

Dinsel kaynaklı değişkenler açısından kamu çalışanlarının sağlık ve hastalığa yaklaşımlarının değerlendirilmesi

Evaluation of public workers' approaches to health and disease in terms of religious variables

Hasan Kayahan¹, Aygül Yanık²

Yazar Bilgileri/ Author Information:

¹İçişleri Bakanlığı, Konya Çumra Kaymakamlığı, Konya
²İstanbul Medeniyet Üniversitesi, İstanbul

Anahtar Kelimeler:

Din, Sağlık, Hastalık, Çalışan

Key Words:

Religion, Health, Disease, Employee

Yazışma Adresi/Address for correspondence:

aygul.yanik@medeniyet.edu.tr

Gönderme Tarihi/Received Date:

13.12.2020

Kabul Tarihi/Accepted Date:

08.04.2020

Yayımlanma Tarihi/Published Online:

30.06.2020

ÖZET

Bu araştırmada, kamu çalışanlarının dinsel kaynaklı değişkenler açısından sağlık ve hastalığa genel yaklaşımlarının belirlenmesi ve bu yaklaşımların tanımlayıcı özellikler açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırma, Konya ilinde bulunan kamu çalışanları ile yapılmıştır. Veriler, anket formu ile toplanmış ve IBM SPSS Statistics Version 22 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde, yüzde, ortalama ve standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare testinden yararlanılmıştır. Analiz bulguları incelendiğinde; çalışanların %95,6'sının nazara inandığı, hastalıkların en önemli nedeninin stres olduğu, hastalandıklarında %50,2'sinin doğrudan hastaneye gittiği belirlenmiştir. Çalışanların yarısına yakını hastalandığında geleneksel iyileştiricileri tercih etmiştir. Çalışanların çoğunluğunun sadaka, zekat, fitre vb. vermenin ve kan akıtmanın insanı kötülüklerden, kaza ve hastalıklardan koruduğuna inandığı, dini açıdan yenmesi yasak olan besinleri yemediği ve sağlığın tanımını bildiği saptanmıştır. Çalışanların dinsel kaynaklı bazı inançları; medeni duruma göre farklılık göstermezken ($p > 0,05$), kurum, unvan, cinsiyet, yaş, eğitim, mesleki deneyim ve gelire göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p < 0,05$). Hastalandığında başvurulacak hekim cinsiyeti kadınlar için daha önemli bulunmuştur. Çalışanların gelir seviyesi arttıkça sadaka, zekat, fitre vb. insanı kötülüklerden, kaza ve hastalıklardan koruduğuna inanma oranı düşmüştür. Sonuç olarak, çalışanların dinsel kaynaklı değişkenler açısından sağlık ve hastalığa yaklaşımlarının bazı tanımlayıcı özelliklere göre değiştiği belirlenmiştir.

ABSTRACT

In this research, it was aimed to determine the general approaches of public employees to health and disease in terms of religious variables and to evaluate these approaches in terms of descriptive characteristics. The research was carried out with public employees in Konya. Data were collected with a questionnaire and analyzed with IBM SPSS Statistics Version 22 package program. Descriptive statistics such as percentage, average and standard deviation and chi-square test were used in the analysis of the data. When the analysis findings were examined, it was determined that 95.6% of the employees believed it to be whammy, the most important cause of the diseases was stress and 50.2% went directly to the hospital when they got diseases. Nearly half of the employees preferred traditional healers when they got disease. It was found that the majority of the employees believed that giving charity, zekat, filters, and shedding blood protected people from evil, accident and diseases, did not eat the foods that were forbidden to be eaten religiously and knew the definition of health. While some religious beliefs of employees did not differ according to marital status ($p > 0.05$), they showed statistically significant difference according to institution, title, gender, age, education, professional experience and income ($p < 0.05$). The gender of the physician to be consulted when they got disease was found more important for women. As the income level of the employees increased, the rate of believing that charity, zekat, fitre, etc. protected people from evil, accident and diseases decreased. As a result, it was determined that employees' approaches to health and disease in terms of religious variables changed according to some descriptive characteristics.

GİRİŞ

Sağlıklı olma ve sağlıklı bir ortamda yaşamak, temel insan haklarının başında gelmektedir. Bir insanın hasta olması, kendisine, ailesine ve topluma pek çok olumsuz etkileri vardır. Sağlıklı bir toplum, sağlıklı bireylerin olması ile mümkündür (1). Yapılan araştırmalar, dindarlık ve maneviyatın insanların sağlığında önemli etkiye sahip

olduğunu ve genellikle fiziksel ve ruhsal sağlığı olumlu etkilediğini göstermektedir. Bu kapsamda doğadaki kaynaklar ve güçler, Tanrı'nın varlığı, sevgisi, rahmeti ve şifa vericiliği ile açıklanabilir. Ancak, dindarlık, aşırı dinsel öğelerle dayanıksız bireysel psikolojik yapıyla birleştiğinde ise fiziksel ve ruhsal sağlığı olumsuz da etkileyebilmektedir (2,3,4). Din, tarihi süreç içerisinde insanlığın yaşamında önemli olmuş, sağlık ve hastalığa

yaklaşımları etkilemiştir. Toplumlarda dinin var oluşunu Plutarque “dünyayı dolaşınız, duvarsız, edebiyatsız, kanunsuz, servetsiz şehirler bulacaksınız; fakat mabedsiz ve mabudsuz bir şehir bulamayacaksınız” ve Bergson’ da “...hiçbir zaman dinsiz bir toplum mevcut olmamıştır” sözüyle ifade etmiştir (5,6). İnsanların yaratılış fitratında bir dine inanma ve o dine ait olma inancı vardır. Dinleri inceleyen tarihçi M. Eliade, ilk insanın “dindar adam” olduğunu ve ayrıca bir dünyanın anlamlı kuruluşunun, kutsalın keşfedilmesi ile oluşabileceğini ileri sürmüştür (7). Bütün dinler, toplumsal yapıyla ilişkilidir. Bu ilişki vasıtasıyla dinler toplumları etkiler ve değişim kaçınılmaz olur (8). Wach’a göre din ile toplum arasındaki karşılıklı ilişki yakından ve sistematik bir şekilde incelenecek olursa, dinin toplum üzerindeki etkisi birinci derecede olduğu görülür (9). Dinin temel işlevi, toplumlara belli bir zihniyet ya da yeni bir dünya kurma vizyonu sağlaması ve ilaveten; sosyalleştirme, yapılandırma, motive etme, kimlik ve kişilik kazandırma gibi işlevleri yerine getirerek toplumsal yapıda değişimlere kaynaklık etmektedir.

Müslüman bir bireyin islamın şartlarından olan kelime-i şehadet getirmesi, namazını vaktinde ve dosdoğru olarak kılması, ramazan ayında oruç tutması, sahip olduğu malının zekatını vermesi, hem bedenem hem de mali bir ibadet olan hacca gitmesi, sarhoş edici içkilerden uzak durması, zinaya yaklaşmaması, Hristiyan bir çocuğun vaftiz edilmesi, Zerdüştlerin hiçbir şeyin önünde dayanmadığı, ilahi kudreti sembolize eden “ateş”i kutsal saymaları, Brahman Hintliler için “inek”in ilahi lütfu sembolize etmesi gibi her dinin mensubu inanmış olduğu dinin gereklerini yerine getirmeye çalışmaktadır (10). Din gündelik hayat içerisinde insanların karşılaşmalarında, etkileşimlerinde, söz ve davranışlarında, alışverişlerinde dahi temel yapıtaşlarından birisidir. Selamlaşmalarda, dilek ve temennilerde, sıkıntılı zamanlarda, yeme ve içmede, hal ve hatır sormalarda dilimiz dini içerikli sözcük ve ifadeler barındırır. Takdir, takdir-i ilahi, mukadderat, nasip, kismet, bismillah, inşallah, maşallah, şükürler olsun gibi sözcük ve ifadeler örnek gösterilebilir. Dindar olmayan, dindar bilinmeyen insanların hayatlarında ve dil dünyalarında dahi bu ifade ve dualar toplumun gündelik hayatında çoğunlukla görülmektedir (11). İnsanın yaratılışından itibaren yaşamında din mevcuttur ve insanların dini inançları farklı açılardan onların yaşamlarına katkı sağlamaktadır.

