

## Din ve Tıp IV: Din, Fiziksel Sağlık ve Klinik Tavsiyeler<sup>1</sup>

### Religion and Medicine IV: Religion, Physical Health and Clinical Implications, Yazar: H. G. Koenig

Çev. Talip Demir

ORCID: 0000-0003-0030-9481

Dr. Öğretim Üyesi, Şırnak Üniversitesi, İlahiyat Fakültesi, Şırnak/Türkiye,  
[talipdemir83@gmail.com](mailto:talipdemir83@gmail.com)

*Makale Bilgisi/Article Info:*

Geliş/Received: 24.08.2020 Düzeltme/Revised: 08.11.2020 Kabul/Accepted: 27.11.2020

#### **Ceviri Makale / Translated Article**

Atıf / Cite as: Koenig, H. G. (2020). Din ve Tıp IV: Din, Fiziksel Sağlık ve Klinik Tavsiyeler, Çeviren: Talip Demir. Antakiyat, 3 (2), 305-322

#### **Öz:**

Din ve tıp ilişkisine dair bu serinin dördüncü ve son makalesinde, dinin fiziksel sağlık ve ölümlerle ilişkisini inceleyen kapsamlı ve sistematik araştırma sonuçları özetlenmiştir. Bu bağlamda çalışmamız ağrı ve engellilik, kalp ve damar hastalıkları, bağışıklık ve nöroendokrin sistemi, enfeksiyona duyarlılık, kanser ve genel anlamda ölüm oranları üzerine odaklanmaktadır. Ayrıca çalışmamızda, bu araştırma bulgularının tıbbî uygulamalar için ne anlama geldiği incelenerek hasta merkezli ve etik kaygılara karşı duyarlı birtakım uygulamalar önerilecektir.

**Anahtar kelimeler:** Din, Maneviyat, Ağrı, Engellilik, Bağışıklık, Kanser, Uzun Ömür

#### **Abstract:**

In the fourth and final article of this religion and medicine series, I summarize the results of a comprehensive and systematic review of research examining religion's relationship to physical health and mortality. This review focuses on pain and disability, cardiovascular disease, immune and neuroendocrine function, susceptibility to infection, cancer, and overall mortality. I also explore what these research findings mean for medical practice and suggest patient-centered applications that are sensitive to ethical concerns.

**Keywords:** Religion, Spirituality, Pain, Disability, Immunity, Cancer, Longevity

---

<sup>1</sup> Bu araştırma sürecinde TR Dizin 2020 kuralları kapsamında "Yükseköğretim Kurumları Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesinde" yer alan tüm kurallara uyulmuş ve yönergenin ikinci bölümünde yer alan "Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiğine Aykırı Eylemlerden" hiçbirini gerçekleştirilmemiştir. Ayrıca bu araştırma "Etik Kurul İzni" gerektirmeyen bir çalışmadır.

## GİRİŞ

Bu makale serisinin üçüncüsünde, dinî inanç ve pratiklerin fiziksel sağlığı nasıl etkileyebileceğini açıklayan teorik bir model ortaya konulmuştur. Bu son makalede ise söz konusu modelin geçerliliğini test eden araştırmalar tartışılacaktır. Bu araştırmalar, serinin ikinci makalesinde açıklandığı gibi, geçen yüzyıl boyunca oluşan ilgili literatürün kapsamlı ve sistematik bir analiziyle belirlenmiştir. Özetlemek gerekirse, ilgili çalışmaları belirlemek için üç aşamalı bir süreç kullanılmıştır. İlk olarak, din-fiziksel sağlık ilişkisine dair nicel çalışmaları tespit etmek için bilgisayar üzerinden literatür taraması yapılmıştır. Ardından yeni bir çalışma bulunamayana kadar bu işlemi tekrarlayarak, diğer ilgili çalışmaları belirlemek için araştırma kapsamına alınan makalelerin dipnotlarına ve referanslarına başvurulmuştur. Son olarak konuyla ilgili eleştiri yazıları ve kitaplar incelenmiştir. Bu şekilde ilerleyerek din ile ağrı/engellilik, kalp hastalığı, kan basıncı, felç (inme), bağışıklık/nöroendokrin fonksiyonu, bulaşıcı hastalık, kanser ve genel ölüm oranları arasındaki ilişkiyi ele alan 225'ten fazla çalışma tespit edilmiştir. Bu bölümde atıfta bulunulan çalışmaların her birinin betimsel analizleri için diğer çalışmamıza bakılabilir (Koenig vd. 2001).

### 1. Ağrı ve İşlevsel Engellilik

Din ve fiziksel acı çekme arasındaki ilişkiyi inceleyen 10 çalışmanın ekseriyeti dua etme ile ağrı yoğunluğu arasındaki ilişkiye odaklanmıştır. Bu bağlamda yapılan 6 kesitsel çalışmanın 4'ü dua etme sıklığı ile ağrı yoğunluğu arasında pozitif ilişki bulunduğunu tespit etmiştir. Bu sonuçlar iki farklı şekilde yorumlanabilir. Birincisi, kişi acıyla başa çıkmaya çalışırken dua etme sıklığı artmış olabilir. Zira dua, acıya karşı verilmiş bir tepkidir. İkincisi, dua etme daha fazla ağrıya neden olabilir, çünkü o zihni bir şekilde acıya odaklar. Dahası şayet dua etmek ağrıyı dindirmese, kişinin hayal kırıklığı artar ve cesareti kırılır ki bu durumda ağrı daha da şiddetlenebilir. Bu nedenle, dua etme ile acı çekme arasında etki-tepki ilişkisinin olup olmadığını belirlemek için prospektif çalışmalara ve klinik deneylere ihtiyaç vardır.

Yapılan çalışmalar içinde tam manasıyla geçerli sayılabilecek tek prospektif çalışma “dua ve ümit etme”nin, yukarıda zikredilen çalışmalarda olduğu gibi, başlangıçta ağrı yoğunluğu ile pozitif ilişkili olduğunu tespit etmiştir. Ancak katılımcıların ilerleyen dönemlerdeki durumları değerlendirildiğinde, dua sıklığı arttıkça 8 hafta sonra daha düşük ağrı düzeylerinin görüleceği öngörülmüştür (Turner ve Clancy, 1986). Benzer şekilde, Kabat-Zinn ve meslektaşları (Kabat-Zinn vd., 1985), dua/meditasyonun kronik ağrıyı tedavi etmek için bir müdahale aracı olarak kullanıldığında zaman içinde ağrının önemli ölçüde azalmasına neden olduğunu belirlemiştir. Diğer bir çalışmada da ortopedik cerrahi bir işlemi takiben dinî danışman müdahalesinin ağrı kesici ilaç isteği üzerindeki etkileri incelenmiştir. Buna göre çalışma, müdahale alan hastaların kontrol grubu hastalarına kıyasla anlamlı

düzyeyde daha az ilaç isteğinde bulunduğunu ortaya koymuştur (Florell, 1973). Bu üç çalışma, dua/dinî pratikler ile ağrı arasındaki pozitif kesitsel ilişkilerin, ağrıya tepki olarak artan dua etmenin olası bir sonucu olduğunu göstermektedir. Dua etmek zaman içinde ağrı seviyesini azaltabilir ya da kişinin onunla daha iyi başa çıkmasına yardımcı olabilir. Ancak bu, duanın her zaman ağrıyı azaltmaya yardımcı olduğu veya insanların dua sayesinde acıyla daha iyi başa çıkabileceği anlamına gelmez. Yine de görünüşe göre birçoğ durumda bu şekilde gerçekleşmektedir.

