duruma Göre SCL-90-R ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları, Standart Sapmaları ve t Değerleri

SCL-90-R ve Alt Ölçekleri	Medeni Durum	Karşılaştırma Grubu			
		N	$\bar{X}$	SS	t
SCL-90-R	B	68	55,17	45,9	2,61*
	E	82	37,59	34,21	
1	B	68	7,56	6,66	2,24*
	E	82	5,39	5,21	

2	B	68	9,97	7,48	3,45*
	E	82	6,25	5,2	
3	B	68	6,52	6,08	1,56
	E	82	5,02	5,56	
4	B	68	9,32	9,37	2,29*
	E	82	6,24	7	
5	B	68	5,02	5,02	2,84*
	E	82	2,93	3,74	
6	B	68	3,13	3,88	1,2
	E	82	2,41	3,31	
7	B	68	1,46	2,16	2,17
	E	82	0,8	1,37	
8	B	68	4,3	3,91	2,04*
	E	82	3,1	3,07	
9	B	68	2,89	3,89	1,1
	E	82	2,22	3,41	
10	B	68	4,95	3,83	3,06*
	E	82	3,18	3,24	

\*p<.05 (1=Somatizasyon, 2=Obsesif Kompulsif Belirtiler, 3=Kişiler Arası Duyarlılık, 4= Depresyon, 5=Anksiyete, 6=Öfke-Düşmanlık, 7=Fobik Anksiyete, 8=Paranoid Düşünceler, 9=Psikotizm, 10=Ek Skalalar)

#### 2.1.4. Gelir Durumuna İlişkin Bulgular

Yapılan ANOVA testine göre, olumlu ve olumsuz dini başa çıkma puanları ile SCL-90 ve alt boyutlarından alınan puanlar, çalışma grubunda da karşılaştırma grubunda da katılımcıların gelir düzeyine göre farklılaşmamaktadır ( $p>.05$ ).

#### 2.1.5. Eğitim Durumuna İlişkin Bulgular

Çalışma grubunda, olumlu ve olumsuz dini başa çıkma ile SCL-90 ve alt ölçeklerinden alınan puanlar katılımcıların eğitim düzeyine göre farklılaşmamakta iken karşılaştırma grubunda çeşitli farklılıklar saptanmıştır. Yapılan ANOVA testine göre katılımcıların olumlu dini başa çıkma puanı eğitim düzeyine göre farklılaşmaktadır [ $F_{(3/146)}=2,88$ ;  $p<.05$ ].

Tukey testine göre ilkokul ( $\bar{x}=19,25$ ) mezunu olan katılımcıların olumlu dini başa çıkma puanı ortaokul ( $\bar{x}=11,75$ ) mezunu olan katılımcıların olumlu dini başa çıkma puanlarından anlamlı olarak daha yüksektir. Olumsuz dini başa alt ölçeğinden alınan puanlar ise katılımcıların eğitim düzeyine göre farklılaşmamaktadır (Bkz. Tablo 5a).

**Tablo 5a.** Eğitim Durumuna göre Olumlu Dini Başa Çıkma ve Olumsuz Dini Başa Çıkma Puan Ortalamaları, Standart Sapmaları ve F Değerleri

Dini Başa Çıkma Stratejisi	KARŞILAŞTIRMA GRUBU								Özet ANOVA F
	İLKOKUL (n=8)		ORTAOKUL (n=4)		LİSE (n=25)		ÜNİVERSİTE (n=113)		
	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	
Olumlu Dini Başa Çıkma	19,25	2,37	11,75	5,85	16,12	3,99	16,14	4,3	2,88*
Olumsuz Dini Başa Çıkma	4,62	2,5	8	9,76	5,32	3,37	4,89	3,64	0,94

\*p<.05

Yapılan ANOVA testine göre katılımcıların SCL-90-R ve alt ölçek puanları eğitim düzeyine göre farklılaşmaktadır. Dunnett C testine göre üniversite mezunu olan katılımcıların SCL-90, OKB, depresyon, anksiyete ve ek skala puanı ortaokul mezunu olan katılımcıların puanlarından anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 5b).

Dunnett C testine göre üniversite mezunu olan katılımcıların somatizasyon, OKB, depresyon, anksiyete, psikotizm puanı ilkokul mezunu olan katılımcıların puanlarından anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 5b).

Dunnett C testine göre üniversite mezunu olan katılımcıların anksiyete, psikotizm puanı, lise ( $\bar{x}=2,32$ ) mezunu olan katılımcıların puanlarından anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 5b).

Ayrıca lise mezunu olan katılımcıların ek skala puanı, ortaokul mezunu olan katılımcıların ek skala puanlarından anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 5b).

SCL-90'ın kişiler arası duyarlılık, fobik ansiyete, paranoid düşünceler ve öfke-düşmanlık alt ölçeklerinden alınan puanlar ise değişkenler açısından anlamlı farklılık oluşturmamaktadır.

**Tablo 5b.** Eğitim Durumuna göre SCL-90-R ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları, Standart Sapmaları ve F Değerleri

SCL-90-R ve Alt Ölçekler i	KARŞILAŞTIRMA GRUBU								Özet ANOVA F
	(+)İLKOKUL (n=8)		ORTAOKUL (n=4)		LİSE (n=25)		ÜNİVERSİTE (n=113)		
	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	
SCL-90-R	27,37	20,63	15,75	9,74	32,57	27,24	50,78	43,59	2,8*
1	3,62	2,06	3,25	2,5	4,48	4,21	7,1	6,43	2,37*
2	4,62	2,32	2,5	2,51	5,68	4,96	8,86	6,93	3,47*
3	5,62	5,73	1,5	1,91	3,64	4,31	6,31	6,1	2,2
4	3,75	3,6	2,75	1,5	5,16	5,83	8,63	8,87	2,41*
5	1	0,75	1	0,81	2,32	2,82	4,53	4,8	3,67*
6	2	2,5	1	0,81	2,2	3,27	2,97	3,76	0,77
7	0,5	0,75	0	0	0,72	1,54	1,27	1,9	1,52
8	3,62	3,85	1,25	1,25	3,61	3,59	3,74	3,54	0,64
9	0,87	1,35	1,75	2,87	1,52	1,68	2,89	4,01	1,66*
10	1,75	1,66	0,75	0,5	3,24	2,8	4,42	3,81	3,11*

\*p<.05 (1=Somatizasyon, 2=Obsesif Kompulsif Belirtiler, 3=Kişiler Arası Duyarlılık, 4=Depresyon, 5=Anksiyete, 6=Öfke-Düşmanlık, 7=Fobik Anksiyete, 8=Paranoid Düşünceler, 9=Psikotizm, 10=Ek Skalalar)

### 2.1.6. İş Durumuna İlişkin Bulgular

Çalışma grubunda da karşılaştırma grubunda da olumlu ve olumsuz dini başa çıkma alt ölçeklerinden alınan puanlar katılımcıların iş durumuna göre farklılaşmamaktadır.