İslam dini evrensel bir din olup, kutsal kitabı Kur’an-ı Kerim tüm insanlığa hitap etmektedir. İslam dininin getirdiği yeni ve dinamik ruh ile her alanda önemli bir değişme ve gelişme potansiyeline sahip olduğu görülmüştür. Bu yeni ruhun meyveleri bilimsel alanda da yerini almıştır. Kur’an-ı Kerim’de bilime, aklı

kullanmaya ve araştırmaya verilen büyük önemin yanı sıra, hadislerde de bilimin faziletinin ifade edilmesinin, Müslümanları pek çok konuda çalışma ve araştırmaya teşvik ettiği bir gerçektir (8). Bilindiği üzere İslam’da ilk emir “oku” şeklinde gelmiştir. Hz. Peygamber’e (sav) gelen ilk vahiy ile okumak emredilmiş ve insanın bilmediğini öğrenmesinden, öğretmekten ve ilimden, ilk suresi de kitaptan bahsetmektedir. Cenab-ı Allah, öğrenme aracı olan kaleme yemin etmiş, Hz. Peygamber (sav); “Allah’ın ilk yarattığı (nesnenin) kalem olduğunu” bildirip, bir sureye kalem ismi vermiştir (12).

Son yıllarda din, sağlık ve mutluluk üzerine yapılan araştırmalarda pek çok ilerleme kaydedilmiş, bir veya birden fazla değışkene bağlı olarak ve zamanla tekrarlanan gözlem ve incelemelere dayalı veriler, ayrıntılı denetimler kullanılan araştırmalar, ölüm dahil çeşitli zihinsel ve fiziksel sağlık sonuçları üzerinde dini katılımın son derece olumlu tesirleri olduğunu göstermiştir (13). İslam dini, insan sağlığına ve yaşamına çok önem vermiş, Kur’an-ı Kerim ve Hz. Peygamber (sav)’in hadislerinde, sağlık ve yaşamın Yüce Allah’ın insanlara en büyük emaneti ve nimeti olduğu belirtilerek korunması emredilmiştir. Günümüz tıbbında olduğu gibi, İslam dini de tedaviden önce hastalıklardan korunmayı esas almıştır. Hz. Peygamber (sav) bir Hadis-i Şerifinde şöyle ifade etmiştir: Hastalık insan bedenine gelmeden sağlığın, uğraş içerisinde bulunan işler sıkışık bir hal almadan boş vaktin, fakirlik ve yoksulluk gelmeden zenginliğin, ihtiyarlık gelmeden gençliğin, ölüm gelmeden yaşanılan hayatın kıymeti bilinmelidir. Maalesef, insan sahip olduklarının kıymetini kaybedince anlıyor (14).

Din, bazı davranışlara kutsallık verir ve bu tür davranışların yapılması isteğini güçlendirir. Suç olan bazı davranışları da günah fikrine bağlayarak insanların bunları yapmaktan kaçınmalarını sağlar. Din sağlık üzerinde de çeşitli yaptırımlara sahiptir. Örneğin yiyeceklerle ilgili olarak kutsal-kutsal olmayan yiyecek ayrımı vardır. İslam dininde bazı yiyeceklerin yenmesi yasaktır. Dinden hastalıkların tedavisinde yararlandığı görülmektedir. Duanın sağlığı iyileştirici etkisinin olduğu fakat bu etki bireyin inanç derecesine, samimi/içten bir inanca sahip olup, bunu devam ettirebilmesine bağlıdır. Ayrıca geleneksel iyileştiricilerin bir çoğunun dinsel kökenleri mevcuttur. Din, insan, hastalık ve sapmasını tanımlama, inşa etme ve kontrol altına almada önemli bir rol oynamıştır. Modern zamanlarda din, sağlık alanındaki üstünlüğünü tıba bırakmıştır. Yine de sağlıkla ilgili uygulamalar dinsel inanç ve değerlerden bağımsız işlememekte, günümüzde de onun izlerini taşımaktadır (15). Buna paralel olarak din ve ruh sağlığı ilişkisi bağlamında, dindarlık ile affetme, şükür, yardımseverlik ve alçakgönüllülük gibi

erdemleri desteklemek yoluyla bireyin ruh sağlığına katkı sağlayacağı öngörülmüş ve yapılan araştırmalarda bunu destekleyen birçok bulguya ulaşılmıştır. Psikiyatrist Sayar, bu araştırmalardan yola çıkarak, bireyciliğin pek çok ruhsal bozukluğa kapı aralayabileceğini, depresyon, intihar, boşanma, çocuk suiistimali, stres ve endişe bozuklukları bu problemlerden bazıları olarak saymıştır (16).

Sosyolog T.Parsons'a göre, "sağlık, bireylerin işlevsel olma yeteneğidir". Bireylerin toplum içindeki rol ve sorumluluklarını tam olarak yerine getirmesi sağlıklı olduğunu göstermektedir (15). Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO-1948) göre, "sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali" olarak tanımlanmış ve bu tanım günümüzde geçerliliğini sürdürmektedir (1, 17). İyilik hali, bireylerin değer ve inanışları dikkate alınarak belirlenir. İyiliğin derecesi, içinde yaşanılan aile, toplum ve sosyal konumdan etkilenir (18).

Bireylerin mevcut sağlık durumu ve sağlık algıları birçok faktörün etkisinde kalmaktadır. Henrick L. Blum'a göre (1974), bireylerin sağlık durumunu; çevre, davranış (yaşam biçimi), kalıtım (genetik) ve sağlık hizmetleri farklı düzeylerde etkilemektedir (17). Örneğin, Blum'un bütüncül yaklaşımında bireylerin sağlığını en az sağlık hizmetleri etkilemektedir.

Hastalık ise, tıbbi açıdan bazı belirtilerle kendisini gösteren patolojik bir durumu ifade eder. Bireysel açıdan hastalık ise, bu patolojik sürecin sonuçlarının birey tarafından algılanması, bireyin acı, ağrı ve rahatsızlık duyma durumudur (15). Hastalığın tanımı da toplumdan topluma, zamandan zamana, çağdan çağa değişmektedir. Örneğin; bireyin kendisinden beklenen işlevleri yerine getirip getirememesi, toplumda o hastalığın yaygınlığı gibi ölçütler olabilir (18).

Toplumun kültürel yapısı sağlık ve hastalık algısını etkiler. "Kültürel yapı; toplumun örf ve adetleri, gelenek ve görenekleri, dini, lisanı, destanları, masalları, atasözleri, zihniyeti, duyguları ve folkloru olarak karşımıza çıkmaktadır". Kültür, bir toplumun yaşama biçimi olarak tanımlanabilir ve nesilden nesile aktarılır. İşte kültürel değerler bazen bireyin hastalık ve sağlıkla ilgili algılarını da etkilemektedir. Bu değerlerin kökleri eski çağlara kadar uzanan inanç kalıntılarıdır. Sağlıkla ilgili olarak; toplumda insanların sağlık anlayışı, alışkanlıkları (ilaç kullanma vb), hastalıklar ile ilgili yanlış inançları ve değerleri, beslenme biçimleri, estetiğe yaklaşımları, çevre sağlığına önem verme ve uyma, sağlık alanındaki yeniliklerin kabulü; bunların toplumsal kültürün parçası olarak bilinmesi ve uygulamanın bu çerçevede geliştirilmesi başarıyı getirecektir (1, 18).

Değer yargılarımızın ve hükümlerimizin temelinde yer alan din; kültürün önemli kaynağını oluşturmaktadır. Bu bir çok sosyal bilimci tarafından dile getirilmiştir. Nitekim toplumu bir arada tutan olgulardan en önemlisinin din olduğunu söyleyen Emile Durkheim (1858-1917) dinin her türlü ibadet ve inançlardan meydana gelen toplu bir sistem olduğunu savunur. Auguste Comte (1798-1857) da dini, bireyin kişilik ve karakterlerini etkileyen, şekillendiren bir güç olarak görür. Bir toplumda dinin algılanışı ve uygulanışı ile sağlığa yaklaşım arasında benzerlik vardır. Dinsel kaynaklı davranışların, sağlık üzerinde önemli etkisinin olduğu görülmektedir (1). Koruyucu hekimlik bakımından büyük değeri olan temizlik, İslam toplumlarında gerek maddî ve gerek manevî yönden her müslümanın mutlaka riayet etmesi gereken bir esastır. Hz. Peygamber: "Temizlik imanın yarısıdır"; "Namazın anahtarı temizliktir" gibi hadisleri ile, temizliğe önem verilmesini ve özen gösterilmesini istemiştir. Hz. Peygamber'in tıbbî bilgileri, tıbbî tavsiyeleri ve tedavi usulleri, İslam tıp tarihinde Tıbb-ı Nebvî adı ile bilinmektedir. Mevlânâ Mesnevi'sinde, "Nerede bir dert var ise devâ oraya gider; su, neresi alçaksa oraya akar" ifadesiyle derdin olduğu yere devanın da geleceğini anlatır. Bu ifade ile Hz. Peygamber'in "Yüce Allah verdiği herhangi bir derdin şifasını da verir" hadisine işaret edilmektedir (19).

