

T.C.
AMASYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
FELSEFE VE DİN BİLİMLERİ ANA BİLİM DALI
DİN PSİKOLOJİSİ BİLİM DALI

DİYABET HASTALARINDA DİNİ EĞİLİMLERE PSİKOLOJİK BİR
YAKLAŞIM

Yüksek Lisans Tezi

ELİF FİLİK PARMAKSIZ

AMASYA

Temmuz/2022

T. C.
AMASYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
FELSEFE VE DİN BİLİMLERİ ANA BİLİM DALI
DİN PSİKOLOJİSİ BİLİM DALI

DİYABET HASTALARINDA DİNİ EĞİLİMLERE PSİKOLOJİK BİR
YAKLAŞIM

Hazırlayan
ELİF FİLİK PARMAKSIZ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Halil APAYDIN

AMASYA-2022

ETİK BEYAN

Tezimin içerdiki yenilik ve sonuçları başka bir yerden almadığımı ve bu tezi AÜ Sosyal Bilimler Enstitüsünden başka bir bilim kuruluşuna akademik gaye ve unvan almak amacıyla vermediğimi; tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada kullanılan her türlü kaynağa eksiksiz atıf yapıldığını, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksinin ortaya çıkması durumunda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim. 18/ 07/2022

İmza

Elif FİLİK PARMAKSIZ

TEZ ONAY SAYFASI

Elif FİLİK PARMAKSIZ tarafından hazırlanan “Diyabet Hastalarında Dini Eğilimlere Psikolojik Bir Yaklaşım” başlıklı bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından oy birliği/oy çokluğu ile 18/07/2022 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda Amasya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Ana Bilim Dalı Din Psikolojisi Bilim Dalı’nda Yüksek Lisans Tezi kabul edilmiştir.

Jüri

Danışman: Prof. Dr. Halil Apaydın

Üye:

Üye:

Üye:

İmza

ONAY

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım. / /

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

Doç. Dr. Nevzat AYDIN

ÖZET

DİYABET HASTALARINDA DİNİ EĞİLİMLERE PSİKOLOJİK BİR YAKLAŞIM

Elif FİLİK PARMAKSIZ

Amasya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü

Felsefe ve Din Bilimleri Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans, Temmuz/2022

Danışman: Prof. Dr. Halil APAYDIN

Kronik hastalıklar, bireylerde fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlara neden olan ve aynı zamanda uzun süreli tedavi ve bakım gerektiren hastalıklardır. Kronik hastalıklardan biri olan diyabet dünyada ve ülkemizde çok yaygındır. Diyabet, vücutta insülin hormonunun eksikliği nedeniyle hiperglisemi ile teşhis edilen, metabolik ve endokrin hastalıktır.

İnsan hayatını birçok yönden olumsuz etkileyen diyabet hastalığı; bireyde stres, kaygı, depresyon gibi psikolojik sorunlara yol açmaktadır. Birey, yaşam kalitesini yükseltmek için, diyabetin stresli durumu altında, sıkıntılarla baş etmeye çalışarak Tanrı'ya sığınma ve dini eğilimlere yönelme ile çözüm aramaktadır. Çünkü yaşadığı olumsuz olayla kendisinin baş edemeyeceğini anlayan birey yardım arar.

Oysa diyabet hastalarına ilişkin yapılan çalışmaların çoğu hastalığın gidişatı üzerinedir. Nitekim yapılan çalışmalar, tanı ve tedavi yöntemlerinde büyük ilerlemeler olmasına rağmen, hedeflenen kan şekeri değerlerine ulaşılmaması nedeniyle farklı tedavi yöntemlerine başvurulmasını göstermektedir. Bu bağlamda yapısı gereği bir dine inanmaya ihtiyaç, diyabet hastalarının fiziksel sağlıklarının yanında, psikolojik sağlıklarının korunması ve bununla ilgili önleyici tedbirlerin alınması da hastalık gidişatının kontrol altına alınması kadar önemlidir. Bu bağlamda din, diyabet hastalığının yarattığı fizyolojik ya da psikolojik sorunlar karşısında bireye destek olarak, hastalık sürecinde olumlu mu etki etmekte yoksa olumsuz bir ruh haline ve hayat görüşüne neden olarak olumsuz mu etkilemektedir? Çalışmamızda bu soruya cevap bulmak için, bireyin diyabet hastalığı tanısından itibaren hastalık sürecinde var olan dini eğilimler, psikolojik özellikler açısından ilişkilendirilerek ele alınıp incelenmiştir.

Çalışmamızın genel amacı, diyabet hastalarının sahip oldukları dini eğilimleri tespit etmek, diyabet ve dini eğilimler arasındaki ilişkiyi araştırmak ve elde edilen bulguları, psikolojik özellikler açısından yorumlamaktır.

Araştırma; iki ana bölüm, yöntem, bulgular ve yorumlar, sonuç ve öneriler kısımlarından oluşmaktadır. İki bölümden oluşan çalışmamızın ilk bölümünde diyabet hastalığı, ikinci bölümünde dini eğilimler konuları hakkında literatür taraması yapılarak kavramsal çerçeve tamamlandı.

Üçüncü bölüm araştırmanın evren ve örnekleme, veri toplama teknikleri ve verilerin analizine ilişkin açıklamaların yer aldığı yöntem kısmından oluşmaktadır.

Araştırmanın evrenini 2020-2021 yıllarında facebook, instagram, whatsapp gibi diyabet hastalarından oluşan sosyal medya platformlarında, örgütlenen diyabet hastaları arasında tesadüfi yöntemle belirlenen 18 yaş üstü aktif olan 130 diyabet hastasından oluşturmaktadır. Veriler nicel araştırma tekniklerinden biri olan survey yöntemi ile elde edilmiştir. Veri toplama aracı olarak çeşitli kitap, dergi ve makaleler taranarak oluşturulan anket soruları kullanılmıştır. Anketler internet (Google Forms) aracılığıyla toplanmıştır.

Dördüncü bölümde, çalışmamızın temelini oluşturan bulgular ve yorumlar bulunmaktadır. Bu bölümde 130 kişilik örneklemden elde edilen verilerin istatistiksel yorumu yapılmış ve sonuçlar literatür çerçevesinde tartışılmıştır. Çalışma, araştırma bulgularıyla ilgili genel bir değerlendirme yapılarak ve çeşitli önerilerde bulunularak sonuçlandırılmıştır.

Araştırma kapsamında elde edilen veriler SPSS 24 programı ile analiz edilmiştir. Araştırma kapsamında demografik özelliklerine göre dağılımlarının verilmesinde frekans ve yüzde analizi kullanılmıştır. Elde edilen verilerin sonucunda hipotez testleri istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde test edilmiş olup kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerin belirlenmesi için ki-kare analizi yapılmıştır.

“Diyabet hastalığı bireylerin dini eğilimlerini etkiler” problemini çözmek için oluşturulan hipotezler için yapılan istatistiksel analizler, örneklemin dini bilgi düzeyi ile yaş, sosyo-ekonomik düzey, Allah’a şükretme arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Bununla birlikte, ibadet yapma şekilleriyle, hastalığın tipi, kullanılan ilaç çeşidi arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Şeker hastalığı teşhisinden önce kendini

mutlu hissetme algıları ile şeker hastalığı teşhisinden sonra ibadetlerini yapma durumları arasında göre anlamlı bir ilişki olduğu da tespit edilmiştir.

Ayrıca Allah’a inanç düzeyi ile şeker hastalığının Allahın kullarını imtihan etmek için verdiğini düşünme arasında anlamlı bir ilişki olduğu hipotezlerimiz de doğrulanmıştır. Özetle; test edilen 14 hipotezden 7’si doğrulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Diyabet, Dini Eğilimler, Hastalık, Psikoloji, Din psikolojisi



ABSTRACT

A PSYCHOLOGICAL APPROACH TO RELIGIOUS TENDENCIES IN DIABETIC PATIENTS

Elif FİLİK PARMAKSIZ

Amasya University, Institute of Social Sciences

Department of Philosophy and Religious Sciences, M.A., July/2022

Supervisor: Prof. Dr. Halil APAYDIN

Chronic diseases are diseases that cause physiological, psychological and social problems in individuals and require long-term treatment and care. Diabetes, one of the chronic diseases, is very common in the world and in our country. Diabetes is a metabolic and endocrine disease diagnosed with hyperglycaemia due to the lack of insulin hormone in the body.

Diabetes, which negatively affects human life in many ways, causes psychological problems such as stress, anxiety and depression in individuals. In order to improve the quality of life, the individual seeks solutions by seeking refuge in God and turning to religious tendencies by trying to cope with the stressful situation of diabetes. Because the individual who realises that he/she cannot cope with the negative event he/she is experiencing seeks help.

However, most of the studies on diabetes patients are on the course of the disease. As a matter of fact, studies show that although there have been great advances in diagnosis and treatment methods, different treatment methods are used due to the failure to reach the targeted blood glucose values. In this context, in addition to the physical health of diabetic patients who need to believe in a religion by nature, protecting their psychological health and taking preventive measures related to this is as important as controlling the course of the disease. In this context, does religion have a positive effect on the disease process by supporting the individual in the face of physiological or psychological problems caused by diabetes, or does it affect negatively by causing a negative mood and life view? In our

study, in order to find an answer to this question, the religious tendencies of the individual in the disease process since the diagnosis of diabetes disease were examined in terms of psychological characteristics.

The general aim of our study is to determine the religious tendencies of diabetic patients, to investigate the relationship between diabetes and religious tendencies and to interpret the findings in terms of psychological characteristics.

The research consists of two main sections, method, findings and interpretations, conclusion and recommendations. In the first part of our study consisting of two parts, the conceptual framework was completed by reviewing the literature on diabetes and religious tendencies in the second part.

The third section consists of the method section, which includes explanations about the population and sample of the study, data collection techniques and data analysis.

The population of the research consists of 130 active diabetic patients over the age of 18, who were determined by a random method among diabetic patients organized on social media platforms such as Facebook, Instagram, WhatsApp in 2020-2021. The data was obtained by using the survey method, which is one of the quantitative research techniques. As a data collection tool, questionnaire questions created by scanning various books, journals and articles were used. The questionnaires were collected through the internet (Google Forms).