Ayrıca çalışma grubunda SCL-90 ve alt ölçeklerinden alınan puanlar katılımcıların iş durumuna göre farklılaşmamakta iken, karşılaştırma grubunda çeşitli farklılıklar söz konusudur. Yapılan ANOVA testine göre katılımcıların SCL-90-R ve alt ölçek puanları iş durumuna göre farklılaşmaktadır. Tukey testine göre öğrenci olan katılımcıların SCL-90, OKB, anksiyete toplam puanları hem çalışan hem de çalışmayan katılımcıların toplam puanlarından anlamlı olarak daha yüksektir. Tukey testine göre öğrenci olan katılımcıların kişilerarası duyarlılık, depresyon ve fobik anksiyete puanları çalışan katılımcıların kişilerarası duyarlılık puanlarından anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 6).

SCL-90'ın somatizasyon, öfke ve düşmanlık, psikotizm, paranoid düşünceler ve ek skala alt ölçeklerinden alınan puanlar ise katılımcıların iş durumuna göre farklılaşmamaktadır.

**Tablo 6.** İş Durumuna göre SCL-90-R ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları, Standart Sapmaları ve F Değerleri

SCL-90-R ve Alt Ölçekleri	Karşılaştırma Grubu						Özet ANOVA F
	Çalışıyor (n=120)		Çalışmıyor (n=18)		Öğrenci (n=12)		
	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	
SCL-90-R	43,31	38,76	40,36	35,96	75,85	56	3,78*
1	6,19	5,82	5,22	5,93	9,91	7,05	2,52
2	7,62	6,3	6,5	4,99	13,25	9,2	4,68*
3	5,2	5,25	5,77	5,87	10,58	8,99	4,86*

4	7,15	7,67	6,83	8,23	13,77	11,97	3,71*
5	3,73	4,3	2,88	4,19	6,91	5,63	3,36*
6	2,65	3,66	2,33	2,86	4,25	3,69	1,21
7	0,98	1,65	1,05	1,73	2,33	2,8	3,15*
8	3,5	3,39	3,5	3,89	5,33	4,07	1,49
9	2,26	3,41	2,92	3,47	4,58	5,4	2,36
10	3,99	3,79	3,33	2,58	4,91	3,11	0,68

\*p<.05 (1=Somatizasyon, 2=Obsesif Kompulsif Belirtiler, 3=Kişiler Arası Duyarlılık, 4=Depresyon, 5=Anksiyete, 6=Öfke-Düşmanlık, 7=Fobik Anksiyete, 8=Paranoid Düşünceler, 9=Psikotizm, 10=Ek Skalalar)

## 2.2. Değişkenler Arasındaki Korelasyonlar

### 2.2.1. Çalışma Grubu Bulguları

Olumlu dini başa çıkma ile olumsuz dini başa çıkma arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır ( $r = -.22$ ;  $p < .05$ ).

Olumlu dini başa çıkma ile SCL-90-R ve alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p < .05$ ).

Olumsuz dini başa çıkma ile SCL-90-R( $r=.32$ ), somatizasyon( $r=.22$ ), OKB( $r=.18$ ), kişilerarası duyarlılık( $r=.30$ ), depresyon( $r=.29$ ), anksiyete( $r=.26$ ), öfke ve düşmanlık( $r=.29$ ), fobik anksiyete( $r=.31$ ), paranoid düşünceler( $r=.30$ ), psikotizm( $r=.34$ ) ve ek skala( $r=.31$ ) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır ( $p < .05$ ) (Bkz. Tablo 7a).

**Tablo 7a.** Olumlu Dini Başa Çıkma, Olumsuz Dini Başa Çıkma, SCL-90-R ve Alt Ölçekleri Arasındaki Korelasyon Katsayıları (Çalışma Grubu)

	(-)DBÇ	SCL-90	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(+)DBÇ	-0,22	0,06	0,07	0,08	0,05	0,03	0,02	0,1	-.06	0,12	0,06	0,01
(-)DBÇ		0,32*	0,22*	0,18*	0,30*	0,29*	0,26*	0,29*	0,31*	0,30*	0,34*	0,31*
SCL-90			0,82	0,87	0,89	0,91	0,85	0,82	0,72	0,82	0,9	0,83
1				0,65	0,59	0,67	0,74	0,61	0,61	0,59	0,67	0,64
2					0,81	0,82	0,65	0,67	0,49	0,74	0,75	0,68

3	0,8	0,62	0,69	0,55	0,82	0,81	0,66
4		0,75	0,69	0,59	0,77	0,79	0,78
5			0,66	0,75	0,57	0,72	0,69
6				0,59	0,68	0,76	0,69
7					0,45	0,63	0,58
8						0,79	0,65
9							0,72

\*p<.05 (1=Somatizasyon, 2=Obsesif Kompulsif Belirtiler, 3=Kişiler Arası Duyarlılık, 4=Depresyon, 5=Anksiyete, 6=Öfke-Düşmanlık, 7=Fobik Anksiyete, 8=Paranoid Düşünceler, 9=Psikotizm, 10=Ek Skalalar)

### 2.2.2. Karşılaştırma Grubu Bulguları

Olumlu dini başa çıkma ile olumsuz dini başa çıkma arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>.05$ ).

Olumlu dini başa çıkma ile SCL-90-R ve alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>.05$ ).

Olumsuz dini başa çıkma ile ise, fobik anksiyete( $r=.17$ ) ve psikotizm( $r=.17$ ) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır (Bkz. Tablo 7b).

**Tablo 7b.** Olumlu Dini Başa Çıkma, Olumsuz Dini Başa Çıkma, SCL-90-R ve Alt Ölçekleri Arasındaki Korelasyon Katsayıları (Karşılaştırma Grubu)

	(-)DBÇ	SCL-90	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(+)DBÇ	-,09	0,04	0,08	0,03	0,07	0	0	-,05	0,06	0,04	0,06	0,1
(-)DBÇ		0,12	0,1	0,07	0,08	0,13	0,12	0,02	0,17*	0,09	0,17*	0,14
SCL-90			0,86	0,9	0,86	0,92	0,9	0,8	0,65	0,83	0,82	0,81
1				0,76	0,64	0,79	0,79	0,61	0,54	0,63	0,67	0,68
2					0,74	0,8	0,79	0,68	0,55	0,7	0,67	0,73
3						0,74	0,8	0,71	0,53	0,74	0,67	0,71
4							0,71	0,66	0,54	0,75	0,75	0,63
5								0,73	0,59	0,67	0,73	0,74
6									0,51	0,73	0,59	0,62
7										0,46	0,62	0,48

