

DİN-SAĞLIK İLİŞKİSİ: KANIT, TEORİ VE GELECEĞE YÖNELİK ÖNERİLER*

Christopher G. ELLİSON / Jefferey S. LEVİN
Çev.: Fatma BALCI ARVAS**

Öz

Bizim *din-sağlık ilişkisi* şeklinde tanımladığımız konu üzerine yapılan çalışmaların sayısı ve niteliği son yıllarda belirgin bir şekilde artmaktadır. Din ile ruh sağlığı ve fiziksel sağlık arasındaki kompleks ilişkilere yönelen bu ilgi, sosyoloji, psikoloji, sağlık davranışı¹, sağlık eğitimi, psikiyatri, gerontoloji (yaşlılık bilimi) ve epidemiyoloji² gibi bir çok alandaki etkin ve yenilikçi araştırma programları tarafından körüklenmektedir. Bu makalenin üç temel amacı vardır: (1) dini faktörler ile hem ruh sağlığı hem de fiziksel sağlık konuları üzerine yapılan tıbbi ve epidemiyolojik çalışmalarını kısaca gözden geçirmek; (2) sağlık göstergeleri konusunda yapılan güncel sosyal ve davranışsal araştırmalara yol gösteren (bir konu olarak) yaşam stresi paradigmasının merkezi yapıları ve dini faktörler arasındaki ilişkilere özel bir dikkat vermek suretiyle, dinin sağlık üzerindeki etkilerini en elverişli şekilde açıklayan mekanizmaları tanımlamak; (3) din ve sağlık üzerinde yapılan daha önceki çalışmaların sınırlılıklarına ve ümit verici yeni araştırma yönelimlerine işaret ederek bir eleştiri sunmak.



The Religion-Health Connection: Evidence, Theory, and Future Directions

Abstract

The volume and quality of research on what we term the religion-health connection have increased markedly in recent years. This interest in the complex relationships between religion and mental and physical health is being fueled by energetic and innovative research programs in several fields, including sociology, psychology, health behavior and health education, psychiatry, gerontology, and social epidemiology. This article has three main objectives: (1) to briefly review the medical and epidemiologic research on religious factors and both physical health and mental health; (2) to identify the most promising explanatory mechanisms for religious effects on health, giving particular attention to the relati-

* Ellison, C. G., & Levin, J. S., "The Religion-Health Connection: Evidence, Theory, and Future Directions", *Health Education & Behavior*, Vol. 25 (6): 700-720 (December 1998).

** Dr., Din Kültürü ve Ahlak Bilgisi Öğretmeni, Bursa, fatmabalcı55@hotmail.com

¹ Sağlık Davranışları (Health Behaviors): Sağlık kazanmaya ve sağlığı korumaya yönelik davranışlardır. (Selçuk Budak, *Psikoloji Sözlüğü*, Bilim ve Sanat yay., Ankara 2003, s.647)

² Hastalıkların toplum içindeki dağılımıyla ve bu dağılımın çeşitli etkenlerle (yaş, cinsiyet, meslek, ekonomik durum, vs.) ilişkilerini inceleyen tıp dalı. (Selçuk Budak, a.g.e, s. 264)

onships between religious factors and the central constructs of the life stress paradigm, which guides most current social and behavioral research on health outcomes; and (3) to critique previous work on religion and health, pointing out limitations and promising new research directions.

Din-sağlık ilişkisi konusu üzerindeki ilgi, son yıllarda fiili göstergelerle birlikte belirgin bir şekilde artmaktadır. On yıl önce ve hatta daha ziyade son zamanlarda, dinin ruh sağlığı ve fiziksel sağlık göstergeleri üzerine etki edebileceği fikri, kuşku ile ve hatta birçok tıp alanı araştırmacısı tarafından husumet ile karşılandı. Bu fikir kamuoyunda üfürükçü ve sahte hekim çağrışımları uyandırdı. Fakat yine de bu konu gittikçe artan bir şekilde zihinlere “takıldı”. Chopra,¹ Dossey,² ve Benson³ gibi doktorlar, halk muhatapları için maneviyat, iyilik hali ve iyileşme konularında çok satan ürünler ortaya koydular; TV ve radyoda konuşma programlarını süslediler; cazip ücretlerle konferans çevrelerinde boy gösterdiler. Time dergisinin son sayısında yer alan duanın iyileştirici gücü konusundaki giriş makalesinin gösterdiği gibi, bu konular medyanın dikkatini çekmekte ve halkın da hoşuna gitmektedir.

450 | db

Akademik çevrelerde bu ilgi, sosyoloji, psikoloji, sağlık davranışı, sağlık eğitimi, psikiyatri, gerontoloji ve sosyal epidemiyoloji gibi birçok alandaki etkin ve yenilikçi araştırma programları tarafından körüklenmektedir. Bazı araştırmacılar bu alanda uzmanlaşırken, din-sağlık ilişkisi üzerinde yapılan çalışmaların kalitesi hızlı bir şekilde yükselmektedir. Şimdilerde ise konu, sağlık araştırmalarındaki diğer alanlarda elde edilen başarıların ilklerine imza atmış kişiler olarak bilinen ünlü bilim adamları ile irtibatlı hale gelmiştir. Üstelik din ve sağlık arasındaki ilişkileri keşfeden çalışmalar, *American Journal of Public Health*, *the American Journal of Psychiatry*, *the Journal of American Medical Association*, *the Journal of Gerontology*, *the Journal of Psychomatic Medicine* ile birlikte, din sosyolojisi ve medikal sosyoloji ile ilişkili önemli dergiler gibi üst sıralarda yer alan sağlık dergilerinde görülmektedir. Bu tarz çalışmaları paraya çevirme fırsatları da hızlı bir şekilde artmaktadır. Federal ajanslar arasında National Institute on Aging (NIA), R01 araştırma ücreti ve genç bilim adamlarına verilen R29 İlk Ödül ücreti örneklerinde olduğu gibi, din ve sağlık konusuna odaklanan birçok yarışmanın finansmanını karşılamaktadır. Templeton Foundation ve Fetzer Institute'nin de içinde bulunduğu kuruluşlar da bu alandaki çalışmaların finansmanını karşılamaktadırlar. Bu tarz gelişmeler, din ve

sağlık ilişkisinin, yakın gelecekte dinamik bir çalışma alanı olarak kalabileceğini göstermektedir.

Bizim çalışmamız birkaç hedefe sahiptir: (1) dini faktörler ile hem ruh sağlığı hem de fiziksel sağlık konuları üzerine yapılan tıbbi ve epidemiyolojik çalışmaları kısaca gözden geçirmek; (2) sağlık göstergeleri konusundaki güncel sosyal araştırmalar ve davranışsal çalışmalara yol gösteren (bir konu olarak) yaşam stresi paradigmasının merkezi yapıları ve dini faktörler arasındaki ilişkilere özel bir dikkat vermek suretiyle, dinin sağlık üzerindeki etkilerini en elverişli şekilde açıklayan mekanizmaları tanımlamak; (3) din ve sağlık üzerinde yapılan önceki çalışmaların sınırlılıklarına ve ümit verici yeni araştırma yönelimlerine işaret ederek bir eleştiri sunmak.

Deneysel Araştırmalar

Fiziksel Sağlık, Hastalık ve Ölüm

Dini bağlılık ve sağlık göstergelerini ilişkilendiren deneysel deliller ne kadar güçlüdür? 1980'lerin sonlarında konuyu yeniden değerlendiren bir dizi makale, dinin hastalık ve ölüme kadar olan etkisi ile ilgili delilleri özetlemiştir.⁵⁻¹⁰ Bu değerlendirmeler, 1800'lü yıllara kadar uzanan, bir veya daha fazla dini belirti ile fiziksel sağlık göstergelerini içeren yüzlerce çalışmayı kullandı. Bunları birbirleri ile karşılaştırdıktan sonra, hastalık ve ölüm oranlarının dinler ve dini unvanlar ile değiştiğine yönelik deliller sundular. Ayrıca bundan daha az fakat bir dereceye kadar uygun olmak suretiyle, yüksek dini bağlılık seviyelerinin daha iyi sağlık göstergeleri ile orta ölçüde ilişkili olduğuna yönelik deliller sundular. Bu bulgular, kadın ve erkek örneklemeler ile çok sayıda ırksal ve etnik gruptan alınan örneklemelerde, çeşitli dinlerden insanların oluşturduğu örneklemelerde (Hıristiyan ve Hıristiyan olmayan gruplar ile Batı'da ikamet eden ve Batı'da ikamet etmeyen), çeşitli yaşam döngüsü seviyelerindeki bireyler ve farklı sosyal sınıflara sahip insanların oluşturduğu örneklemelerde ortaya çıktı. Epidemiyolojistlerin söylemiyle din, hastalıklar karşısında insanlara küçük ama önemli bir önleyici etken sunan koruyucu bir faktör yerine geçmektedir.

Bu alanda en iyi bilinen çalışmalardan bazıları, hastalık ve ölüm konusunda mezhepsel farklılıklara (örn. Mormonlar, Adventistler ve diğer mezhep guruplarını içeren karşılaştırmalara) odaklanırken, literatürün önemli bir bölümü de genel olarak dini bağlılığın diğer yönlerinin (örn. katılım sıklığı ve öznel dindarlık) sağlık göstergeleri üzerinde geniş çapta istenen etkilerinin olması için

nelerin öne çıktığını ifade etmiştir. Çalışmanın bu bölümünde incelenen hastalıklar arasında kalp hastalıkları, hipertansiyon ve dolaşım ile ilgili diğer hastalıklar, çarpıntı, kanser (çeşitli konumlarda), sindirim sistemi, ilaveten sağlıkla ilgili her şey, fiziksel hastalıklar ve kendi belirttikleri semptomlar vardır. Her bir sağlık göstergesi üzerine yapılan çalışmaların ve dinle ilgili kullanılan ölçeklerin değişmesine rağmen, bu değerlendirmelerde özetlenen birçok çalışma, dini bağlılığın sağlık üzerindeki önemli etkilerini istatistiksel olarak gösterme eğilimi içerisindedir.⁶

Alanda son dönemlerde artan yazılar, geçmişte yürütülen düşük değerlerde tanımlayıcı epidemiyolojik tetkiklerin analiz özellikleri yerine, daha özenli metotları ve daha ayrıntılı istatistiksel kontrolleri kullanarak olası verileri veya panel verileri analiz etmiştir. Az sayıdaki yeni çalışma örnekleri,

(1) Oxman ve meslektaşları¹¹ tarafından, hastalar arasında isteğe bağlı açık kalp ameliyatı geçiren hastalar arasında yapılan, dindar hastalarla karşılaştırıldığında dini inançlarından huzur bulmayan ve güç almayan hastaların 6 ay içerisinde ölme riskinin önemli ölçüde daha yüksek olduğunu rapor eden bir çalışmayı,

(2) Strawbridge ve meslektaşları¹² tarafından Alameda Ülkesi (Kalifornia) toplu konut sakinleri arasında yapılan, dini katılımın, sosyal bağları geliştirmesi ve sağlıkla ilgili davranışların önemini artırması sebebiyle 28 yıl içerisindeki ölüm riski oranını azalttığını gösteren bir çalışmayı,

(3) Hummer ve arkadaşları¹³ tarafından ABD'deki geniş yetişkin örnekleminde yapılan, dini katılımın 8 yıl içerisindeki ölüm riski oranı üzerindeki güçlü etkisini gösteren yeni bir çalışmayı,

(4) Idler ve Kasl'ın¹⁴ New Haven (Connecticut)'daki toplu konut yetişkinlerinin ölüm zamanlarını geciktirebildikleri yolunda delil bulan analizini içermektedir. Bu çalışmalarda sosyal bağlar, sağlık davranışları ve sosyodemografik değişkenlerin istatistiksel açıdan kontrol edilmesine rağmen, dini bağlılığın sağlığa faydalı etkilerinde bir netlik söz konusudur.