İnsanın başına gelen hastalığa isyan etmeden ve sabırla tıbbın gerekleri yerine getirilerek bu sürecin başarılı geçmesi sağlanmalıdır. Bu süreci, bilimin kurallarına ve bilimsel yöntemin uygulanmasına dayanan modern tıp destekler. Hastalığa göre tedavi planlanır. Geleneksel uygulamalar ve tedaviler bilimsel araştırmalarla elde edilen kanıtlarla şekillenir (20). Öyle ki modern tıbbın gelişimi, bilimdeki özellikle de biyolojideki büyük ilerlemelere ve teknolojik gelişmelere dayanmaktadır. Günümüz dünyasında bir çok alanda ortaya çıkan değişim ve gelişmeler Türkiye'de de yakından takip edilmekte, son dönemde yapılan sağlık reformları ve yasal mevzuatlar ile bu gelişmeler desteklenmektedir.

Türkiye'de dinsel kaynaklı değişkenler açısından sağlık ve hastalığa yaklaşımları inceleyen araştırmalar yetersizdir. Bu araştırmada, kamu kurumlarında görev yapan kamu çalışanlarının dinsel kaynaklı değişkenler açısından sağlık ve hastalığa genel yaklaşımlarının belirlenmesi ve bu yaklaşımların tanımlayıcı özellikler açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Dinin veya onun yaşanan şekli olan dindarlığın bireysel ve toplumsal yaşanırılığı, sağlık ve hastalığa yaklaşım açısından önemli olmaktadır.

YÖNTEM

Hipotezler

Araştırma kapsamında kamu çalışanlarının dinsel kaynaklı genel bilgilerinin tanımlayıcı özelliklerle ilişkisine yönelik olarak aşağıda belirtilen hipotezler kurulmuş ve sınanmıştır.

H1: Tanımlayıcı özelliklerine göre, çalışanların hastalıkların günahlara kefaret olduğuna katılma, hekim cinsiyet tercihi, geleneksel iyileştiricilere gitme, nazara inanma, kan akıtmanın hastalıkları önlediğine inanma, sadaka, zekat vb. hastalıklardan koruduğuna inanma ve türbe, ören yeri kümbet gibi ziyaret yerlerine gitme açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır.

H2: Tanımlayıcı özelliklerine göre, çalışanların sağlık tanımını doğru bilmeleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır.

Evren ve Örneklem

Araştırma, Türkiye'nin Konya ilinde bulunan 10 adet kamu kurumu çalışanları ile yapılmıştır. İlgili kurumların İnsan Kaynakları ve Özlük İşlerinden alınan bilgilere göre, araştırma evreni 2614 çalışandan oluşmaktadır. Örneklem "örneklem büyüklüğü hesaplama" formülü ile hesaplanmış ve en az 335 bulunmuştur. Örneklem rastgele yöntemle seçilmiştir. Veriler anket formu ile toplanmıştır. Anket formu 02.07.2015-08.11.2015 tarihleri arasında uygulanmıştır. Çalışanlardan rastgele seçilen 464 kişiye anket uygulanmıştır. Ancak 8 anket eksik ve hatalı olduğu için değerlendirmeye alınmamıştır. Dolayısıyla değerlendirmeye alınan anket sayısı 456 olup, bu sayı örneklem büyüklüğünü göstermektedir.

Veri Toplama Araçları

Çalışma kapsamında bulunan kamu çalışanlarına uygulanan anket formu iki bölümden oluşmuştur. Birinci bölüm çalışanların kurumu, görev unvanı, çalışma statüsü, cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, mesleki deneyimi ve gelir durumuna ilişkin bilgi toplamak yani tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesi amacıyla hazırlanmıştır. İkinci bölüm ise, Toköz (2013) ve Tekin'in (2007) araştırmasından yararlanılarak hazırlanan dinsel kaynaklı hastalık nedeni, hastalandıkları zaman nasıl hareket ettikleri, doktor cinsiyet tercihleri ve günlük hayatta karşılaşılan kırık çıkıkçı, hoca, tekke, nazar, kan akıtma (kurban kesmek), sadaka, zekât, fitre, türbe gibi kavramların sağlık ve hastalık açısından değerlendirilmesine yönelik kategorik sorulardan oluşmuştur (6, 21).

Verilerin İstatistiksel Analizi

Veriler, bilgisayar ortamına aktarılarak IBM SPSS Statistics Version 22 paket programında %95 güvenle istatistiksel olarak analiz edilmiştir. Verilerin analizinde, yüzde, ortalama ve standart sapma gibi tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra ki-kare testinden yararlanılmıştır. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı, $p > 0,05$ istatistiksel olarak anlamsız kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Konya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden ve Konya Valiliği İl Yazı İşleri Müdürlüğünden resmi izin alınmıştır. Araştırmada, kamu çalışanlarının sözlü onayları istenmiş ve gönüllü katılımları esas alınmıştır. Dolayısıyla yoğun iş temposunda olma, çalışma odalarında bulunmaması, izinli veya hastalık raporlu olan ve anket doldurmaya kabul etmeyen çalışanlar araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırma kapsamında 18 yaşından küçük çalışan yoktur ve araştırma klinik bir araştırma değildir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada kamu çalışanlarının kendi istekleri ile araştırmaya katılmaları sağlanmıştır. Bu nedenle araştırmaya katılmak istemeyen, iş yoğunluğu nedeniyle zaman ayıramayan, izinli, hastalık raporlu olan ve başka nedenlerle anket uygulaması esnasında görev yerlerinde bulunmayan çalışanlar araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır. Ayrıca araştırma bulguları katılımcıların cevapları ile sınırlıdır. Bu çalışma, görece olarak kapsamlı ve farklı özellikleri olan kamu çalışanları ile gerçekleştirildiği için sonuçları Türkiye'nin tamamına değilse de, benzer tanımlayıcı özelliklerdeki gruplara genellenebilecek niteliktedir. Ancak yine de Konya'da yaşayan nispeten eğitilmiş kamu çalışanları grubundan elde edilen verilere dayanmaktadır. Örneklem kısmen küçüktür.

BULGULAR

Çalışanların Tanımlayıcı Özellikleri

Çalışanların %46,9'unun hastane ve yarıdan fazlası olan %53,1'inin Valilik ve Kaymakamlık kurumları çalışanlarından oluştuğu, %53,9'unun idari memur unvanında, %81,8'inin kadrolu devlet memuru olarak, %58,1'inin erkek, %57,9'unun 36 yaş ve üstünde, %79,8'inin evli, %61,8'inin lisans ve üstü eğitilmiş, %75'inin 5 yıldan fazla mesleki deneyimli ve 50,3'ünün aylık 2001-3000 lira arasında gelire sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Çalışanların Özellikleri Dağılımı

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

Dinsel Kaynaklı Değişkenler Açısından Çalışanların Sağlık ve Hastalık Davranışları

Çalışanların dinsel kaynaklı değişkenlere ilişkin inançları, sağlık ve hastalık davranışları Tablo 2'de gösterilmiş ve aşağıda açıklanmıştır. Çalışanların %30,7'sinin doktor cinsiyetinin önemli olduğunu ifade etmiş, bunların da %60,4'ünün erkek, %39,6'sının kadın doktor seçtiği belirlenmiştir. Ayrıca çalışanların büyük bir çoğunluğunun (%95,6) nazara inandığı saptanmıştır. Nazara inanmayanların oranı sadece %4,4'tür. Birine nazar değdiğinde ne yapıldığı sorusuna ise, çalışanların %78,1'i dua okunduğunu, %9,1'i din büyüğüne okutulduğunu (rukye), %3,5'i kurşun döktürdüğünü ve %8,4'ü konu hakkında bir bilgisinin olmadığını ifade etmiştir. Öte yandan kümülatif olarak çalışanların hastalıklara neden olan en önemli faktörleri; %82,9'unun stres, %60,5'inin zararlı alışkanlıklar, %60,2'sinin mikroplar, %58,6'sının yetersiz beslenme, %38,6'sının

genetik faktörler olduğunu belirttikleri saptanmıştır. Ancak çalışanların %18,4'ünün inanç eksikliği veya inançsızlığı, %15,6'sının nazarı ve %14,3'ünün ibadet etmemeyi hastalıkların nedeni olarak gösterdiği tespit edilmiştir. Çalışanların hastalandıklarında %50,2'sinin hastaneye, %20,2'sinin aile hekimine gittiği, %12,5'inin kendi evinde varsa veya eczanedan ilaç aldığı, %10,7'sinin ise hiçbir şey yapmayıp geçmesini beklediği saptanmıştır (Tablo 2).