The fourth section presents the findings and interpretations that form the basis of our study. In this section, the statistical interpretation of the data obtained from the sample of 130 people was made and the results were discussed within the framework of the literature. The study is concluded with a general evaluation of the research findings and various recommendations.

The data obtained within the scope of the research were analysed with SPSS 24 programme. Within the scope of the research, frequency and percentage analysis were used in the distribution of demographic characteristics. As a result of the data obtained, hypothesis tests were statistically tested at 95% confidence level and chi-square analysis was used to determine the relationships between categorical variables.

Statistical analyses for the hypotheses created to solve the problem of "Diabetes disease affects the religious tendencies of individuals" revealed that there is a significant

relationship between the level of religious knowledge of the sample and age, socio-economic level, gratitude to God. In addition, it was determined that there was a significant relationship between the way of worshipping and the type of the disease and the type of medication used. It was also determined that there was a significant relationship between the perception of feeling happy before the diagnosis of diabetes and the status of worshipping after the diagnosis of diabetes.

In addition, our hypotheses that there is a significant relationship between the level of belief in Allah and the belief that diabetes is given by Allah to test His servants were also confirmed. In summary; 7 of the 14 hypotheses tested were confirmed.

Keywords: Diabetes, Religious Tendencies, Illness, Psychology, Psychology of Religion

ÖNSÖZ

Diyabetle 20 yıl önce yollarımız kesişmeseydi, sanıyorum bu çalışma hiç gerçekleşmeyecekti. Çünkü tez yazmak, benim için bekleyen sona ulaştığımda, geride bıraktığım parmak izleri gibi varoluşu sürdürme anlamı taşıyordu.

Yüksek lisans eğitimim boyunca bu alanı daha çok sevmemi sağlayan, umutsuzluğa kapıldığım anlarda yol göstericiliği ve ilgisi sayesinde yüksek lisansımın, tez sürecimin her aşamasında, benden akademik bilgi, tecrübe ve desteklerini esirgemeyen, yapıcı eleştirileriyle rehberlik eden, danışmanım Prof. Dr. Halil APAYDIN'a teşekkürü bir borç bilirim. Çalışmam boyunca görüşlerini ve katkılarını esirgemeyen Dr. Öğr. Üyesi Nevzat GENCER'e teşekkür ederim. Ayrıca bu tezin ortaya çıkmasında destek olduğu için Hüseyin ÇOBAN'a teşekkür ederim. Değerli vakitlerini ayırarak anket formlarını doldurarak çok kıymetli düşüncelerini bizimle paylaşarak böyle bir akademik çalışmanın gerçekleşmesini sağlayan katılımcıların her birine ayrı ayrı şükranlarımı arz ederim.

Ayrıca yüksek lisans eğitimim boyunca başta annem ve babam olmak üzere, çalışmalarında her zaman sabır ve anlayışı ile desteklerini esirgemeyen eşim Ali PARMAKSIZ'a ve varlığı ile en büyük desteği sağlayan sevgili oğlum Kadir Galip PARMAKSIZ'a sonsuz minnet ve şükranlarımı sunuyorum. Bu çalışmanın bilim dünyasına katkı sağlamasını diliyorum.

Elif FİLİK PARMAKSIZ

İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN	i
ÖZET	iii
ABSTRACT	vi
ÖNSÖZ	ix
İÇİNDEKİLER.....	x
TABLolar DİZİNİ.....	xv
KISALTMALAR DİZİNİ	xviii
GİRİŞ.....	1

I. BÖLÜM

1. KAVRAMSAL ÇERÇEVE.....	5
1.1. Hastalık Ve Sağlık	5
1.2. Diyabetes Mellitus (DM) Hastalığı.....	6
1.2.2. Diyabetin Sınıflandırılması	7
1.2.2.1. Tip 1 Diyabet (İnsüline bağımlı olan).....	8
1.2.2.2. Tip 2 Diyabet (İnsüline Bağımlı Olmayan)	9
1.2.2.3. Gestasyonel Diyabet (Gebelik Diyabeti)	9
1.2.2.4. Diğer Nedenlere Bağlı Tipler	10
1.2.3. Diyabetin Tanı Ve Tedavisi.....	10
1.2.4. Diyabetin Tarihçesi	10
1.2.5. Dünya’ da ve Türkiye’de Diyabet İstatistikleri	12
1.2.6. Diyabetin Psikolojik Etkisi.....	14

II. BÖLÜM

2. DİN VE DİNİ EĞİLİMLER.....	17
2.1. Dinin Tanımı.....	17
2.1.1. Psikolojik Olarak Dinin Tanımı	18
2.2. Dini Eğilimler (Dindarlık)	20
2.3. Diyabet Hastalarında Dini Eğilimlerin Oluşması	21
2.4. Dindar, Dindarlık ve Dindarlık Tiplerleri	22
2.5. DİNDARLIK ÖLÇME ÇALIŞMALARI.....	26
2.5.1. Batı'daki Dindarlık Ölçme Çalışmaları	26
2.5.2. Türkiye'de Dindarlık Ölçme Çalışmaları	26
2.6. Dindarlığın Boyutları.....	27
2.6.1. İnanç boyutu	29
2.6.2. İbadet (davranış) boyutu.....	29
2.6.3. Tecrübe (duygu) boyutu	30
2.6.4. Bilgi (Entelektüel)boyutu	30
2.6.5. Etki boyutu	31
2.7. Kur'an'a Göre Dindarlığın Boyutları	31
2.8. Konuyla ilgili yapılmış çalışmalar	33
2.8.1. Ülkemizde Yapılmış Çalışmalar.....	34
2.8.2. Yurt dışında yapılmış çalışmalar	37
2.9. Dindarlığın Beden ve Ruh Sağlığına Olumsuz Etkisi	38

III. BÖLÜM

3. YÖNTEM	39
3.1. Evren ve Örneklem	39
3.2. Yöntem ve Teknikler	39
3.3. Verilerin Analizi ve İstatistiksel İşlemler	40

IV. BÖLÜM

4. BULGULAR	42
4.1. Demografik Değişkene İlişkin Bulgular	42
4.1.1. Cinsiyetin Örneklem Dağılımı.....	42
4.1.2. Yaş Değişkeninin Örneklem Dağılımı.....	43
4.1.3. Medeni Durum Değişkeninin Örneklem Dağılımı	44
4.1.4. Eğitim Durumu Değişkeninin Örneklem Dağılımı.....	44
4.1.5. Meslek Durumu Değişkeninin Örneklem Dağılımı.....	45
4.1.6. Sosyo -Ekonomik Değişkeninin Örneklem Dağılımı	46
4.1.7. Yerleşim Yeri Değişkeninin Örneklem Dağılımı	47
4.2. Tanımlayıcı İstatistiksel Verilere İlişkin Bulgular.....	47
4.2.1. Diyabet Süresi Değişkeninin Örneklem Dağılımı	47
4.2.2. Diyabet Tipinin Örneklem Dağılımı.....	48
4.2.3. İlaç Tipinin Örneklem Dağılımı	48
4.2.4. Allah’a İnanç Durumlarının Örneklem Dağılımı	49
4.2.5. Dini Bilgi Durumlarının Örneklem Dağılımı	51
4.2.6. Diyabet Hastası Olunduğu Öğrenilmesi Halinde Allah’a Karşı İnanç Durumlarının Örneklem Dağılımı	51
4.2.7. “Allah’ın Kullarını İmtihan Etmek İçin Onlara Hastalık Verir” Görüşünün Örneklem Dağılımı	52
4.2.8. “Allah’ın Bir Sebepten Diyabet Hastalığını Verdiğini Düşünme” Görüşünün Örneklem Dağılımı	53
4.2.9. Diyabet Hastalığı için Allah’a Şükretme Görüşünün Örneklem Dağılımı ...	54
4.2.10. Diyabet Hastalığı Sırasında Allah’a Dua Etme Görüşünün Örneklem Dağılımı	55
4.2.11. Diyabet Hastalığından Kurtulma Adına Vaat Verme Görüşünün Örneklem Dağılımı	57

4.2.12. Diyabet Hastalığı Teşhisinden Sonra İbadet Yapma Durumunun Örneklem Dağılımı	58
4.2.13. Diyabet Hastalığı Teşhisinden Sonra Psikolojik Durumlarının Örneklem Dağılımı	59
4.2.14. Diyabet Hastalığı Teşhisinden Sonra Mutluluk Durumlarının Örneklem Dağılımı	59
4.3. Araştırma Hipotezlerinin Testi (Ki-Kare Analizleri).....	61
4.3.1. Dini bilgi düzeyleri, eğitim durumlarına göre anlamlı bir farklılık yaratmaktadır. Hipotezinin Test Edilmesi.....	61
4.3.2. Dini bilgi düzeyleri, cinsiyet durumlarına göre anlamlı bir farklılık yaratmaktadır. Hipotezinin Test Edilmesi.....	63
4.3.3. Dini bilgi düzeyleri, yaş durumlarına göre anlamlı bir farklılık yaratmaktadır. Hipotezinin Test Edilmesi	64
4.3.4. Dini Bilgi Düzeyleri Medeni Durumlarına Göre Anlamlı Bir Farklılık Yaratmaktadır. Hipotezinin Test Edilmesi	66
4.3.5. Dini Bilgi Düzeyleri Sosyo-Ekonomik Durumlarına Göre Anlamlı Bir Farklılık Yaratmaktadır. Hipotezinin Test Edilmesi	67
4.3.6. Katılımcıların dini bilgi düzeyi ile diyabet hastalığını onlara, işledikleri bir günah ya da uymadıkları bir yasaktan dolayı Allah'ın verdiği düşüncesine göre anlamlı bir farklılık yaratmaktadır. Hipotezinin Test Edilmesi.....	69
4.3.7. Katılımcıların Dini Bilgi Düzeylerinin Diyabet Hastalığından Dolayı Allah'a Şükretme Durumuna Göre Anlamlı Bir Farklılık Yaratmaktadır. Hipotezinin Test Edilmesi	71
4.3.8. Şeker hastalığı teşhisinden sonra bayanlar erkeklere göre daha çok ibadete yönelmektedir. Hipotezinin Test Edilmesi.	73
4.3.9. Katılımcıların ibadet yapma şekilleri, medeni durumlarına göre anlamlı bir farklılık yaratmaktadır. Hipotezinin Test Edilmesi	74
4.3.10. Katılımcıların ibadet yapma şekilleri, diyabet hastalığı sürelerine göre anlamlı bir farklılık yaratmaktadır Hipotezinin Test Edilmesi.....	76