Ruh Sağlığı ve Psikolojik İyi Olma Hali

Dini bağlılık ve ruh sağlığı arasındaki ilişki ile ilgili büyük bir tartışma alanı vardır. Kimi psikologlar ve psikiyatrlar (örn. Jung, Frankl, Maslow, Fromm gibi) yıllar boyu bu ilişkiyi olumlu anlamda güçlendirdiler. Onların teorileri genellikle daha eleştirel değerlendirmelerin, özellikle kendi dönemlerindeki septiklerin değerlendir-

melerinin gölgesinde kalmıştır.^{15,16} Çalışmaların önemli bir bölümü, dini bağlılığın çeşitli yönleri ile geniş çaptaki ruh sağlığı göstergeleri - kişilik değişkenleri, sıkıntı/üzüntü sonuçları, semptom sonuçları (örn. depresyon ve kaygı), çeşitli psikiyatrik hastalıkların klinik veya sahte teşhisleri (örn. major depresif krizler, kapsamlı kaygı bozuklukları) - arasındaki ilişkiyi keşfetmiştir. İddialarını özellikle dinin patolojik etkilerinin anekdotlar halindeki sonuçlarında temellendiren eleştirilenlerin iddialarının aksine, yıllar boyunca ortaya konan araştırmaların sistematik değerlendirmeleri, sürekli olarak dini bağlılığın arzu edilen ruh sağlığı sonuçları ile ilişkili olduğunu bildirmiştir.¹⁷⁻²⁰ Muhtemelen alanın en kapsamlı eleştirisi, 1989 yılı boyunca yayınlanan ve yazarlarının benzer sonuçlara ulaştığı 200 adet psikiyatrik ve psikolojik çalışmanın analizidir.²¹ Kadınlar ve erkeklerde, tamamen farklı yaş gruplarından insanlarda (örn. ergen, kolej öğrencileri, yaşlılar ve genel olarak ABD popülasyonunu temsil eden örneklemeler), çeşitli ırk ve etnik gruplarda (örn. Afrikalı Amerikalılar, Latinler) ve çeşitli sosyoekonomik sınıflar ile farklı coğrafi alanlarda da fiziksel sağlıkla beraber dinin ruh sağlığına faydaları konusunda bir miktar delil mevcuttur.

Son zamanlara kadar küçük ve evreni temsil etmeyen örneklemeler, kesitsel veriler ve uygun istatistiksel kontrollerden yoksunluk gibi, din ve ruh sağlığı konusundaki çalışmaların örneklem ve analizle ilgili sınırlılıkları vardı. Fakat bu metodolojik problemlerin üstesinden gelen son dönemlerdeki birçok çalışma, dini bağlılığın boyutlarının, tek boyutlu ruh sağlığı sonuçlarını elinde tuttuğunu bildirmiştir. Bu yeni nesil boylamsal çalışma örnekleri, (1) Meksikalı Amerikalılar üzerinde üç nesil boyunca devam etmesi beklenen ve dini katılımın depresyonu azalttığını gösteren Levin ve meslektaşları²² tarafından yapılan çalışmayı, (2) dini törenlere haftada birden daha fazla katılan ve günlük yaşamlarında büyük ölçüde kendilerini dinin rehberliğini kabul eden kimseler olarak tanımlayan Afrikalı Amerikalıların, psikolojik sıkıntı ve major depresif bozukluğun azalması ile (yaşamlarından) daha çok lezzet aldıklarını gösteren ve üç yıl devam etmesi beklenen Ellison ve meslektaşlarının²³ çalışmalarını içermektedir.

Yaşlılara özel bir ilginin olduğu bir araştırma, dini bağlılık ile psikolojik iyi olma hali görünümüleri (yaşam doyumu, mutluluk ve ilişkili kavramlar gibi) arasındaki ilişkiye odaklanmaktadır. Birçok çalışmanın (fakat tamamı değil) kesitsel veriler üzerine temellenmesine rağmen, deliller açık bir şekilde dinin faydalarını göster-

mektedir.^{24,25} Buradaki en güçlü delil, dini katılımın psikolojik iyi olma hali ile pozitif bir ilişki içerisinde olduğunu göstermektedir. Gerçekten de bu, çalışma yapanların hemen hemen müttefik olduğu bir sonuçtur. Göze çarpan birçok analiz de, kişisel dindarlık, dini bağlılık (dua etme sıklığı, Tanrı'ya yakınlık hissetmek gibi) ve şahsi dini kimliğin iyi olma hali ile ilişkili olduğunu rapor etmektedir.^{26,27} Diğer birçok analiz, dinin anlam, amaç ve belirliliği ilham eden iyi olma hali göstergeleri ile pozitif olarak ilişkili olduğunu rapor etmektedir.²⁸ Az miktardaki çalışmalar ise muhafazakâr bir kiliseye üye olmanın (Baptistler ve mezhepsiz olan karizmatikler gibi), ortalamada diğerlerine göre yaşam doyumundan daha büyük bir lezzet aldıklarını rapor etmektedir.²⁸ Her ne kadar dini değişkenlerin toplumun diğer kesimlerinden ziyade yaşlılarda ve Afrikalı Amerikalılarda psikolojik iyi olma hali ile daha yakından ilişkili olduğuna yönelik bazı deliller mevcutsa da, daha önce gözden geçirilen çalışmalarda olduğu gibi dinin görünen faydaları, erkeklerden kadınlara, çeşitli sosyoekonomik kategorilerden ve sosyal bölgelerden insanlara kadar uzanmaktadır.^{28,29}

Açıklayıcı Mekanizmalar

Son yıllardan itibaren araştırmacılar, dini uygulamaların ve dindar olmanın sağlıkla ilişkili etkilerini gösteren özelliklerini, işlevlerini, ifadelerini veya tezahürlerini tespit etmeye çalışmaktadır.³⁰ Birçok araştırmacı, dinden bağımsız bir şekilde sağlıkla ilişkili olduğu bilinen ya da sağlıkla ilişkili olduğuna inanılan belirli biyodavranışsal veya psiko-sosyal yapılarla ilişkili olabilecek dini ifade ve tanımların özel tip ve şekillerini sunmaktadır.^{7, 31-33} Bu görüşlere binaen biz, dini bağlılık tezahürlerinin olumlu sağlık göstergelerine götürebileceğine yönelik çokça uygun açıklayıcı mekanizmanın taslağını çizmekteyiz. Bu mekanizmalar, sağlık eğitiminde, teoride ve pratikte oldukça fazla rastlanan çeşitli davranışsal ve psiko-sosyal yapıları kuşatmaktadır. Bunlar, (1) bireysel yaşam stili ve sağlıklı davranış kurallarını, (2) sosyal kaynakların (örn. sosyal bağlar, resmi ve gayri resmi sosyal destek) teminini, (3) olumlu benlik algısını (örn. benlik saygısı, kişilik hâkimiyeti duyguları) yükseltmeyi, (4) özel başa çıkma kaynakları (örn. strese özellikle bilişsel ve davranışsal karşı çıkma) sağlamayı, (5) diğer olumlu duyguları (örn. aşk, affetme) meydana getirmeyi, (6) sağlam inançları artırmayı ve (7) iyileştirici biyoenerjinin varlığı gibi diğer mekanizmaları içermektedir. Buradaki odak noktası dini bağlılığın olumlu sonuçları ortaya çıkardığı ve olumsuz sonuçları azalttığına

yönelik olsa da, belli durumlarda açık bir şekilde dini bağlılık istenmeyen sonuçlara da sahip olabilmektedir. Makale içerisinde daha sonra bu konuya yeniden döneceğiz.

Sağlık Davranışları ve Kişisel Yaşam Tarzı

Dini bağlılık, özellikle de dini cemaatlere katılmak, hastalık riskini azaltmak yoluyla sağlıkla ilişkili davranışları düzenleyerek, ruhsal ve fiziksel iyi olma halini yükseltebilmektedir. Bu ise, (1) sağlık problemi riskini artıran belli davranışların önüne geçmeyi, (2) olumlu ve düşük stresli bir yaşam tarzını tercih etmeye teşviki içermektedir. Belki de bunun en iyi örneği, dini bağlılığın bazı yönleri (örn. muhafazakâr mezhep gruplarına, özellikle Mormonlar ve Adventistlere katılmak ve üye olmak) ile alkol, sigara ve madde kullanımı ve suç arasındaki ters ilişkiyi belgeleyen çok sayıda çalışmadır.^{34,35} Sonuçta bu dini gruplarda, kanser gibi kronik hastalıklar önemli ölçüde düşük bir oranda görülmektedir.³⁶ Benzer dini faktörler, tehlikeli cinsel davranışlar (örn. evlilik öncesi cinsel münasebet ve rastgele cinsel ilişki kurma) ile negatif yönde bir ilişki içerisindedir. Bir takım dini gruplar da (örn. Adventistler) et ve baharatlı yemeklerden kaçınma gibi sağlığa yararlı perhiz uygulamalarını teşvik etmektedir.⁹

Fakat dini bağlılığın bireysel yaşam tarzı üzerindeki potansiyel etkisi, bu bilinen bağlantıları belirli sağlık davranışları ile daha da öteye taşıyabilir.³³ Bazı gözlemler, çok çeşitli dini grupların ölçülülüğü teşvik etmeye ve “uç” ya da riskli davranışlara karşı çıkmaya eğilimli olduğunu iddia etmektedir.³⁷ Üstelik birçok dini cemaat, çeşitli sapkın ve gayrimeşru davranış şekillerine karşı caydırıcı ahlaki ve etik telkinlere sahiptir. Delillerin kompleks olmasına rağmen, çok sayıda çalışma dini bağlılık ile (genel olarak) suç ve çocuk suçu oranlarındaki düşüş arasında ilişki kurmaktadır.^{38,39} Birçok dini grup da, aile ile ilgili, evlilik ve çocuk yetiştirmeyi de içine alan ahlaki rehberlik ve pratik öğütler sağlamaktadır. Böylece örneğin deneysel çalışmalar, dini bağlılık ile –dini katılım ve homogami evliliği³ - evlilik kalitesinin daha da artması arasında ve de dini bağlılık ile ailevi çatışmalar ve evliliğin yıkılması riskinin azaltılması arasında ilişki kurmaktadır.^{40,41} Böylece, evlilik alanı ve aile yaşamı içerisinde dini bağlılık, sağlığı ve iyi olma halini şu iki yolla geliştirebilmektedir: (1) stres ve problem riskini azaltarak, (2) karı koca

³ Homogami: Irk/etnik, dini köken, yaş, eğitim, sosyal sınıf vb gibi kendine benzer özelliklere sahip kişilerle evlenme. (Selçuk Budak, a.g.e, sf.367)

ve diğer aile üyeleri arasındaki (aşağıdaki sosyal bütünleşme ve sosyal destek tartışmalarına bakın) destekleyici samimi ilişkiye erişme imkânını artırarak. Üstelik dini cemaatler, stresli olay ve durumların riskini azaltmaya yönelik değerler oluşturmaya ve diğer alanlardaki (örn. iş ve finansal tutumlar, kişisel tutumlar gibi) davranışlara biçim vermeye de yardımcı olur.

Dini bağlılık sağlık davranışlarını ve yaşam tarzını birçok şekilde etkileyebilir.^{38,42} Birincisi, bireyler güçlü dini-ahlaki normları içselleştirebilirler; içselleştirilen dini normların bozulma ihtimali, günahkârlık ve utanma duygusunu hatta kutsal bir ceza (“cehen-nem ateşi”) korkusunu beraberinde getirebilir. İkincisi, dini cemaatlerin üyeleri dini normlara itaat edebilirler, çünkü onlar utanç tehdidinden ve bazen resmi (örn. rahip tarafından azarlanma gibi) fakat daha fazla gayri resmi (örn. dedikodu, alay etme, diğer takipçiler tarafından dışlanma gibi) sosyal yaptırımlardan endişe ederler. Üçüncüsü, dindar kişiler referans aldıkları dini grup üyeleri –yani benzemeye değer olarak gördükleri kişiler- ile kendilerini uyumlu hale getirmek için yaşam tarzlarını değiştirebilirler.³⁴ Bazı durumlarda dini faaliyetler ve dini bağlar, sapkın davranışlar veya sağlıklı bir yaşam tarzına maruz kalma durumunu kolayca azaltabilir. Diğer araştırmacılar, yaşam tarzlarındaki dini değişkenlerin tercih mekanizmalarını yansıttığını gözlemlemişlerdir: Dini bir cemaate bağlanmış birçok kişi, riskten uzak, sosyal kontrolün veya çekirdek ailelerin rahatlığı içerisinde bir yaşam tarzına önceden hazırlanmış olabilmekte, olumlu sağlık davranışlarını artırmış görünebilmektedirler.