Çalışanların hastalandığında veya kırık çıkık gibi durumlarda ise %44,6'sının geleneksel iyileştiricilere gittiği, %44,7'sinin fal, büyü, çarpılma ve cinli olma gibi kavramlara inandığı, %73,9'unun "Hastalıklar İnsanın Günahlarına Kefarettir" sözüne katıldığı, %96,7'sinin sadaka, zekat, fitre vb. insanı kötülüklerden, kaza ve beladan, hastalıklardan koruduğuna inandığı, %64,1'inin kan akıtmanın (kurban kesmek) kaza, bela ve hastalıktan koruduğuna inandığı, %94,1'inin dini açıdan yenilmesi yasak olan besinler olduğu ve böyle besinlerin var olduğunu düşünenlerden %97,9'unun bu yasaklara uyduğu, %82,6'sının türbe, ören yeri, kümbet gibi ziyaret yerlerine gittiği ve %96,5'nin sağlığını tanımına katıldığı saptanmıştır. Ayrıca çalışanların dini açıdan yenilmesi yasak olan besinlere; domuz eti, alkollü içkiler, leş ve Allah'tan başkası adına kesilen kurbanlar gibi cevaplar verdiği belirlenmiştir (Tablo 2).

Çalışanların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dinsel Kaynaklı Değişkenler Açısından Sağlık ve Hastalığa Yaklaşımları

Çalışanların hastalıklar ile ilgili görüşleri dağılımı tanımlayıcı özelliklere göre incelendiğinde, aşağıda belirtilen bulgular elde edilmiştir (Tablo 3).

Çalışanların görev yaptığı kurumuna göre, hastalıkların günahlara kefarettir olduğu katılma, hekimin cinsiyetinin önemli olması ile sadaka, zekat, fitre vb. insanı kötülüklerden, kaza, bela ve hastalıklardan koruduğuna inanma oranları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Hastalıkların insanın günahlarına kefarettir, sözüne katılma oranları açısından; hastane çalışanlarının bu hadis-i şerife katılım oranının diğer kurumlarda (Valilik ve Kaymakamlık) çalışanlarının oranına göre daha düşük olduğu saptanmıştır ($p = 0,000$). Doktor cinsiyetinin ise hastane ve Valilik çalışanları için, Kaymakamlık çalışanlarından daha önemli olduğu belirlenmiştir ($p = 0,006$). Sadaka, zekat, fitre vb. insanı kötülüklerden, kaza, bela ve hastalıklardan koruduğuna inanma oranları açısından Valilik ve Kaymakamlık çalışanlarının tamamı (%100) inandığını belirtirken, hastane çalışanlarının Valilik ve Kaymakamlık çalışanlarına göre konu ile ilgili inancının daha düşük olduğu fakat oranın yüksek olduğu görülmüştür ($p = 0,001$).

Tablo 2. Dinsel Kaynaklı Değişkenler Açısından Çalışanların Sağlık ve Hastalık Davranışları Dağılımı

Değişkenler	Alt Değişkenler	n	%
Doktorun cinsiyeti (erkek ya da kadın olması) sizce önemli mi?	Evet	140	30,7
	Hayır	316	69,3
(Evet ise) Hastalandığınızda hangi doktoru seçersiniz?	Erkek doktor seçerim	134	60,4
	Kadın doktor seçerim	88	39,6
Nazara inanır mısınız?	Evet	435	95,6
	Hayır	20	4,4
Birine nazar değmişse ne yapılır?	Bilmiyorum	38	8,4
	Kurşun döktürülür	16	3,5
	Din büyüğüne okutulur	41	9,1
	Dua okunur	353	78,1
	Diğer	4	0,9
	Mikroplar	274	60,2
Size göre hastalıkların en önemli nedeni nedir?	Yetersiz beslenme	267	58,6
	Zararlı Alışkanlıklar	276	60,5
	Stres	378	82,9
	Kalıtım	176	38,6
	İnanç eksikliği veya inaçsızlık	84	18,4
	İbadet etmeme	65	14,3
	Nazar	71	15,6
	Diğer	24	5,3
Hastalandığınız zaman genelde nasıl hareket edersiniz?	Aile hekimine giderim	92	20,2
	Hastaneye giderim	229	50,2
	Tanıdıklarına danışırım	3	0,7
	Hiçbir şey yapmam geçmesini beklerim	49	10,7
	Kendim evde varsa veya eczaneden ilaç alırım.	57	12,5
	Diğer	26	5,7
Hastalandığımızda veya kırık çıkık gibi durumlarda doktor yerine geleneksel iyileştiricilere (Kırık çıkıkçı, hoca, tekke v.s) gittiğiniz olur mu?	Evet	203	44,6
	Hayır	252	55,4
Fal, büyü, çarpılma ve cinli olma gibi kavramlara inanır mısınız?	Evet	202	44,7
	Hayır	250	55,3
Sadaka, zekat, fitre vs. insanı kötülüklerden, kaza ve beladan, hastalıklardan koruduğuna inanır mısınız?	Evet	440	96,7
	Hayır	15	3,3
Kan akıtmanın (kurban kesmek) bela, hastalık v.s. den koruduğuna inanıyor musunuz?	Evet	287	64,1
	Hayır	161	35,9
Sizce dini açıdan yenilmesi yasak olan besinler var mı?	Var	429	94,1
	Yok	27	5,9
(Var ise) Bu yasaklara uyuyor musunuz?	Evet	429	97,9
	Hayır	9	2,1
Hiç türbe, ören yeri, kümbet gibi ziyaret yerlerine gittiniz mi?	Evet	376	82,6
	Hayır	79	17,4
"Sağlık, sadece hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir." bu tanıma katılıyor musunuz?	Evet	437	96,5
	Hayır	16	3,5

Çalışanların unvanına göre, "Hastalıklar insanın günahlarına kefarettir" sözüne katılma, fal, büyü, çarpılma ve cinli olma gibi kavramlara inanma, hastalık veya kırık çıkık gibi durumlarda doktor yerine geleneksel iyileştiricilere gitme (Kırıkçı, çıkıkçı, hoca), nazara inanma, sadaka, zekat, fitre vb. insanı kötülüklerden, kaza ve beladan, hastalıklardan koruduğuna inanma, türbe, ören yeri, kümbet gibi yerlere gitme açısından

gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). "Hastalıklar insanın günahlarına kefarettir" sözüne katılımlarının hekim ve hemşire-ebe grubu çalışanların oranı, yönetici ve idari memur grubu çalışanların oranından daha düşük bulunmuştur ($p = 0,000$). Hastalandığında veya kırık çıkık gibi durumlarda doktor yerine geleneksel iyileştiricilere gitme durumu açısından; hekimlerin diğer gruplara

göre daha yüksek oranda geleneksel iyileştiricileri tercih ettiği görülmüştür ($p=0,049$). Hekimleri idari memur, yönetici ve hemşire-ebe grubu çalışanlar izlemektedir. Fal, büyü, çarpılma ve cinli olma gibi kavramlara inanma puanları açısından; hemşire-ebe grubu çalışanların diğer gruplara göre bu inancının daha fazla olduğu belirlenmiştir ($p=0,019$). Bunu idari memur ve yönetici olan grup izlemiştir. Fal, büyü, çarpılma ve cinli olma gibi kavramlara en az hekim grubu çalışanların inandığı görülmüştür. Öte yandan doktor ve hemşire-ebe grubu çalışanların yönetici ve idari memur grubu çalışanlara oranla nazara inanma oranlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Sadaka, zekat, fitre vb. insanı kötülüklerden, kaza, bela ve hastalıklardan koruduğuna inanma açısından; hemşire-ebe, yönetici ve idari memur grubu çalışanların doktor grubu çalışanlara oranla daha fazla inanç gösterdiği belirlenmiştir ($p=0,000$). Türbe, ören yeri, kümbet gibi ziyaret yerlerine gitme oranları açısından; yönetici ve doktor grubu çalışanların idari memur ve hemşire-ebe grubu çalışanlara oranla belirtilen ziyaret yerlerine daha fazla gittikleri tespit edilmiştir ($p=0,000$).