8	0,67	0,63
9		0,67

\*p<.05 (1=Somatizasyon, 2=Obsesif Kompulsif Belirtiler, 3=Kişiler Arası Duyarlılık, 4=Depresyon, 5=Anksiyete, 6=Öfke-Düşmanlık, 7=Fobik Anksiyete, 8=Paranoid Düşünceler, 9=Psikotizm, 10=Ek Skalalar)

### 2.2.3. Gruplar Arası Karşılaştırmalar

Çalışma ve karşılaştırma grubu arasında çeşitli değişkenler açısından farklılar saptanmıştır. Çalışma grubu ve karşılaştırma grubu arasında yapılan t-testi sonuçlarına göre;

Karşılaştırma grubunun olumlu dini başa çıkma toplam puanı ( $\bar{x}$ =16,18), çalışma grubunun olumlu dini başa çıkma toplam puanına ( $\bar{x}$ =14,83) göre anlamlı olarak daha yüksektir (Bkz. Tablo.8).

Çalışma grubunun olumsuz dini başa çıkma, SCL, somatizasyon, OKB, depresyon, kişilerarası duyarlılık, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid, psikotizm ve ek skala toplam puanı, karşılaştırma grubu puanlarına göre anlamlı olarak daha yüksektir (Bkz. Tablo 8).

**Tablo 8.** Gruplar Arası Karşılaştırma Sonuçları

Değişkenler	Çalışma Grubu		Karşılaştırma Grubu		t
	N=150		N=150		
	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	
(+)DBÇ	14,83	5,08	16,18	4,29	-2,49*
(-)DBÇ	6,54	4,62	5,03	3,78	3,09*
SCL-90	119,88	68,48	45,56	40,75	11,42*
1	15,43	10,74	6,37	5,99	9,01*
2	16,46	9,14	7,93	6,58	9,27*
3	13,42	8,48	5,7	5,83	9,17*
4	20,38	11,79	7,64	8,28	10,83*



5	14,43	9,55	3,88	4,47	12,24*
6	8,06	6,33	2,74	3,59	8,95*
7	5,9	5,57	1,1	1,79	10,04*
8	7,25	5,34	3,65	3,52	6,89*
9	9,08	7,35	2,53	3,64	9,77*
10	9,44	5,99	3,98	3,62	9,53*

\*p<.05 (1=Somatizasyon, 2=Obsesif Kompulsif Belirtiler, 3=Kişiler Arası Duyarlılık, 4=Depresyon, 5=Anksiyete, 6=Öfke-Düşmanlık, 7=Fobik Anksiyete, 8=Paranoid Düşünceler, 9=Psikotizm, 10=Ek Skalalar)

## TARTIŞMA VE SONUÇ

İnsanoğlu yaşamı süresinde karşılaştığı pek çok durumla başa çıkabilmek için çeşitli başa çıkma mekanizmaları geliştirip kullanır ve elde edilen sonuç bireyin ruh sağlığına etki eder. Örneğin “Ve hepinizi mutlaka sınavacağız ki üstün gayret gösterenleri ve sıkıntılara göğüs gerenleri ayırabilelim...” (Bakara 2/155) ayetini göz önünde bulunduran bir Müslüman yaşadığı sıkıntıları, sabretmesi ve mükâfat alabilmesi için bir vesile olarak göreceğinden inancını bir başa çıkma yolu olarak da kullanmış olur.

Görüldüğü gibi, tarihin başlangıcından beri insanlıkla iç içe olan din, bireylerin yaşantısına önemli ölçüde etki etmektedir (Hökelekli, 2015). Bireyin yaşantısı üzerinde önemli etkisi olan din ve psikoloji ilişkisi üzerine yapılan araştırmalar da özellikle son otuz yıldır önemli ölçüde artış göstermiştir. Pek çok dini başa çıkma ölçeği geliştirilmiş, dini başa çıkma ile dini yönelim, kişilik özellikleri, depresyon, dini olmayan başa çıkma stratejileri, kronik rahatsızlıklar, kanser, endişe ve incinebilirlik, etnik kimlik gibi pek çok değişkenin ilişkisi araştırılmıştır (Ekşi, 2001).

Literatüre bakıldığında dinin ruh sağlığı üzerindeki etkisine ilişkin kimi araştırmacılar olumlu, kimi araştırmacılar ise olumsuz etkilerinden daha fazla bahsetmektedir. Bu farklı sonuçlar dolayısıyla dinin insanlar için iyi ya da kötü olduğuna dair tek bir cevap olmadığı, ancak dini

inanın birey üzerindeki etkisinin pek çok araştırmaya konu olabileceği söylenebilir (Ekşi, 2001).

Çalışma ve karşılaştırma grubu bağlamında yapılan bu araştırmanın amacı da, bireylerin dini başa çıkma tarzları ve psikopatolojileri arasındaki ilişkiyi saptamak ve bu değişkenlerin demografik değişkenler açısından farklılaşıp farklılaşmadığını hem psikiyatrik tanısı olan hem de psikiyatrik tanısı olmayan bireyler düzeyinde ortaya koymaktı.

Yapılan analizler neticesinde çalışma grubunda kadınların erkeklerden daha fazla olumlu dini başa çıkma kullanırken, olumsuz dini başa çıkmanın cinsiyete göre farklılaşmadığı saptanmıştır. Karşılaştırma grubunda ise hem olumlu hem de olumsuz dini başa çıkma cinsiyete göre farklılaşmamaktadır. Dolayısıyla 'Kadınların olumlu dini başa çıkma düzeyi erkeklere göre daha yüksektir' hipotezi, psikopatolojisi olan grup için doğrulanırken, karşılaştırma grubu verileri bu hipotezi desteklememektedir. Olumsuz dini başa çıkmanın cinsiyete göre farklılaşmaması ise 'Kadınların olumsuz dini başa çıkma düzeyi erkeklere göre daha yüksektir' hipotezini desteklememektedir.

Literatüre bakıldığında Batı'da kadınların çoğunlukla erkeklere göre daha dindar olduğu saptansa da Türkiye'de bu bulgu ile çelişen sonuçlar vardır (Hökelekli, 2015). Ekşi'nin (2001) çalışmasında kadınların erkeklere göre daha fazla olumlu dini başa çıkma kullandıkları saptanırken; Ayten ve arkadaşlarının (2012) çalışmasına göre; erkekler, kadınlara göre olumsuzluklara daha iyimser bakmakta, problemler karşısında Allah'ın yardım ve desteğini daha çok isteme eğilimi göstermektedir.