456 | db

Sosyal Bütünleşme ve Sosyal Destek

Kapsamlı bir araştırma, çeşitli sosyal kaynakların ruh sağlığı ve fiziksel sağlık göstergeleri üzerinde olumlu etkilerinin olduğunu belgelemektedir. Bu araştırma daha öncekilerde de olduğu gibi sosyal bütünleşmeyi -bağlanma ölçüsü, bütünleşme yoğunluğu, nesnel destek (örn. resmi veya gayri resmi kaynaklardan elde edilen yasal veya kabul görmüş bir destek) ve öznel destek (beklenen destekten memnun olma) olarak- ayırmaktadır.^{43,44} Bu konuyu direk inceleyen az sayıda çalışma olmasına ve delillerin de bir bakıma karmaşık olmasına rağmen, genel anlamda şu ileri sürülmektedir ki, dini bağlılık ve sağlık göstergeleri arasındaki ilişkiyi gözlemleyen çalışmalardan bir kısmı, dini cemaatlerin sosyal bağları ve sosyal desteği sağlamada rolü olduğu şeklinde sonuçlanmıştır.^{12,31,45}

Hem teori hem de deneysel delil, dini hizmetlere düzenli katılanların (1) üyeler arasındaki sosyal bağlardan daha büyük ve daha yoğun bir haz aldıklarını, (2) daha az katılanlara oranla daha sık ve daha çeşitli bir şekilde eşya, hizmet ve bilgi alış verişi yaptıklarını ileri sürmektedir.^{46,47} Arkadaşlık, ortak değerleri, ilgi alanlarını ve aktiviteleri paylaşan insanlar arasında daha kolay gelişmektedir. Dini hizmetler ve bununla ilgili olarak gelişen faaliyetler de, ortak bir inanca bağlı olan ve büyük ölçüde aynı sosyal ve politik değerlere sahip insanları bir araya getirmeye yardım eder. Bu şekilde cemaatler, birbirinden uzak diğer bireylerle geliştirilebilecek olan dünyevi ortamdaki arkadaşlıkların oluşması için verimli bir zemin sunmuş olur.

Ayrıca dini cemaatler çoğunlukla çeşitli sosyal destek türleri, maddi veya aracı yardımlar (örn. eşya ve hizmet yardımı gibi) ve sosyo-duygusal yardım (örn. arkadaşlık) için de bir kanal vazifesi görmektedir. Gerçekten de, özellikle daha az şanslı olanlara yönelik merhamet ve şefkat, birçok büyük dini gelenekte teolojik bir zorunluluktur. Yardım etme davranışı da birçok dini cemaatte ana söylem ve gerekçedir. Destek sağlamanın önemli bir yolu, cemaatle ilgili programlar, üyeler ve özel ihtiyaçları olan üye dışındaki insanlar için hizmetler ve yoksullara uygulanan tıbbi yardımlardır. Birçok kilise ve sinagoglar hiç değilse bu tipte birkaç programa sahip olmakla birlikte, resmi programlar Afrikalı Amerikalılar ve diğer azınlık toplulukları için sayıca daha fazla ve daha önemlidir. Oldukça yaygın girişimler ve kiliselerdeki rahiplik müessesesi, yoksulluğun etkilerini gidermeye, aile ve gençlerin ihtiyaçlarına cevap vermeye çalışır. Alanda artan bir literatür, geniş çapta sağlık, bilgi ve hizmeti (örn. yüksek tansiyonu düzenlemek, kilo kontrolünü sağlamak, perhiz uygulamalarını geliştirmek, HIV/AIDS hastaları ve onların bakıcılarının ihtiyaçlarına cevap vermek için bireylere yardım etme programları gibi) yaygınlaştırmaya yönelik kilise merkezli çabaların önemini belgelemektedir.⁵⁰⁻⁵² Birçok birey, resmi programlara ek olarak kişisel, ailevi ve manevi konularda dini öğütlerden ve danışmanlıktan faydalanmaktadır.⁵³⁻⁵⁵

Kilise üyeleri gayri resmi desteğin değerli bir kaynağı olarak hizmet edebilir.^{46,56,57} Dindaşlar arasındaki bu değiş-tokuş, para, eşya, hizmet (örn. yiyecek ve ulaşım sağlama vb.) gibi maddi yardım ve bilgi alış-verişini (örneğin yardımın diğer kaynakları hakkındaki bilgi) içerebilir. Kilise üyeleri, güven verici olma ve arkadaşlık ile moral vermek suretiyle, ayrıca ev hastalarını ziyaret, yoksul-

ları teselli etmek ve diğer şekillerde de takipçilerine gayri resmi sosyo-duygusal destek sağlayabilir. Bunlara ek olarak az sayıda çalışma, manevi desteğin (örn. dini düşünce ve görüşleri paylaşma, başkaları için dua etme) önemini de tartışmaktadır.^{57,58} Bir bakıma şaşırtıcı bir biçimde bugüne kadar sadece az sayıda çalışma, cemaat ağları yoluyla sağlanmış desteğin farklı türlerini rakamlarla belirtmeye ve çözmeye teşebbüs etmiştir. Üstelik bazı çalışmalar, gönüllü katılma ve başkalarını destekleme tecrübelerinin, alıcılara olduğu kadar desteği sunanlara da fayda sağladığını ileri sürmektedir. Birçok dini cemaat, gayri resmi destek sağlama yolunda bir teşvike gayret gösterirse, bu durum bireylerin ruh sağlığı ve fiziksel sağlığını/iyi olma halini yükselten bir başka yol olabilecektir.

Sosyal bütünleşme ve yasal destek, sağlık göstergeleri üzerinde açık bir etkiye sahipken, desteğin öznel olarak algılanma biçimleri (örn. destekleyici ilişkilerden memnuniyet duyma ve desteğin ihtiyaç duyulduğunda sağlanacağı ümidi) bilhassa ruh sağlığı, fiziksel sağlık ve ölüm riski oranlarının önemli göstergelerinden olabilmektedir.^{43,44} Kilise ve sinagoglar, hatta küçük gruplar, bireyleri üyelerine karşı sevgi, ilgi, değer verme ve bütünleşme duygularına götüren toplum bilincini beslemek suretiyle, desteğin bahsi geçen algılanma biçimlerine yol açar ve bunları geliştirir.^{46,59} Bunun sebeplerinden biri, destekleyici ilişkilerin, benzer özellikler, tecrübeler ve değerlerde olan insanları ihtiva ettiğinde, çoğunlukla en faydalı yöntem olmasıdır. Daha evvel bahsettiğimiz üzere, dini gruplar genellikle bu boyutların çoğu veya hepsinde nispeten homojendir. Üstelik cemaat, destek kafilesinin gelişimi ve bireylerin yaşam seyri içerisinde sahip oldukları destekleyici bağların bir araya toplanması için bir bağlam sunmaktadır. Diğerlerine destek sağlayan bireylerin, “itibarları” ve fedakârlıkları ile karşılıklı ilişkileri paylaşmaları sebebiyle ve gerektiğinde gelecekte de değer verilmeye uygun görülmelerinden ötürü içleri rahattır.

İlaveten bazıları, dini kanallar yoluyla sunulmuş sosyal desteğin, diğer yollarla yani dindışı yollarla sağlanan sosyal destekten farklı olduğunu düşünmektedir.³³ Hem desteği sunan, hem de alanların stresle ilgili, hatta (1) yardım davranışları için uygun motivasyonlar, (2) stres ve destekleyici davranışlar arasındaki “uygunluk” ve (3) diğer kilit konular hakkındaki genel inançlarda aynı izahı paylaştıklarında, destek girişimlerinin başarılı olması daha muhtemeldir.⁶⁰ Dini cemaatler içerisinde paylaşılan değerler, ortak bir hitabın yanı sıra, insanın üzüntü, uyum ve desteğine ilişkin paylaşı-

lan bir dizi anlam için de temel oluşturabilir.^{33,58} Dindaşlar “anamlı bir iş” (örn. umuda giden yoldaki belirsizlik ve tehdit duygusunu azaltmak suretiyle, kendi yaşam tecrübelerini geniş bir anlam çerçevesi içerisinde bir yere yerleştirmede onlara yardım etme) konusunda arkadaşlarını destekleyebilirler. Böylece dini bağlılık, kişilere sunulmuş olan sosyal kaynakları hem niceliksel hem de niteliksel olarak artırabilir. Bugüne kadar, hiç değilse birkaç araştırmada dini desteğin kendine özel karakteri keşfedilmiş, veya dini destek ile diğer seküler kaynaklardan elde edilen faydaların karşılaştırması yapılmıştır. Bununla birlikte bu konuya teorik ve pratik bir önemiyetin verilmesi, gelecek çalışmalar için anahtar niteliğinde bir öncelik olabilir.

Benlik Saygısı ve Kişisel Yeterlilik

Dini bağlılığın çeşitli yönleri, benlik saygısını, içsel ahlaki benlik değerini, yeterlilik hissini, işler üzerindeki kontrol ve idare edebilirlik ferasetini artırmak suretiyle sağlık göstergelerini daha iyi seviyeye yükseltebilir. Kendilik algısıyla ilgili bu iki önemli boyut, sağlıkla ilgili davranışları, inançları, tutumları ve böylece sağlığa faydalı olan örüntüleri etkileyebilir. Üstelik bunlar geniş çapta ruh sağlığı ve fiziksel sağlık göstergeleri ile de direkt olarak ilişkilidir.^{61,62} Daha önce belirttiğimiz üzere önemli bir tartışma, dindarlık ve benlik algısı üzerinde dönmektedir. Uzun zamandır bazı davranış bilimciler, genellikle sistematik olmayan açıklamalara dayanmasına rağmen dindarlığın belli yönlerinin -özellikle ilk günah ve kutsal kudret inancının- benlik saygısı ve kişisel hâkimiyet duygusunu düşürdüğünü ileri sürmüşlerdir.^{15,16} Bu sınırlı iddiada da bir gerçeklik payı vardır. Bununla birlikte araştırmacılar dini bağlılığın çeşitli yönleri -bilhassa dini katılım ve özel dindarlık- ile benlik saygısı ve bazı durumlarda da kişisel yeterlilik arasındaki pozitif ilişkileri belgelemişlerdir.^{18,19} Bu çalışmalar güçlü bir kesitsel veriye dayanmakla sınırlıdır. Buna rağmen, yeni çalışmalar dini bağlılığın çeşitli işlevsel boyutları ile farklı örneklem ve popülasyonlara dayanmaktadır: Ergenler, üniversite öğrencileri, ABD yetişkinleri, Afrikalı Amerikan yetişkinleri ve her yaşta Afrikalı Amerikalılar.⁶⁶

Dini bağlılık, kendilik algısının önemli boyutlarını nasıl yükseltmektedir? Alandaki en son literatürde birçok ilginç hipotez ortaya çıkmıştır. Özetle, adanma faaliyetleri (örn. dua ve kutsala dair çalışmalar), diğer manevi faaliyetler ve onları takip etme vasıtası ile bireyler, toplumdaki müşahhas ötekilerle ilişkilerini geliştirmesi ile aynı biçimde, “kutsal öteki” ile de kişisel ilişkiler inşa edebilirler.