Çalışanların cinsiyetine göre “Hastalıklar insanın günahlarına kefarettir” sözüne katılma, doktorun cinsiyetinin önemli olması ve türbe, ören yeri, kümbet gibi yerlere gitme açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). “Hastalıkların insanın günahlara kefarettir”, sözüne katılma puanları açısından; bu hadis-i şerife erkek personelin kadın personele oranla daha fazla katıldığı belirlenmiştir ($p=0,034$). Ayrıca kadın çalışanlar için doktor cinsiyetinin erkek çalışanlara oranla daha önemli olduğu saptanmıştır ($p=0,019$). Öte yandan türbe, ören yeri, kümbet gibi ziyaret yerlerine gitme puanları açısından; kadın çalışanların erkek çalışanlara oranla daha fazla türbe, ören yeri ve kümbet gibi ziyaret yerlerine gittiği belirlenmiştir ($p=0,041$).

Çalışanların yaşına göre, kan akıtmanın bela, hastalık vb.den koruduğuna inanma ve sadaka, zekat, fitre vb. insanı kötülüklerden, kaza ve beladan, hastalıklardan koruduğuna inanma açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Kan akıtmanın (kurban kesmek) bela, hastalık vb. den koruduğuna inanma puanları açısından; 24-35 ve 36-45 yaş grubu çalışanların 23 ve altı ile 46 ve üstü yaş grubu çalışanlara oranla bu inançlarının daha fazla olduğu saptanmıştır ($p=0,022$). Ayrıca 24-35 ve 36-45 yaş grubu çalışanların 23 ve altı ile 46 ve üstü yaş grubu çalışanlara göre sadaka, zekat, fitre vb. insanı kötülüklerden, kaza, bela ve hastalıklardan koruduğuna daha fazla inandığı görülmüştür ($p=0,029$).

Çalışanların eğitim durumuna göre, dini açıdan yenilmesi yasak olan besinlerin varlığına inanma,

“Hastalıklar insanın günahlarına kefarettir” sözüne katılma, sadaka, zekat, fitre vb. insanı kötülüklerden, kaza ve beladan, hastalıklardan koruduğuna inanma, türbe, ören yeri, kümbet gibi yerlere gitme ve sağlığın doğru tanımına katılma açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışanların eğitim seviyesi yükseldikçe dini açıdan yenilmesi yasak olan besinlerin varlığına olan inancının da arttığı belirlenmiştir ($p=0,000$). Hastalıkların insanın günahlarına kefarettir, sözüne katılma puanları açısından; eğitim durumu lise ve dengi okul olan personelin bu söze katılma oranı en yüksek iken, lise ve dengi okul durumundan sonraki eğitim seviyesi artışında bahsi geçen söze katılma oranı düşmektedir ($p=0,005$). Ayrıca çalışanların eğitim seviyesi yükseldikçe sadaka, zekat, fitre vb. insanı kötülüklerden, kaza, bela ve hastalıklardan koruduğuna inanma oranlarının da düştüğü görülmüştür ($p=0,002$). Çalışanların eğitim seviyesi arttıkça türbe, ören yeri, kümbet gibi yerlere daha fazla oranda gittikleri belirlenmiştir ($p=0,000$). Öte yandan çalışanların eğitim seviyesi arttıkça DSÖ'nün yapmış olduğu tanıma katılım oranının da arttığı belirlenmiştir ($p=0,001$).

Çalışanların mesleki deneyimine göre, türbe, ören yeri, kümbet gibi yerlere gitme açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışanların yaşı ile doğru orantılı olarak mesleki deneyimi arttıkça türbe, ören yeri, kümbet gibi ziyaret yerlerine gitme oranlarının da arttığı görülmüştür ($p=0,044$).

Çalışanların gelirine göre, dini açıdan yenilmesi yasak olan besinler olması, “Hastalıklar insanın günahlarına kefarettir” sözüne katılma, fal, büyü, çarpılma ve cinli olma gibi kavramlara inanma, sadaka, zekat, fitre vb. insanı kötülüklerden, kaza ve beladan, hastalıklardan koruduğuna inanma ve türbe, ören yeri, kümbet gibi yerlere gitme açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışanların gelir seviyesi yükseldikçe dini açıdan yenilmesi yasak olan besinlerin varlığına olan inancının da arttığı belirlenmiştir ($p=0,022$). “Hastalıkların insanın günahlarına kefarettir”, sözüne katılma açısından ise, çalışanların 2000 ve daha az gelire sahip grubun diğer gruplara oranla bu söze katılma oranı daha yüksektir ($p=0,001$). 2001-3000 lira üzeri gelir seviyesi arttıkça fal, büyü, çarpılma ve cinli olma gibi kavramlara inanma oranının da düştüğü belirlenmiştir ($p=0,032$). Çalışanların gelir seviyesi arttıkça sadaka, zekat, fitre vb. insanı kötülüklerden, kaza, bela ve hastalıklardan koruduğuna inanma oranının düştüğü belirlenmiştir ($p=0,000$). Oysa çalışanların gelir seviyesi arttıkça türbe, ören yeri, kümbet gibi ziyaret yerlerine gitme oranının da artış gösterdiği gözlenmiştir ($p=0,000$).

Tablo 3. Çalışanların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dinsel Kaynaklı Değişkenler Açısından Sağlık ve Hastalığa Yaklaşımları