4.3.11. Katılımcıların İbadet Yapma Şekilleri, Diyabet Hastalığı Tiplerine Göre Anlamlı Bir Farklılık Yaratmaktadır. Hipotezinin Test Edilmesi	78
4.3.12. Katılımcıların ibadet yapma şekilleri, kullanılan ilaç çeşidine göre anlamlı bir farklılık yaratmaktadır. Hipotezinin Test Edilmesi.....	80
4.3.13. Katılımcıların ibadet yapma şekilleri, diyabet hastalığında kendini mutlu hissetmelerine göre anlamlı bir farklılık yaratmaktadır. Hipotezinin Test Edilmesi	82
4.3.14. “Allah’ın kullarını imtihan etmek için onlara hastalık verir” Görüşüne Katılma İle Allah’a İnanma Arasındaki İlişkiye Ait Ki-Kare Analizi Sonucu.....	85
TARTIŞMA VE SONUÇ	87
KAYNAKÇA	99
EKLER	112
EK [1] Anket Formu Örneği	114
EK [2] Araştırma Gönüllü Katılım Formu	117
EK [3] Etik Kurul İzin Belgesi	118
EK [4] Amasya Üniversitesi Sosyal Bilimler Etik Kurul Değerlendirme Formu	119
EK [5] Anketler (Etik Onay Formu)	120
EK [6] Amasya Üniversitesi Sosyal Bilimler Etik Kurulu Taahhütname	121
EK [7] Amasya Üniversitesi Sosyal Bilimler Etik Kurulu Başvuru Formu	122
EK [8] Geçmişten Günümüze Diyabetle İlgili Gelişmelerle İlgili Resimler	127
EK [9] 2021 Türkiye Diyabet Raporu	131
ÖZGEÇMİŞ	133

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımları.....	42
Tablo 2. Katılımcıların yaşlarına göre dağılımları.....	43
Tablo 3. Katılımcıların medeni durum göre dağılımları	44
Tablo 4. Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımları	44
Tablo 5. Katılımcıların meslek durumlarına göre dağılımları	45
Tablo 6. Katılımcıların sosyo-ekonomik durumlarına göre dağılımları	46
Tablo 7. Katılımcıların En Uzun Süre Kaldıkları Yerleşim Yeri Durumlarına Göre Dağılımları.....	47
Tablo 8. Katılımcıların Diyabet Hastası Oldukları Süre Durumlarına Göre Dağılımları...	47
Tablo 9. Katılımcıların Diyabet Hastalıklarının Tipi Durumlarına Göre Dağılımları.....	48
Tablo 10. Katılımcıların Kullandıkları İlaç Çeşidi Durumlarına Göre Dağılımları	48
Tablo 11. Katılımcıların Allah’a İnanç Durumlarına Göre Dağılımları	49
Tablo 12. Katılımcıların Dini Bilgileri Durumlarına Göre Dağılımları	51
Tablo 13. Katılımcıların Diyabet Hastası Olduklarını Öğrenmeleri Halinde Allah’a Karşı İnanç Durumlarına Göre Dağılımları	51
Tablo 14. Katılımcıların “Allah’ın Kullarını İmtihan Etmek İçin Onlara Hastalık Verir” Görüşüne Katılma Durumlarına Göre Dağılımları	52
Tablo 15. Katılımcıların Diyabet Hastalığını Onlara, İşledikleri Bir Günah Ya Da Uymadıkları Bir Yasaktan Dolayı Allah’ın Verdiğini Düşüncesi Durumlarına Göre Dağılımları.....	53
Tablo 16. Katılımcıların Diyabet Hastalığından Dolayı Allah’a Şükretme Durumlarına Göre Dağılımları.....	54
Tablo 17. Katılımcıların Diyabet Hastalığı Sırasında Allah’a Dua Etme Durumlarına Göre Dağılımları.....	55

Tablo 18. Katılımcıların Hastalandığında Bu Hastalıktan Kurtulursam Ya Da İyileşirsem Şunu Veririm Veya Şunu Yaparım Gibi Adaklarda Bulunma Durumlarına Göre Dağılımları.....	57
Tablo 19. Katılımcıların Diyabet Hastalığı Teşhisinden Sonra İbadet Yapma Durumlarına Göre Dağılımları.....	58
Tablo 20. Katılımcıların Diyabet Hastalığı Teşhisinden Sonra Hasta Olduklarında Genelde Psikolojik Durumlarına Göre Dağılımları	59
Tablo 21. Katılımcıların Diyabet Hastalığında Kendilerini Mutlu Hissetme Durumlarına Göre Dağılımları.....	59
Tablo 22. Dini Bilgi Düzeyi İle Eğitim Durumu Arasındaki İlişkiye Ait Ki-Kare Analizi Sonucu	61
Tablo 23. Dini Bilgi Düzeyi İle Cinsiyet Arasındaki İlişkiye Ait Ki-Kare Analizi Sonucu	63
Tablo 24. Dini Bilgi Düzeyi İle Yaş Arasındaki İlişkiye Ait Ki-Kare Analizi Sonucu	64
Tablo 25. Dini Bilgi Düzeyi İle Medeni Durum Arasındaki İlişkiye Ait Ki-Kare Analizi Sonucu	66
Tablo 26. Dini Bilgi Düzeyi İle Sosyoekonomik Durum Arasındaki İlişkiye Ait Ki-Kare Analizi Sonucu	67
Tablo 27. Dini Bilgi Düzeyi İle Şeker Hastalığını İşlenen Bir Günahtan Dolayı Ya Da Uymadıkları Bir Yasaktan Dolayı Allah'ın Verdiğini Düşünme Arasındaki İlişkiye Ait Ki-Kare Analizi Sonucu.....	69
Tablo 28. Dini Bilgi Düzeyi İle Şeker Hastalığından Dolayı Allah'a Şükretme Arasındaki İlişkiye Ait Ki-Kare Analizi Sonucu	71
Tablo 29. Şeker Hastalığından Sonra İbadet Yapma İle Cinsiyet Arasındaki İlişkiye Ait Ki-Kare Analizi Sonucu	73
Tablo 30. Şeker Hastalığından Sonra İbadet Yapma İle Medeni Durum Arasındaki İlişkiye Ait Ki-Kare Analizi Sonucu	74
Tablo 31. Şeker Hastalığı Teşhisinden Sonra İbadet Yapma İle Diyabet Hastalığı Süresi Arasındaki İlişkiye Ait Ki-Kare Analizi Sonucu.....	76

Tablo 32. Şeker Hastalığından Sonra İbadet Yapma İle Diyabet Hastalığı Tipi Arasındaki İlişkiye Ait Ki-Kare Analizi Sonucu	78
Tablo 33. Şeker Hastalığından Sonra İbadet Yapma İle Kullanılan İlaç Çeşidi Arasındaki İlişkiye Ait Ki-Kare Analizi Sonucu	80
Tablo 34. Şeker Hastalığından Sonra İbadet Yapma İle Şeker Hastalığı Teşhisinden Sonra Psikolojik Durum Arasındaki İlişkiye Ait Ki-Kare Analizi Sonucu	82
Tablo 35. “Allah’ın kullarını imtihan etmek için onlara hastalık verir” Görüşüne Katılma İle Allah’a İnanma Arasındaki İlişkiye Ait Ki-Kare Analizi Sonucu	85



KISALTMALAR DİZİNİ

akt. : Aktaran

ark. : Arkadaşları

bk. : Bakınız

ADA : American Diabetes Association (Amerikan Diyabet Birliği)

APA : American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)

BKI : Beden Kitle İndeksi

COVID-19: Coronavirus disease 2019

çev. : Çeviren

DM : Diabetes Mellitus.

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

EASD : The European Association for the Study of Diabetes (Avrupa Diyabet Araştırmaları Birliği)

et. al. : ve arkadaşları/ve diğerleri

HbA1c: Hemoglobin A1c

IDF : Uluslararası Diyabet Federasyonu

IDDM : Insulin Dependent Diabetes Mellitus

IGT : Bozulmuş Glikoz Toleransı

OAD : Oral Antidiyabetik

OGTT: Oral Glikoz Tolerans Testi

SED : Sosyo Ekonomik Düzey

TDV : Türk Diyabet Vakfı

TEMD: Türkiye Endokrinoloji Ve Metabolizma Derneği

THS : Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

TCSB: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı

TURDEP: Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi

TÜRKDİAB: Türkiye Diyabet Vakfı

vd. : ve diğerleri

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

www: World Wide Web



GİRİŞ

Bu araştırmanın amacı, diyabet hastalarının sahip oldukları dini eğilimleri tespit etmeye çalışarak, diyabet hastalığı ve dini eğilimler arasındaki ilişkiyi araştırıp, elde edilen bulguları, psikolojik özellikler açısından yorumlamaktır. Bunun yanı sıra diyabet ve dini eğilimler arasında; cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu, meslek, sosyoekonomik durum, sürekli yaşanan yerleşim yeri, kaç yıldır diyabet hastası bulunduğu, diyabet hastalığı tipi, kullanılan ilaç çeşidine göre bir bağ olup olmadığını tespit etmektir.

Diyabet hastalarına ilişkin yapılan çalışmaların hastalık gidişatı üzerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Oysa insan ruh ve bedenden ibaret olup, yapısı gereği dine ihtiyaç duyar. Hayatın devamının gereği olarak insan, maddi ihtiyaçları karşılamak kadar, manevi varlığını da tatmin etmelidir (Tümer ve Küçük, 2017: 39). Bu bağlamda ömür boyu süren ve hayatları pek çok açıdan etkilenen diyabet hastalarının fiziksel sağlıklarının yanında, psikolojik sağlıklarının korunması ve bununla ilgili önleyici tedbirlerin alınması da hastalık gidişatının kontrol altına alınması kadar önemlidir.