Öte yandan işlevsel engellilik ile dinî bağlılık arasındaki ilişkiye dair 12 çalışmanın yapıldığı tespit edilmiştir. Konuyla ilgili Idler ve Kasl'ın yapmış olduğu çalışmalar (Idler ve Kasl, 1987; 1992; 1997a; 1997b) bu alandaki en iyi çalışmalar olarak göze çarpmaktadır. Bu araştırmacılar 2812 yaşlı katılımcıyı on yıldan fazla bir süre izleyerek yaptıkları araştırmayla ilgili birçoğ rapor sunmuştur. En son raporlarında Idler ve Kasl (1997b), örneklem grubundaki daha yaşlı katılımcılarda dinî ibadetlere düzenli olarak katılmanın fiziksel engelliliğin başlamasını ve ilerlemesini geciktirdiğine dair bulgular elde etmiştir. Daha da önemlisi, fiziksel engelliliğin dinî faaliyet ve sağlık arasındaki ilişkiyi bulanıklaştırabileceği endişesi göz önüne alındığında, fiziksel engelliliğin dinî ibadetlere katılımı engelleme üzerindeki etkisi, dinî katılımın fiziksel engelliliği önleme üzerindeki etkisinden çoğ daha az olmuştur.

Dinî katılım düzeyi ilerleyen dönemlerde daha az engelliliği öngördüğü halde araştırmacılar bireysel dindarlığın veya referansını dinden alan teselli düzeyinin herhangi bir etkisinin olmadığını tespit etmiştir. Ancak bu ilişki karmaşık da olabilir. Zira fiziksel hastalık ve engellilik durumu kötüleştikçe insanlar, artan acı durumunda olduğu gibi, genellikle kişisel dinsel inancın sağlayacağı uzun vadeli faydalardan bazılarını görmezden gelerek teselli için dine yönelirler. Aslında, kişisel dindarlığın engellilik algısını olumlu yönde etkileyebileceğine dair bazı kanıtlar da vardır. Idler (1987) herhangi bir kronik hastalık düzeyi için, yüksek düzeyde bireysel dindarlığa sahip erkeklerin daha düşük dindarlığa sahip olanlara göre daha az engellilik durumlarının olduğunu tespit etmiştir. Bu ilişkiyi açıklamak için yapmış olduğu başka bir çalışmasında (Idler, 1995) bir kişinin öznel sağlık değerlendirmesinin gerçeğ fiziksel sağlığın önemsizleştirilebileceği ve fiziksel olmayan karakteristiklere (yani dinî veya manevi özveri ve refaha) daha fazla bağlı olduğu geniş benlik kavramlarını temsil ettiğini belirlemiştir.

## **2. Kalp Hastalığı**

Çalışmamızda, dinî gruplar arasında kalp hastalıklarındaki farklılıkları inceleyen ve 16'sı dindarlık ve kalp hastalığı düzeyini inceleyen 32 nicel çalışma belirlenmiştir. Dinî gruba mensubiyet ile kalp hastalığı arasındaki ilişkiyi inceleyen 16 çalışmadan 4'ü Yahudilerde, Yahudi olmayanlara kıyasla daha yüksek oranlarda kalp ve damar hastalıkları görüldüğünü tespit ederken bir çalışma, söz konusu oranların Aşkenaz

Yahudilerinde<sup>2</sup> Doğulu Yahudilere kıyasla daha yüksek olduğunu göstermiştir. Dahası kalp ve damar hastalıkları oranlarının seküler Yahudiler arasında en yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Medalie vd., 1973; Friedlander vd., 1986; Goldbourt vd., 1993).

Dindarlık ile kalp hastalıkları arasındaki ilişkiyi inceleyen 16 çalışmadan 12'si (%75) daha dindar olanlar arasında kalp hastalığı oranlarının daha az olduğunu veya kalp ve damar hastalığına bağlı ölümlerin daha düşük düzeyde olduğunu tespit etmiştir. 3 çalışma hiçbir ilişki bulamazken 1 çalışmada karmaşık bulgular elde edilmiştir (bu son çalışma yalnızca aile bağlarını ölçmüştür). Bu çalışmalardan ikisi, başlangıçta dindarlığı ölçen ve ardından konuyu zaman içinde takip ederek bulguları değerlendiren ileriye dönük kohort çalışmalarıdır (Goldbourt vd., 1993; Oxman vd., 1995). Her iki çalışma da daha fazla dindarlığın daha düşük düzeyde ölüm oranı öngördüğünü tespit etmiştir. 5 çalışma ise psikososyal-davranışsal müdahalenin bir parçası olarak (dua, yoga veya transandantal meditasyon dâhil) dinî/ruhsal bir bileşeni içeren klinik çalışmalar olup tamamı söz konusu bileşenlerin olumlu etkileri olduğunu belirtmiştir (Burell, 1996; Byrd, 1988; Leserman vd., 1989; Thoresen, 1990; Zamarra vd., 1996).

### 3. Kan Basıncı (Tansiyon)

Çalışmamızda din ve kan basıncı (tansiyon) arasındaki ilişkiyi inceleyen 34 çalışma tespit edilmiştir. Bunlardan 16'sı dindarlık düzeyini değerlendirmiş, 4'ü Yedinci Gün Adventistleri<sup>3</sup> grubuna mensup kişilerin kan basınçlarını diğerleriyle karşılaştırmıştır. Bir çalışma Protestan, Katolik ve Yahudileri karşılaştırırken 13 çalışma, tedavi amacıyla dinî veya manevi bir müdahalenin (genellikle meditasyon) kullanıldığı klinik çalışmalardır. Dindarlık düzeyi ile kan basıncı arasındaki ilişkiyi değerlendiren 16 çalışmadan en az 14'ü daha dindar olanlar arasında kan basıncının daha düşük düzeyde olduğunu tespit etmiştir. Bu çalışmalarda özellikle diyastolik kan basıncının (küçük tansiyon) dindarlarda daha düşük düzeyde olduğu görülmüştür. Ölçülen kan basınçlarını dindarlıkla ilişkilendiren tüm çalışmalarda, ileriye dönük her iki kohort çalışması da dâhil, daha dindar olan katılımcıların kan basınçlarının önemli ölçüde daha düşük olduğu tespit edilmiştir. 13 klinik çalışmadan 9'u ise manevi bir müdahalenin (7'si meditasyon içeren) kan basıncını düşürdüğünü ortaya koymuştur.

<sup>2</sup>Almanya, Fransa ve Doğu Avrupa'da yaşayan veya onların soyundan gelen Yahudiler.

<sup>3</sup> Diğer mezheplerden Yahudi/Hristiyan haftasının orijinal yedinci günü olan Cumartesi gününün Sebt olarak tutulmasıyla ayrılan ve İsa Mesih'in çok yakında gerçekleşecek ikinci gelişine (advent) vurgu yapan bir Protestan Hristiyan mezhebi.

#### 4. Felç (İnme)

Çalışmamızda din ve felç arasındaki ilişkiyi nicel olarak inceleyen 6 çalışma bulunurken bunlardan 5'i dinî bir grubun üyeleri ile genel nüfus arasındaki felç oranlarını karşılaştırmıştır. Bunlar arasında yalnızca bir çalışma, ilerleyen dönemlerdeki felcin bir belirleyicisi olarak dinî bağlılığın derecesini incelemiştir. Colantonio ve meslektaşları (Colantonio vd., 1992) 2812 yaşlı katılımcıyı takip ederek dinî ibadetlere haftada en az bir kez iştirak eden katılımcıların altı yıllık takip süresince felç geçirme olasılığının, ibadetlere daha az sıklıkta katılanlara oranla daha düşük olduğunu tespit etmiştir (%4,7'ye karşı %7,5 p <.001). Söz konusu çalışmada dinî ibadetlere katılım "yılda bir veya iki", "ikiden fazla" ve "asla" şeklinde kategorize edildiğinde hipertansiyon, kalp krizi ve sigara içme gibi diğer belirleyicileri içeren çok değişkenli bir regresyon modelinde dinî katılımın etkileri istatistiksel önemini kaybetmiştir. Bununla birlikte, dinî katılımın olası etki mekanizması için araştırmacılar kontrol ettikten sonra istatistiksel önemini kaybetmesi şaşırtıcı değildir (örneğin, diğer çalışmaların da tespit ettiği gibi, din görevlileri daha düşük tansiyona sahip oldukları, daha az kalp krizi geçirdikleri ve sigara içme olasılıkları daha düşük olduğu için daha az felç geçirmiş olabilirler).