Cinsiyete göre bakıldığında psikopatolojisi olan kadınlar, olumlu dini başa çıkmayı psikopatolojisi olan erkeklerden daha fazla kullansa da; gruplar bazında incelendiğinde psikopatolojisi olan bireylerin olumlu dini başa çıkma düzeyi, psikopatolojisi olmayan bireylerin olumlu dini başa çıkma düzeyinden anlamlı olarak daha düşük

bulunmuştur. Bu bulgu 'Psikiyatrik tanısı olan bireylerin olumlu dini başa çıkma düzeyi, psikiyatrik tanısı olmayan bireylerin olumlu dini başa çıkma düzeyinden anlamlı olarak daha düşüktür' hipotezini doğrulamıştır.

Bunun yanı sıra olumsuz dini başa çıkma cinsiyete göre farklılaşmasa da, gruplar bazında bakıldığında psikopatolojisi olan bireylerin olumsuz dini başa çıkma düzeyi, psikopatolojisi olmayan bireylerin olumsuz dini başa çıkma düzeyinden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu da 'Psikiyatrik tanısı olan bireylerin olumsuz dini başa çıkma düzeyi, psikiyatrik tanısı olmayan bireylerin olumsuz dini başa çıkma düzeyinden anlamlı olarak daha yüksektir' hipotezini doğrulamıştır.

Söz edilen bulgular neticesinde psikolojik yönden sağlıklı bireylerin karşılaştıkları güçlüklerle Allah'ın sevgisi ve merhametine sığınarak baş ettiği; psikolojik rahatsızlığı olan bireylerin ise karşılaştığı güçlükleri daha çok bir ceza olarak gördüğü, Allah'ın sevgisinden ve merhametinden şüpheye düştüğü, yalnız bırakılmaktan korktuğu söylenebilir. Bu durum psikolojik rahatsızlığı olan bireylerin, olumsuzlukları daha çabuk fark ederek, durumu ve sonuçlarını felaketleştirme eğilimlerinden kaynaklanıyor olabilir.

Olumlu ve olumsuz dini başa çıkma üzerinde etkili olabilecek bir diğer faktör ise yaştır. Yaş ve dindarlık ilişkisini sorgulayan araştırma sonuçları homojen olmamakla birlikte, Batı'da 30-60 yaşları arasında dini tutum ve davranışların arttığını destekleyen kanıtlar bulunmuştur (Kurt, 2009). Türkiye'de yapılan pek çok çalışmada da yaşla birlikte dindarlığın arttığı ortaya konmuştur (Ayten, 2010; Yapıcı, 2013). Dindarlık yaşla birlikte artıyorsa dini başa çıkmanın da yaşla birlikte artması beklenebilir. Nitekim Ayten ve ark. (2012), bireylerin yaşları ilerledikçe hem olumlu hem de olumsuz dini başa çıkma etkinliklerine başvurma sıklığının arttığını tespit etmiştir. Ancak bu çalışma da hem çalışma hem karşılaştırma grubunda, olumlu ve olumsuz dini başa

çıkma üzerindeki yaş etkisi anlamlı bulunamamıştır. Dolayısıyla 'Yaş arttıkça olumlu dini başa çıkma artar, olumsuz dini başa çıkma azalır' hipotezi desteklenmemiştir.

Dini başa çıkma ile ilişkili olduğu düşünülen diğer bir değişken medeni durumdur. Medeni durumla ilgili olarak Batı'da yapılan araştırmalar da farklı sonuçlara ulaşılsa da araştırmalar Türkiye'de genellikle, dulların ibadet ve ahiret inancı bakımından evli ve bekârlara göre daha ileri düzeyde olduğunu; ayrıca evlilerin de bekârlara kıyasla daha dindar olduklarını göstermektedir (Hökelekli, 2015; Kurt, 2009). Ancak hem çalışma hem karşılaştırma grubunda, olumlu ve olumsuz dini başa çıkma üzerindeki medeni durum etkisi anlamlı bulunamamıştır. Dolayısıyla 'Evli bireylerin olumlu dini başa çıkma düzeyi bekar bireylerden daha yüksek iken, bekar bireylerin olumsuz dini başa çıkma düzeyi evli bireylerden daha yüksektir' hipotezi desteklenmemiştir.

Bunların yanı sıra sosyoekonomik durum da, dini yaşantıyı etkileyen önemli faktörlerden biridir. Batı'da yapılan araştırmalardan elde edilen bazı bulgular, dindarlık ve sosyo-ekonomik düzey arasında belirgin bir ilişkiyi göstermektedir (Beit-Hallahmi ve Michael, 1997). Türkiye'de gerçekleştirilen araştırmalarda genellikle, alt sosyoekonomik düzeydeki insanlar için dinin çok önemli bir değer olduğu; gelir düzeyi yükseldikçe dini yaşantı düzeyinde azalma olduğu yani sekülerleşmiş üst tabakalara doğru çıkıldıkça dine bağlılıkta belli bir düşüş olduğu görülmektedir (Kurt, 2009; Hökelekli, 2015). Ancak bu çalışmada hem çalışma hem karşılaştırma grubunda, olumlu ve olumsuz dini başa çıkma tarzlarının gelir düzeyine göre farklılaşmadığı saptanmıştır. Dolayısıyla 'Gelir düzeyi arttıkça olumlu ve olumsuz dini başa çıkma azalır' hipotezi desteklenmemiştir.

Eğitim düzeyi dini tutumlar açısından önemli bir faktördür. Literatüre bakıldığında iki yönde bulgular söz konusu olsa da, genelde dini inançlara kayıtsızlığın, bireyselleşmenin artması ve geleneksel

dindarlığın üniversitedeki seküler kültür ortamında çözülmesi nedeni ile üniversite döneminde arttığı saptanmıştır (Hökelekli, 2015). Ancak bu araştırma da, çalışma grubunda olumlu ve olumsuz dini başa çıkma tarzlarının eğitim düzeyine göre farklılaşmadığı saptanmıştır. Karşılaştırma grubunda ise, ilkökul mezunu olan bireylerin olumlu dini başa çıkma puanı ortaokul mezunu olan bireylerden anlamlı olarak daha yüksek bulunurken; olumsuz dini başa çıkma puanlarının eğitim düzeyi değişkenine göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir.

İş durumunun olumlu ve olumsuz dini başa çıkma üzerindeki etkisine bakıldığında; hem çalışma hem karşılaştırma grubunda, olumlu ve olumsuz dini başa çıkma tarzlarının iş durumuna göre farklılaşmadığı saptanmıştır. Dolayısıyla 'Çalışmayan bireylerin olumlu ve olumsuz dini başa çıkma düzeyi çalışan ve öğrenci olan bireylere oranla daha fazladır' hipotezi desteklenememiştir.