“Din, insana güç veren, yalnızlığını ve sıkıntılarını gideren, iyiliğe yönelten ve güven duygusu aşılayan, sadece insanlara özgü olan bir dost, arkadaştır. Yalnızlık, çaresizlik, korku, keder, hastalık, musibet ve felaketler karşısında da insanın yeğane teselli kaynağı yine din olmaktadır” (Tümer ve Küçük, 2017: 37-38). İnsan yaşadığı olumsuz olaylar karşısında Tanrı’ya sığınarak, olayları anlamlandırır ve olayların neticesinde his ve düşüncelerinin farkına varır. İnsan hayatını birçok yönden olumsuz etkileyen diyabet hastalığı; bireyde stres, kaygı, depresyon gibi psikolojik sorunlara yol açmaktadır. Birey, yaşam kalitesini yükseltmek için, diyabetin stresli durumu altında, sıkıntılarla baş etmeye çalışarak Tanrı’ya sığınma ve dini eğilimlere yönelme ile çözüm aramaktadır. Çünkü yaşadığı olumsuz olayla kendisinin baş edemeyeceğini anlayan birey yardım arar.

Bu bağlamda din, diyabet hastalığının yarattığı fizyolojik ya da psikolojik sorunlar karşısında bireye destek olarak, hastalık sürecinde olumlu mu etki etmekte yoksa olumsuz bir ruh haline ve hayat görüşüne neden olarak olumsuz mu etkilemektedir?

Çalışmamızda bu soruya cevap bulmak için, bireyin diyabet hastalığı tanısından itibaren hastalık sürecinde var olan dini eğilimlerin nasıl olduğu araştırılmıştır. Olumsuz olaylardan biri olan hastalık sırasında, bireylerin inandığı din, onları dini eğilimlere ve davranışlara yönelteceği düşünülmüştür.

Anket tekniği ile bireylere yöneltilen sorulara onların verdiği cevaplarla elde ettiğimiz bilgi ve bulgular din psikolojisi biliminin sınırları çerçevesinde yorumlanmaya çalışılmıştır.

Bu araştırma, psikoloji alanında benzer bir çalışma yapılmamış olması, diyabet hastalarının sahip oldukları dini eğilimleri tespit etmek ve diyabet ve dini eğilimler arasındaki ilişkisinin test edilmesi yönünden önem arz etmektedir

Araştırmanın problemleri şu şekildedir:

Çalışmamızda 2020-2021 yıllarında facebook, instagram, whatsapp gibi sosyal medya platformlarında aktif olan 18 yaş şt diyabet hastalarına odaklanılmıştır. Bundan dolayı araştırmamızın temel problem cümlesi “diyabet hastalığı bireylerin dini eğilimlerini etkiler mi?” şeklinde belirlenmiştir. Araştırma ile ilgili diğer problemler şunlardır:

1. Diyabet ile dini eğilimler cinsiyet değişkenine göre farklılık göstermekte midir?
2. Diyabet ile dini eğilimler yaş değişkenine göre farklılık göstermekte midir?
3. Diyabet ile dini eğilimler medeni durum değişkenine göre farklılık göstermekte midir?
4. Diyabet ile dini eğilimler öğrenim durumu değişkenine göre farklılık göstermekte midir?
5. Diyabet ile dini eğilimler meslek değişkenine göre değişmekte midir?
6. Diyabet ile dini eğilimler sosyoekonomik değişkenine göre değişmekte midir?
7. Diyabet ile dini eğilimler sürekli yaşanılan yerleşim yeri değişkenine göre farklılık göstermekte midir?
8. Diyabet ile dini eğilimler kaç yıldır diyabet hastası olduğu değişkenine göre farklılık göstermekte midir?
9. Diyabet ile dini eğilimler diyabet hastalığı tipi değişkenine göre farklılık göstermekte midir?
10. Diyabet ile dini eğilimler kullanılan ilaç çeşidi değişkenine göre farklılık göstermekte midir?

Araştırmanın hipotezleri şu şekildedir:

1. Dini bilgi düzeyleri, eğitim durumlarına göre anlamlı bir farklılık yaratmaktadır.

2. Dini bilgi düzeyleri, cinsiyet durumlarına göre anlamlı bir farklılık yaratmaktadır.
3. Dini bilgi düzeyleri, yaş durumlarına göre anlamlı bir farklılık yaratmaktadır.
4. Dini bilgi düzeyleri medeni durumlarına göre anlamlı bir farklılık yaratmaktadır.
5. Dini bilgi düzeyleri sosyoekonomik durumlarına göre anlamlı bir farklılık yaratmaktadır.
6. Dini bilgi düzeyi düşük olanların diyabet hastalığının Allah'tan geldiğini kabul etmesi ile dini bilgi düzeyi yüksek olanların diyabet hastalığının Allah'tan geldiğini kabul etme düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık vardır
7. Dini bilgi düzeyi düşük olanların Allah'a şükretmesi ile dini bilgi düzeyi yüksek olanların Allah'a şükretme düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık vardır
8. Şeker hastalığı teşhisinden sonra, bayanlar erkeklere göre daha çok ibadete yönelmektedir.
9. Bekâr olanlar, şeker hastalığının teşhisinden sonra, evlilere göre daha az ibadet yapmaktadırlar.
10. Şeker hastalığı teşhisinden sonra ibadet yapma şekilleri, şeker hastalığına teşhis konma yılı durumlarına göre anlamlı bir farklılık yaratmaktadır.
11. Şeker hastalığı teşhisinden sonra, ibadet yapma şekilleri, tip1 hastalarına göre tip 2 hastalarında anlamlı bir farklılık yaratmaktadır.
12. Şeker hastalığı teşhisinden sonra ibadet yapma şekilleri, hap kullananlar ile hap ve insülin kullananlar sadece insülin kullananlara göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.
13. Şeker hastalığı teşhisinden önce kendini mutlu hissetme algıları, şeker hastalığı teşhisinden sonra ibadetlerini yapma durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.
14. Allaha inanç düzeyi şeker hastalığının Allahın kullarını imtihan etmek için verdiğini düşünme algılarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Araştırmanın varsayımları şu şekildedir:

Araştırmamız diyabet hastalarının hastalık esnasında hangi dini eğitimlerde bulunduğunu ve hayata bakışlarını belirli yönlerden ne derece etkilediğini belirlemeye

yönelik bir çalışmadır. Tüm çalışmalarda olduğu gibi bu çalışmada da birtakım varsayımlar ve sınırlılıklar mevcuttur. Bu varsayımlar şu şekildedir:

1. Örneklem grubunun evreni temsil ettiği varsayılmaktadır.
2. Araştırmamıza katılım sağlayan diyabet hastalarının uygulamış olduğumuz anket çalışmasını eksiksiz ve samimiyet ile cevapladıkları varsayılmaktadır.

Araştırmanın Sınırlılıkları şu şekildedir:

Yapmış olduğumuz araştırma saha araştırması olup, belirli bir evren ve örnekleme sahiptir. Belirlemiş olduğumuz evren üzerinden seçilen sayılı örneklem grubu ve anketin uygulandığı belirli zaman dilimi araştırmamızın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

Bu bilgiler ışığında araştırmamızın sınırlılıkları şu şekildedir:

1. Araştırmada elde edilen veriler, 2020-2021 yıllarında facebook, instagram, whatsapp gibi diyabet hastalarından oluşan sosyal medya platformlarında aktif olan bireylerin anket sorularına verdikleri yanıtlar ile sınırlıdır.
2. Araştırma verileri ve yapılmış olan değerlendirmeler anket uygulamasının yapıldığı yıl olan 2020-2021 yılları ile sınırlıdır.
3. Araştırma tüm betimsel araştırmalarda olduğu gibi ele aldığı örneklem grubu ile sınırlıdır

I. BÖLÜM

1. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Hastalık ve Sağlık

Hastalık, "Organizmada birtakım değişikliklerin ortaya çıkmasıyla sağlığın bozulması durumu, rahatsızlık, çor, dert, sayrılık, illet, maraz, maraza, esenlik karşıtı" demektir (TDK). Hastalık, "beden veya zihinde meydana gelen, rahatsızlık, dert ve görev bozukluğuna yol açan belirli bir anormal duruma verilen isimdir" (wikipedia.org). Alfred Grotjahn'a göre ise (1869-1931) "En çok öldüren, en çok sakat bırakan ve en sık görülen hastalıklar toplum için en önemli hastalıklardır" (Hanlon,1969'dan akt: Şimşek, 1982: 1).

Sağlık denilince akla ilk hastalıklar gelmektedir. Sağlık ve hastalık kavramı genelde birlikte düşünülür. Bu yüzden sağlık hastalık olmayışı olarak da algılanmaktadır. Bu algı sonucu sağlık sorunu denilince önemli ya da önemsiz bir sürü hastalık akla gelir. Hangi hastalık daha önemlidir? sorusunun cevabı ise kişiye göre değişmektedir. Hasta birey için en önemli hastalık, önemsiz dahi olsa kendi hastalığıdır. Bir hekim için en önemli hastalık ender görülen ya da daha önce hiç görülmemiş, teşhis ve tedavisi zor olan hastalıktır (ATOB, 1976).

Sağlık, kişilerin, "hasta olmamaları", "günlük aktivitelerini yerine getirebilme yeterlilikleri", "yaşamlarını sürdürebilmeleri", "mutluluk duygusuna sahip olmaları" ve "iyilik halinin sağlanması" gibi farklı şekillerde tanımlanmıştır (Larson, 1991'den akt: Somunoğlu, 1999: 52).

Hastalık insanın organizmasını iki şekilde etkilemektedir. Birincisi, organizmanın bir uzvunun görevini yerine getirememesi ile hastalığın ortaya çıkmasıdır. İkincisi ise, bireyin ruh halini bozacak herhangi bir etki ile hastalığın ortaya çıkmasıdır. Organizma ve ruh birbirinden ayrı düşünülmemeli ve birbirini etkileyeceği göz ardı edilmemelidir (Apaydın vd., 2014: 7-8). İşte, Hastalık, hangi yolla veya hangi sebeple olursa olsun bireyin ruh halinde, organizmasında ya da her ikisinde rahatsızlık duyması halidir (Somunoğlu, 1999: 51-62).