^{26,33} Bireyler dini metin ve medyada betimlenen figürleri tanımlayarak, kendi yaşam şartlarını kutsal kitaptaki figürlerin durumları açısından açıklamaya gidebilir ve kendi durumlarını “Tanrı-Rolü” cihetinden yorumlamaya başlayabilir (örn. kutsal öteki, insanla ilişkisi bağlamında ne bekleyebilir). Böylece bireyler, her koşulda diğer insanları seven ve onlarla ilgilenen, teselli ve yardım arayışına cevap verebilen güçlü bir kutsal öteki ile yakın ilişkiler geliştirmek suretiyle, benlik değeri duygusunu ve benlik kontrolünü elde edebilirler. Onlar, her şeyi bilen ve her şeye kadir olan ilah (örn. “Tanrı’nın yardımı ile her şey mümkündür”) ile bağlılıkları dolayısıyla kendi işleri üzerinde temsili (dışarıdan) bir kontrolün olduğu hisinden hoşnutluk duyabilirler.⁶⁷

Daha önce tartışılan sosyal desteğin öznel bir uzantısı olarak bazı dini cemaatler içerisinde oluşan arkadaşlıkların niteliği, olumlu kendilik algısına katkıda bulunabilir.^{64,66,68} Kiliseye devamlı gidenler için, aynı arka plana sahip olanlar arasından kafa dengi olarak gördükleri kişiler ile düzenli bir etkileşim içerisinde olma, temel kişilik rollerini, ulaşılmak istenen rolleri (örn. “iyi” aile, eş ve Hıristiyan tanımlamaları) ve sorumlulukla ilgili rolleri destekleyebilir. Bireyler, kişisel olay veya toplumsal meselelere verdikleri tepkiler gibi yaşam tarzları ve değer yargıları da makul ve uygunsuz kabul görebilirler.⁶⁶ Daha fazla genelleştirmek gerekirse, kiliseler dindashar tarafından kıymet verilen üyeler ile kişilerarası bir bağlantı sağlayabilir. Bu şekilde kendilerini maddi, eğitimle ya da işle ilgili başarılarının veya fiziksel sağlık ve görünüşün merkezde olmadığı ayırt edici kıstaslarla ilişkili görebilir.^{66,69} Bu kıstaslar (1) onların fitri bakımdan eşsizlikleri ve birey olarak değerli oldukları, (2) sosyallikleri ve başkalarına yardımları, (3) hikmet ve erdem gibi manevi niteliklerini içerebilir.

Başa Çıkma Kaynakları ve Davranışları

Lazarus ve Launier’e göre⁷⁰ başa çıkma, “çevresel ve içsel arzuları, onlar arasındaki çelişkileri kontrol etmek (yani üstesinden gelmek, tolere etmek, azaltmak ve en aza indirmek) için hem eylem odaklı hem de içte bulunan, bireyin gücünü aşan ve onu zorlayan ruhsal bir çaba” ya işaret eder (s.288). Başa çıkmayla ilgilenen araştırmacıların dinin rolünü yıllardır görmezden gelmesine rağmen, dini bilgi ve davranışların stres verici olay ve durumlar ile ilgili etkili kaynaklar önerebildiğine dair destekleyici kanıtlar bulunmaktadır.⁷¹ Stresle başa çıkma, sırasıyla hem hastalıklara karşı koruyucu,

hem de hastalıktan iyileşmeyi hızlandırıcı güçlü bir faktör olarak görünür.

Dini başa çıkma özellikle belli sosyal gruplar (örn., Afrikalı Amerikalılar, yaşlılar, kadınlar) üzerinde popüler ve görüldüğü kadarıyla da etkilidir.⁷² Buna ilave olarak, bilhassa ciddi sağlık problemleri (hem akut hem de kronik) ve yakın ölümleriyle alakalı, özellikle de dua, meditasyon ve kutsalla ilgili diğer meşguliyetler etrafında dönen dini bilgi ve davranışlar önemli görülmektedir.^{69,71,73} Sağlık sorunları ve ölüm, (1) açık ve memnun edici dünyevi izahlardan yoksun olan, (2) varlığın (ya da gerçekten tehlikeye girmiş bir yaşamın) temel dayanaklarına meydan okudukları için “sınır tecrübeler” oluşturabilen, (3) dünyanın adil olduğu ve insanların “hak ettikleri şeye eriştikleri” (ani ve zorlu ölümler, beklenmedik kazalar) şeklindeki sağduyu nosyonunu baltalayabilen, (4) faydacı problem çözme çabaları yerine duyguları da yönetmeyi gerektirebilen olay ve durumlardır.^{33,71}

Dini başa çıkma konusu ile ilgili artan araştırmaların basit özetlere meydan okumasının rağmen, bu çalışmalarda birçok genelleştirmeler de mümkündür.⁷¹ Dini bilgi ve pratiklerin, çeşitli yöntemler vasıtasıyla, stresle başa çıkmada yardımcı olabildiğine inanılmaktadır. Dua ve diğer ruhsal dini başa çıkma çabaları, önceden yapılan tahminleri ve dindar bireylerin potansiyel olarak problemlerinin anlamını, manevi gelişim ve eğitim için bir fırsat olarak ya da şahsi kimliğin temel yönlerini sorgulamak yerine daha geniş bir kutsal planın parçası olarak yeniden değerlendirilmesine sevk etmek suretiyle değiştirebilir.⁷⁴ Diğer dini başa çıkma biçimleri, patolojik sonuçlara katkıda bulunuyor gibi görünmektedir. Buna rağmen dini başa çıkmanın belli “biçimleri” (örn. kutsal öteki ile fark edilen bir işbirliği içerisinde olma), zorlukları idare edebilme yeteneğine duyulan güveni yükselterek ve arzu edilen sağlık göstergeleri ortaya çıkararak, kontrol duygularını destekliyor görünmektedir.^{75,76} Bazı çalışmalara göre din, bireylerin benlik kavramını düzenlemelerine yardım edebilir, ki böylece fiziksel güçsüzlükler ve diğer problemler, şahsi kimlik üzerinde daha az tehdit oluşturur.⁶⁹ Özel dini aktiviteler yoluyla huzur ve teselli edinmekle birlikte bireyler, yukarıda tartışıldığı gibi, duygularını idare etme (ve problemleri çözme) konusunda da pastoral danışma, resmi kilise programları ve kilisenin sponsor ettiği küçük gruplar yoluyla yardım alırlar.

Olumlu Duygular

Dini olarak ortaya çıkan duygular, sağlık durumları ile ilgili diğer uygun bağlantıları sağlayabilir. Dini pratikler -özellikle ya yalnız ya da toplu olarak yapılan dua ve ibadetler- psikonevroimmunolojik (psychoneuroimmunological) veya nevroendokrin (neuroendocrine) yollarla, fizyolojik değişkenleri etkileyebilen bazı duyguların tecrübe edilmesi ve bunların ifadesine yol açabilir. Dini bağlılık, affetme⁷⁷, memnuniyet, sevgi gibi olumlu duyguların yanı sıra suçluluk duygusu ve korku gibi olumsuz duygulara da yol açabilmektedir. Araştırmacılar, duyguların çeşitli fizyolojik sistemlerde karşılık bulabildiğine yönelik, karmaşık olaylar dizisi yoluyla kanıt aramaya devam ediyorlar.^{78,79} Sistematik çalışmaların az sayıda olmasına rağmen, kendinden geçmeye yönelik ibadet merasimleri düzenleyen cemaatlerin, olumsuz duygulardan kurtulmayı ve katılımcılar arasında teşvik edici bir arınmayı sağlayarak olumlu duygulara yol açabildiği ileri sürülmektedir.^{80,81} İlk kanıtlar, din ve psikofizyolojik mekanizmalar arasındaki oldukça farklı bir bağlantı içerisinde, özel dini motivasyonun hakiki dindarlığın “içine çekme” kavramıyla olumlu yönde ilişkisi olduğunu öne sürmektedir. Bu da başa çıkma yeteneği olarak “kendini teskin etme” ile paralel bir bağ ve farklı bir bilinç düzeyine erişme yeteneği konusunda da aracı görevi görür.

462 | db

Sağlık ile İlgili İnançlar

Katılımcılar içerisindeki dini olarak daha fazla adanmış toplum veya gruplarda, yukarıda bahsi geçen yollardan herhangi birinin bir etki icra edip edemeyeceği, basit bir ifadeyle dini pratiklerin sağlığa yararlı olduğuna inanma ve bunu ümit etme, ya da Tanrı'nın takva, adanma, uyma, itaat ifadelerini sağlıkla ve iyi olma hali ile ödüllendireceğini bekleme, olumlu sağlık göstergelerinin açıklamasını yapmak için yeterli olabilir. Öğrenilmiş iyimserlik, “olumlu sanrılar (positive illusions)”⁸³, umut ve iyimserlik⁸⁴ gibi yapılar, sağlık durumları üzerindeki olumlu zihni tutumlara dair psikolojik arabuluculuğa açıklama getirmek için önerilmiştir. Koenig⁸⁵ özellikle daha yaşlı yetişkinler için dini inancın, iyi olma halini yükselten hem duygusal hem de gerçek araçları sunan umut hissini nasıl sağladığını tartışmaktadır. Dossey, daha klinik bir durumda, hastaların ve onların doktorlarının bilişsel beklentilerinin, hastalığın sonuçlarını tahmin etmeyi, terapötik faydayı, tedavi süresini ve klinik tedavinin bitim noktasını (örn. iyileşme veya ölüm) nasıl etkileyebildiğini açıklamaktadır. Bir diğer ifadeyle, en azından sağlık durumu

ortaya çıktığında⁸⁶ “kendi gerçeğimizi biz oluştururuz” şeklindeki popüler görüş, kısmen deneysel bir doğrulamaya sahip olabilir.

Öngörülen İlave Mekanizmalar

Sonunda dua ve iyileşmeye dair artan deneysel araştırma ve yarı deneysel çalışmalar, din-sağlık ilişkisi için bütünlük hatırına bahsedilmeyi hak eden sosyo-medikal araştırmaların güncel kavramsal ve yöntemsel sınırlarının ötesine uzanabilecek birkaç ilave olası mekanizma veya yollar önermektedir. 150’den fazla çalışma, çoğu çeşitli türlerin rastgele seçilmiş kontrol edilen denemeleri (RCTs), duanın ve diğer ruhsal iyileşme biçimlerinin etkisi, enerji ile iyileşme, iyileştirici dokunma ve insanlarla sınırlı olmayan bir çeşit biyolojik sistemler üzerinde inceleme yaptı.⁸⁷ Bunlar arasında dikkate değer olan Byrd’nin⁸⁸ hastanede yatan kalp hastaları için yaptığı meşhur uzaktan çift kör dua RCT’sidir. Bu çalışmada, kendilerine dua edilmiş hastaların hastane süreci, çeşitli parametrelere göre (idrar söktürücü kullanımı, antibiyotik kullanımı, kalp ve akciğer krizleri, zatürre gibi) kendilerine dua edilmemiş hastalara nazaran daha iyi geçmiştir. Bu gibi bulgular için, ne yukarıda tartışılan davranışsal ve psikososyal yapılar ne de faydalı bir plasebo (ilaçmış gibi verilen fonksiyonsuz madde) etkisinin mümkünlüğü, makul açıklamalar sunar gibi görünmemektedir. Hafif biyoenerji operasyonu, morfogenetik alanlar, psişik etkiler, lokal olmayan bilinçlilik ile “kutsal” veya doğaüstü etkileri içeren dua ve iyileşme konularındaki bulguları açıklamak için daha sıra dışı olan çeşitli hipotezler önerilmektedir.^{89,90} Ruhsallık, sağlık ve iyileşmeye ilişkili olan bu konular üzerindeki söylev, bütüncü ve alternatif tıp alanındaki konferans ve yayınların belirgin bir özelliği olmaya başlıyor.

db | 463

Buradan Bir Yol

Dinin Kavramsallaştırılması ve Ölçülmesi

Din ve sağlık arasındaki hipotezi kurulmuş ilişkiler yeniden gözden geçirildikten sonra, deneysel araştırmaların (özellikle medikal ve epidemiyolojik araştırma gelenekleri) bazı sınırlıkları daha aşikâr hale gelmektedir. Başlıca problem alanlarından biri, din, dindarlık ve dini bağlılığın kavramsallaştırılması ve ölçülmesidir.^{91,92} Bunlar, 35 yıldan fazla zamandan beri sosyoloji ve psikolojide önemli konular olmuştur.⁹³ Her iki disiplindeki araştırmacılar da dini, davranışlar, tutumlar, inançlar, tecrübeler, değerler vb. den oluşan insan yaşamının karmaşık ve çok boyutlu bir alanı olarak kabul ettiler. Bununla birlikte, klinik tıp, epidemiyoloji, sağlık dav-

ranışları ve sağlık eğitimi, ya da gerontoloji üzerine çalışan çok az miktardaki sağlık araştırmacıları bu gelişmelerden istifade etmişlerdir. Onların din üzerine yapılan sosyal-bilimsel araştırmalara olan yabancılıklarına ek olarak, hem (örn. dinin boyutları veya izah tiplerinin geniş bir alanını kapsayan) geçerliliği olan muhtevaya, hem de aynı zamanda, epidemiyolojik ve klinik araştırmalarla bağdaştırılabilen ve geçerlilikleri orta derecede kabul edilmiş kısa araştırma formlarını içeren az sayıdaki güvenilir araçlara yabancı olmaları da, onlara engel teşkil etmiştir. Üstelik az sayıda araştırmacı, dini bağlılığın kavramsallaştırılması ve ölçülmesi ile ilgili yeni avantajlara dair, dinin sağlıkla teorik olarak yakın ilişkili boyutlarını (örn. dini destek, başa çıkma ve anlam) ifade etmiştir.