Demografik değişkenlerle ilişkisinin ele alındığı diğer kavram psikopatolojidir. Ancak öncelikle belirtilmelidir ki, gruplar arası karşılaştırma sonucu elde edilen bulgular 'Psikiyatrik tanısı olan bireylerin psikopatoloji düzeyi, psikiyatrik tanısı olmayan bireylerin psikopatoloji düzeyinden anlamlı olarak daha yüksektir' hipotezini doğrular niteliktedir. Gruplar 'psikopatolojisi olan' ve 'psikopatolojisi olmayan' şeklinde ayrıldığı için araştırmanın geçerlik ve güvenilirliği açısından bu bulgu oldukça önem arz etmektedir.

'Kadınların psikopatoloji düzeyi, erkeklerin psikopatoloji düzeyinden anlamlı olarak yüksektir' hipotezine yönelik yapılan analizler neticesinde çalışma grubunda kadınların somatizasyon, OKB, kişilerarası duyarlılık ve paranoya puanları erkeklere oranla anlamlı olarak daha yüksek bulunurken; karşılaştırma grubunda sadece kadınların depresyon puanları erkeklere oranla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgular literatürü destekler niteliktedir.

Literatüre bakıldığında farklı verilerde söz konusu olsa da çoğunlukla kadınların erkeklere göre daha somatik olduğu söylenebilir

(Wool ve Barsky, 1994; Kroenke ve Spitzer, 1998; Özenli ve ark., 2009). Kadın olmanın depresyonda temel bir risk etkeni olduğu birçok çalışmada ortaya çıkmıştır (Bruce ve Hoff, 1994). Kadınların fiziksel, ruhsal, sosyal, kültürel gibi bileşenleri nedeniyle depresyon hemen bütün toplumlarda kadınlarda daha sık görülmektedir. Kadınların depresyona duyarlı oluşlarında en çok psikososyal etkenlerin etkili olduğu düşünülmektedir (Boyd ve Weissman, 1981; Ünal ve Özcan, 2000).

Klinik veya toplum örneklemelerinde, hemen hemen tüm anksiyete tiplerinde kadınların erkeklerden daha fazla tanı aldıkları görülür (Reiger, Narrow ve Rae, 1990). Anksiyete bozukluğu tipleri içerisinde kadın ve erkek cinsiyet arasındaki farklılıkların araştırılması, kadınlarda daha ciddi belirtilerin varlığını ortaya koymuştur (Bal, Çakmak ve Uğuz, 2013). Bu durum öğrenme, kadının özgün cinsel rolü ve toplumun kadından beklentileri gibi psikososyal unsurlardan kaynaklanıyor olabilir (Bekker, 2000). Epidemiyolojik Saha Çalışması verilerine göre yaşamları boyunca OKB geliştirme olasılığı kadınlarda erkeklerden 1.5 kat fazladır (Weissman ve ark., 1994). Erkeklerin ise psikoz geliştirme riski kadınlara göre açıkça daha yüksektir (McGrath ve ark., 2004). Türkiye’de şizofreni kadınlara göre erkeklerde anlamlı olarak daha yüksek iken, klinik yakınmalara yol açan psikotik belirtiler ise erkeklere göre kadınlarda daha yaygındır (Alptekin ve ark., 2009; Binbay ve ark., 2011).

Kapkıran’ın (2001) lise öğrencileri üzerine yaptığı çalışmada ise; kızların erkeklerden daha depresif oldukları, daha fazla fobik kaygı yaşadıkları, daha çok genel kaygı yaşadıkları, daha fazla kişiler arası duyarlılık gösterdikleri, daha fazla obsesif kompulsif oldukları, daha yaygın somatik sorunları olduğu ve daha yaygın paranoid düşüncelere sahip oldukları, daha psikotik oldukları, daha fazla uyku sorunları, yeme sorunları olduğu ve daha fazla suçluluk yaşadıkları, genel ölçekten elde edilen puanda da daha yüksek puana sahip oldukları saptanmıştır.

Psikopatoloji üzerinde etkili olabilecek diğer bir önemli faktör yaştır. Literatüre bakıldığında anksiyete bozukluğu ve diğer ruhsal bozukluklar genel olarak erişkinlere oranla gençlerde daha sıktır (Parker ve Hadzi-Pavlovic, 2001). Bazı araştırmalarda ise yaş artışı depresif belirti yaygınlığı için risk faktörü olarak saptanmıştır (Kaya ve ark., 2007). Üniversite öğrencileri ile yapılan bir araştırmada depresyon ile öğrencilerin yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı, ayrıca öğrencilerin yaşları arttıkça sürekli kaygı düzeylerinin azaldığı ortaya konulmuştur (Bozkurt, 2004).

Literatürle tutarlı olarak bu araştırmada; çalışma grubunda 17-25 yaş aralığındaki bireylerin SCL-90, kişiler arası duyarlılık, depresyon, OKB ve anksiyete puanları 26-35 yaş aralığındaki bireylerden; OKB ve anksiyete puanlarının 36-69 yaş aralığındaki bireylerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. 26-35 yaş aralığındaki bireylerin ise OKB puanlarının 36-69 yaş aralığındaki bireylerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Karşılaştırma grubunda ise 17-25 yaş aralığındaki bireylerin SCL-90, OKB, anksiyete, depresyon, somatizasyon puanları ile 26-35 yaş aralığındaki bireylerin ek skala puanları 36-69 yaş aralığındaki bireylerden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Dolayısıyla anksiyete bozukluklarının daha genç yaştakilerde daha yüksek oranda görüldüğü söylenebilir.

Literatüre göre bekâr olmak depresyon için risk etkenidir (Antony ve Petronis, 1991). Bazı kaynaklarda ise bekâr kadınların, evlenmiş kadınlara göre daha az depresyon riski taşırken, bunun tersine evli erkeklerin bekâr erkeklere göre daha az risk taşıdığı söylenmektedir (Işık, 2003).

Bazı çalışmalar yaygın anksiyete bozukluğunun boşanmış, dul veya ayrı yaşayanlarda daha fazla görüldüğünü bildirmekte (Wittchen ve ark., 1994) iken, bazılarında ise evlilerde yaygın anksiyete bozukluğunun bekârlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir (Özcan, Uğuz ve Çilli, 2006).

Bu araştırmada ise, çalışma grubunda psikopatoloji üzerindeki medeni durum etkisi anlamlı bulunmazken, karşılaştırma grubunda bekar bireylerin SCL-90, somatizasyon, OKB, anksiyete, depresyon, fobik anksiyete, paranoya ve ek skala puanlarının evli bireylerin puanlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla 'Evli bireylerin psikopatoloji düzeyi bekâr bireylerden daha yüksektir' hipotezi desteklenememiştir. Bu durum karşılaştırma grubu örnekleminin daha çok aktif olarak çalışan ve çalışma grubuna göre daha eğitimli bireylerden oluşmasından kaynaklanıyorsa olabilir.