#### 5. Bağışıklık ve Nöroendokrin Sistemi

Din/maneviyat ile nöroendokrin ve bağışıklık sistemi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar henüz emekleme aşamasındadır ve mevcut verilere dayanarak bu konuda yalnızca geçici hipotezler ortaya atılabilir. Bu bağlamda toplam 5 çalışma (bunlardan 3'ü yayımlanmıştır) dinî bağlılık düzeyi ile bağışıklık sistemi arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Bu çalışmalardan ilkinde McClelland (1988) dinî içerikli bir film izleyen 70 öğrencinin tükürük salgılama düzeyinin savaş filmi izleyen 62 öğrenciden önemli ölçüde daha yüksek olduğunu bulmuştur. İkinci çalışmada (dinî ibadetlere katılım ile bağışıklık fonksiyonu arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışma) Koenig ve meslektaşları (Koenig vd., 1997) 65 yaş ve üstü 1718 kişinin İnterlökin-6<sup>4</sup> seviyelerini ve çeşitli biyolojik iltihaplanma göstergelerini ölçerek IL-6 seviyeleri ile dinî ibadetlere katılım sıklığını ilişkilendirmiştir. Buna göre dinî ibadetlere katılanların yüksek IL-6 seviyelerine (>5 pg/ml) sahip olma olasılığının, katılmayanlara göre %49 daha az olduğu tespit edilmiştir. Yaş, cinsiyet, ırk, eğitim, kronik hastalık ve fiziksel işlev kontrol edildiğinde bu etki %49'dan %42'ye düşmüş, ancak anlamlı kalmıştır (p <.005). Dahası bu çalışmadan kısa bir süre sonra Lutgendorf (1997) 55 yaşlı katılımcıyla plazma IL-6 seviyelerini incelemiş ve söz konusu seviye ile dinî veya manevi başa çıkma arasında negatif korelasyon tespit etmiştir (stres seviyesi kontrol edildikten sonra kısmi  $r = -.26$ ,  $p = .075$ ).

<sup>4</sup>Bağışıklık sistemi içerisindeki hücrelerin birbirleriyle haberleşmelerini sağlayan protein ürünleri.

Yayımlanan son çalışmada Woods ve meslektaşları (Woods vd., 1999) dindarlık ile bağışıklık sistemi arasındaki ilişkiyi belirlemek için AIDS hastası olan 106 eş cinsel erkek üzerine bir araştırma yapmıştır. Çalışmada dua, dinî ibadetlere katılım, manevi tartışmalar ve dinî/manevi içerikli literatür okuma gibi dinî faaliyetler önemli ölçüde daha yüksek CD4+<sup>5</sup> sayıları ve CD4+ yüzdeleri ile ilişkilendirilmiştir. Buna göre dinî başa çıkmanın (Tanrı'ya güvenme, Tanrı'dan yardım isteme, daha fazla dua etme vb.) daha az depresif semptomla ( $p < .01$ ) ve daha az kaygı ( $p = .08$ ) ile ilişkili olduğu, ancak belirli bağışıklık belirteçleri ile ilişkili olmadığı tespit edilmiştir. Stanford Üniversitesinden Schaal ve meslektaşları tarafından yapılan beşinci çalışmada ise metastatik meme kanseri<sup>6</sup> olan 112 kadında dinî bağlılık ile bağışıklık sistemi arasındaki ilişkiler incelenmiş ve birçok noktada pozitif korelasyon tespit edilmiştir (Schaal vd., 1998).

Öte yandan en az 11 çalışmada dinî bağlılık ile nöroendokrin fonksiyon arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu çalışmalardan 9'u meditasyon yapmanın endokrin sistem üzerindeki etkilerini değerlendirmiş ve bu tür uygulamaların kortizol ve diğer stres hormonlarını en azından geçici bir süre azalttığını keşfetmiştir. Kalan iki çalışmadan ilki olası kanser için meme biyopsisi bekleyen 30 kadından, içinde buldukları durumdan dua ve inançla başa çıkmaya çalışanların diğer kadınlardan daha düşük kortizol seviyelerine sahip olma eğiliminde olduklarını bildirmiştir (Katz vd., 1970). Schaal'ın metastatik meme kanseri olan kadınlarla yapmış olduğu ikinci çalışma (1998), dinî tabirlerin kullanımı noktasında daha yüksek puan alan kadınlar arasında son evre kortizol seviyelerinin anlamlı derecede düşük olduğunu tespit etmiştir. Dolayısıyla bağışıklık ve nöroendokrin sistemler üzerine yapılan bu çalışmalardan elde edilen sonuçların, dinî pratiklerin başa çıkmayı kolaylaştırdığı, böylece stresle ilişkili hormon seviyelerini düşürdüğü ve bağışıklığı geliştirdiği hipotezi ile tutarlı olduğu söylenebilir.

Buna ek olarak meme kanserli kadınlarda, kalp yetmezliği olanlarda, hipertansiyonlu yaşlılarda ve HIV pozitif veya AIDS'li olup da uzun süre hayatta kalanlarda dinî müdahale, yaşam tarzları ve bağışıklık sistemi arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılması için halihazırda Johns Hopkins, Harvard ve Miami Üniversitesi bünyesinde bir dizi klinik araştırma ve epidemiyolojik çalışma yürütülmektedir.

## 6. Bulaşıcı Hastalıklar

Dinî aktivitelerin enfeksiyona yatkınlığı azaltıp azaltmadığını inceleyen çok az sayıda araştırma vardır ve yapılan çalışmalar bu konuyu dolaylı olarak ele almaktadır. Kuemmerer ve Comstock (1967) Washington'daki 7787 ortaokul ve lise

<sup>5</sup> Bağışıklık hücrelerinin yüzeyinde bulunan bir protein.

<sup>6</sup> Vücudun başka bir bölgesine sıçramış kötü huylu ve ileri evre meme kanseri.

öğrencisinden oluşan bir örneklem üzerinde çalışarak öğrencilerin özelliklerini pozitif ve negatif tüberküloz cilt testleri ile karşılaştırmıştır. Buna göre araştırmacılar, ebeveynleri ayda bir kereden daha az kiliseye giden çocuklarda büyük tepkilerin sıklığının, ebeveynleri kiliseye daha sık gidenlere göre daha fazla olduğunu tespit etmiştir. Comstock ve meslektaşları (1970) daha sonra, yaklaşık beş yıllık insidans oranlarını<sup>7</sup> elde etmek için 1960 ve 1964 arasındaki aktif tüberküloz vakalarını eşleştirmiştir. Buna göre haftada en az bir kez kiliseye gidenlerin en düşük beş yıllık oranlara (57/100.000), ayda bir kez gidenlerin orta oranlara (84/100.000) ve yılda yalnızca iki veya daha az gidenlerin ise en yüksek oranlara sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır (138/100.000).