Günümüz şartlarında ilaç kullanma, diyet, egzersiz, ameliyat etme gibi yöntemler hastalığı tedavi etmede etkili olmamaktadır. Çünkü sağlık ve hastalık tıbbi bir terim olmakla beraber, psikolojik, sosyolojik hatta antropolojik bir kavramdır (Cirhinlioğlu, 2001: 9).

Sağlık, birbiriyle ilişkili biyolojik, psikolojik ve toplumsal yönleri olan çok boyutlu bir olaydır (Capra, 1992: 368). 1948 DSÖ Tüzüğü'ne göre ise sağlık, "Yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam iyilik halidir." (SB, 2011: 1). Hastalık halinde bireyin biyolojik dengesi bozulmakta olup, bu durum psikolojik ve toplumsal sorunlara neden olmaktadır. Biyolojik dengesi bozulan hasta; sinirli, sabırsız, hırçın ve kaygılı olarak, kendi sorunlarıyla baş edemez hale gelmektedir. Bu durum ruhsal bir hastalık halidir. Oysa fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutların nasıl ölçüleceği konusundaki fikir birliği oldukça azdır (Larson 1991'den akt: Somunoğlu, 1999: 54).

DSÖ 'nün tanımı, ulaşılabilir bir nitelik taşımamakla beraber, idealist olması nedeniyle eleştirilmesine rağmen, bugün kabul görmektedir (Aggleton 1990; Seedhouse 1986, Akt: Somunoğlu, 1999: 54). Çünkü sağlık, bireyin sadece bedensel hastalık ya da sakatlığın olmamasıyla, bedensel anlamda iyi olmasıyla açıklanamaz. İnsan, çok yönlü bir varlıktır. Bu bağlamda sağlık, insanın bedensel, psikolojik ve sosyal açıdan iyi olmasıdır diyebiliriz.

1.2. Diyabetes Mellitus (DM) Hastalığı

Bu bölümde diyabetin tanımlanması, sınıflandırılması, tedavisi, tarihçesi, dünyada ve Türkiye'de diyabet istatistikleri, diyabetin psikolojik etkisi kısacası diyabet hastalarında ortaya çıkan tepki ve problemler ele alınmış ve tartışılmıştır.

1.2.1. Diyabetin Tanımlanması ve Genel Özellikleri

Diyabetin sözlük anlamı "Diabet ya da Diabetes mellitus (Diabetes: Yunanca: Yunanca: διαβήτης Eski Yunanca Grekçe: διαβαίνειν, idrara geçen ve Latince Latince: mellis tatlı ya da bal), sıklıkla yalnızca diabet ya da diyabet veya halk arasında şeker hastalığı olarak adlandırılan, genellikle kalıtsal ve çevresel etkenlerin birleşimi ile oluşan ve kan glikoz seviyesinin aşırı derecede yükselmesiyle (hiperglisemi) sonuçlanan metabolik bir bozukluktur" şeklinde açıklanmıştır (<https://tr.wikipedia.org/wiki/Diyabet>).

Kronik hastalık, kişiyi ailesi ve çevresiyle yeni bir uyum sağlamaya zorlayan ve dengesini bozan bir durumdur. Kişinin günlük yaşamı ve gelecek planları ne kadar engellenirse, o kadar çok sorun ortaya çıkar. Öte yandan bu sorunlar ve hastalıkla değişen yeni hayata uyum çabaları, klinik düzeyde psikiyatrik rahatsızlıklara neden olabilmektedir. Bu sorunlar ise hastalıkla değişen yeni hayata uyum çabaları, klinik düzeyde ruhsal bozuklukların oluşmasına neden olabilir (Abram, 1970: 37).

Diyabetes Mellitus (DM), kronik bir hastalık olarak, kişilerin hayat kalitelerini bozarak, kişilerin ölüm korkusu yaşamalarına neden olan, iş gücü kaybına yol açan, hemen her yaş grubunu etkileyen bir hastalıktır. Kronik hastalıklarda önemli bir yeri olan diyabet dünyada ve ülkemizde çok yaygındır. Ömür boyu süren bir hastalık olan diyabet, vücudumuzdaki pankreasın yeterli insülin hormonu salgılayamaması veya dokularda insülin direnci gelişmesi sonucu hiperglisemi ile belirti gösterir. Yiyecekler, vücudun enerji kaynağı olan şeker dönüşmesi için parçalanır. Bu şeker daha sonra kana geçer ve kandaki şeker seviyesi yükselmeye başlar. Pankreas tarafından salgılanan insülin hormonu, şekerin sağlıklı bireylerin kan dolaşımına girmesine yardımcı olur. Ancak diyabetli kişilerde insülin eksik veya etkisiz olduğu için kan şekeri yükselir ve hücrelere giremez. Belli bir seviyenin üzerindeki kan şekeri idrarla atılmaya başlar. İdrarda artan şeker nedeniyle çok su içmek, sık idrara çıkma ve aşırı susama meydana gelebilir. İnsülin eksikliği veya yetersizliği nedeniyle hücreler glikozu kullanamaz, ihtiyaç duydukları enerjiyi yağ ve proteinden sağlar. Bunun sonucunda şeker hastaları zayıflar ve idrarda keton oluşur (Yıldız, 2012: 7).

Ayrıca diyabet, insülin hormonunun eksikliği, etkisinin bozulması veya tamamen yokluğu nedeniyle hiperglisemi ile seyreden bir hastalık değil, vücudu birçok yönden olumsuz etkileyen metabolik ve endokrin hastalıklar grubudur (Smith, 2016: 657).

Diyabet, sürekli devam eden hiperglisemi nedeniyle göz, böbrek, sinir, kalp ve damar sisteminde kronik komplikasyonlara neden olan, bu organların işlevlerini yerine getirmesini engelleyen ve sakatlığa yol açan bir hastalıktır (İlkova, 2007: 1086).

1.2.2. Diyabetin Sınıflandırılması

Genetik, çevresel faktörler ve yaşam tarzı değişikliklerinin karmaşık bir etkileşimi, diyabet türlerinin gelişiminde rol oynar. Diyabette yüksek şeker, insülin sekresyonunun ve glikoz kullanımının azalmasına ve glikoz üretiminin artmasına neden olur. Diyabette

metabolik düzensizlik birçok organ sisteminin işlev bozukluğuna yol açabilir. Bu durum diyabetli kişilerin sağlığını ve yaşam kalitesini ciddi şekilde tehlikeye atmakta ve sağlık sistemlerine büyük bir ekonomik yük getirmektedir. Diyabet, bugün ve gelecekte tüm dünyada artan insidansı ile en önemli morbidite ve mortalite nedeni olmaya devam edecektir (Akçay, 2013: 2275).

Diyabetes Mellitus;

- Tip 1 DM
- Tip 2 DM
- Gestasyonel DM
- Diğer nedenlere bağlı diyabet

Olmak üzere başlıca dört gruba ayrılmaktadır. Hastaların büyük bölümünü tip 1 ve tip 2 diyabetli hastalar oluşturmaktadır.

1.2.2.1. Tip 1 Diyabet (İnsüline bağımlı olan)

Tip 1 diyabet, tüm diyabetlilerin yaklaşık % 10'unu oluşturmaktadır (Yılmaz, 2006: 60). Genellikle çocukluk ve gençlikte ortaya çıktığı için “Juvenil diyabet” adını da alır. Tip 1 diyabet, pankreastaki insülin üreten beta hücrelerinin hasar görmesi sonucu meydana gelir. Hastalar, hayatı boyunca insülin yetersizliği sonucunda insülin hormonunu dışardan (enjeksiyon yoluyla) alırlar. Bu yüzden Tip 1 diyabet, İnsüline Bağımlı Diyabet (Insulin Dependent Diabetes Mellitus=IDDM) olarak da isimlendirilmektedir (TDV, 2022).

Günöz'e (2004: 88) göre, çocuklarda diyabet, dünyada kronik hastalıklar arasında görülme oranı açısından birinci sıradadır. Son 30 yılda çocukların diyabet hastalığına yakalanma oranı artmakta olup, her yıl 0-18 yaş arasındaki her 300-1500 çocuktan birisi diyabetlidir. Genellikle çocukluk çağında görülen, insülin üretiminin tamamen yok olduğu ve vücudun insülin üretmediği tipteki diyabet türüdür (T.C.S.B, 2010: 5).

Her yaşta görülebilmekle birlikte, sıklıkla 30 yaşın altında (% 75- 80 oranında) ortaya çıkmaktadır (Hatun, 2002: 62). Ağız kuruluğu, çok fazla su içme, açlık hissi, fazla idrara çıkma, kilo kaybı ve yorgunluk gibi semptom ve bulgular aniden ortaya çıkar. Hastalar genellikle zayıf ya da normal kilodadır. Bununla beraber, son yıllarda ‘Tip 3’

diyabet olarak adlandırılan tip 2 diyabete benzeyen, insülin direnci olan kilolu ve şişman kişilerde görülen tip 1 diyabet formu da tanımlanmıştır (TEMD, 2019: 23).