Tanımlayıcı Özellikler	Dini açıdan yenilmesi yasak olan besinler olması	"Hastalıklar insanın günahlarına kefarettir" sözüne katılma	Doktorun cinsiyetinin önemli olması	Hastalık veya kırık çıkık gibi durumlarda doktor yerine geleneksel iyileştiricilere gitme	Fal, büyü, çarpılma ve cimli olma gibi kavramlara inanma	Nazara inanma	Kan akıtmanın bela, hastalık vb.den koruduğuna inanma	Sadaka, zekat, fitre vb. insanı kötülüklerden, kaza ve beladan, hastalıklardan koruduğuna inanma	Türbe, ören yeri, kümbet gibi yerlere gitme	Sağlığın tanınımı doğru bilme
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Kurum										
Hastane	205 (95,8)	140 (65,7)	77 (36)	102 (47,9)	97 (45,8)	202 (94,4)	135 (63,4)	198 (93)	179 (83,6)	208 (97,7)
Kaymakamlık	164 (91,1)	146 (83,4)	40 (22,2)	75 (41,7)	79 (44,1)	174 (97,2)	109 (62,6)	180 (100)	146 (81,6)	171 (96,1)
Valilik	60 (96,8)	46 (75,4)	23 (37,1)	26 (41,9)	26 (42,6)	59 (95,2)	43 (70,5)	62 (100)	51 (82,3)	58 (93,5)
χ^2	4,275	15,701	10,079	1,736	0,225	1,948	1,290	17,967	0,860	2,695
P	0,111	0,001*	0,006*	0,420	0,894	0,393	0,525	0,001*	0,860	0,247
Unvan										
Yönetici	69 (98,6)	52 (76,5)	24 (34,3)	31 (44,3)	25 (36,8)	68 (97,1)	41 (61,2)	69 (98,6)	67 (95,7)	67 (97,1)
Hekim	62 (96,9)	34 (53,1)	24 (37,5)	37 (57,8)	21 (32,8)	56 (87,5)	37 (57,8)	52 (81,3)	60 (93,8)	64 (100)
Hemşire-ebe	72 (94,7)	53 (70,7)	29 (38,2)	26 (34,2)	45 (60)	73 (96,1)	47 (62,7)	74 (98,7)	59 (77,6)	72 (96)
İdari Memur	226 (91,9)	193 (79,8)	63 (25,6)	109 (44,5)	111 (45,3)	238 (97,1)	162 (66,9)	245 (99,6)	190 (77,6)	234 (95,5)
χ^2	5,581	19,277	6,797	7,845	12,530	1,877	2,260	11,090	19,596	1,515
P	0,160	0,000*	0,079	0,049*	0,006*	0,019*	0,520	0,000*	0,000*	0,396
Cinsiyet										
Erkek	247 (93,2)	202 (77,7)	70 (26,4)	126 (47,7)	115 (43,9)	252 (95,5)	164 (63,6)	258 (97,4)	210 (79,5)	250 (95,1)
Kadın	182 (95,3)	130 (68,8)	70 (36,6)	77 (40,3)	87 (45,8)	183 (95,8)	123 (64,7)	182 (95,8)	166 (86,9)	187 (98,4)
χ^2	0,862	4,509	5,464	2,465	0,160	0,034	0,065	0,855	4,190	3,664
P	0,353	0,034*	0,019*	0,116	0,689	0,855	0,799	0,355	0,041*	0,056*
Yaş										
23 ve altı	18 (78,3)	15 (71,4)	9 (39,1)	7 (30,4)	8(36,4)	22 (95,7)	12 (54,5)	21 (95,5)	17 (73,9)	19 (86,4)
24-35	160 (94,7)	126 (75,4)	44 (26)	77 (45,6)	88 (52,4)	164 (97,6)	117 (69,6)	166 (98,2)	138 (81,7)	165 (98,2)
36-45	163 (95,3)	124 (73,4)	61 (35,7)	79 (46,2)	71 (41,8)	163 (95,3)	114 (68,3)	168 (98,2)	138(81,2)	163(95,3)
46 ve üstü	88 (94,6)	67 (72,8)	26 (28)	40 (43,5)	35(38)	86(92,5)	44 (48,4)	85 (91,4)	83 (89,2)	90 (97,8)
χ^2	2,559	0,103	0,031	0,190	3,017	2,955	5,235	4,757	3,023	0,706
P	0,110	0,749	0,860	0,663	0,082	0,086	0,022*	0,029*	0,082	0,401
Medeni Durum										
Evli	344 (94,5)	269 (75,1)	112 (30,8)	163 (44,9)	163 (45,2)	347 (95,6)	225 (62,8)	353 (97)	303 (83,5)	350 (96,7)
Bekar	85 (92,4)	63 (69,2)	28 (30,4)	40 (43,5)	39 (42,9)	88 (95,7)	62 (68,9)	87 (95,6)	73 (79,3)	87 (95,6)
χ^2	0,588	1,315	0,004	0,060	0,155	0,001	1,140	0,431	0,870	0,249
P	0,443	0,252	0,950	0,806	0,694	1,000	0,286	0,513	0,351	0,540
Eğitim										
İlkokul/Ortaokul	11 (78,6)	10 (71,4)	2 (14,3)	6 (42,9)	5 (35,7)	12 (85,7)	8 (57,1)	14 (100)	6 (42,9)	12 (85,7)
Lise ve dengi okul	69 (85,2)	65 (82,3)	23 (28,4)	33(40,7)	33 (41,3)	77 (96,3)	47 (60,3)	79 (98,8)	53 (66,3)	74 (92,5)
Önlisans	78 (98,7)	61 (78,2)	21 (26,6)	33 (41,8)	43 (54,4)	75 (94,9)	46 (59,7)	78 (98,7)	60 (75,9)	75 (94,9)
Lisans	78 (94,7)	141 (75,8)	60 (32,1)	78 (41,9)	86 (46,7)	183 (97,9)	128 (69,6)	184 (98,4)	172 (92)	183 (98,4)
χ^2	15,675	7,845	3,007	2,920	0,256	0,030	0,699	9,922	38,260	11,200
P	0,000*	0,005*	0,083	0,087	0,613	0,863	0,403	0,002*	0,000*	0,001*
Mesleki Deneyim										
1 yıldan az	17 (81)	14 (70)	9 (42,9)	5 (23,8)	7 (33,3)	20 (95,2)	10 (50)	19 (95)	15 (71,4)	19 (95)
1-5 yıl	87 (93,5)	68 (73,9)	24 (25,8)	45 (48,4)	48 (52,2)	89 (96,7)	63 (67,7)	92 (98,9)	71 (76,3)	90 (96,8)
6-10 yıl	100 (95,2)	83 (79,8)	35 (33,3)	50 (47,6)	51 (48,6)	102 (97,1)	72 (69,9)	102 (97,1)	88 (84,6)	99 (95,2)
11-15 yıl	72 (96)	49 (66,2)	26 (34,7)	32 (42,7)	30 (41,1)	69 (92)	50 (67,6)	72 (96)	64 (85,3)	73 (97,3)
χ^2	1,786	0,075	0,160	0,024	1,506	0,358	1,102	1,156	4,043	0,214
P	0,181	0,785	0,689	0,877	0,220	0,550	0,294	0,282	0,044*	0,643
Gelir										
2000 ve daha az	71 (89,9)	66 (83,5)	17 (21,5)	28 (35,4)	36 (45,6)	76 (96,2)	60 (77,9)	79 (100)	55 (70,5)	74 (93,7)
2001-3000	213 (93,4)	164 (73,9)	72 (31,6)	102 (44,9)	110 (48,7)	219 (96,5)	132 (58,7)	226 (99,1)	187 (82)	220 (96,9)
3001-4000	87 (96,7)	71 (78,9)	31 (34,4)	45 (50)	40 (45,5)	88 (97,8)	66 (75)	87 (96,7)	80 (88,9)	87 (97,8)
4001 ve üzeri	55 (98,2)	29 (51,8)	17 (30,4)	28 (50)	15 (26,8)	49 (87,5)	29 (51,8)	46 (82,1)	53 (94,6)	55 (98,2)
χ^2	5,284	11,115	1,534	3,538	4,579	3,748	2,811	31,047	15,598	2,211
P	0,022*	0,001*	0,215	0,060	0,032*	0,053	0,094	0,000*	0,000*	0,137

Tablo 3'te görüldüğü üzere, tanımlayıcı özelliklere göre yukarıda belirtilen gruplar arasındaki farklılıklar dışındaki değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

TARTIŞMA

Araştırmada, çalışanların büyük bir çoğunluğu hekimin cinsiyetinin önemli olmadığı görüşündedir. Türkiye'de, 2004/117 sayılı Genelge ile başlatılan, 17.10.2007 tarih ve 9379 sayılı Makam Olur'u ile yürürlüğe giren "Sağlık Hizmeti Sunumunda Poliklinik Hizmetlerinin Hastaların Hekimini Seçmesine ve Değiştirmesine İmkan Verecek Şekilde Düzenlenmesi Hakkında Yönerge" hükümleri uyarınca, hastanın hekimini serbestçe seçme ve değiştirme hakkına yasal mevzuat çerçevesinde de olanak sağlanması ve hekimin cinsiyetinden çok alanında uzman, tecrübeli, iyi muamele eden ve hastalığı hakkında anlayabileceği şekilde bilgi vermesi tercih sebebi olmuştur. Tekin (2007)'in araştırmasında da hekim cinsiyet tercihi açısından benzer bulgu elde edilmiştir (21).

Araştırmada, çalışanların büyük çoğunluğu (%95,6) nazara inanmakta iken, Adak'ın (2015) araştırmasında, katılımcıların %65,5'i nazara veya cin çarpmasına veya her ikisine birden inandığını belirtirken, %34,5'i bu tür şeyleri saçma bulduğunu, inanmadığını belirtmiştir (15). Ayrıca araştırmada hastalıkların nedeni olarak stres ilk sırada yer alırken, takiben zararlı alışkanlıklar, mikroplar, yetersiz beslenme, kalıtım, inanç eksikliği veya inançsızlığın, nazarın ve ibadet etmeme yer almaktadır. İnanç eksikliği veya inançsızlık, nazar ve ibadet etmemenin diğer etkenlere göre daha az oranda hastalıklara neden olduğu belirtilmektedir. Adak'ın (2015) araştırmasında ise, stresin (sıkıntı) ikinci sırada, iyi beslenememe ilk sırada, mikroplar üçüncü sırada, soğuk dördüncü, zararlı alışkanlıklar beşinci ve kalıtım altıncı sırada yer almaktadır. (15). Ögenler ve Yapıcı (2012) araştırmasında, öğrencilerin batıl inanışları olduğu fakat hastalıkları iyileştirmek için batıl inanışa yönelen davranış göstermedikleri saptanmıştır (22).

Çalışanların hastalandığında yarısının hastaneye gittiği beşte birinin ise aile hekimine gittiği, diğerlerinin ise yaklaşık %30'unun kendi evinde varsa veya eczaneden ilaç alıp kullandığı ya da hiçbir şey yapmayıp geçmesi beklediği saptanmıştır. Bu bulgu, Türkiye'de kurulan aile hekimliği uygulamasına rağmen çalışanların hastalandıklarında sevk zincirine uymayarak ilk muayenelerinde hastaneye gittiklerini göstermektedir. Bu bulgu, aile hekimliklerinin 7/24 esasına göre çalışmadıklarının da etkili olduğu söylenebilir. Ancak en önemli etken toplumsal olarak sevk zinciri bilincinin yeterince oluşmamasıdır. Oysa hastalıkların %90'ının teşhis ve tedavisinin

aile hekimliklerinde gerçekleştirilebildiği göz önüne alındığında acil hastalıklar dışında hastaneye yapılan başvuru, hastanelerde gereksiz yığılmalara, sağlığın sunumunda kaliteyi düşürmeye ve asıl hastanede tedavi olması gereken hastaların mağduriyetine neden olduğu düşünülmektedir. Ayrıca devletin kamu kurum kuruluşları ve sivil toplum örgütleri desteğiyle okullarda öğrencilere, yayın organları ile vatandaşlara reçetesiz ilaç kullanmanın sonuçları ile ilgili kamu spotu, afiş ve el broşürü vb. ile farkındalık oluşturmak adına yapılan çalışmalar göz önüne alındığında ve araştırmaya katılan personelin %96,9'u lise ve üstü eğitim seviyesine sahip olması birlikte değerlendirildiğinde; personelin kendi kendine ilaç tedavisi uygulaması veya hiçbir şey yapmadan geçmesini beklemesi düşündürücü bir sonuçtur.