Öte yandan yalnızca bir çalışma, dinin cinsel yolla bulaşan bir hastalığa yakalanma olasılığı üzerindeki etkilerini incelemiştir. Bu çalışma Naguib ve meslektaşları (1966a) tarafından 4290 kadını içeren geniş ölçekli bir tarama programı olarak yürütülmüştür. Buna göre herhangi bir dine aidiyeti olmadığını iddia eden ve bu soruyu cevaplamayı reddeden kadınlar arasında trikomonas<sup>8</sup> hastalığının görülme sıklığı %20 idi (bu oran bir bütün olarak grup için %14,5'ten önemli ölçüde daha yüksek). Dahası "Hristiyan" başlığı altında tanımlanan 3962 kadın arasında dinî ibadetlere katılma sıklığının daha düşük trikomonas oranlarıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir: ibadetlere haftada bir veya daha fazla katılanlar arasında %12,4 oranında trikomonas görülürken ayda bir veya daha az katılanlar için bu oran %18,2 olarak gerçekleşmiştir. Bu analizler eğitim veya gelir durumunu dikkate almamıştır, ancak bunu yapmak muhtemelen gözlenen farklılıkları artıracaktır; zira din yoksullar ve daha az eğitilmiş olanlar (aynı zamanda cinsel yolla bulaşan hastalıklar için daha büyük risk altındadırlar) arasında daha yaygın olma eğilimindedir.

## 7. Kanser

Yapmış olduğumuz tarama neticesinde din ve kanser riski arasındaki ilişkiyi inceleyen en az 13 nicel çalışma tespit edilmiştir. Bunlardan 10'u kanser riskini dinî gruplar açısından karşılaştırmıştır. Sadece 3 çalışma, dinî bağlılığın derecesinin kanser riski üzerindeki etkisini incelemiştir. Bunlardan ikisi, daha dindar olanlarda ( Naguib vd., 1966b; Kessler vd., 1974) daha düşük rahim ağzı kanseri oranları bildirirken sonuncusu genel kanser riskinde hiçbir fark bulamamıştır (Reynolds ve Kaplan, 1990).

Öte yandan 36 çalışma kanserden kaynaklanan ölümlerle din arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Benzer şekilde çoğu (n = 28) elde edilen oranları dinî gruplara göre karşılaştırmıştır. Elde edilen bulgular, kanser riskinde olduğu gibi, Mormonların ve Yedinci Gün Adventistlerinin genel nüfus içindeki insanlardan daha uzun yaşadıklarını

<sup>7</sup>İnsidans oranı, hastalık veya kaza gibi bazı olayların belirli bir süre boyunca meydana gelme sıklığının bir ölçüsüdür.

<sup>8</sup>Cinsel yolla bulaşan çok yaygın bir hastalık.

ortaya koymuştur. Geriye kalan 8 çalışmadan 7'si, dindarlık derecesi ile kanserden ölüm oranı arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Bunlardan 5'inde daha fazla dindarlığın kanserden ölme olasılığını düşürdüğü (Dwyer vd., 1990; Enstrom, 1989; Gardner ve Lyon, 1982a; 1982b; Ringdal, 1996), iki çalışmada ise hiçbir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir (LoPrinzi vd., 1994; Yates vd., 1981). Son çalışma ise lösemili çocuklar arasından seçilen küçük bir örnekleme yürütülen, şefaata amaçlı dua üzerine yapılan tesadüfi, çift taraflı kör bir klinik çalışmadır. Şefaata amaçlı dua alanlarla (ölen 8 çocuktan ikisi, %25) kontrol grubundakiler (10 çocuktan 7'si öldü veya %70) arasında ölüm oranı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p > .05$ ) (Collipp, 1969).

## 8. Ölüm Oranı

Din ve ölüm oranı arasındaki ilişkiyi inceleyen en az 101 nicel çalışma tespit edilmiştir (yukarıda değinilen 36 kanser araştırması dâhil). Bunlar arasında 47 çalışma yalnızca dinî bağlılığı ölçen, 52'si dindarlık düzeyini değerlendiren ve kalan ikisi ise klinik çalışmalardır. Dindarlığı ölçen çalışmaların en yaygın ölçütü dinî ibadetlere katılım (52 araştırmanın 21'i) iken 13 çalışma din adamlarının ölüm oranlarını incelemiştir. İki klinik çalışmadan ilki yaşlı bakımevi hastalarında transandantal meditasyon üzerine yapılan bir çalışmadır (meditasyon grubundakilerin daha uzun süre yaşadıkları tespit edilmiştir). Diğerleri ise lösemili çocuklarda şefaata amaçlı dua üzerine yapılmış olup yukarıda belirtildiği gibi hiçbir ilişki bulunamamıştır. Önceki benzer çalışmaların bulgularıyla tutarlılık gösteren dinî gruplar temelinde yapılan bir araştırmada Amişler, Yedinci Gün Adventistleri, Mormonlar ve daha az ölçüde Yahudiler arasında genel nüfusa kıyasla daha düşük ölüm oranları tespit edilmiştir.

Dindarlık düzeyini değerlendiren 52 çalışmanın 39'u daha dindar olanların daha uzun süre hayatta kaldıkları sonucuna ulaşırken 10'unda hiçbir ilişki bulunamamış, 2'sinde karmaşık bulgular elde edilmiş ve yalnızca 1'inde dindar olanların daha az yaşadıkları tespit edilmiştir. Başka bir ifadeyle yapılan çalışmaların dörtte üçü daha fazla dindarlığın daha uzun süre hayatta kalmayı öngördüğünü tespit etmiştir. Din adamları özelinde yapılan 13 araştırmanın 12'si din adamlarının karşılaştırma gruplarına kıyasla daha uzun süre hayatta kaldıklarını göstermiştir. Elde edilen bulgular arasında en tutarlı olanı (daha düşük ruhban ölüm oranlarının yanı sıra), dinî ibadetlere katılım sıklığının daha uzun süre hayatta kalmayı öngörmesiydi. Bu çalışmalar içinde çok daha yakın zamanlarda yapılan ve daha iyi tasarlanmış altı çalışmanın altısı da bu yönde bir etki tespit etmiştir ki bunun derecesi kabaca sigara içmemeye eşittir (insan ömrünü yaklaşık yedi yıl uzatıyor) (Strawbridge vd., 1997; Oman ve Reed, 1998; Hummer vd., 1999; Koenig vd., 1999; Musick vd., 1999; Glass vd., 1999).



Sonuç olarak yapılan çalışmaların büyük çoğunluğu, dikkate değer istisnalar dışında (Koenig, 2000), bir önceki makalemizde sunulan teorik modeli destekleme eğilimindedir. Başka bir deyişle ana dinî geleneklerden kaynaklanan dinî inanç ve pratikler, iyi yapılandırılmış bir dizi psikolojik, sosyal ve davranışsal mekanizma yoluyla fiziksel sağlığı etkileyebilir.

## **9. Tıbbî Uygulamalar İçin Bazı Tavsiyeler**

### **9.1. Hastaların Manevi İhtiyaçları**

ABD'nin bazı bölgelerindeki hastaların %40'ından fazlasının hastalıklarla başa çıkmada öncelikle dinî inançları kullanması ve %50'sinin bunu ikincil bir şekilde kullanması hastalık esnasında manevi ihtiyaçların önemini ve yaygınlığını vurgulaması açısından dikkat çekicidir (Koenig, 1998). Üstelik bu tür ihtiyaçlar Kuzey Carolina dışındaki hastalar için de söz konusudur. Örneğin Kaldjian ve meslektaşları (1998) Yale-New Haven Hastanesindeki 90 AIDS'li hastayı araştırmıştır. Buna göre katılımcıların %98'i "Tanrı" olarak adlandırılan ilahi bir varlığa inandığını, %84'ü tanrı ile kişisel bir bağı olduğunu ve %82'si de ölüm hakkında düşünürken tanrıya olan inançlarının kendilerine yardımcı olduğunu ifade etmiştir. Buna ek olarak hastaların %44'ü HIV enfeksiyonu nedeniyle kendini suçlu hissettiğini ve %26'sı ise hastalıklarının bir tür ceza olduğunu belirtmiştir (%17'si Tanrı tarafından verilen bir ceza). Ancak hastaların yalnızca %30'u bir hastane papazıyla konuştuğunu ifade etmiştir.