Tip 1 diyabette insülin eksikliği bulunması nedeniyle, tedavinin amacı bu insülin eksikliğini giderilmesidir. Bu sebeple dışarıdan insülin verilmektedir. Tip 1 diyabetin öldürücü hastalıklar grubundan kronik hastalıklar grubuna alınması insülin tedavisinin uygulanması neticesinde olmuştur. Tip 1 diyabetli hastaların diğer sağlıklı bireyler gibi sağlıklı ve normal bir yaşam sürdürmeleri, günlük insülin tedavisi, sağlıklı bir diyet ve düzenli fizik aktivite, yakın izleme bağlıdır (Atkinson vd., 2014)

1.2.2.2. Tip 2 Diyabet (İnsüline Bağımlı Olmayan)

Tip 2 diyabet, tüm diyabet hastalarının yaklaşık %90'ını oluşturur ve en yaygın diyabet türüdür (Association AD, 2014). Bugün dünya çapında milyonlarca insanı etkilemekle beraber, bir halk sağlığı sorunu haline gelen tip 2 diyabetin prevalansı hızla artmaktadır (Guariguata vd., 2014). Artan yaşlı nüfus, sağlıksız beslenme ve kentleşme gibi faktörler nedeniyle ortaya çıkan obezite ve fiziksel hareketsizlik prevalansın kontrolsüz ve hızla artmasına sebep olmaktadır (Association AD, 2004). TİP 2 DM genellikle 30 yaşından sonra ortaya çıkar ancak son yıllarda obezitenin artmasıyla birlikte erken başlangıçlı diyabet vakaları da artmaya başlamıştır. Hastalar genellikle obez veya aşırı kiloludur (BMI > 25 kg/m²). Hastalık sinsi bir başlangıçlıdır ve genellikle başlangıçta asemptomatiktir. Bazı hastalarda gecikmiş yara iyileşmesi, bulanık görme, el ve ayaklarda uyuşma, ayak ağrısı ve mantar enfeksiyonu gibi belirtiler görülür. Güçlü bir genetik yatkınlık vardır ve ailenin genetik yoğunluğu arttıkça bir sonraki kuşağın diyabet geliştirme riski artar ve hastalık daha erken yaşta ortaya çıkmaya başlar (TEMD, 2019: 24).

1.2.2.3. Gestasyonel Diyabet (Gebelik Diyabeti)

Gebelikte ortaya çıkan glikoz tolerans bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Gebeliklerin ortalama olarak %10'unda gebelik diyabeti görüldüğü tahmin edilmektedir (THS, 2017: 123). Gebelik sırasında plasentadan salgılanan anti insülin hormonlarının, insülin direncine sebep olmasıyla pankreasın görevini yerine getirmemesiyle ortaya çıkar (Uygur ve Yavuz, 2017: 127). Doğumla birlikte sıklıkla düzelir, ancak daha sonraki gebeliklerde tekrarlar. Tip 2 diyabet için önemli bir risk faktörüdür (TEMD, 2019: 25).

1.2.2.4. Diğer Nedenlere Bağlı Tipler

Diyabet Pankreası etkileyen birçok nedenle ortaya çıkan kan şekeri yüksekliğidir (Koç, 2020: 9). Tip 1, tip 2 ve GDM dışında, ilaç kullanımı, pankreas hastalıkları, enfeksiyonlar, endokrin hastalıklar ve bazı genetik bozukluklar diyabete neden olabilir (THS, 2017: 124).

1.2.3. Diyabetin Tanı ve Tedavisi

- Diyabetin tanısında; ağız kuruluğu, aşırı yemek yeme isteği veya iştahsızlık, aşırı su içme, aşırı idrar yapma, kilo kaybı, bulanık görme, ayaklarda uyuşma, karıncalanma, yanma, idrar yolu enfeksiyonları, mantar enfeksiyonları, ciltte kuruma ve torunluk gibi klinik bulgu ve belirtilere rastlanmaktadır (TDV, 2019: 16). Yüksek şeker belirtisi ile rastgele bakılan kan glikozu 200 mg/dl veya üzerinde ise diyabet tanısı konur. Semptom göstermeyen bireylerde ise yapılan kan tahlillerinde açlık plazma glikozu ≥ 126 mg/dl , oral glikoz tolerans testinde (OGTT) 2. saat plazma glikozu ≥ 200 mg/dl ve HbA1c $\geq 6,5$ gibi değerlerden birin varlığı diyabet tanısı konması için yeterlidir (Uygur ve Yavuz, 2017: 121).

1.2.4. Diyabetin Tarihçesi

Diyabetin tarihçesi çok eskilere dayanmaktadır. İnsanlık tarihi kadar eski bir tarihe sahip olan diyabet, Mısır firavunlarından Hipokrat'a, İbni Sina'dan Çin Hindu tıbbına kadar her yerde karşımıza çıkar. Diyabetle ilgili en eski kayıtlar M.Ö 1550 yılında Mısır'da yazılmış Ebers papirüslerinde rastlanmıştır. Bu papirusta şeker hastalığında olduğu gibi, sık idrara çıkma ile belirti veren hastalık için, dört gün süreli kemik, buğday, ot ve toprak içeren bir çeşit sıvı tedavisi önerilmiştir. M.Ö 1500 Hindu Ayur Veda kayıtlarında insanların tatlı idrarına sineklerin ve karıncaların gelmesiyle gözlemlenen bir hastalıktan bahsedilmiştir.

Yunanlı doktor Kapadokyalı Arateus M.S. 200 'de "akıp gitmek" anlamına gelen "diyabet" terimini ilk kez kullanmış ve "aşırı idrara çıkma durumu" olarak tanımlamıştır. M.S. 600 Hintli fizikçiler Susruta ve Charuka, şeker hastalarının idrarının bal tadında olduğunu belirterek sık idrara çıkma ile tatlı idrar arasındaki ilişkiyi ilk kez Sanskritçe literatürde tanımlamışlardır. M.S. 1000 Türk bilgini Avicenna (İbni Sina), diyabeti ayrıntılı olarak açıklamış; kangren ve erektil disfonksiyon komplikasyonunun olduğunu ve acı bakla ve bazı tohum karışımları ile diyabetin tedavi edilebileceğini belirtmiştir. M.S. 1500

İsviçreli Doktor Paracelsus, diyabetin idrar buharlaşması sonucunda geriye kalan tuzun uzun süre böbreklerde birikmesine bağlı meydana geldiğini belirtmiştir.

M.S. 1600 İngiliz Doktor Thomas Willis, diyabetle ilgili idrar testinin zorunlu olmasına sağlamıştır. M.S. 1700 İngiliz doktor ve filozof Matthew Dobson, diyabet hastalarının kanlarında “glukoz” olduğunu bildirmiştir. Böylece ilk kez diyabetin sistemik bir hastalık olduğunu kanıtlamıştır. M.S. 1800 İngiliz Doktor John Rollo, diyabet hastalarını diyet ve iştahı azaltıcı maddelerle tedavi etmiş ve bazı hastaların durumunun iyileştiğini gözlemlemiştir. Fransız fizyolog Claude Bernard, idrardaki şekerin (glukoz) karaciğerde glikojen şeklinde depolandığını gözlemlemiş ve merkezi sinir sisteminin kan glikozunun düzenlenmesinde rol oynadığını göstermiştir.

1869 Alman fizyolog Paul Langerhans önce pankreastaki hücrelerin “insülin” salgıladığını keşfetmiştir. 1889 Alman doktor Oscar Minkowski, Josef von Mering ile birlikte bir köpeğin pankreasını çıkararak, pankreas ve diyabet arasında doğrudan ilişki olduğunu ispatlamışlardır.

1908 Alman fizikçi George Ludwig Zuelzer, pankreastan enjekte edildiğinde diyabetli kişilerde kan glukoz düzeylerinin yükselmesini önleyen bir maddeyi üretmişse de uygulamadan sonraki yan etkiler nedeniyle bu ürünün terapötik değerini belirleyememiştir. 1915 Amerikalı doktorlar Frederick Allen ve Elliott Joslin, diyabet tedavisinde tekrarlı oruç tutmak ve uzun süre yetersiz beslenme ile diyabetin tedavi edilebileceğini ileri sürmüşlerdir.

1916 Rumen Doktor Nicolae Paulescu, pankrein hormonunu keşfederek, pankreas tarafından salgılanan bu hormonun kan glukoz seviyelerini normalleştirdiğini ileri sürmüştür. 1923 yılında Banting ve McLeod, terapötik insülini geliştirdikleri için Nobel Ödülü'ne layık görüldüler. 1920 Kanadalı cerrah Frederick Banting, bir köpeğin pankreas kanalını bağlayıp, pankreas ekstremini ayırıp diyabet tedavisinde kullanabileceğini düşünmüştür.

11 Ocak 1922 Leonard Thompson adlı 14 yaşındaki tip 1 diyabetli bir çocuğa Banting, Best ve Collip tarafından geliştirilen pankreas özütü başarıyla enjekte edildi. Bu ekstre daha sonra “insülin” olarak adlandırıldı. 1936 Danimarkalı farmakolog Hans Hagedorn ve arkadaşları, insülinin etki süresinin uzatılabileceğini keşfederek, uzun etki süreli insüline “Nötral Protamin Hagedorn” (NPH) insülin adı verildi.

1941 Yılında idrardaki glikoz seviyelerini ölçmek için bir tablet geliştirilerek, kullanılmaya başlandı. İlk kez standart insülin enjektörü üretildi. 1950'lerde idrar test stripleri (çubukları) geliştirildi. 1955 Tip 2 diyabet tedavisinde ağızdan alınabilen ilk ilaç olan “sülfonilüre” kullanmaya başlandı.

1959 Dr. Solomon Berson ve Dr. Rosalyn Yalow, radyoimmünoassay teknolojisiyle kandaki insülin düzeyini ölçmek için bir yöntem geliştirerek, diyabetin iki ayrı tipi olduğunu tanımladılar. 1961 Pankreasta üretilip glukoz seviyesini yükselten bir hormon olan “glukagon” şiddetli hipoglisemiyi önlemek için kullanıldı. 1964 Kan glukozunu ölçmek için çubuklar ilk kez kullanılmaya başlandı. 1970 İlk kan şekeri ölçüm cihazı tanıtıldı. 1981'de evde glukoz ölçüm cihazları kullanıma sunuldu. 1976 İlk giyilebilir insülin pompası geliştirildi.