Dini bağlılığın davranışsal ve işlevsel yönlerini ayırmanın çok önemli olduğuna inanıyoruz. Çünkü en fazla epidemiyolojik olan veri grupları, ağırlıklı olarak birçok araştırma raporunun odağı olan dinin davranışsal göstergelerini (örn. dini katılımın sıklığı, dua, medya harcamalarını) içermektedir. Yine de, örneğin biz dini katılımın “etkileri” olarak görünen şeyin ne olduğunu bulursak, bu modellerle ilgili bize çok sayıda makul fakat farklı açıklamalar kalmış olur. Yani, dini faaliyetlere daha fazla katılanlar, yukarıda ele alınan mekanizmaların çoğu veya hepsi hatta başka mekanizmalar da sebebiyle daha sağlıklı olabilirler. Onlar, olumlu sağlık davranışları ve düşük stresli bir yaşam tarzından, daha geniş sosyal bağlardan, kilise dayanaklı destek ağlarından yüksek benlik saygısı ve kendine güvenden, etkileyici başa çıkma stratejilerinden olumlu duygulardan, sağlıkla ilgili inançlardan vb. faydalanabilirler. Fakat dinin bu işlevlerinin direk olarak ölçülmünün az olmasından dolayı, genellikle geniş bir biçimde gözlemlenmiş dini katılımın sağlık üzerindeki faydalı etkilerine açıklama getirebilecek bu mekanizmaları görme imkânı yoktur.

Veri sınırlılıklarına dair bu problemler sadece din-sağlık ilişkisi konusundaki bilgimizi kısıtlamakla kalmaz, aynı zamanda bu konuyla ilgili düşüncelerimizi de güçsüzleştirir. Açıkçası, mevcut ikincil veri analizleri sadece ulaşılabılır olan dini göstergelerle devam edebilir; dolayısıyla bunlar hipotezlerin yapılarını ve bulgulara dair tartışmaları etkiler. Davranışla ilgili dini göstergelerin sağlık göstergelerinin öngörücüsü olarak oluşturulmasıyla birlikte, araştırmacılar din-sağlık ilişkisinin boyutlarını daha kesin bir biçimde belirleyebilen birçok zengin işlevsel konuyu hariç tutarak, kendi araçları

içinde sadece “denenmiş-ve-doğru” dini göstergeleri içermesi için çoğunlukla yeni veriler oluşturmayı planlarlar.

Bahsi geçen şey bizim farkına vardığımızdan daha fazla olabilir. Çünkü dini davranışlarla ilgili yaygın bir şekilde kullanılan ölçekler, dinin gerçek anlamda ruh sağlığı ve fiziksel sağlığı etkilemesi yoluyla mekanizmalara hafifçe dokunur ya da hiç dokunmaz, böylece dinin sağlık göstergeleri üzerindeki etkisi daha önce belirttiğimiz gibi bir dereceye kadar karmaşık kalır. Genellikle bu çalışmalarda dini katılım sıklığının ve diğer davranışsal ölçümlerin orta düzey etkileri varken, bizim de din ve sağlıkla direk ilişkili en yakın (işlevsel) mekanizmaların ölçülmesiyle öğrenebileceğimiz faraziye-ler vardır. Gerçek bir tehlike ise, sağlık göstergeleri ile ilgili dini katılım ve mezhepsel etkileri tespit edemeyen araştırmacıların, hatalı bir biçimde, daha sonraki araştırmalar için bereketli bir saha olan dinin bütün alanlarını reddetme konusunda akıllarını çelebilmesidir.

Bu ilgiler, bizim uygun işlevsel göstergeleri geliştirmek ve onaylamak için hızlı bir biçimde hareket etmemizi ve bu ölçümlerin mümkün olduğunca epidemiyolojik ve klinik çalışmaları içermesini gerektirebilir. Allah’tan ki, şu an bu konu tanınıyor ve hem genel hem özel kaynaklardan, bilhassa NIA ve Fetzer Institute’den para yardımı sağlayabiliyor. Onlar işbirliği içerisinde, ruh sağlığı ve fiziksel sağlıkla en fazla ilişkili olan dini bağlılığın boyutlarını kullanmak için, hem uzun hem kısa formda standart bir anket geliştirme işiyle görevlendirilmiş çeşitli akademik disiplinlerde çalışanların oluşturduğu bir grup topladılar. Bu araştırma aracı, kiliseye dayanan destek maddesini, dini başa çıkma (Pargament⁷¹ ve arkadaşlarının geliştirdikleri büyük maddelere dayanır) ve diğer işlevsel ve davranışsal dini maddeleri içermektedir. Bu takımın (anketin) kısa formu NIA ve Fetzer ve bir de 1998’deki Uluslararası Fikir Araştırma Merkezinin Genel Sosyal Anketi tarafından yayılmaktadır.⁹⁴

Alternatif Teorik Modellerin Test Edilmesi

Din-sağlık ilişkisi ile ilgili genel bir araştırma yaklaşımı, sağlık sonuçlarının “belirlenmiş” sosyodemografik, biyolojik, psikososyal ve/veya diğer göstergelerini içeren çok boyutlu bir modelde, bir veya daha fazla dini göstergelyi de ihtiva etmelidir. Böylece, yapılacak yeni ilavelerin bu modelin öngörücü gücünü yükseltip yükseltmeyeceğini tespit edilebilir. Şayet böyle olmazsa, onlar sonraki analizlerden düşürülebilir. Problem şudur: Birçok çalışmada dini göstergeler sadece davranışsaldır (örn. dini katılım sıklığı) ve sağlık

göstergeleri üzerindeki diğer etkiler dolaylı olabilir. Örneğin, yukarıda belirttiğimiz gibi dini katılım, sosyal destek sağlama, benlik saygısını güçlendirme, başa çıkma yanıtları oluşturma, olumlu sağlık davranışlarını cesaretlendirme veya sağlıkla ilgili inançları yükseltme yoluyla faydalı sağlık sonuçlarına sahip olabilir. Şayet araştırmacılar yalnızca temel etkilere odaklanırlar ve söz konusu kompleks ilişkileri tespit etmeyi ihmal ederse, hatalı bir şekilde “din”in sağlık üzerinde küçük bir etkisinin olduğu veya etkisinin olmadığı şeklinde bir sonuca ulaşmaya doğru çekilebilirler. Ve hatta bazı değişkenlerin eklenmesi istatistiksel modellerin uygunluğu ve öngörücü gücünü geliştirdiğinde, sadece direk etkiler üzerine odaklanan araştırmacılar halen daha, dini bağlılığın sağlık ve iyi olma hali üzerindeki toplam etkisini ciddi anlamda küçümseyebilirler.

Din-sağlık ilişkilerini inceleyen bütüncül bir yaklaşım, dini bağlılığın çeşitli boyutlarının sağlık göstergeleri üzerindeki farklı direk ve dolaylı etkilerini tespit eder. Dini bağlılığın hem davranışsal hem de işlevsel boyutlarının tatmin edici bir ölçümü yaygın bir biçimde erişilebilir hale geldiğinde (şu anda olmadığı gibi) bu ilişkiler, hiyerarşik olarak düzenlenmiş regresyon modelleri, analitik teknikler veya belki de hepsinin en iyisi, dini değişkenlerin toplam ve dolaylı etkilerinin resmi analizleri ile birlikte yapısal denge modelleri aracılığıyla tahmin edilebilecektir. Bu ise, araştırmacıların teorik olarak temellendirilmiş alternatif modelleri test etmesine izin verecektir. Önerilen modellerin aşağıda yer alan listesi açıktır fakat kesin olarak detaylı değildir.

1. Koruma: Bu modelde katılım ve dua gibi dini davranışlar ilk olarak dolaylı bir biçimde ve yaşam tarzı seçimleri ile sağlık davranışlarını yönlendirmek suretiyle sağlığa fayda sağlar. Dini bağlılığın davranışsal ve işlevsel yönleri, sağlık göstergeleri üzerinde direk faydalı etkilere sahipken, bu model, büyük faydaların strese maruz kalma ve stres riskinin azalması ile sonuçlanacağını öngörmektedir. Örneğin, diğer faydalı yaşam tarzı seçimleri, aile problemleri, finansal ve yasal zorluklar ile fiziksel sağlık ve ruh sağlığını aşındırabilecek diğer stres verici faktörlerin riskini azaltabilirken, olumlu sağlık davranışları da (örn. sigara veya alkolün kötüye kullanımından kaçınma gibi) bazı tip sağlık problemleri riskini azaltabilir.

2. Strese Neden Olan Durumlara Tepki: Bu modelde, strese neden olan durumlar (örn. ölüm nedeniyle kayıp, aile problemleri hatta temelde yer alan sağlık problemleri) bireylerin dini davranışlarındaki sıklığın artmasına sebep olmaktadır, yani kiliseye gitme,

dua etme veya dini metinleri okuma daha önce yaptıklarından daha sık gerçekleşmektedir. Sıkıntılı süreçler, bireyleri kilise üyelerinden gelecek sosyal desteği harekete geçirmeye ve başa çıkma yöntemi olarak dini inanca dayanmaya yönlendirerek, dini bağlılığın işlevsel yönlerini etkileyebilir. Dinin davranışsal ve işlevsel yönleri birlikte ele alındığında, bunlar sağlık göstergeleri üzerinde olumlu bir etkiye sahip olurlar. Bu, Strese Neden Olan Durumlara Tepki modeli, dini başa çıkma konusunda yazılan argümanlara ve niteliksel bulgulara uygundur.

3. Strese Neden Olan Durumların Etkileri: Strese Neden Olan Durumlara Tepki modelinin aksine Strese Neden Olan Durumların Etkileri modeli, strese neden olan durumların (örn. evlilikle ilgili sıkıntılar, iş kaybı veya sağlık problemleri) bazı dini aktivitelere yönelik cesareti kırdığını ya da bu aktiviteleri önlediğini varsaymaktadır. Bu yıkıcı etki kısmen dini katılımı içerebilir, fakat aynı zamanda özel dini davranış ve dini kimliği de etkileyebilir. Dolayısıyla dindarlıkta düşüş meydana getiren stres verici bu durumlar, kilise üyelerinden destek sağlamayı daha zor hale getirmekte ve farklı koşullarda yararlı sağlık sonuçları ortaya çıkarabilecek diğer dini fonksiyonlara da zarar vermektedir.