Manevi ihtiyaçlar, ruhban sınıfının öteden beri sınırlı erişime sahip olduğu bir grup olan psikiyatri hastaları için de söz konusudur. Chicago'daki Rush-Presbiteryen Tıp Merkezinden Fitchett ve meslektaşları (1997) yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarının %88'inin halihazırda üç veya daha fazla dinî ihtiyacı olduğunu belirlemiştir. Buna rağmen, bu hastaların dörtte üçünden fazlası hastanede kaldıkları süre boyunca bir rahip ile konuşmamıştır. Bu rakam, psikiyatri dışındaki servislerde yatan ve din adamlarıyla konuşmayan hastaların yalnızca %19'u ile keskin bir tezat oluşturmaktadır.

### **9.2. Hastaların İstekleri**

Dinin zihinsel ve fiziksel sağlık üzerindeki olumlu ve olumsuz etkilerini tartışırken hastaların dinî konulara değinen sağlık çalışanları hakkında ne düşündüklerini de değerlendirmek gerekir. Sağlık çalışanları hastaların isteklerini her zaman yerine getirmeseler de en azından sağlıkları ile ilgili konularda bunu dikkate almalıdır. Zira din, birçok hastanın sağlık sorunları ile başa çıkmasında bir araç ise ve hastalar sağlık çalışanlarından manevi ihtiyaçları ele almalarını istiyorsa, bunu yapmak için önemli bir nedenimiz var demektir. Şayet hastalar, hekimlerin veya diğer sağlık çalışanlarının manevi veya dinî ihtiyaçları ele almasını istemiyorlarsa, o zaman

belki de bu tür ihtiyaçların tümü din adamlarına yönlendirilmelidir. Araştırmalar, hekimlerin ve hastaların bu konuda oldukça farklı görüşlere sahip olduğunu göstermektedir.

Koenig ve meslektaşları (1989) Illinois'te görev yapan 160 hekimden rastgele seçilen bir örneklem grubuna şiddetli stres sırasında veya ölüme yakın yaşlı hastaların, hekimlerinin kendileriyle dua etmesini isteyip istemediklerini sormuş ve hekimlerin %63'ü hastaların bunu istemediğini belirtmiştir. Aynı coğrafi bölgede huzur evinde kalan 72 yaşlı hastanın yer aldığı diğer bir çalışmada (Koenig vd., 1988), araştırmacılar katılımcıların aşırı fiziksel veya duygusal sıkıntı zamanlarında hekimlerinin kendileriyle dua etmelerini isteyip istemediklerini sormuştur. Buna göre hastaların yarısından fazlası (%51) “evet, çok fazla” ve %27'si “bir şekilde evet” cevabını vermiştir. %20'den azı hekimlerin kendileriyle dua etmeleri konusunda karışık duygular beslediğini ifade ederken sadece %5'i bu duruma kesinlikle karşı çıktığını belirtmiştir.

King ve Bushwick (1994), Doğu Kuzey Carolina'daki Pitt Memorial Hastanesindeki 120 hastanın ve Pensilvanya'daki York Hastanesine yatırılan 83 hastanın dinî inançlarını ve tercihlerini incelemiştir. Buna göre hastaların %98'i Tanrı'ya inandığını, %58'i inancının “çok güçlü” olduğunu ve %73'ü her gün en az bir kez dua ettiğini belirtmiştir. Hekimlerinin kendileriyle dua etmelerini isteyip istemedikleri sorulduğunda, %48'i bunu istediğini ifade etmiştir (Kuzey Carolina örneğinde %54, Pensilvanya'da %40). Dahası hastaların %77'si hekimin hastalarının manevi ihtiyaçlarını göz önünde bulundurması gerektiğini belirtirken %37'si hekimlerin dinî konular hakkında kendileriyle daha sık konuşmasını istemiştir. Şaşırtıcı olmayan bir şekilde, hastaların %80'i hekimlerinin kendileriyle dinî inançlar hakkında hiç konuşmadıklarını veya çok nadiren konuştuklarını belirtmiştir.

Oyama ve Koenig (1998) Teksas ve Kuzey Carolina'da ayakta tedavi gören 380 hastayla mülakat yapmıştır. Buna göre hastaların %43'ü hekimlerinin dinî inançlarını bilmek istediğini, %73'ü hastaların dinî inançlarını hekimleriyle paylaşması gerektiğini düşündüğünü ve %67'si ise belirli durumlarda hekimlerinin kendileriyle dua etmesini istediklerini belirtmiştir. Dahası hastanın dindarlık düzeyi, hekimin dinî inançlarını bilmek isteyip istemediğinin veya kendi dinî inançlarını hekimle paylaşıp paylaşmayacağıının en temel faktörü olarak belirtilmiştir. Ayrıca Kaldjian ve meslektaşlarının mezkûr araştırmasında (1998) hastaların %56'sının manevi ihtiyaçları hekimlerle tartışmanın önemli olduğunu ve %46'sının hekimlerle dua etmenin faydalı olacağını düşündüğünü de belirtmemiz gerekmektedir.

Hekimler klinik uygulama esnasında manevi konuları ele almaya pek alışık olmasalar da çoğu en azından belirli durumlarda hastaların dinî ihtiyaçlarını dikkate almaya açıktır. Örneğin Illinois'te rastgele seçilen 160 hekimden oluşan bir

örnekleme katılımcıların %92'si hekimin belirli koşullar altında hastalarla dinî konuları ele almasının uygun olacağını belirtmiştir (bunların %88'i hastanın bu yönde bir talebinin olması durumunda, %82'si zımni talep halinde ve %66'sı hasta tarafından talep edilmese dahi uygun olacağını ifade etmiştir) (Koenig vd., 1989). Buna karşın katılımcıların üçte birinden daha azı (%31) hastaların dinî ihtiyaçlarının tamamen ruhban sınıfına bırakılması gerektiğini belirtmiştir. Ancak psikiyatristler veya psikiyatri hastaları için elimizde karşılaştırılabilir veriler mevcut değildir.

### **9.3. Hekimin Rolü**

Tıp veya psikiyatri uygulamalarında hekimlerin dinî/manevi konuları uygun ve duyarlı bir şekilde nasıl ele alabileceklerini inceleyen çok az araştırma vardır. Bu nedenle aşağıdaki öneriler, büyük ölçüde, klinikte çalışan ihtiyatlı bir hekimin nasıl ilerleyebileceği konusunda yazar ve meslektaşları arasındaki informel tartışmalara dayanmaktadır. Bu tavsiyeler, günümüz sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü ortamlarda hekimlerin dinî veya manevi konularla ilgilenmek için fazla zamanları olma ihtimalinin düşük olduğunu göz önünde bulundurmaktadır. Dahası, bu tavsiyeler çoğu hekimin dinî veya manevi sorunları derinlemesine ele almak için gerekli becerilere sahip olma ihtimalinin düşük olduğunu da kabul etmektedir. O halde çoğu hekimin rolü öncelikle kaynakların değerlendirilmesi ve düzenlenmesidir. Hekimlerin ne kadar ileri gidebileceği veya gitmesi gerektiği konusunda sınırlar olsa da bu alanda eğitim almış hekimler değerlendirme ve düzenlemenin ötesine geçmeye karar verebilirler. Ancak hekim hangi eylemi yaparsa yapsın her zaman hasta merkezli olmalıdır. Son olarak, psikiyatri hastalarına yönelik sınırı aşma endişeleri göz önüne alındığında, psikiyatristlerin bu konuları ele alırken birinci basamak hekimlerinden daha bilinçli davranmaları gerekebilir (Meador ve Koenig, 2000).