1977 HbA1c testi geliştirildi. 1982 Genetiği değiştirilmiş bakteriler tarafından üretilen insan insülini, terapötik kullanım için onay aldı. Böylece hayvan insülinlerinin neden olduğu olumsuz reaksiyonları büyük ölçüde ortadan kaldırmıştır. 1985 İlk insülin kalemi tanıtıldı. 1987 İncretin hormonu olan glukagon benzeri peptid-1 (GLP-1) keşfedildi. 1993 Tip 1 diyabetli “Diyabet Kontrolü ve Komplikasyonları Çalışması (DCCT)”, kan glukoz düzeylerini normale yakın tutmanın, diyabet komplikasyonlarının başlamasını ve ilerlemesini yavaşlattığını kanıtladı. 1996 İlk hızlı etkili bir insülin analogu olan “Lispro insülin” kullanıma sunuldu. 1998 Tip 2 diyabetlilerde ileriye dönük olarak gerçekleştirilen “Birleşik Krallık Prospektif Diyabet Çalışması (UKPDS)”, kan glukozu ve kan basıncı seviyelerini sıkı kontrol ederek diyabet komplikasyonları riskinin azaltılabileceğini kanıtladı. 2000 İlk bazal, uzun-etkili insülin analogu olan “Lantus insülin” kullanıma sunuldu. 2006 Dipeptidilpeptidaz-4 (DPP-4) inhibitörleri tip 2 diyabetli hastalarda, yeni bir oral ilaç grubu olarak tedavide kullanım için onay aldı. 2013 Sodyum-glukoz kotransporter-2 (SGLT-2) inhibitörleri tip 2 diyabetli hastaların oral tedavisinde kullanılmak üzere onay aldı (Idf, 2021, https://www.tuseb.gov.tr/tuhke/uploads/yayinlar/diger/pdf/15-11-2021__6192992302e41__diyabet_tarihcesi_tr.pdf).

1.2.5. Dünya’ da ve Türkiye’de Diyabet İstatistikleri

Diyabet dünya çapında hızla artarak, çok büyük bir sorun haline gelmiştir. Dünya Sağlık Örgütü’nün verilerine göre, dünya çapında 422 milyon diyabet hastasının

çoğunluğu düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamakta ve her yıl 1,5 milyon ölümün nedeni diyabete dayandırılmaktadır (<https://diabetesatlas.org/Idf> Diyabet Atlası, 2021).

Uluslararası diyabet federasyonun her yıl açıkladığı dünya diyabet atlası 2021 verilerine göre dünyada yetişkin 20-79 yaş arası 537 milyon diyabetli birey yaşıyor iken bu sayının 2030 yılında 643 milyon ve 2045 yılında 784 milyon olması öngörülmektedir. Diyabetlilerin %81'i yani her 5 diyabetli yetişkinden 4'ünden fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. 541 Milyon yetişkin bozulmuş glikoz toleransına sahip olup, tip 2 diyabet hastası 2021 yılında diyabet kaynaklı ölümlerin sayısının 6,7 milyon olup, bu her 5 saniyede 1 diyabete bağlı ölüm gerçekleştiği anlamına gelmektedir. Diyabet için sağlık harcamalarının yılda asgari 966 milyar dolar olduğu öngörülmürken, son 15 yılda ise diyabet sağlık harcamalarında yüzde 316 artışa neden olmuştur (<https://diabetesatlas.org/Idf> Diyabet Atlası, 2021).

Diyabet tüm dünyada giderek yaygınlaşırken, hastalığın hızla arttığı ülkelerin başında Türkiye gelmektedir. Raporun ülkeler tablosuna bakıldığında rapora göre Türkiye'de 2021 yılında diyabetli yetişkin sayısı (20-79 yaş aralığı), 9 milyon 20 bin kişi, yetişkinlerde diyabetin yaygınlık oranı yüzde 15,9, düzeltilmiş karşılaştırmalı diyabet yaygınlığı %14, 5'dur. Tanı konmamış diyabetli sayısı 3 milyon 770 bin kişi, diyabetle ilgili harcama kişi başı 1044 dolar, diyabetli bireylerin kişi başı diyabetle ilgili sağlık harcamaları 3,137.9 dolardır. Diyabete bağlı ölümler 83 bin 221 kişidir. 20 yaş altı diyabetli sayısı 25 bin 759 kişi olup, bozulmuş glikoz toleransına sahip kişi sayısı 4 milyon 323 bin kişidir. Yaşa göre düzeltilmiş karşılaştırmalı bozulmuş glikoz toleransı %7,9, bozulmuş açlık glikozu olanların sayısı ise 1 milyon 24 bin kişi ve yetişkinlerin yaşıya göre düzeltilmiş karşılaştırmalı açlık glikoz toleransı %1,7'dir (<https://diabetesatlas.org/data/en/country/203/tr.html>, 2021)

Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-I' e (TURDEP-I) göre 1997-1998 yıllarında yapılan araştırma sonuçlarına göre 20-80 yaş aralığında görülen diyabet sıklığı yüzde 7,2 olarak saptanmıştır. 2010 yılında yapılan TURDEP -II' ye göre ise diyabet sıklığı oranı yüzde 13,7'e yükseldi. Bu da Türkiye 'de 12 yılda diyabet oranının yüzde 90 arttığını göstermektedir. Kentsel ve kırsal yerleşim yerlerinde diyabet sıklığı arasında anlamlı bir farklılık kalmamıştır (Satman, 2010).

Dünya Sağlık Örgütü'nün Türkiye verilerine göre, 2000 yılında yaklaşık 3 milyon olan diyabetli sayısının 2030 yılında 6,5 milyona ulaşacağını öngörmesine rağmen, 2030 yılı için tahmin edilen diyabetli sayısı 2014 yılında aşıldı ve ülkedeki diyabetli sayısı 7 milyonun üstüne çıktı. Tüm bu veriler diyabet oranının Türkiye'de giderek arttığını göstermektedir (Türkiye'de diyabet oranı giderek yükseliyor. Peki diyabetle nasıl yaşanır? (Euronews: 2019, 13 Kasım).

Uluslararası diyabet federasyonunun (IDF) açıkladığı dünya diyabet atlası 2021 verilerine Türkiye' de 2021 yılında 9 milyon 20 bin yetişkin ve 25 bin 759 kişi genç diyabetli hasta vardır (<https://diabetesatlas.org/data/en/country/203/tr.html>, 2021).

Dünya'da ve Türkiye deki istatistik verilere göre artık diyabet, tahmin edilen değerlerden de hızla artarak, hem bireysel hem de toplumsal olarak insan sağlığını olumsuz etkilemekte, yaşam kalitesini ciddi anlamda bozmakta ve ülkelere ekonomik olarak yük getirmektedir. Bu nedenle diyabetin yan etkilerinin önlenmesi ve tedavisi için ülkelerin ulusal diyabet programlarını mevcut durum ve olanaklar çerçevesinde yeniden gözden geçirerek düzenlemeleri gerekmektedir.

1.2.6. Diyabetin Psikolojik Etkisi

Diyabet ömür boyu süren bir hastalık olup, diyabetli bireylerin hayatlarını normal bir şekilde sürdürmeleri, insülin veya hap kullanmalarına, diyet ve egzersiz yapmalarına bağlıdır. Zorunlu olarak hayatlarında yapılan değişiklikler, sürekli disiplinli ve düzenli yaşamayı öngördüğü için beraberinde uyum problemlerini de getirmektedir. Bu nedenle diyabetli kişilerde ruhsal bozukluklar artırmaktadır. Hastalığın seyri hastanın psikolojik durumu ile bağlantılıdır.

Son yıllarda diyabet, Türkiye' de olduğu gibi tüm dünyada hızla artmıştır. Diyabet hedeflenen tedavi düzeyine ulaşmada başarılı olamadığından dünyada en çok artan ve tartışılan kronik metabolizma hastalığı olmuştur. Nitekim yapılan çalışmalar, tanı ve tedavi yöntemlerinde büyük ilerlemeler olmasına rağmen, hedeflenen kan şekeri değerlerine ulaşılmaması nedeniyle farklı tedavi yöntemlerine başvurulmasını göstermektedir.

Diyabetes mellitusla sıklıkla birlikte görülen psikiyatrik durumlar anksiyete ve depresyondur (Lloyd & Brown: 2002'den akt: Bahar, Sertbaş ve Sönmez, 2006: 19).

Masterton’a göre, depresif bozukluk ve diyabet birlikteliği araştırmacıların sürekli karşılaştığı ve üzerinde çalıştığı konu haline gelmiştir. “Depresif bozukluk ve diyabet üzerinde 3 temel neden üzerinde araştırmalar yoğunlaşmıştır.

1-Psikolojik faktörlerin doğrudan diyabeti başlattığı tarzındadır. Fakat stres diyabetlilerde glikoz kontrolünü zorlaştırırsa da, ya da bazı hastalıklardaki mizaç ve kişilik özelliklerinin glikoz düzeylerini olumsuz yönde etkilese de, psikolojik faktörlerin, doğrudan diyabetin başlaması için yeterli olmadığı belirlenmiştir.

2-Potansiyel başka bir ilişki de genetik geçiştir. Maudsley tarafından 19. yy’ da ilk kez ortaya konan bulgularla, psikiyatrik bozukluğu olan ailelerde, diyabetin sık izlendiği belirlenmiştir. Genetik çalışmalar, genellikle “duygu durum bozukluklu” olgular üzerinde yoğunlaşmış olup, 11. kromozomun kısa kolunda, insulin growth faktör-1, tirozin karboksi- lax ve human-ras onkojen'i belirlemişler, ancak veriler henüz kanıtlanmamıştır.

3-En son varsayım olarak ise depresyonun diyabete yol açtığı tarzındadır. Araştırmacılar, psikiyatrik hastalıklardaki glikoz metabolizması üzerinde çalışmışlar, özellikle depresyonda ve psikotrop ilaç kullanman sonucu ortaya çıkan hipotalamo-hipofizer aksındaki bozuklukların diyabeti oluşturabileceğini varsaymışlardır. Ayrıca karbonhidrat metabolizması üzerinde etki eden psikotropoların, özellikle lityumun etkisi en çok araştırılan konuyu oluşturmuş, ancak doğrudan ilişkiyi gösteren kanıtları rastlanmamıştır” (Masterton, 1996; akt. Önde, Özçubukçuoğlu, 1998: 69-70).