4. Arabulucu/Moderatör: Bu model, strese neden olan durumlar, dindarlık ve sağlık arasındaki muhtemel ve etkileşimli ilişkileri göstermektedir. Dini bağlılığın davranışsal ve işlevsel yönlerinin direk bir etkisi varsayılmaz. Daha ziyade bu model, işlevsel yönlere işaret eden göstergelerin (örn. destek, başa çıkma, anlam gibi), esas olarak strese neden olan durumların zararlı etkilerini azaltmak suretiyle birey sağlığına faydalı olacağını varsaymaktadır. Bu modele göre, yüksek seviyede stresle karşılaşan kişiler için dini destek, başa çıkma ve belki diğer boyutların en büyük sağlık getirisi, bunların artırılmasıdır. Daha önce belirttiğimiz gibi, herhangi birisi bu modelin diğer strese neden olan durumlardan daha fazla belli tipte stres verici olay ve durumların (örn. ölüm nedeniyle yaşanan kayıp, sağlık problemleri) içeriği ile ilişkili olmasından kuşkulanabilir. Din, stressiz bireyler arasında daha az olumlu sonuçlara sahip olabilir.

5. Telafi Etme veya Dengeleme Etkileri: Biraz önce tanımlanmış olan arabulucu modelin aksine dengeleme modeli, sağlık göstergelerinden bağımsız olarak dini davranışların ve belki de sağlıkla ilişkili dini fonksiyonların (örn. destek ve anlam) da faydalı etkilere sahip olabileceğini varsaymaktadır. Onların faydalarının stres seviyelerine uygun olduğu ve yararlı etkilerinin, en azından strese ne-

den olan durumların zararlı sonuçlarını telafi ettiği varsayılmaktadır.

Tabii ki bu modellerden herhangi birinin veya hepsinin kesin bir şekilde test edilmesi, yüksek nitelikli panel ve olası verileri gerektirmektedir. Bu şekilde yapılacak deneysel değerlendirmeler, diğer ölçülmemiş değişkenler ya da seçim mekanizmaları sebebiyle, (1) sosyal kategoriler (örn. sosyal sınıf, yaş ve doğduğu toplum) içerisinde yer alan dindar bireylerin farklı mekânlardan olması, (2) tespit edilmemiş sağlık seçimleri veya (3) dinin sağlık üzerindeki görünür etkilerinin suni olabilme ihtimalini de ciddiye almalıdırlar.

Dinin Olumsuz Etkilerini Keşfetme

Bu alternatif modeller listesi, din ve sağlığın ilişkili olabileceğine yönelik olası yolları tüketmemektedir. Beş modelin her biri, dinin büyük bir oranda olumlu etkilere sahip olduğu, yani dini katılım, tecrübe, inanç ve değerlerin sağlık göstergeleri üzerinde büyük oranda faydalı etkilere sahip olduğu şeklindeki yukarıdaki varsayımı desteklemiştir. Fakat daha önce belirttiğimiz gibi, bazı disiplinlerde (örn. psikoloji) tam olarak karşıt görüşler de varsayılmıştır. Üstelik dinle ilişkili epidemiyolojik bulgular, bazı çevrelerde önemli ölçüde yanlış yorumlanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı popülasyon seviyelerinin koruyucu etkileri, (1) dinin herkesin sağlığına fayda vereceği, (2) insanların sağlığını en üst seviyeye çıkaracağı, (3) dinin sağlık üzerinde zararlı ve önemsiz etkiler ortaya koyacağına dair çok az bir kanıtın olduğu veya (4) dinin sağlık için iyi olduğunu ve net bir şekilde insanlara faydalı olduğunu kesin olarak bildiğimiz anlamlarına gelmemektedir. Var olan bulgular basit bir biçimde bize, dindar olarak tanımlanan bazı toplumsal gruplardaki hastalık ve ölüm oranlarının, “diğer herkes”ten ya da dindar olmayan veya az dindar olan insanların oluşturduğu gruplardan ortalama olarak daha düşük olduğunu söylemektedir. Bu, sebeplere dayanan hastalıklar da dâhil, hastalıktan korumaya yönelik olası bir çıkarımda bulunan, kendi sınırlarında potansiyel olarak önemli bir bulgudur. Yine de ileri düzeydeki yorumların, sağlık ve iyileşme konusunda Tanrı'nın yeri, iman ve maneviyat hakkındaki gerçekçi olmayan faraziyeleri elemek konusunda cesareti kırılmış olabilir.³⁰

Birinci aşamada, tıbbi ve sosyal bilimlerde bir şüphecilik ve düşmanlığın olması, araştırmacıların niçin özellikle olumlu dini etkilere odaklandıklarını anlamayı kolaylaştırır. Bununla birlikte araştırmacılar şimdi zorluklarla ve üç misli bir görevle yüz yüze gelmiştir: (1) din adına amigoluk yapıyor gibi görünmekten kaçınmaktır;

ki bu sebeple bizler mezhebe bağlı olmayan bir kesime yönelik araştırma ve bulgularımızı tasarlamaya dikkat etmeliyiz; (2) girişimin bilimsel güvenilirliğini tehdit etmek suretiyle popüler medyanın tepkileri çarpıtın ve bilimsel araştırmaların sonuçlarını abartan sonuçlarına karşın saygıdeğer düzelticileri öne sürmek³⁰; (3) bazıları dini inanç ve pratiklerin belli göstergelerinin zararlı etkilerine yer verdikleri (açık bir şekilde rapor ettikleri) için, dinin çok yönlü rolüne dair dengeli bir açıklama yapmaya gayret etmek.

Bu tarz gelecek vadeden araştırma örnekleri, araştırma literatüründe hala mevcuttur. Örneğin, Pargament ve öğrencileri,^{75,76} oldukça olumlu sonuçlar ortaya çıkaran bazı başa çıkma tarzları (örn. kutsal öteki ile işbirliği içerisinde başa çıkma) tanımlarken, diğer başa çıkma tarzlarının da (örn. pasif bir biçimde sorumluluğu terk ederek sorunun çözümü için tamamıyla kutsal müdahaleye bağlı olmak) sağlıkla ilişkili patolojik sonuçlar ortaya çıkardığını buldular.⁷¹ Uyumsuz başa çıkma yanıtları (örn. özel stresli durumların nitelik ve gereksinimleri ile yetersiz bir biçimde eşleşen yanıtlar) kısmen yıkıcı olabilir. Pargament ve arkadaşları⁹⁵, “haklı öfke” ve kutsal intikam ile kutsal terk edilme duygusu için dualara odaklanan diğer verimsiz ve zarar verici dini başa çıkma yanıtlarını da belgelediler.

Bazı bulgular, Ortodoks Hıristiyan dininin geniş psikolojik eleştirileri ile uyumludur. Eleştirmenlerin temel şikâyetleri arasında, ilk günaha ve her şeye gücü yeten, her şeyi bilen bir ilaha inanmanın benlik saygısını aşındırabileceği, dikkati verimli problem çözme ve duyguları yönetmekten başka bir yöne çevirebileceği iddiası bulunmaktadır. Benzer bir temayı da dinlersek, Watson ve arkadaşları⁶³ üniversite öğrencileri örneklemini üzerindeki çalışmada, ilk günaha inanmanın benlik saygısı ile ters yönlü ilişkili olduğu, fakat bu sonuçların kutsal nezaket ve affetmeye duyulan inanç (ya da idrak) tarafından dengelendiği verileri analiz ettiler. Aynı şekilde, diğer dini dünya görüşleri de özel kişilik tarzları ve davranış örnekleri ile uyum içerisinde olabilir, bunun ise dinden bağımsız bir biçimde sağlığa etki ettiği bilinmektedir.⁹⁶ Örneğin, bazı gözlemciler Weber’in “Protestan ahlakı” ve A Tipi davranışın tanımındaki benzerliklere işaret ederler.⁹⁷

Daha önce öne sürdüğümüz gibi, dini cemaatler içerisindeki sosyal baskı, sağlıksız bir yaşam tarzına maruz kalma riskini azaltabilir. Bununla birlikte, bu sosyal normlar ve baskıların, bazı strese neden olan durumlar meydana geldiğinde (örneğin olay ve durum-

ların sorumluluğunu, bağlam ve diğer faktörlerin etkileşimindense bireylerin sorunlu karakterine atfederek onları “günah” olarak ifade etmek), onların olumsuz sonuçlarını artırabilmesi de mümkündür.³³ Özellikle bu şekilde ifade edilmiş sonuçlar, (1) suçluluk ve utanma duygusunu artırarak, yeterlilik, kendine güven ve iyimserlik duygularını aşındırarak, bireylerin dikkatini daha üretici başa çıkma yöntemlerinden başka tarafa çekerek (örn. aşırı endişe yoluyla) ve (2) toplumsal desteğin geri çekilmesini öngörerek ya da kapalı bir biçimde buna göz yumarak, sağlığı olumsuz bir şekilde etkileyebilir.^{98,99}

Daha az etkili olan bir biçimde dini cemaatler, desteğin olduğu kadar stresin de kaynağı olabilirler. Bazı dini gruplar, zaman, enerji, para ve diğer değerli kaynaklarla birlikte potansiyel olarak daha yüksek maliyetli aile, iş ve diğer boş zaman aktivitelerinden önemli bir yatırım yapılmasını isteyen “muhteris kurumlar”dır. Cemaatle ilgili çatışmalar (örn. rahipler, mali durum, ilkeler, teolojik konular veya aynı dinden olan bireyler arasındaki tartışmalara arabuluculuk girişimleri) onlara zarar verebilir.¹⁰⁰ Üstelik, seçilen umutlar ve idealize edilen aile yaşamı, maneviyat, ahlaki ve etik değerler nosyonuna uygun yaşama isteği ile birlikte, bazı cemaatler arasındaki dedikodular, peşin hükümlü tutumlar, bazı bireyler için strese neden olabilir. Bu ihtimaller, gerontoloji literatüründe yer alan olumsuz destek ve olumsuz etkileşim konusundaki yeni tartışmalarla iyice birleştirilmiştir.^{100,102} Dini bağlılığın potansiyel olarak arzu edilmeyen bu ve benzeri sonuçları, gelecekteki incelemeleri açık bir şekilde hak etmiştir.¹⁰³

470 | db

Sosyodemografik Alt Grup Değişkenleri

Şimdi din ve sağlık araştırmalarında sıklıkla ihmal edilen bir diğer konuya geçelim: bağlantılı veya etkileşim içerisinde olan ilişkiler olasılığına. Daha önce farklı popülasyon örneklemelerinde dinin faydalarına dair kanıtların bulunduğunu not etmemize rağmen, bu durum, söz konusu etkilerin bütün sosyal gruplarda eşit olduğu anlamına gelmez. Din, farklı popülasyonlar için (örn. cinsiyet, ırk/etnik uzantılar, sosyal sınıflar, yaş grupları arasında) sağlık göstergelerinin biçimlendirilmesinde farklı bir şekilde “iş görebilir”.

Literatürde hala az sayıda anlamlı rastlantısal model örnekleri bulunmaktadır. Araştırmadaki sonuçlara ve örnekleme bağlı olarak din, Afrikalı Amerikalılarda, yakın yaşlardaki beyazlardan daha fazla veya daha az önemli olabilir. Afrikalı Amerikan toplumu içerisinde din, Güneyli olmayanlardan ziyade Güneyliler için sağlıklı

ilgili sonuçların zayıf bir göstergesi de olabilir.^{29,104,105} Afrikalı Amerikalıların özellikle de siyah Güneylilerin, diğer bireylere oranla daha yüksek bir dini bağlılığa (özellikle kilise katılımı) sahip olmasına rağmen ya da bunun nedeniyle, durum bu şekildedir. Bu kısmen metodolojik bir ikilemdir: Bağımsız değişkenler alanı sınırlandırıldığında ve kabaca kategorize edildiğinde (örn. katılım sıklığı), daha da fazlası dindar popülasyon da bağımsız değişkenlerdeki bir ayrılma ile sınırlandırıldığında, dinin “etkilerinin” farkına varmak zordur. Güneyde ikamet eden yaşlılar (hem beyaz hem siyah) gibi diğer toplumlarda da bunun bir problem olabileceğini kaydetmiştik. Fakat bu müstakil bir problemdir, çünkü dini katılımı ilişkili olan kültürel anlamlar, bu toplumlar arasında değişiklik gösterebilir. Örneğin, dini bağlılık -özellikle de kilise katılımı- Afrikalı Amerikalıların, özellikle de kırsal Güney’in yaşamı ile derin bir şekilde bütünleşmiştir.¹⁰⁴ Gerçekten de, kilise katılımı bazı Afrikalı Amerikan örneklerinde neredeyse yaygın hale gelmiştir ve katılımın ne kadar sıklıkta olacağına dair kararlar ise sosyal beklentilerden, toplumsal ortamdan ve aynı zamanda kişisel dini motivasyonlardan etkilenebilir.