### **9.4. Hastanın Dinî Geçmişini Tespit Etme**

Hekimlerin, ciddi hastalığı olan tüm hastaların dinî geçmişini göz önünde bulundurmaları gerekir ki bu, sosyal tarihin bir parçası olarak yapılabilir. Üstelik bu tür bir geçmiş özellikle hasta dindar olmadığını belirtmişse oldukça kısa olabilir, zira birçok hastanın, hekimlerin dinî konuları ele almasını istemediğini unutmayalım. Ancak çoğu dindar hasta için böyle bir geçmiş dikkate almak takdire şayan bir davranış olarak görülecektir. Amerikan Hekimler Koleji ve Genel İç Hastalıkları Derneğinin (Lo vd., 1999) yakın zamanda düzenlemiş olduğu panelin sonuç bildirgesinde hekimlerin ağır hastalara sorabileceği dört soru önerilmiştir:

- Bu hastalıkta inanç (din, maneviyat) sizin için önemli mi?
- Hayatınızın diğer dönemlerinde inanç sizin için önemli miydi?
- Dinî konular hakkında konuşabileceğiniz birileri var mı?

- Birisiyle dinî konuları tartışmak ister misiniz?

Buna ek olarak hekim dinî kaygıların hasta için bir stres veya mücadele kaynağı olup olmadığını da sormalıdır.

### 9.5. Kaynakların Düzenlenmesi

Hekim hastanın dinî geçmişini ve manevi ihtiyaçlarını belirledikten sonra hastanın yönlendirmeleri dahilinde bu ihtiyaçları karşılayacak şekilde kaynakları düzenleyebilir. Bu durum hastanın izniyle hemşirenin papazı veya başka bir dinî lideri veyahut da herhangi bir din kardeşini (*church friend*) aramasını talep etmeyi içerebilir. Buna ek olarak kaynakların düzenlenmesi konusu dinî kitapların mevcut olmasını, dinî TV programlarına erişimin olmasını veya dinî ibadetlere katılma fırsatı olmasını da ihtiva edebilir. Hekimin yoğun hastane ortamında hastanın ailesi, arkadaşları veya din adamlarıyla dua etmek için kesintisiz bir zaman dilimine sahip olmasını sağlaması gerekebilir. Tüm bu faaliyetler elbette başkalarına devredilebilir, ancak bir düzenleyici olarak hekimin bunların hayata geçirilmesini sağlaması gerekmektedir.

### 9.6. Hastanın Dinî İnançlarının Desteklenmesi

Hekimin uygulamayı seçebileceği müdahaleler göz önünde bulundurulduğunda, en az müdahaleci olanı hastanın rahatlatıcı bulunduğu dinî veya manevi inançları yalın bir biçimde belirlemek ve desteklemektir. Bu noktada hekimin, yeni inançlar sunmak yerine hastanın halihazırda yararlı bulunduğu şeyleri desteklediğini vurgulaması önemlidir. Hekim, hastanın dinî inançlarını ve başa çıkma davranışlarını destekleyerek bu tür davranışları pekiştirecek ve belki de kaygı ve sıkıntıyı gidermedeki etkisini artıracaktır. Elbette ki daima sağduyulu olmak gerekmektedir. Hastanın dinî inançları tuhafsa veya tıbbî tedaviyle açıkça çelişiyorsa, o zaman hekim bu tür inançları ne desteklemeli ne de hastayı bu inançlarından vazgeçirmeye çalışmalıdır, ancak bir din görevlisinden yardım almalıdır (tercihen hastanın sürekli irtibat halinde olduğu din görevlisinden). Psikiyatristler ise inançların anlamını ve bu tür inançların ruh sağlığını korumak amacıyla nasıl kullanıldığını keşfetmelidir. Ancak bu keşif, destekleyici bir tutumla yapılabilir.

### 9.7. Dinî Pratiklere Katılım

Hekim hasta ile aynı dinî arka plana sahipse ve hasta isterse, hasta ile dua etmek gibi dinî bir etkinliğe katılabilir, ancak psikiyatristlerin bu konuda birinci basamak hekimlerinden daha dikkatli olmaları gerekmektedir. Hastayla dua etmek, bir hekimin katılmasının isteneceği en olası dinî faaliyettir. Bu faaliyetin hasta merkezli kalmasını sağlamak için, hastayı dua etmeye ve hekimi sessizce buna katılmaya teşvik etmek (belki duanın sonunda sadece “Amen” demek) en güvenli

yoldur. Hekim, hastayı rahatlatacağına inanıyorsa ve özellikle hasta talep ettiğinde, hasta için tedavi esnasında sessizce dua edebilir ve hastaya bunu yapacağını bildirebilir. Örneğin, bir cerrahın ameliyat esnasında başarı için dua edeceğini bilmek, dindar bir hastanın ameliyat öncesi endişesini hafifletmeye yardımcı olabilir.

Öte yandan bazı durumlarda hekim, bunun rahatlama sağlayacağını farkındaysa hasta ile sesli bir şekilde dua etmeye başlamak isteyebilir. Bununla birlikte, duanın hekim tarafından başlatılması oldukça tartışmalıdır; zira bu, dinî bir faaliyetin hekim merkezli olma riskini beraberinde getirir. Örneğin, bir hekimle dua etmek istemeyen bir hasta için (hastaların önemli bir kısmı) hekimin dua etmesi durumunda hekimi durdurmak oldukça zor olabilir. Hastalar, özellikle hastaların hizmet sağlayıcı seçiminin olmayabileceği bir sağlık sisteminde, hekimlerini memnun etmek isterler. Zira hekimler, hastanın çaresizce ihtiyaç duyduğu veya istediği tedavilere ve prosedürlere erişimi kontrol edebilme imkânına sahiptir. Dolayısıyla hasta, kendisini rencide etmekten korktuğu için hekim tarafından önerilen dinî faaliyetleri reddetme noktasında özgür olmayabilir. Hekimin, hastanın dinî arka planının farkında olması (hastanın bunu isteyip istemediğine dair bir fikir verme açısından) ve tamamen rızaya dayanan apaçık bir izin alana kadar buna devam etmemesi önemlidir. Söz konusu iznin zorla alınmaması için, hastanın olumsuz neticelerden korkmadan aktiviteyi tamamen reddetme özgürlüğünün olması gerekir. Dolayısıyla hastanın dinî arka planını yeterince iyi bilmek ve olası rızalarından emin olmak son derece önemlidir.

### **9.8. Reçete Yazma**

Dinî inanç ve pratiklerin gerek fiziksel sağlığı gerek ruh sağlığını koruduğu veya iyileştirdiği kanıtlanırsa o zaman belki de hekimlerin tıpkı sigarayı bırakma, düzenli egzersiz veya dengeli beslenmeyi salık verdikleri gibi bu tür faaliyetleri de dindar olmayan hastalara reçete etmeyi düşünmeleri gerekecektir. Ancak çoğu durumda, dinî faaliyetlerin reçete olarak yazılması muhtemelen hekimin rolünün ötesine geçmektedir. Dahası dinî faaliyetler yalnızca sağlığa fayda sağlamak için tercih edilirse muhtemelen o etkiye sahip olmayacaktır. Araştırmaların çoğu, dindar kişilerin bu tür faaliyetlerde bulunmayanlara göre daha iyi zihinsel ve fiziksel sağlığa sahip olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte, bu tür çalışmalarda konular genellikle dinî saiklerle yapılan faaliyetleri ihtiva etmektedir. Dolayısıyla araştırmalar yalnızca sağlıklı kalmak için yapılan dinî aktivitelerin sağlığı koruyacağını veya hastalığı iyileştireceğini göstermemektedir.