Literatüre bakıldığında, düşük gelir düzeyinin sık görülen ruhsal hastalıklara yakalanmada bir risk etkeni olduğu, ekonomik sıkıntı yaşayan bireylerde yüksek oranda depresyon, anksiyete ve antisosyal davranış bulunduğu bildirilmektedir (Patel ve ark., 1998; Samaan, 2000; Antony ve Petronis, 1991). Ayrıca sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerin çocuklarının diğerlerine göre daha umutsuz olduğu tespit edilmiştir (Özmen ve ark., 2008). Ancak bu çalışmanın bulguları literatürü desteklememektedir. Hem çalışma hem karşılaştırma grubunda, psikopatoloji üzerindeki gelir düzeyi etkisi anlamlı bulunmamıştır. Dolayısıyla 'Gelir düzeyi azaldıkça psikopatoloji artar' hipotezi de desteklenememiştir.

Eğitim düzeyi ve psikopatoloji ilişkisine bakılacak olursa, Çilli ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmaya göre kadınların yaşadığı psikolojik belirti şiddeti eğitim seviyesi azaldıkça artmaktadır. Bu araştırmada ise çalışma grubunda psikopatoloji puanlarının eğitim düzeyine göre farklılaşmadığı saptanmıştır. Karşılaştırma grubunda ise üniversite mezunu olan bireylerin SCL-90, OKB, depresyon, anksiyete ve ek skala puanları ortaokul mezunu bireylerden; somatizasyon, OKB, depresyon, anksiyete, psikotizm puanları ilköğretim mezunu bireylerden; anksiyete ve psikotizm puanları ise lise mezunu bireylerden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Lise mezunu bireylerin ise ek skala puanları ortaokul mezunu bireylerden anlamlı olarak daha yüksek



bulunmuştur. Bu bulgu 'Eğitim düzeyi arttıkça psikopatoloji düzeyi artar' hipotezini destekler niteliktedir.

Yine Çilli ve arkadaşlarının (2004) araştırmasına göre, ev kadınlarında psikolojik belirtilerin şiddeti çalışan evli kadınlara göre daha fazladır. Bu çalışmada ise çalışma grubunda psikopatoloji puanlarının iş durumuna göre farklılaşmadığı saptanmıştır. Karşılaştırma grubunda, öğrenci olan bireylerin SCL-90, OKB, depresyon, anksiyete kişilerarası duyarlılık ve fobik anksiyete puanları çalışan bireylerden anlamlı olarak daha yüksek bulunurken; SCL-90, OKB, anksiyete puanları ise çalışmayan bireylerden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Dolayısıyla 'Çalışmayan bireylerin psikopatoloji düzeyi çalışan ve öğrenci olan bireylerden daha azdır' hipotezi desteklenmiştir. Öğrencilerinin büyük çoğunluğunun yaşının genç olması ve genç yaşın da psikopatoloji için risk faktörü olması bu sonuç üzerinde etkili olmuş olabilir.

Demografik değişkenlerin dini başa çıkma ve psikopatoloji üzerindeki etkisinin yanı sıra dini başa çıkma ile psikopatoloji ilişkisini ele alan bulgulara da ulaşılmıştır.

Yapılan analizler neticesinde hem çalışma hem karşılaştırma grubunda, olumlu dini başa çıkma ile psikopatoloji arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu bulgu 'Olumlu dini başa çıkma ile psikopatoloji arasında negatif yönde anlamlı ilişki vardır' hipotezini desteklememiştir. Ancak her iki grupta da olumsuz dini başa çıkma ile psikopatoloji arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğuna dair bulgular elde edilmiştir. Buna göre çalışma grubunda SCL-90 ve alt ölçeklerinin hepsi olumsuz dini başa çıkma ile pozitif yönde anlamlı bir ilişkiye sahip iken; karşılaştırma grubunda fobik anksiyete ve psikotizm alt ölçekleri olumsuz dini başa çıkma ile pozitif yönde anlamlı bir ilişkiye sahiptir. Bu bulgular 'olumsuz dini başa çıkma ile psikopatoloji arasında pozitif yönde anlamlı ilişki vardır' hipotezini desteklemektedir.

Ayrıca hem psikopatolojisi olan bireyler hem de psikopatolojisi olmayan bireyler olumlu dini başa çıkma tarzlarını olumsuz dini başa çıkma tarzlarına göre ortalama olarak daha fazla kullanmaktadır. Bu durum Eksî'nin (2001) olumlu dini başa çıkma tarzlarının olumsuz dini başa çıkma tarzlarına göre daha çok kullanıldığına yönelik tespiti ile tutarlılık göstermektedir. Ancak bu çalışmada olumlu dini başa çıkma stratejileri, ruhsal hastalığın olup olmamasına bağlı olmaksızın psikopatoloji ile ilişkili bulunmazken, olumsuz dini başa çıkma özellikle psikolojik rahatsızlığı olan bireylerde ruhsal rahatsızlıklarla daha ilişkili bulunmuştur. Ayrıca, Koenig'in (2009) bulgularıyla tutarlı olarak, psikiyatrik rahatsızlığı olanların dini başa çıkmayı normal gruba oranla daha fazla kullandıkları saptanmıştır.

En çok araştırılan psikolojik rahatsızlıklardan biri olan depresyon açısından literatüre baktığımızda; Ayten ve Sağır'ın (2014) yaptığı çalışma da hem olumlu hem de olumsuz dini başa çıkmanın depresif eğilimler üzerinde olumlu etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Başka bir çalışmada, Allah'ın varlığını güçlü şekilde hissetme düzeyinin artması ile depresyon, umutsuzluk ve intihar olasılığının düştüğü tespit edilmiştir (Yapıcı, 2013; Cirhinlioğlu ve Ok, 2010). Bazı araştırmalar ise depresyon ile olumlu dini başa çıkma arasında negatif yönde, olumsuz dini başa çıkma arasında pozitif yönde ilişki olduğunu göstermiştir (akt. Güler-Aydın, 2015). Ancak bu çalışmada psikopatolojisi olan grupta da olmayan grupta da depresyon ile olumlu dini başa çıkma arasında herhangi bir anlamlı ilişki bulunamamıştır. Literatürü destekler şekilde ise psikopatolojisi olan grupta olumsuz dini başa çıkma ile depresyon arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır.