Araştırmada çalışanların önemli bir oranı (%44,6) hastalandığında veya kırık çıkık gibi durumlarda geleneksel iyileştiricilere gitmektedir. Oysa, Adak (2015) araştırmasında, katılımcıların %25,9'u geleneksel iyileştiricilerden yardım aldığını belirtmiştir. (15). Tekin'in (2007)'in çalışmasında, örneklem grubunun %19,9'unun geleneksel iyileştiricilere gittiği belirlenmiştir (21). Araştırmalarda farklı sonuçlar elde edilmekle beraber, önemli oranda çalışanların geleneksel iyileştiricilere itibar etmesi üzerinde durulması gereken bir husustur. Eskiden sosyal güvence yokluğu, hekim bulamama, ulaşım güçlüğü ve en önemlisi eğitim eksikliği nedeniyle özellikle 11-20 yaş grubunun tercih ettiği kırık ve çıkıkçılar, Türkiye'deki tıbbi olanakların yeterli seviyeye geldiği, genel sağlık sigortasının uygulandığı günümüzde, halk sağlığı açısından büyük bir problem oluşturmaktadır ki, birçok masum çocuk bu sebeple sakat kalmıştır. Konusunda ehil olmayan kişilerin söz konusu tedavi şekli ile ilgili gerekli adli ve cezai yükümlülüklerin yeniden gündeme alınması ve düzenlenmesi gerekmektedir. Nitekim araştırmada hekimin muayene sonrası hastadan istemiş olduğu röntgeni çektirip, hekime göstermeyip kırık çıkıkçıya götürüldüğü, bel ağrısı çeken hastanın kırık çıkıkçıya giderek belini çektiği ancak, gerekmemesine rağmen ameliyat olmak zorunda kaldığı birçok vakanın olduğu tespiti yapılmıştır.

Araştırmada çalışanların çoğunluğunun "Hastalıklar insanın günahlarına kefarettir." sözüne katıldığı saptanmıştır. Ayrıca çalışanların büyük çoğunluğunun sadaka, zekat, fitre vb. insanı kötülüklerden, kaza ve beladan, hastalıklardan koruduğuna inandığı belirlenmiştir. Türkiye İslam toplumunda kesinlikle bencilik yoktur, toplumculuk vardır, paylaşmak vardır. Nitekim, Allah rızası için, özellikle fakir ve ihtiyacı olan kişilere, karşılıksız olarak yapılan maddi ve manevi her iyiliğe sadaka denilmektedir. Kur'an-ı Kerim ve Hz. Peygamber (sav) hadis-i şeriflerinde sadakanın faydaları belirtilmektedir.

Araştırmada büyük oranda kan akıtmanın (kurban kesmek) kaza, bela ve hastalıklardan koruduğuna inanılmaktadır. Ancak burada asıl olan akıtılan kanın Allah adına yapılmış olması gerekmektedir. Allah'tan başkasına yaklaşmak ve onu yüceltmek için akıtılan kan, Allah'a ortak koşmaktır (şirk) ki, bu durumdan kaçınmak gerekir.

İnsan yaşamında yapması ve yapmaması gereken bir davranışın kendisine ne gibi bir etkisi olduğunu bilirse, hem inancı artar hem de o davranışı yapma konusunda kendisini daha iyi motive eder. Araştırmada çalışanların tamamına yakını dini açıdan yenilmesi yasak olan besinler olduğunu ve bu yasaklara uyduklarını belirtmişlerdir. Bu besinlerden en önemlileri domuz ve alkol olarak belirtilmiştir. İslam dininde domuz eti yemek yasaktır. İslam dininde yasak olan besinlerin sağlığa zararları bilimsel olarak da kanıtlanmıştır (23, 15). Örneğin, çeşitli fiziksel rahatsızlıklara neden olan maddelerin (sigara, alkol, uyuşturucu vb.) dinlerce yasaklanmış olması, bu maddelere bağlı olarak ortaya çıkacak ruhsal sorunları ortadan kaldırmaktadır (4).

Çalışanların dinsel kaynaklı görüşleri dağılımı tanımlayıcı özelliklere göre incelendiğinde; medeni duruma göre farklılık göstermezken ($p>0,05$), kurum, unvan, cinsiyet, yaş, eğitim, mesleki deneyim ve gelire göre bazı görüşleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Adak'ın (2015) araştırmasında, katılımcıların geleneksel iyileştiricilere gitmesi ile eğitim, ikamet edilen yer ve sağlık merkezlerine yakınlık arasında pozitif bir ilişki bulunurken, gelir ile ilişki bulunmamıştır (15). Araştırmada hastane çalışanlarının diğer kurumlarda çalışanlara göre "hastalıklar insanın günahlarına kefarettir" sözüne daha düşük düzeyde katıldığı, doktor cinsiyetinin Kaymakamlık çalışanları için daha önemli olduğu, hastane çalışanlarının en düşük düzeyde sadaka, zekat, fitre vb. insanı kötülüklerden, kaza, bela ve hastalıklardan koruduğuna inandığı belirlenmiştir. Beklendiği gibi hastane çalışanlarının hastalıklara Valilik ve Kaymakamlık çalışanlarına göre daha bilimsel açıdan yaklaştıkları görülmektedir.

"Hastalıklar insanın günahlarına kefarettir" sözüne hekim ve hemşire-ebe grubu çalışanların diğer çalışanlara göre daha düşük oranda katılmaları beklenen bir bulgudur. Ancak hekimlerin diğer gruplara göre daha yüksek oranda geleneksel iyileştiricileri tercih etmesi şaşırtıcıdır. Yine fal, büyü, çarpılma ve cinli olma gibi kavramlara hemşire-ebe grubu çalışanların diğer gruplara göre daha fazla inanması koruyucu önlem alınmasını gerektirmektedir. Ayrıca nazara sağlık çalışanları diğer gruplara göre daha düşük düzeyde inanmaktadır. Sadaka, zekat, fitre vb. insanı kötülüklerden, kaza, bela ve hastalıklardan koruduğuna hekimler diğer gruplar kadar inanmamaktadırlar.

Türbe, ören yeri, kümbet gibi ziyaret yerlerine ise yönetici ve hekimlerin daha fazla gittiği belirlenmiştir. Her toplumda hastalık algısı ve tedavi yöntemleri farklılık gösterirken, tıbbi araştırmalarda büyüün ve doğüstü güçlerin etkisini gösteren pek çok araştırma bulunmaktadır (24). Dolayısıyla din ve büyü ile ilgili iyileştirme pratiklerinin iyi analiz edilmesi ve olumlu yönde geliştirilmesi gerekmektedir.

"Hastalıklar insanın günahlarına kefarettir" sözünün erkekler, doktor cinsiyeti ve türbe, ören yeri, kümbet gibi ziyaret yerlerine gitmenin ise kadınlar için daha önemli olduğu saptanmıştır. Tekin'in (2007) araştırması da araştırmayı destekler niteliktedir (21). Hastalandığında hekim tercihinde cinsiyetin önemli olduğunu düşünen çalışanlardan; erkek çalışanların erkek hekimi, kadın çalışanların ise kadın hekimi tercih ettiği görülmektedir. Bu bulgu, özellikle kadın hastalıklarında kadın çalışanların kadın hekim yanında hastalığını daha kolay ifade edebilmesi ve rahat davranabilmesi ile kadın çalışanların eşinin izin vermemesi ve karşı cinsin namahrem olması nedeniyle kadın hekimi tercih ettiği şeklinde ifade edilebilir. Daha net ifade ile, kadın ve erkek çalışanların hekim cinsiyet tercihine ilişkin tutumunun daha çok geleneksel değerler doğrultusunda biçimlendiği belirtilebilir.

Orta yaş grubunun diğer gruplara göre, kan akıtma ile sadaka, zekat, fitre vb. vermenin insanı kötülüklerden, kaza, bela ve hastalıklardan koruduğuna daha yüksek oranda inandığı tespit edilmiştir.