Öte yandan hekimin halihazırda dindar olan bir hasta için dinî faaliyetleri teşvik edebileceği bazı nadir durumlar da olabilir. Örneğin hayatının bir döneminde tutkulu bir şekilde kiliseye giden ancak şimdi sosyal olarak giderek daha fazla izole hale gelen yaşlı bir bireyi ele alalım. Bu kişi belki de kiliseye gitmede yaşanan zorluklar (fiziksel

engellilik ve ulaşım eksikliği vb.) ya da başka engellerden (bir kilise mensubu veya papazla yaşadığı sorunlardan) ötürü dinî aktivitelere daha az katılmaya başlamış olabilir. Hekim, hastanın dinî aktivitelere katılımını artırmak için bir öneriye açık olacağını bilirse, nazik ve hassas bir şekilde hastanın aktivitelere daha sık katılmayı düşünmesini önerebilir, ancak herhangi bir dirençle karşılaştığında ısrar etmemesi gerekmektedir. Şayet hasta böyle bir öneriye açıksa hekim, hastanın dinî aktivitelere katılımının önündeki engellerin üstesinden gelmek için stratejiler geliştirmesine yardımcı olabilir. Bununla birlikte genel olarak dinî aktiviteleri içeren bu tür reçeteler önermek riskli olup takip edilebilecek en iyi yol dindar olmayan hastalarda veya dinî geçmişi hekim tarafından tam olarak bilinmeyen hastalarda bu tür tavsiyelerden kaçınmaktır.

### 9.9. Yönlendirme

Hekimlerin çoğu dinî bir geçmişi dikkate almanın, kaynakları yönetmenin ve belki de hastaların dinî inanç ve pratiklerini desteklemenin ötesine geçmek için yeterince eğitilmemiştir. Manevi ihtiyaçlar söz konusu olduğunda hastaları bu tür ihtiyaçları karşılamak için yetkin bir şekilde eğitilmiş bir din görevlisine yönlendirmek muhtemelen en iyisidir. Ancak sağlık çalışanları, günümüzde din görevlilerinin aldığı kapsamlı eğitimden çoğu zaman habersizdir. Zira Profesyonel Din Görevlileri Derneği'ne kayıtlı sertifikalı bir papaz olmak için bir bireyin üniversiteden mezun olması, üç yıllık ilahiyat fakültesini (ilahiyat yüksek lisansı), bir ila dört yıllık klinik papazlık eğitimini tamamlaması (hekimlikteki stajla eş değer) ve hem yazılı hem de sözlü sınavları başarıyla geçmesi gerekmektedir. Dolayısıyla din görevlileri bu alandaki gerçek profesyonellerdir.

Son olarak birçok hasta, hekimlerin çok daha elzem olan tıbbî sorunlarla uğraşmak yerine ruhsal meselelerle ilgilenerken vakit harcamasını istemez. Şayet hekimler manevi sorunlarla uğraşacaksa, tıbbî sorunların ve endişelerin de yetkin ve kapsamlı bir şekilde giderildiğinden emin olmalıdırlar. O halde manevi sorunları ele almak tıbbî problemlerin çözümüne “ek olarak” yapılan bir şeydir ve fazladan bir zaman taahhüdü gerektirebilir.

## SONUÇ

Dinin belirli koşullarda (özellikle dinî inançlar olumsuz sağlık davranışlarını meşrulaştırmak için kullanıldığında veya dinî pratikler tıbbî tedaviye yönelik teamüllerin yerini aldığı) sağlık üzerinde olumsuz etkileri olabileceğine dair genel bir kabul vardır. Konuyla ilgili daha fazla araştırma ve daha iyi planlanmış çalışmalara ihtiyaç duyulmasına rağmen bugüne kadar yapılan araştırmaların büyük çoğunluğu dinî inanç ve pratiklerin zihinsel ve fiziksel sağlıkla olumlu yönde ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu ilişki, sağlık durumu ile diğer psikososyal değişkenler (sosyal

destek, medeni durum ve bazı sağlık davranışları) arasındaki ilişkiler kadar tutarlı ve sağlamdır. Dinin sağlık üzerinde olumlu bir etkiye sahip olabileceği ve olması gerektiği makul psikolojik, sosyal ve davranışsal mekanizmalar mevcuttur. Hem mevcut bulguları tekrarlamak hem de dinin sağlığı, sağlığın da dini etkilediği mekanizmaları daha açık bir şekilde ortaya koymak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Özellikle, bu bulguların klinik uygulamalarda en iyi şekilde nasıl kullanılacağını belirlemeye yardımcı olacak araştırmalara ihtiyaç vardır. Bu bağlamda bazı klinik uygulamalar önerilmişse de bunlar daha fazla kanıt toplanıncaya kadar ortaya konulmuş geçici ve kesin olmayan bilgilerdir. Ancak kesin olan bir şey var: Hastalarımızın çoğu dindardır, tıbbî ve psikiyatrik hastalıkların stresiyle baş etmek için dinî inançları kullanırlar ve fiziksel ya da zihinsel olarak hastalandıklarında çoğu zaman tatmin edilmemiş dinî veya manevi ihtiyaçları vardır. Bu noktada klinik tedavi uzmanlarının kolayca bulunabilen, ucuz ve aynı zamanda güçlü bir rahatlama ve şifa kaynağı olabilecek şeyleri görmezden gelmesi gerçekten üzücü olur.

#### KAYNAKÇA/REFERENCE

- Burell G. (1996). *Group psychotherapy in Project New Life: Treatment of coronary-prone behaviors for patients who have had coronary artery bypass graft surgery*. In Allan R, Scheidt S (Ed.), *Heart and mind: The practice of cardiac psychology*. Washington, D.C.: American Psychological Association, pp. 291-310.
- Byrd RC. (1988). Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population. *Southern Medical Journal*, 81, 826-829.
- Colantonio A, Kasl SV, & Ostfeld AM (1992). Depressive symptoms and other psychosocial factors as predictors of stroke in elderly. *American Journal of Epidemiology*, 136, 884-894.
- Collipp PJ. (1969). The efficacy of prayer: a triple-blind study. *Medical Times*, 97, 201-204.
- Comstock GW, Abbey H, & Lundin FE. (1970). *The nonofficial census as a basic tool for epidemiologic observations in Washington County, Maryland*. In Kessler II, Levin ML (Ed.), *The community as an epidemiologic laboratory: A casebook of community studies*. Baltimore: Johns Hopkins Press, 73-97.
- Dwyer JW, Clarke LL, & Miller MK. (1990). The effect of religious concentration and affiliation on county cancer mortality rates. *Journal of Health & Social Behavior*, 31, 185-202.
- Enstrom JE. (1989). Health practices and cancer mortality among active California Mormons. *Journal of the National Cancer Institute*, 31, 1807-1814.
- Fitchett G, Burton LA, & Sivan AB. (1997). The religious needs and resources of psychiatric patients. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 185, 320-326.
- Florell JL. (1973). Crisis-intervention in orthopedic surgery: Empirical evidence of the effectiveness of a chaplain working with surgery patients. *Bulletin of the American Protestant Hospital Association*, 37 (2), 29-36.
- Friedlander Y, Kark JD, & Stein Y. (1986). Religious orthodoxy and myocardial infarction in Jerusalem—A case-control study. *International Journal of Cardiology*, 10, 33-41.