Din ve ruh sağlığı ilişkisine dayanan ulusal ve uluslararası literatür incelendiğinde, olumlu dini başa çıkmanın daha fazla kullanılmasının psikolojik iyilik hali ile olumlu yönde ilişkili olduğu görülmektedir. Bu çalışmada olumlu dini başa çıkmanın psikopatoloji üzerinde anlamlı bir etkisi olmasa da yine de psikopatolojisi olan grubun psikopatolojisi olmayan gruba göre olumlu dini başa çıkmayı ortalama olarak daha

fazla kullandığı saptanmıştır. Ancak olumsuz Tanrı algısı ve yaşanan talihsizlikleri Tanrı'nın bir cezası olarak görme gibi olumsuz dini başa çıkma tarzlarının ise psikolojik sağlık açısından işlevsel olmadığı tespit edilmiştir. Zira çalışma grubunun olumsuz dini başa çıkma puanı, karşılaştırma grubunun olumsuz dini başa çıkma puanından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu durumda korkuya dayalı olumsuz dinsel algıların, psikolojik problemlere sebep olarak insanların yaşamını olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülebilir.

Güler-Aydın'ın (2015) yaptığı çalışmanın sonucuna göre ise, din hem intiharı önlemede etkili olmakta, hem de dinin sevgiye dayalı yapısı psikolojik sağlığı olumlu yönde desteklemektedir. Dolayısıyla olumlu dini başa çıkmanın, bireyin karşılaştığı durumu bilişsel olarak yeniden yapılandırmasına ve yeni duruma uyum sağlamasına yardımcı olduğu söylenebilir. Bu yüzden bireylerin dini başa çıkma tarzlarına ne düzeyde başvurduğunun ve bu durumun bireyin ruh sağlığına olan etkisinin araştırılması önem arz etmektedir.

Yurtdışına kıyasla ülkemizde bu konuyla alakalı olarak yapılan çalışmalar oldukça az olmakla birlikte, bu çalışmada ele alınan değişkenlerin özellikle hastane örnekleme ile psikopatoloji bağlamında çalışılmış olması ve çalışmanın yetişkin örneklemini incelemesi önem arz etmektedir. Kültür niteliğimizi yansıtacak olan böyle bir çalışma din psikolojisi literatürüne ve dini danışma alanına katkı sağlayacağı gibi kültürlerarası psikoloji bağlamında da önem arz edecektir.

Pek çok çalışmada olduğu gibi bu çalışmadan elde edilen farklı sonuçlar, bireyselliğe, kültüre, çalışmanın sınırlılıklarına vs. bağlanabilir. Zira dini başa çıkma stratejileri ve psikopatoloji ilişkisi gruplar arası karşılaştırma yöntemi ile belli bir kültürde uygulanmıştır. Literatürü ve hipotezleri destekleyen ve desteklemeyen sonuçlara ulaşılmıştır. Araştırmanın örnekleme, belli bir zaman diliminde Rize il merkezinde bulunan devlet hastanelerine başvuran 17-69 yaş arası 300 bireyle sınırlıdır. Bundan sonraki çalışmalar için araştırmanın daha

geniş bir örneklem grubu ve evren seçilerek yapılması daha genellenebilir bilgilere ulaşılmasını sağlayacaktır.

Ayrıca bu çalışma sadece betimleyici yöntemlerle yapıldığı için neden-sonuç ilişkisi vermemektedir. Yani birey dini başa çıkma tarzlarını kullandığı için mi ruh sağlığı bozuk ya da sağlıklı olmaktadır, yoksa psikopatolojisi olduğu veya olmadığı için mi dini başa çıkma kullanılıyor bilemiyoruz. Dolayısıyla daha farklı teknikler kullanılarak çalışma verileri sonraki araştırmalarda genişletilebilir.



Murat, Ayşe ve Muhammed Kızılgeçit. "Dini Başa Çıkma ve Psikopatoloji İlişkisi (Rize Örneği)". *RTEÜİFD* 11 (2017): 111-151.

**KAYNAKÇA**

- Alper, H. (2013). *İmanın psikolojik yapısı*. İstanbul: Rağbet Yayınları.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Antony J.C., Petronis K.R.: Suspected risk factors for depression among adults 18-44 years old. *Epidemiol* 1991; 2: 123-132.
- Ayten, A., *Empati ve din*, İz Yayıncılık, İstanbul 2010.
- Ayten, A. ve Sağır, Z. (2014). Dindarlık, dini başa çıkma ve depresyon ilişkisi suriyeli sığınmacılar üzerine bir araştırma. *Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 47, 5-18.
- Ayten, A., Göcen, G., Sevinç, K., Ensa, E. (2012). Dini başa çıkma, şükür ve hayat memnuniyeti ilişkisi: hastalar, hasta yakınları ve hastane çalışanları üzerine amprik bir araştırma. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 12(2), 45-79.
- Bal, U., Çakmak, S., & Uğuz, Ş. (2013). Anksiyete bozukluklarında cinsiyete göre semptom farklılıkları. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(4).
- Bayar, R., & Yavuz, M. Obsesif kompulsif bozukluk. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri*. 62: 185-192.
- Bayraktar, E. (1997). Obsesif-kompulsif Bozukluk. *Psikiyatri Dünyası*, 1, 25-32.
- Beit-Hallahmi, B. ve Michael A. (1997). *The psychology of religious behavior, belief and experience*, London and New York.
- Bekker M.H.J.(2000). Agoraphobia: Sex specific stress or sex specific stressors? In: Sherr L, St. Lawrence SJ, eds. *Women, Health and the Mind*. Chichester UK,Wiley : 91-114
- Binbay T., Ulaş H., Elbi H. ve ark. (2011) Türkiye’de psikoz epidemiyolojisi: yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22: 40-52.

- Boyd J.H., (1981). Weissman M.M.: Epidemiology of affective disorder: a reexamination and future directions. *Arch Gen Psychiatry*; 38: 1039-1046.
- Bozkurt, N. (2004). Bir grup üniversite öğrencisinin depresyon ve kaygı düzeyleri ile çeşitli değişkenler arasındaki ilişkiler. *Eğitim ve Bilim*, 29(133).
- Bruce M.L., Hoff R.A., (1994). Social and health risk factors for first-onset major depressive disorder in a community sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 29:165- 170.
- Cirhinlioğlu, F. G. ve Ok, Ü. (2010). İnanç ya da dünya görüşü biçimleri ile intihara yönelik tutum, depresyon ve yaşam doyumu arasındaki ilişkiler. *CÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 34, 1-18.
- Çetinkaya, S., Nur, N., Ayvaz, A. ve Özdemir, D. (2008). Bir üniversite hastanesinde hemodiyaliz ve sürekli ayakta periton diyalizi hastalarında depresyon, anksiyete ve stresle başa çıkma tutumları. *Türk Nöro-Psikiyatri Dergisi*, 45(3),78-84.
- Çilli, A. S., Kaya, N., Bodur, S., Özkan, İ. ve Küçür, R. (2004). Ev kadınlarında ve çalışan evli kadınlarda psikolojik belirtilerin karşılaştırılması. *Genel Tıp Dergisi*, 14(1), 1-5.
- Ekşi, H. (2001). *Başaçıkma, dinî başaçıkma ve ruh sağlığı arasındaki ilişki üzerine bir araştırma: eğitim, ilâhiyat ve mühendislik fakültesi öğrencilerinin karşılaştırılması*, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Geçtan, E. (1998). *Psikanaliz ve sonrası*. Ankara: Remzi Kitabevi.
- Güler, Özlem. (2010). Dinî inanç ve psikolojik sağlık ilişkisine dair bir değerlendirme. *Toplum Bilimleri Dergisi*. 4 (8), 2010, 95-105.
- Güler-Aydın, Ö. (2015). Yaşamı sürdürmede ve intiharı önlemede dindarlıkla ilgili değişkenlerin rolü. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(40): 466-475.
- Hisli-Şahin, N. (1998). Stres nedir? ne değildir. *stresle başa çıkma: olumlu bir yaklaşım* (3. Baskı) içinde (1-16). Ankara: Türk Psikologlar Derneği.