Ruh sağlığı göstergeleri ile ilgili modellerde dinin “etkilerini” saptamada ara sıra meydana gelen başarısızlık, bu bölgedeki Afrikalı Amerikalıların bireysel veya toplumsal yaşamlarında, kiliselerin önemli olmadığı anlamına gelir mi? Kesinlikle hayır. Fakat bu durum, cemaatsel bağlanmanın modellerine dair “doğru” dağılımı yakalamayı ve sağlık ile iyi olma hali için en iyi belirteç olan cemaat yaşantılarının özelliklerini belirlemeyi amaç edinmiş alternatif ölçüm şekillerinin lehine olabilir. Açıkçası, dini katılımın çeşitli tarzları ile ilişkili olan ve halk dindarlığı alanında bireylerin kararlarına rehberlik eden normlardaki kültürel farklılıkların, diğer faktörlerle birlikte dikkate alınması gerekir.

Son dönemde dinin sağlık üzerindeki olası etkilerine dair diğer örneklerle özet olarak değinen birkaç araştırma, dini bağlılığın (özellikle dua, başa çıkma ve dini anlamda belirlilik) faydalarının en fazla, düşük seviyede eğitime sahip olan bireylerde ortaya çıktığını rapor ettiler. Bu genel model, ulusal bir popülasyonda^{26,28} kesitsel örneklem üzerinde yapılan psikolojik iyi olma hali ile ilgili araştırmalarda (örn. mutluluk, yaşam doyumu ve ilişkili sonuçlar), ABD’deki yaşlı bireyler⁶⁴ arasındaki benlik saygısı ile ilgili araştırmalarda ve yaşlı bireyler üzerinde yapılacak ulusal bir panel araştırmadaki¹⁰⁶ ölüm riski konusundaki çalışmada gün yüzüne çıkmak-

tadır. Dini semboller ve inançlar, anlam ve ahenk duygusunu oluşturan birçok araçtan ve aynı şekilde stres veren olay ve durumlara uyum sağlamanın çeşitli kaynaklarından yalnızca birini sunar. “Sembolik kodlarla sınırlanmış” ve belki de diğer kaynaklarla sınırlı bireyler için dini inanç, özellikle günlük tecrübeleri ve büyük yaşam olaylarını yorumlamak için ikna edici bir çerçeve sunabilir.²⁸ Din ile ilgili değişkenleri ve eğitim seviyelerini içeren etkileşimli sonuçlar, diğer sağlıkla ilişkili sonuçlarla kesin bir biçimde bağlantılı olarak bulunmamıştır. Fakat bu ve diğer muhtemel ilişkiler, gelecekte yapılacak çalışmalar için önemli bir dikkati hak etmektedir.

Diğer Metodolojik Konular

Yukarda özetlenen çoğunlukla teorik ve önemli ilgi alanlarını belirtme gereksinimi duyduk. Bunlara ilaveten, din ve sağlık konularıyla ilgilenen araştırmacılar için birçok metodolojik konuya odaklanmak da önemli bir hale gelecektir. İlk olarak gelecekteki araştırmalar, dinin hastalık ve ölüm üzerindeki etkilerinin, özel hastalık ve rahatsızlıklara karşı değişiklik gösterebilir olma durumuna karşı hassas olmalıdır. Şimdilerde, kısmen davranışsal ve işlevsel dini alanlar ile çeşitli ruh sağlığı ve fiziksel sağlık göstergeleri arasındaki ilişkilerin anlamlı bir resminden yoksunuz. Üstelik sosyal destekteki gibi, dini destek, başa çıkma ve dini bağlılığın diğer yönlerinin rolü(leri), henüz çok anlaşılmayan yollarla hastalık ve engelliliğin doğal seyri ve biçimini değiştirebilir. Dini bağlılığın çeşitli yönlerinin özel bazı hastalıkları azaltmadaki rolü ile onların tedavisi ve bu özel hastalıkların, rahatsızlıkların iyileşmesindeki rolü arasındaki ayrım önemli bir hale gelecektir. Ayrıca, ruh sağlığı, fiziksel sağlık ve hastalıkla ilgili şekillendirici bir model içerisinde dinin rolünü daha tam bir biçimde anlamak için, dini davranış ve fonksiyonların (örn. destek ve başa çıkma) seküler benzerleriyle karşılaştırılması önemli bir hale gelecektir. Açıkçası, bu alanlardaki dikkatli bir inceleme, daha yüksek kalitedeki zengin verileri gerektirecektir. Çok dalgalı olan veriler ideal olabilir, çünkü iki panel veri bile, dini bağlılık ve sağlık arasındaki ilişkilere göre gelişen karmaşık ve kompleks teorik argümanları test etmek için yeterli değildir.

Üstelik din ve sağlık alanlarındaki çalışmalarda elde edilen nitel verilerin yararlılığı göz ardı edilmemelidir. Çünkü biz hala, maneviyat, dini başa çıkma tarzları ve diğer yapılarındaki ölçümleri doğrulamak için, çeşitli sağlık göstergelerini şekillendiren dinin de içerisinde olduğu çok yönlü ve kompleks yöntemleri aydınlatmada hayati bir öneme sahip olan derinlikli mülakatlar ve odak gruplar

üzerinde çalışıyoruz. Bu araştırma biçiminin yeni ve mükemmel bir örneğinde Idler,⁶⁹ dinin engelli bireylere, kendilerini fiziksel açıdan tanımlamalarının (örn. fiziksel kabiliyet ve başarılar) önemini azaltmak ve şahsi kimliğin diğer yönlerinin farkındalığını artırmak suretiyle, onların “benlik algılarını” değiştirmede yardımcı olması gibi, çok sayıda önemli yöntemi tanımlamak için özenli bir nitel veri kullanmıştır. Bu tarz çok sayıda çalışma, dinin etkilerinin zengin bir tasvirini ortaya çıkarabilir ve anlaşılır sebeplerden ötürü din-sağlık ilişkisi literatürüne hâkim olan epidemiyolojik çalışmaları (bu makalenin başka bir yerinde değinilmişti) iyi bir şekilde tamamlayabilir.

Kaynaklar

1. Chopra D: *Perfect Health: The Complete Mind/Body Guide*. New York, Harmony Books, 1991.
2. Dossey L: *Healing Words: The Power of Prayer and the Practice of Medicine*. San Francisco, Harper, 1993.
3. Benson H: *Timeless Healing: The Power and Biology of Belief*. New York, Scribners, 1996
4. Wallis C: Faith and healing (and related articles). *Time*, June 24,1996, pp. 58-68.
5. Jarvis GK, Northcott HC: Religion and differences in morbidity and mortality. *Soc Sci Med* 25:813-824, 1987.
6. Levin JS, SchillerPL: Is there a religious factor in health? *J Religion Health* 26:9-36,1987.
7. Levin JS, Vanderpool HY: Is frequent religious attendance really conducive to better health? Toward an epidemiology of religion. *Soc Sci Med* 24:589-600, 1987.
8. Levin IS, Vanderpool HY: Is religion therapeutically significant for hypertension? *Soc Sci Med* 29:69-78, 1989.
9. Troyer H: Review of cancer among four religious sects: Evidence that lifestyles are distinctive sets of risk factors. *Soc Sci Med* 26:1007-1017, 1988.
10. Levin JS, Chatters LM, Ellison CG, Taylor RJ: Religious involvement, health outcomes, and public health practice. *Current Issues Public Health* 2:220-225, 1996.
11. Oxman TE, Freeman DH, Manheimer ED: Lack of social participation or religious strength and comfort as risk factors for death after cardiac surgery in the elderly. *Psychosomatic Med* 57:5-15, 1995.
12. Strawbridge WJ, Cohen RD, Shema SJ, Kaplan GA: Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. *Am J Public Health* 87:957-961, 1997.
13. Hummer R, Rogers R, Nam C, Ellison CG: Religious attendance and mortality in the US adult population. *Demography*, in press.
14. Idler EL, Kasl SV: Religion, disability, depression, and the timing of death. *Am J Sociology* 97:1052-1079, 1992.
15. Ellis AL: *Reason and Emotion in Psychotherapy*. Secaucus, NJ, Lyle Stuart, 1992.
16. Branden N: *The Six Pillars of Self-Esteem*. New York, Bantam, 1994.

17. Stark R: Psychopathology and religious commitment. *Rev Religious Res* 12:165-176, 1970.
18. Bergin AE: Religiosity and mental health: A critical reevaluation and meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice* 14:170-184, 1983.
19. Gartner JD, Larson DB, Allen GD: Religious commitment and mental health: A review of the empirical literature. *J Psychology Theology* 19:6-25, 1991.
20. Koenig HG: *Aging and God: Spiritual Pathways to Mental Health in Midlife and Later Years*. New York, Haworth, 1994.
21. Larson DB, Sherill KA, Lyons JS, Craigie FC, Thielman SB, Greenwald MA, Larson SS: Associations between dimensions of religious commitment and mental health reported in the *American Journal of Psychiatry* and the *Archives of General Psychiatry*: 1978-1989. *Am J Psychiatry* 149:557-559, 1992.
22. Levin JS, Markides KS, Ray LA: Religious attendance and psychological well-being in Mexican Americans: A panel analysis of three-generations data. *The Gerontologist* 36:454-463, 1996.
23. Ellison CG, Levin IS, Taylor RJ, Chatters LM: *Religious Involvement and Psychological Distress in a National Panel Study of African Americans*. Paper presented at the joint meetings of the Society for the Scientific Study of Religion and the Religious Research Association, San Diego, November 8-10, 1997.
24. Witter RA, Stock WA, Okun MA, Haring MJ: Religion and subjective well-being in adulthood: A quantitative synthesis. *Rev Religious Res* 26:332-342, 1985.
25. Levin IS: Religious research in gerontology, 1980-1994: A systematic review. *J Religious Gerontology* 10(3):3-31, 1997.
26. Pollner M: Divine relations, social relations, and well-being. *J Health Soc Behav* 30:92-104, 1989.
27. Levin JS, Chatters LM, Taylor RJ: Religious effects on health status and life satisfaction among black Americans. *J Gerontology: Soc Sci* 50B:S154-S163, 1995.
28. Ellison CG: Religious involvement and subjective well-being. *J Health Soc Behav* 32:80-99, 1991.
29. Thomas ME, Holmes, BJ: Determinants of satisfaction for blacks and whites. *Sociological Q* 33:459-472, 1992.
30. Levin JS: How religion influences morbidity and health: Reflections on natural history, salutogenesis and host resistance. *Soc Sci Med* 43:849-864, 1996.
31. Idler EL: Religious involvement and the health of the elderly: Some hypotheses and an initial test. *Social Forces* 66:226-238, 1987.
32. McIntosh D, Spilka B: Religion and physical health: The role of personal faith and control beliefs. *Res Soc Scientific Study Religion* 2:167-194, 1990.
33. Ellison CG: Religion, the life stress paradigm, and the study of depression, in Levin JS (ed.): *Religion in Aging and Health: Theoretical Foundations and Methodological Frontiers*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1994, pp. 78-121.
34. Cochran JK, Beeghly L, Bock EW: Religiosity and alcohol behavior: An exploration of reference group theory. *Sociological Forum* 3:256-276, 1988.
35. Koenig HG, George LK, Meador KG, Blazer DG, Ford SM: Religious practices and alcoholism in a Southern adult population. *Hospital Community Psychiatry* 45:225-231, 1994.
36. Gardner JW, Sanborn JS, Slattery ML: Behavioral factors explaining the low risk for cervical cancer in Utah Mormon women. *Epidemiology* 6:187-189, 1995.
37. Mechanic D: Promoting health. *Society*, January-February, 1990, pp. 16-22.
38. Ellis L: Religiosity and criminality: Evidence and explanations of complex relationships. *Sociological Perspectives* 28:501-520, 1985.
39. Stark R: Religion as context: Hellfire and delinquency one more time. *Sociology of Religion* 57:163-173, 1996.