Çalışanların eğitim seviyesi yükseldikçe dini açıdan yenilmesi yasak olan besinlerin varlığına olan inanma ve türbe, ören yeri, kümbet gibi yerlere gitme oranının arttığı belirlenmiştir. Oysa eğitim seviyesi yükseldikçe sadaka, zekat, fitre vb. insanı kötülüklerden, kaza, bela ve hastalıklardan koruduğuna inanmanın azaldığı saptanmıştır. Tekin (2007) araştırmasında eğitim seviyesi düşük olanların sağlık amaçlı yatır-türbe ziyareti yapmayı daha fazla tercih ettikleri belirlenmiştir (21). Bu sonuç yapılan araştırmayı desteklememektedir. Ayrıca çalışanların eğitim seviyesi arttıkça sağlığın tanımını doğru yaptığı görülmüştür. Adak (2015) araştırmasında, katılımcıların yarıya yakını sağlığın tanımını doğru yapmıştır (15).

Çalışanların mesleki deneyimi arttıkça türbe, ören yeri, kümbet gibi yerlere daha fazla gittiği belirlenmiştir.

Çalışanların gelir seviyesi yükseldikçe dini açıdan yenilmesi yasak olan besinlerin varlığına olan inancının da arttığı belirlenmiştir. "Hastalıklar insanın günahlarına kefarettir" sözüne gelir seviyesi en düşük olanlar daha fazla katılmaktadır. Gelir arttıkça fal, büyü, çarpılma ve cinli olma gibi kavramlara inanmanın azaldığı, türbe, ören yeri, kümbet gibi yerlere gitmenin atıldığı saptanmıştır. Ayrıca çalışanların gelir seviyesi arttıkça sadaka, zekat, fitre vb. insanı kötülüklerden, kaza, bela ve

hastalıklardan koruduğuna inanma oranı düşmektedir. İçinde bulunulan toplum açısından bu sonuç ne kadar da düşündürücüdür. Toplumunu oluşturan bireylerin gelir durumu arttıkça ihtiyaç sahiplerine daha fazla yardım etmesi beklenmektedir. Dolayısıyla Hz. Peygamber (sav)'in "az sadaka çok belayı def eder ve sadaka ömrü uzatır" sözü insan yaşamına uygulandığında, insanoğlu veren elin alan elden üstün olduğu ve karşılığını fazlasıyla alacağı bilinci aşılmalıdır.

SONUÇ

Çalışanların dinsel kaynaklı değişkenler açısından sağlık ve hastalıkla ilgili inançlarının bazı tanımlayıcı özelliklere göre değiştiği belirlenmiştir. Araştırma bulguları, araştırmanın H1 ve H2 hipotezlerini kısmen desteklemektedir. Kadınların hastalandığında hekim cinsiyetinin önemini vurgulamaları, Türkiye'de hekim seçme uygulamasının yerinde bir uygulama olduğunu göstermektedir.

Çalışanların hastalandığında kayda değer oranda geleneksel iyileştiricilere gitmesi kaygı vericidir. Çünkü bu yaklaşım hastalıkların kötüleşmesine neden olabilir. Oysa çalışanların çoğunluğunun dini açıdan yasak olan besinleri yememesi olumlu olarak değerlendirilebilir. Çünkü İslam dininin yasakladığı besinler sağlığa zararlıdır. Çalışanların büyük çoğunluğunun sadaka, zekat, fitre vb. insanı kötülüklerden, kaza, bela ve hastalıklardan koruduğuna inanması, yardımlaşma, birliktelik ve dayanışma açısından toplumsal yatkinliği gösterir. Bu durum, özellikle olağanüstü durumlarda (salgın hastalıklar gibi) toplumsal güç oluşturabilir.

Din ve sağlık profesyonelleri tarafından çalışanlara ve topluma yönelik bilime dayanan din, sağlık, hastalık ve hastalıklardan korunma konularında periyodik sürekli eğitimler verilmelidir. Bu eğitimlerde programlar planlanırken dikkate alınmalıdır. Çalışanların psikolojik olarak güçlendirilmelerine önem verilmelidir. Ayrıca çalışanların büyük çoğunluğunun hastalandığında aile hekimliği yerine doğrudan hastaneye gitmeleri dikkate alınarak eğitimlerde sağlık sistemi hakkında bilgi verilerek sevk zincirinin önemi benimseltilmelidir.

Bu araştırmanın kamu kurumları yönetici ve çalışanlarında dinsel kaynaklı değişkenler, sağlık ve hastalığa yaklaşımlar konusunda kurumsal ve toplumsal farkındalık yaratması, bu konularda bireyler ile toplumu bilimsel gerçeklere yönlendiren politika ve stratejiler geliştirmelerine destek olması beklenmektedir.

Gelecek araştırmalarda araştırmacıların kurumsal ve toplumsal olarak daha kapsamlı, daha spesifik dini konular, sağlık ve hastalık kavramları ile aralarındaki ilişkileri ve etkileşimleri incelemeleri önerilebilir. Bu araştırmalar, bölgesel ya da ulusal boyutta (eğitilmiş, eğitimli olmayan, çalışan ve çalışmayan vb.) farklı

grupları içerecek şekilde yapılmalıdır. Ayrıca, araştırmaların sadece İslam dinine inanan bireyleri değil, diğer dinlere inanan insanları da kapsayacak şekilde yapılması, karşılaştırmalara dayanan analizler için yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Baloğlu, B. (2006). Ekonomik ve Sosyolojik Bakış Açısıyla Sağlık ve Hastalık. DER Yayınları:389, İstanbul.
2. Yaran, C.S. (2005). Din-Sağlık İlişkisi ve Şifa Delili. EKEV Akademi Dergisi, 9 (25), 53-74.
3. Horozcu, Ü. (2010). Tecrübi Araştırmalar Işığında Dindarlık ve Maneviyat ile Ruhsal ve Bedensel Sağlık Arasındaki İlişki. Milet ve Nihal İnanc, Kültür ve Mitoloji Araştırmaları Dergisi, 7(1), 209-40.
4. Apaydın, H. (2010). Ruh sağlığı-Din İlişkisi Araştırmalarına Bakış. Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi, 10(2), 59-77.
5. Güneş, A. (2014). Sosyolojik Olarak Din ve Toplum İlişkileri. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 24(1), 153-64.
6. Toköz, M. (2013). Konya İli Yalnhüyük İlçesi'nde Sosyal ve Dini Hayat. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 337509).
7. Keskin, M. (2004). Din ve Toplum İlişkileri Üzerine Bir Genelleme. Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi. IV (2), 7-21.
8. Akyüz, N. ve Çapcıoğlu, İ. (2012). Ana Başlıklarıyla Din Sosyolojisi. Grafiker Yayınları, Ankara.
9. Okumuş, E. (2015). Dinin Toplumsal İnşası. Akçağ Yayınları, Ankara.
10. Arslan, M. (2004). Kültürel Bağlamda Din. Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi, 4(4), 189-205.
11. Okumuş, E. (2018). Din Sosyolojisi. Maarif Mektepleri Yayınları, Ankara.
12. Uçar, A. (2003). İslam Âlemi Neden Geri Kaldı? Çizgi Kitabevi, Konya.
13. Solmaz, B. ve Çapcıoğlu, İ. (2017). Din Sosyolojisi / Klasik ve Çağdaş Yaklaşımlar I. Çizgi Kitabevi, Konya.
14. Koç, M. (2005). Dua ve İbadetin Ergenlerin Ruh Sağlıklarına Etkileri Üzerine Teorik Bir Yaklaşım. Diyanet İlmî Dergi, 41(4), 63-90.
15. Adak, N.Ö. (2015). Sağlık Sosyolojisi Kadın ve Kentleşme. Siyasal Kitabevi, Ankara.
16. Ayten, A. (2015). Din, Erdem ve Sağlık. Çamlıca Yayınları, İstanbul
17. Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S. (2010). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Siyasal Kitabevi, Ankara.
18. Bolsoy, N. ve Sevil, Ü. (2006). Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşimi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(3), 78-87.
19. Avcı, N. (2007). Mevlana'nın Mesnevi'sinde Devrin Tıp ve Halk Hekimliği. İstem, 5(10), 155- 68.
20. Karayağız Muslu, G. ve Öztürk, C. (2008). Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler ve Çocuklarda Kullanımı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 51(1), 62-67.
21. Tekin, A. (2007). Sağlık-Hastalık Olgusu ve Toplumsal Kökenleri (Burdur Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 207323).
22. Ögenler, O. ve Yapıcı, G. (2012). Bir Grup Üniversite Öğrencisinin Batıl İnanışlar ve Hastalıklara Karşı Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Cumhuriyet Tıp Dergisi, 34, 1-8.
23. Karabulut, A.R. (1993). Bitkilerle Tedavi. Tıbb-ı Nebevi Ansiklopedisi, C. 1-2, Mektebe Yayınları, Ankara.
24. Kaplan, M. (2011). Halk Tıbbının Kökenleri: Teşhisten Tedaviye Din ve Büyük İlişkisi. Millî Folklor, 23(91), 150-56.