- Hisli-Şahin, N. (1998). Stresle başa çıkma tarzınız: dostunuz ya da düşmanınız. *stresle başa çıkma: olumlu bir yaklaşım* (3. Baskı) içinde (1-16). Ankara: Türk Psikologlar Derneği.
- Hocaoğlu, Ç. (2001). Paranoid semptomlar ve sendromlar. *Psikiyatri Dünyası*,5, 97-104.
- Hökelekli, H. (2015). *Din psikolojisine giriş*, Dem Yayınları: İstanbul.
- Işık, E. Depresyon ve bipolar bozukluklar, Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık 5-11, 2003.
- Kapıkıran, N. A. (2001). Lise Öğrencilerindeki Psikopatolojik Belirtilerin Cinsiyet Ve Sınıf Değişkenleri Açısından İncelenmesi. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 10(10), 34-39.
- Kaya, M., Genç, M., Kaya, B. ve Pehlivan, E. (2007). Tıp fakültesi ve sağlık yüksekokulu öğrencilerinde depresif belir yaygınlığı, stresle başa çıkma tarzları ve etkileyen faktörler.
- Kesebir, S. (2004). Depresyon ve somatizasyon. *Klinik Psikiyatri*, 1, 14-19.
- Koç, M., & Polat, Ü. (2006). Üniversite öğrencilerinin ruh sağlığı. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 3(2), 1-22.
- Koenig, H. G. (2009). "Research On Religion, Spirituality, And Mental Health: A Review", *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54,283-290.
- Kökçü, F., Kesebir, S. (2010). İki uçlu olgular ve çocuklarında bağlanma biçiminin mizaç, kişilik ve klinik özellikler ile ilişkisi: kontrollü bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21, 309-318.
- Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (1998). Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 60(2), 150-155.
- Kula, N. (2002). Deprem ve dini başa çıkma. *Gazi Üniversitesi Çorum İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 1: 234-255.
- Kurt, A. (2009). Bireyselden toplumsala geçişte din. *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 18 (1).
- Mete, H. E. (2008). Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11, 3-18.

- Özcan, M., Uğuz, F. Ve Çilli, A. S. (2006). Ayaktan psikiyatri hastalarında yaygın anksiyete bozukluğunun yaygınlığı ve ek tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4), 276-285.
- Özenli, Y., Yoldaşcan, E., Topal, K. ve Özçürümez, G. (2009). Türkiye’de bir eğitim fakültesinde somatizasyon bozukluğu yaygınlığı ve ilişkili risk etkenlerinin araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(Suppl 2), 131-136.
- Özmen, D., DüNDAR, P. E., Çetinkaya, A. Ç., Taşkın, O., & Özmen, E. (2008). Lise öğrencilerinde umutsuzluk ve umutsuzluk düzeyini etkileyen etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(1), 8-15.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G. Ve Perez, L. “The many methods of religious coping: development and initial validation of the rcope”, *Journal of Clinical Psychology*, 56 (4), 2000, 519-543.
- Pargament, K. I. ve diğ. (2004). Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: a two-year longitudinal study. *Journal of Health Psychology*. 9 (6), 713-730.
- Pargament, K. I. (2005). Acı ve tatlı: dindarlığın bedelleri ve faydaları üzerine bir değerlendirme. (A. U. Mehmedoğlu, Çev.). *Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 5(1).
- Parker G, Hadzi-Pavlovic D., (2001). Is the female preponderance in depression secondary to a primary female preponderance in anxiety disorders? *Acta Psychiatr Scand*; 103:252-6.
- Patel V, Pereira J, Coutinho L, Fernandes R, Fernandes J, Mann A., (1998). Poverty psychological disorder and disability in primary care attenders in goa, India. *Br J Psychiatry*; 172:533-536. 27.
- Reiger DA, Narrow WE, Rae DS., (1990). The epidemiology of anxiety disorders: the epidemiologic catchment area (ECA) experience. *J Psychiatr Res.*; 24:3-14
- Roskies, Ethel. (1998). *Savaş ya da kaç tepkisi: strese gösterilen ilk tepkiler.* (N. H. Şahin, Çev.). Ankara: Türk Psikologları Derneği Yayınları.



- Samaan R., (2000). The influence of race, ethnicity and poverty on mental health of children. *J Health Care Poor Underserved*; 11: 100-110.
- Steenwyk, S. A. ve ark. (2010). Images of god as they relate to life satisfaction and hopelessness. *International Journal for the Psychology of Religion*, 20 (2), 85-88.
- Sungur, M. Z. (1997). Fobik bozukluklar. *Psikiyatri Dünyası*, 1(1), 5-11.
- Tuncay, S. (2000). türkiye’de gençlik sorunlarının psikolojik boyutu. *Muğla Üniversitesi SBE Dergisi*, 1(1).
- Ünal, S. ve Özcan, E. (2000). Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(1), 41-48.
- Uzun, C. (2008). *Kişilerarası ilişkilerde öfke, benlik algısı ve anksiyete*. (Yüksek lisans tezi). Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Bölümü Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı.
- Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Lee CK et al., (1994). The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. the cross national collaborative group. *J Clin Psychiatry*.;55:5-10.
- Wittchen HU, Zhao S, Kessler RC ve ark. (1994) DSM-III-R generalized anxiety disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry*, 51: 355-64
- Wool, C. A., & Barsky, A. J. (1994). Do women somatize more than men?: gender differences in somatization. *Psychosomatics*, 35(5), 445-452.
- Yapıcı, A. (2013). *Ruh sağlığı ve din: psiko-sosyal uyum ve dindarlık*. Ankara: Karahan Kitabevi.
- Yılmaz, A. (2005). *Yetiştirme yurdunda yaşayan çocukların genel ruh sağlığı durumlarının belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi), Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Programı.