40. Heaton TB, Pratt EL: The effects of religious homogamy on marital satisfaction and stability. *J Fam Issues* 11: 191-207, 1990.
41. Lehrer EL, Chiswick CU: Religion as a determinant of marital stability. *Demography* 30:385-404, 1993,
42. Grasmick HG, Bursik RJ, Cochran JK: Render unto Caesar what is Caesar's: Religiosity and taxpayers' inclinations to cheat. *Sociological Q* 32:251-266, 1991.
43. Cohen S, Wills TA: Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bull* 98:310-357, 1985.
44. Quick JD, Nelson DL, Matuszek PA, Whittington JL, Quick JC: Social support, secure attachments, and health, in Cooper CL (ed.): *Handbook of Stress, Medicine, and Health*. Boca Raton, FL, CRC Press, 1996.
45. Williams DR, Larson DB, Buckler RE, Heckmann RC, Pyle CM: Religion and psychological distress in a community sample. *Soc Sci Med* 32:1257-1262, 1991.
46. Ellison CG, George LK: Religious involvement, social ties, and social support in a Southeastern community. *J Scientific Study Religion* 33:46-61, 1994.
47. Bradley DE: Religious involvement and social resources: Evidence from the data set "Americans Changing Lives." *J Scientific Study Religion* 34:259-267, 1995.
48. Chaves M, Higgins LH: Comparing the community involvement of black and white congregations. *J Scientific Study Religion* 31:425-440, 1992.
49. Caldwell CH, Greene AD, Billingsley A: The black church as a family support system: Instrumental and expressive functions. *National J Sociology* 6:21-440, 1992.
50. Eng E, Hatch J, Callan A: Institutionalizing social support through the church and into the community. *Health Educ Q* 12:81-92,1985.
51. Kumanyika SK, Charleston JB: Lose weight and win: A church-based weight loss program for blood pressure control among black women. *Patient Educ Counseling* 19:19-32, 1992.
52. Thomas SB, Quinn SC, Billingsley A, Caldwell C: The characteristics of Northern black churches with community health outreach programs. *Am J Public Health* 84:575-579,1994.
53. Veroff J, Kulka RA, Douvan E: *Mental Health in America: Patterns of Help-Seeking From 1957 to 1976*. New York, Basic Books, 1981.
54. Chalfant HP, Heller PL, Roberts A, Briones D, Aguirre-Hochbaum S, Farr W: The clergy as a resource for those encountering psychological distress. *Rev Religious Res* 31:305-313, 1990.
55. Kimble MA: Pastoral care, in Kimble MA, McFadden SH, Ellor JW, Seeber JJ (eds.): *Aging, Spirituality and Religion: A Handbook*. Minneapolis, Fortress, 1995, pp. 131-147.
56. Maton KI: Patterns and psychological correlates of material support within a religious setting: The bidirectional support hypothesis. *Am J Community Psychology* 15:185-207, 1987.
57. Taylor RJ, Chatters LM: Church members as a source of informal social support. *Rev Religious Res* 30:193-202, 1988.
58. Maton KI: Community settings as buffers of life stress? Highly supportive churches, mutual help groups, and senior centers. *Am J Community Psychology* 17:203-232, 1989.
59. Wuthnow R: *Sharing the Journey: Support Groups and America's New Quest for Community*. New York, Free Press, 1994.
60. Jacobson DE: The cultural context of social support and social networks. *MedAnthropology Q* 1:42-67, 1987.
61. Mirowsky J, Ross C: Social patterns of distress. *A Rev Sociology* 12:23-45, 1986.
62. Lin N, Ensel WM: Life stress and health: Stressors and resources. *Am Sociological Rev* 54:382-399, 1989.

63. Watson PJ, Morris RJ, Hood RW: Sin and self-functioning, part 1: Grace, guilt, and self consciousness. *J Psychology Theology* 16:254-269, 1988.
64. Krause N: Religiosity and self-esteem among older adults. *J Gerontology: Psychological Sci* 50:P236-P246, 1995.
65. Krause N, Tran TV: Stress and religious involvement among older blacks. *J Gerontology: Soc Sci* 44:4-13, 1989.
66. Ellison CG: Religious involvement and self-perception among black Americans. *Social Forces* 71:1027-1055, 1993.
67. Poloma MM, Gallup G: *Varieties of Prayer: A Survey Report*. Philadelphia, Trinity Press International, 1991.
68. Pargamen71 KI, Silverman W, Johnson S, Echemendia R, Snyder S: The psychosocial climate of religious congregations. *Am J Community Psychology* 11:351-383, 1983,
69. Idler EL: Religion, health, and non-physical senses of self. *Social Forces* 74:683-704,1995.
70. Lazarus RS, Launier R: Stress-related transactions between person and environment, in Pervin L, Lewis M (eds.): *Perspectives in Interactional Psychology*. New York, Plenum, 1978, pp. 287-327.
71. Pargamen71 KI: *The Psychology of Religion and Coping*. New York, Guilford, 1997.
72. Ellison CG, Taylor RJ: Turning to prayer: Social and situational antecedents of religious Coping among African Americans. *Rev Religious Res* 38:111-131, 1996.
73. Mattlin JA, Wethington E, Kessler RC: Situational determinants of coping and coping effectiveness. *J Health Soc Behav* 31:103-122, 1990.
74. Foley DP: Eleven interpretations of personal suffering. *J Religion Health* 27:321-328,1988.
75. Pargamen71 KI, Kennell J, Hathaway W, Grevengood N, Newman J, Jones W: Religion and the problem-solving process: Three styles of religious coping. *J Scientific Study Religion* 27:90-104,1988.
76. Pargamen71 KI, Ensing DS, Falgout K, Olsen H, Reilly B, Van Haitsma K, Warren]?:- God help me: (I) Religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. *Am J Community Psychology* 18:793-824, 1990.
77. Kaplan BH, Monroe-Blum H, Blazer DG: Religion, health, and forgiveness: Traditions and challenges, in Levin JS (ed.): *Religion in Aging and Health: Theoretical Foundations and Methodological Frontiers*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1994, pp. 52-77.
78. Ader R, Felten DL, Cohen N (eds.): *Psychoneuroimmunology* (2nd ed.). San Diego, Academic Press, 1991.
79. Rossi EL: *The Psychobiology of Mind-Body Healing: New Concepts in Therapeutic Hypnosis* (Rev. ed.). New York, Norton, 1993.
80. Griffith EH, Young J, Smith D: An analysis of the therapeutic elements in a black church service. *Hospital Community Psychiatry* 35:464-469, 1984.
81. Gritzmacher SA, Bolton B, Dana RH: Psychological characteristics of Pentecostals: A literature review and psychodynamic synthesis. *J Psychology Theology* 16:233-245, 1988.
82. Levin JS, Wickramasekera 1, Hirshberg C: Is religiousness a correlate of absorption? Implications for psychophysiology, coping, and morbidity. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, in press.
83. Taylor SE: *Positive Illusions: Creative Self-Deception and the Healthy Mind*. New York, Basic Books, 1989.
84. Sethi S, Seligman MEP: The hope of fundamentalists. *Psychological Sci* 5:58-59, 1994.

85. Koenig HG: Religion and hope for the disabled elder, in Levin JS (ed.): *Religion in Aging and Health: Theoretical Foundations and Methodological Frontiers*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1994, pp. 18-51,
86. Hay LL: *Heal Your Body: The Mental Causes for Physical Illness and the Metaphysical Way to Overcome Them* (Rev. ed.). Carson, CA, Hay House, 1984.
87. Benor DJ: *Healing Research: Holistic Energy Medicine and Spirituality: Vol. 1. Research in Healing*. Munich, Germany, Helix, 1992.
88. Byrd RC: Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population. *Southern Med J* 81:826-829, 1988.
89. Levin JS: How prayer heals: A theoretical model. *Alternative Therapies Health Med* 2:66-73, 1996.
90. Levin JS: Religion and health: Is there an association, is it valid, and is it causal? *Soc Sci Med* 38:1475-1482, 1994.
91. Krause N: Measuring religiosity in later life. *Res Aging* 15:170-197, 1993.
92. Williams DR: The measurement of religion in epidemiologic studies: Problems and prospects, in Levin JS (ed.): *Religion in Aging and Health: Theoretical Foundations and Methodological Frontiers*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1994, pp. 125-148.
93. Levin JS, Taylor RJ, Chatters LM: A multidimensional measure of religious involvement for African Americans. *Sociological Q* 36:157-173, 1995.
94. Idler EL, Ellison CG, George LK, Krause N, Levin JS, Ory M, Pargament KI, Powell L, Williams DR, Underwood-Gordon L: *National Institute on Aging/Fetzer Institute Working Group Brief Measure of Religiousness and Spirituality: Conceptual Development*. Unpublished manuscript, 1997.
95. Pargament KI, Ishler K, Dubow EF, Stanik P, Rouiller R, Crowe P, Cullman EP, Albert M, Royster BJ: Methods of religious coping with the Gulf War: Cross-sectional and longitudinal analyses. *J Scientific Study Religion* 3 3:347-361, 1994.
96. Kaplan BH: A note on religious beliefs and coronary heart disease. *J South Carolina Med Assoc* 15(suppl. 5):60-64, 1976.
97. Fumham A: The Protestant work ethic and Type A behaviour: A pilot study. *Psychological Reports* 66:323-328, 1990.
98. Sorenson AM, Grindstaff CF, Turner RJ: Religious involvement among unmarried adolescent mothers: A source of emotional support? *Sociology Religion* 56:71-81, 1995.
99. Strawbridge WJ, Shema SJ, Cohen RD, Roberts RE, Kaplan GA: Religiosity buffers effects of some stressors on depression but exacerbates others. *J Gerontology: Social Sciences* 53B:S I 18-S 126, 1998.
100. McNeilly MD, Anderson NB, Bodo D, Musick MA, Efland J, Baughman J, Toth P, Williams RB: *Culturally Sensitive Instruments to Measure Perceptions of Racism, Stress, and Social Support*. Paper presented at the annual meeting of the Gerontological Society of America, Washington, DC, November 1996.
101. Krause N: Negative interactions and satisfaction with social support among older adults. *J Gerontology: Psychological Sci* 50:P59-P73, 1995.
102. Rook KS: Positive and negative social exchanges: Weighing their effects in later life. *J Gerontology: Soc Sci* 52:S 167-S 169, 1997.
103. Krause N, Ellison CG, Wulff KM: Church-based emotional support, negative interaction, and psychological well-being: Findings from a national survey of Presbyterians. *J Scientific Study Religion* 37(4), forthcoming.
104. Ellison CG: Race, religious involvement, and depressive symptomatology in a Southeastern US community. *Soc Sci Med* 40:1561-1572, 1995.
105. Musick MA: Religion and subjective health among black and white elders. *J Health Soc Behav* 37:221-237, 1996.

106. Krause N: Stressors in highly valued roles, religious coping, and mortality. *Psychology Aging* 13:242-255, 1998.
107. Antonovsky A: *Unraveling the Mystery of Health*. San Francisco, Jossey-Bass, 1987.
108. Jacobson DE: Types and timing of social support. *J Health Soc Behav* 27:250-264, 1986.
109. Idler EL, Kasl SV: Religion among disabled and nondisabled persons 11: Attendance at religious services as a predictor of the course of disability. *J Gerontology: Soc Sci* 52B:S306-S316, 1997