- Gardner JW, & Lyon JL. (1982a). Cancer in Utah Mormon men by lay priesthood level. *American Journal of Epidemiology*, 116, 243-257.
- Gardner JW, & Lyon JL. (1982b). Cancer in Utah Mormon women by church activity level. *American Journal of Epidemiology*, 116, 258-265.
- Glass TA, Mendes de Leon C, Marottoli MA, & Berkman LF. (1999). Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *British Medical Journal*, 319, 478-485.
- Goldbourt U, Yaari S, & Medalie JH. (1993). Factors predictive of long-term coronary heart disease mortality among 10,059 male Israeli civil servants and municipal employees. *Cardiology*, 82, 100-121.
- Hummer R, Rogers R, Nam C, & Ellison CG. (1999). Religious involvement and U.S. adult mortality. *Demography*, 36, 273-285.
- Idler EL. (1987). Religious involvement and the health of the elderly: Some hypotheses and an initial test. *Social Forces*, 66, 226-238.
- Idler EL. (1995). Religion, health, and nonphysical senses of self. *Social Forces*, 74, 683-704.
- Idler EL, & Kasl SV. (1992). Religion, disability, depression, and the timing of death. *American Journal of Sociology*, 97, 1052-1079.
- Idler EL, & Kasl SV. (1997a). Religion among disabled and nondisabled elderly persons: Cross-sectional patterns in health practices, social activities, and well-being. *Journal of Gerontology*, 52B, 300-305.
- Idler EL, & Kasl SV. (1997b). Religion among disabled and nondisabled elderly persons, II: Attendance at religious services as a predictor of the course of disability. *Journal of Gerontology*, 52B, 306-316.
- Kabat-Zinn J, Lipworth L, & Burney R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8, 163-190.
- Kaldjian LC, Jekel JF, & Friedland G. (1998). End-of-life decisions in HIV-positive patients: The role of spiritual beliefs. *AIDS*, 12 (1), 103-107.
- Katz J, Weiner H, & Gallagher T. (1970). Stress, distress, and ego defenses. *Archives of General Psychiatry*, 23, 31-142.
- Kessler II, Kulcar Z, Zimolo A, Grgurevic M, Strnad M, & Goodwin B. (1974). Cervical cancer in Yugoslavia. II. Epidemiologic factors of possible etiologic significance. *Journal of the National Cancer Institute*, 53, 51-60.
- King DE, & Bushwick B. (1994). Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer. *Journal of Family Practice*, 39, 349-352.
- Koenig HG. (1998). Religious beliefs and practices of hospitalized medically ill older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 213-224.
- Koenig HG. (2000). Religion and medicine I: Historical background and reasons for separation. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 30, 385-398.
- Koenig HG, Smiley M, & Gonzales J. (1988). *Religion, health, and aging*. Westport, CT: Greenwood Press, 136-139.
- Koenig HG, Bearon L, & Dayringer R. (1989). Physician perspectives on the role of religion in the physician-older patient relationship. *Journal of Family Practice*, 28, 441-448.



- Koenig HG, Cohen HJ, George LK, Hays JC, Larson DB, & Blazer DG. (1997). Attendance at religious services, interleukin-6, and other biological indicators of immune function in older adults. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 27, 233-250.
- Koenig HG, Hays JC, Larson DB, George LK, Cohen HJ, McCullough M, Meador K, & Blazer DG. (1999). Does religious attendance prolong survival?: A six-year follow-up study of 3968 older adults. *Journal of Gerontology*, 54A, M370-M377.
- Koenig HG, McCullough M, & Larson DB. (2001). *Handbook of religion and health: A century of research reviewed*. New York: Oxford University Press.
- Kuemmerer JM, & Comstock GW. (1967). Sociologic concomitants of tuberculin sensitivity. *American Review of Respiratory Diseases*, 96, 885-892.
- Leserman J, Stuart EM, Mamish ME, & Benson H. (1989). The efficacy of the relaxation response in preparing for cardiac surgery. *Behavioral Medicine*, Fall, 111-117.
- Lo B, Quill T, & Tulsky J. (1999). Discussing palliative care with patients. *Annals of Internal Medicine*, 130, 744-749.
- LoPrinzi CL, Laurie JA, Wieand HS, Krook JE, Novotny PJ, & Kugler JW, (1994). Prospective evaluation of prognostic variables from patient-completed questionnaires. *Journal of Clinical Oncology*, 12, 601-607.
- Lutgendorf S. (1997). IL-6 level, stress, and spiritual support in older adults. Psychology Department, University of Iowa and Iowa City. Personal communication.
- McClelland DC. (1988). The effect of motivational arousal through films on salivary immunoglobulin A. *Psychology & Health*, 2, 31-52.
- Meador KG, & Koenig HG. (2000). Spirituality and religion in psychiatric practice: Parameters and implications. *Psychiatric Annals*, 30, 549-555.
- Medalie JH, Kahn HA, Neufled HN, Riss E, & Goldbourt U. (1973). Five-year myocardial infarction incidence-II. Association of single variables to age and birthplace. *Journal of Chronic Diseases*, 26, 329-349.
- Musick MA, House JS, & Williams DR. (1999). *Attendance at religious services and mortality in a national sample*. Presented at the Annual Meeting of the American Sociological Association, Chicago.
- Naguib SM, Comstock GW, & Davis HJ. (1966a). Epidemiologic study of trichomoniasis in normal women. *Obstetrics & Gynecology*, 27, 607-616.
- Naguib SM, Lundin FE, & Davis HD. (1966b). Relation of various epidemiologic factors to cervical cancer as determinants of a screening program. *Obstetrics & Gynecology*, 28, 451-459.
- Oman D, & Reed D. (1998). Religion and mortality among the community-dwelling elderly. *American Journal of Public Health*, 88, 1469-1475.
- Oxman TE, Freeman DH, & Manheimer ED. (1995). Lack of social participation or religious strength and comfort as risk factors for death after cardiac surgery in the elderly. *Psychosomatic Medicine*, 57, 5-15.
- Oyama O, & Koenig HG. (1998). Religious beliefs and practices in family medicine. *Archives of Family Medicine*, 7, 431-435.
- Reynolds P, & Kaplan G. (1990). Social connections and risk for cancer: Prospective evidence from the Alameda County Study. *Behavioral Medicine*, Fall, 101-110.

- Ringdal G. (1996). Religiosity, quality of life and survival in cancer patients. *Social Indicators Research*, 38, 193-211.
- Schaal MD, Sephton SE, Thoreson C, Koopman C, & Spiegel D. (1998). *Religious expression and immune competence in women with advanced cancer*. Paper presented at the Meeting of the American Psychological Association, San Francisco, California.
- Strawbridge WJ, Cohen RD, Shema SJ, & Kaplan GA. (1997). Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. *American Journal of Public Health*, 87, 957-961.
- Thoresen CE. (1990). Long-term, 8-year followup of recurrent coronary prevention project: Invited Symposium. Uppsala, Sweden: 1st Conference of the International Society of Behavioral Medicine.
- Turner JA, & Clancy S. (1986). Strategies for coping with chronic low back pain: Relationship to pain and disability. *Pain*, 24, 355-364.
- Woods TE, Antoni MH, Ironson GH, & Kling DW. (1999). Religiosity is associated with affective and immune status in symptomatic HIV-infected gay men. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 165-176.
- Yates JW, Chalmer BJ, St. James P, Follansbee M, & McKegney FP. (1981). Religion in patients with advanced cancer. *Medical & Pediatric Oncology*, 9, 121-128.
- Zamarra JW, Schneider RH, Besseghini I, Robinson DK, & Salerno JW. (1996). Usefulness of the transcendental meditation program in the treatment of patients with coronary artery disease. *American Journal of Cardiology*, 77, 867-870.