Komplikasyon gelişen diyabetli hastalarda, psikiyatrik bozukluklar, daha yüksek oranda olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalarda komplikasyon olan kişilerin depresyon ve anksiyete seviyelerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Diyabetik komplikasyonu olan hastalarda majör depresif bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluğu, diyabetik komplikasyonu olmayan hastalarda oranla daha yüksek bulunmuştur (Eren, Erdi ve Çivi, 2004: 91)

Uysal ve Akpınar’ın (2013: 34) “Tip 2 Diyabetli hastaların hastalık algısı ve depresyon “üzerine yaptıkları araştırmada, HbA1c değerlerine göre diyabetin kontrol altında olduğu olgularda hastalık algı ve depresyon skorları düşük, diyabetin kontrol altında olgularda ise hastalık algı ve depresyon skorları yüksek bulunmuştur. Diyabet kontrolü ile hastalık algısı ve depresyon düzeyi arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

“Diabetes mellituslu hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi” üzerine yapılan araştırmada ise diyabetli hastaların (HAD) anksiyete ve depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar eşik altı ve eşik üstü olarak değerlendirildiğinde hastaların %30,8’inin anksiyete alt ölçeğinden eşik üstü, %51,1’inin depresyon alt ölçeğinden eşik üstü puan aldıkları belirlenmiştir (Bahar, vd., 2006: 22).

“Tip 2 diyabet hastalarında anksiyete ve depresyon riski ve ilişkili faktörler” adlı çalışmada ise hastaların %48,4’ünde anksiyete, %67,3’ünde ise depresyon riski bulunmuş olup, bu sıklık toplum ortalamasından yüksektir. Ayrıca Tip 2 diyabet hastalarında anksiyete ve depresyon riski artmış olarak bulundu. Bu risk ileri yaş, kadın cinsiyet, düşük eğitim seviyesi, ev hanımı/emekli olmak, ek kronik hastalığa sahip olmak ve insülin kullanmak ile artmakta idi. Bu sebeple hekimler olarak bu özellikleri taşıyan tip 2 diyabet hastalarımızda anksiyete/depresyon gelişimi açısından daha dikkatli olmalıyız. Çünkü anksiyete/depresyon gelişmesi hastanın uyumunu, tedaviye cevabını ve hastalığın seyrini olumsuz olarak etkilemektedir. Ayrıca özbakım ve yaşam kalitesinde bozulmaya, komplikasyon gelişme riski, morbidite, mortalite ve sağlık harcamalarında artışa neden olmaktadır (Sayın vd., 2019: 483).

Depresyonun varlığı, kan şekerinin kontrol altına alınmasını ve hastaların sağaltıma uyumlarını olumsuz yönde etkiler. Depresyon sağaltılmadığında komplikasyon oranlarında artışa yol açtığı gibi, komplikasyonu olan hastalarda depresif belirti düzeylerinin daha yüksek olduğu yönünde bulgular vardır. Depresyonu bulunan diyabetik hastalarda insüline direnç geliştiği de bildirilmiştir. Tüm bu etmenler göz önünde bulundurulduğunda, diyabetik hastalarda depresyonun tanınması ve uygun biçimde sağaltılması önem kazanmaktadır (Gülseren, vd., 2001: 2).

Özkan'a göre depresyon, diğer birçok kronik hastalık gibi diyabetli kişilerde en sık görülen psikiyatrik bir sendromdur. Diyabete eşlik eden depresyon hastaların uyumunu, yaşam kalitesini, tedaviye yanıtını, seyrini, diyabet süresi, mortalite ve morbiditeyi olumsuz etkiler. Depresyon semptomları ile diyabetin semptomları birbirini arttırıcı yönde etki eder. Depresyonda gelişen hormonal bozukluklar kan şekerinin denetimini bozduğu gibi, kan şekerindeki düzensizlikler depresif tablonun şiddetini arttırır. Diyabetin komplikasyonları arttıkça, depresif tablonun şiddetlendiği belirtilmiştir (Özkan, 1996’dan akt. Önde ve Özçubukçuoğlu, 1998: 72). Kronik hastalığa sahip kişiler sağlıklılara oranla, daha az sayıda kişi ya da arkadaşla ilişki kurmaktadır (Halpern, 2005).

II. BÖLÜM

2. DİN VE DİNİ EĞİLİMLER

2.1. Dinin Tanımı

Din kelimesi semantik açıdan baktığımızda arapça bir kelime olup, “deyn” kökünden mastar veya isim olarak kullanılmıştır. Din kelimesinin en yaygın anlamlarından bazıları şunlardır:

- Takva, boyun eğme, aziz olmak, yücelmek, sultan, kahır, mezhep, zorlama, zillet, siyaset, yaratılış (Mehmedoğlu, 2004: 14).
- İslam, hâkimiyet, adet, durum, ceza, mükâfat, itaat, hesap, galibiyet, mülkiyet, hüküm, millet (Sarı, 1980: 78)

Kuran-ı Kerim’de din kelimesi, doksan iki yerde geçmekte olup; zül, yönetme-yöneltilme, itaat, tapınma, hüküm, İslam, şariat, tevhit, ceza, hudut, adet, hesap, millet gibi anlamlara gelmektedir (Tümer, 1994: 316). Tefsirlerde ise “din” kelimesi yedi anlamda kullanılmış olup; bu anlamlar şunlardır: Ceza ve mükafat (Fatiha, 1/4), din, millet (Bakara, 2/120), borç (Bakara, 2/282), islam (Ali İmran, 3/19), hukuk (Yusuf, 12/76), hüküm, emir (Enbiya, 21/93), tabiat kanunu (Rum, 30/30) (Bayraklı, 2003: 134).

Türk Dil Kurumu, Türkçe sözlükte din kelimesinin Arapça kökenli olduğunu belirterek “Tanrı’ya, doğaüstü güçlere, çeşitli kutsal varlıklara inanmayı ve tapınmayı sistemleştiren toplumsal bir kurum, diyanet” şeklinde tanımlamıştır (Yalçın, 2022: <https://sozluk.tdk.gov.tr/>). Ayrıca “bu nitelikteki inançları kurallar, kurumlar, töreler ve semboller biçiminde toplayan, sağlayan düzen; inanılıp çok bağlanılan düşünce, inanç veya ülkü, kült” şeklinde de tanımlamıştır (Karay, 2022: <https://sozluk.tdk.gov.tr/>). Bir sözlükte ise din kelimesi “İnsanların yaratıcı olarak kabul ettikleri üstün güce olan imanlarını, ona yapacakları ibadetlerin bütünü ve bu imana göre davranışlarının nasıl olması gerektiğini düzenleyen inanış yolu” şeklinde tanımlanmıştır (Kubbealtı Lugatı, 2021).

Din sözlük tanımına sığmayacak kadar geniş bir kavramdır. Doğası itibariyle sayısız din tanımı yapılabileceği gibi (Hacıkeleşoğlu, 2020: 21), temelinde dinin her insanda farklı ve biricik duyguları uyandırması (Clark, 1969: 17), insanların din tanımını ittifakla yapmalarının mümkün olmadığını göstermektedir.

Dinin subjektif, soyut ve birikimsel olması, genel geçer bir açıklama içeren tanım yapılmasına engel olmaktadır. Bu yüzden ilgi alanına din olgusunu yerleştiren bilim dallarında ortak bir tanım da söz konusu olmamaktadır (Paloutzian, 2017: 1-13). Nitekim her bilim dalı, karmaşık bir olgu olarak dini, kendileri açısından fonksiyonel bir biçimde ele almaktadır. Bu bağlamda psikoloji din olgusunu, insan merkezli bir bakış açısıyla, sosyoloji ise toplum merkezli bakış açısıyla anlamaya ve açıklamaya çalışmaktadır. İçinde bulunulan disiplin; kültür, gelenek, dönemin ruhu, inanılan din ve o dinin değer sistemi vb. gibi pek çok nedenlere bağlı olarak değişkenlik gösterebilmektedir (Mehmedoğlu, 2006: 261). Bu bağlamda yapılan birçok din tanımlarını tek tek vermekten ziyade, araştırmaya uygun din tanımlamalarına değinmek daha uygun olacaktır.

2.1.1. Psikolojik Olarak Dinin Tanımı

Psikoloji, insanın duygu, düşünce ve davranışlarını konu edinir ve onları bilimsel yöntemlerle incelemeye yani insan tecrübelerinin kaynağına inmeye çalışır. Din ise, fonksiyonel olarak insanın bireysel, sosyal ve kültürel ihtiyaçlarını giderir. Bir insan bilimi olarak din psikolojisinin bütün çabası, bireyin dinsel yaşayışını anlamak ve açıklamak içindir (Kayıklık, 2011: 13-14). Yani psikologlar, din nedir? sorusunun cevabından çok, insanların dini algılama şekilleri ve dinin psikolojik işlevi üzerinde durmuşlardır.

Dinin çok sayıda, farklı bakış açılarına göre ve kapsamlı şekilde tanımlanması ve bu tanımlar üzerinde ortak bir görüş birliğine varılamaması, din psikologları tarafından dikkat çekmiş ve ilgiyle karşılanmıştır. Bu bağlamda Leuba, kendisi de eklemeler yaparak 48 ayrı din tanımını bir araya getirmiştir (Leuba, 1912: 3-54). Din ile yapılan tanımlar çok sayıda sınıflandırmalar yapılmasına sebep olmuştur. Cox, din tanımlamalarını teolojik, ahlaki, felsefi, psikolojik ve sosyolojik olmak üzere beş kategoriye ayırmıştır (Güneş, 2016: 175).

Clark, “dini psişik hayatın diğer yönlerinden ayırt etmeyen tanımlar, dinin sosyal görünümünü ön plana çıkartan ve insanlar arası ilişkilerden meydana gelen bir olarak

gören tanımlar, bireyi ve tutumlarını ifade eden tanımlar” şeklinde üç kategoride ele almıştır (Clark, 1969: 18-20)

Batılı din sosyologları ise dini, işlevsel ve özsel olmak üzere iki kategoriye ayırmışlardır. Özsel tanımlamalar dinin içeriği ve özünü; işlevsel tanımlar ise dinin insana veya topluma sağladığı yararları ele alır (Furseth ve Repstad, 2006: 16). Özsel tanımda dinin özüne yani asli mahiyetine dikkat çekilmekle beraber, din aşkın olana ve tabiatüstüne bağlanma olarak açıklanmaktadır (Willaime, 1995:119). İşlevsel tanım ise, dinin bireysel ve sosyal hayattaki görevlerini açıklar. Dinin bireysel işlevi din psikolojisinin, sosyal işlevi ise din sosyolojisinin araştırma alanına girmektedir (Yapıcı, 2007’den akt: Akyüz ve Ünal, 2017: 13). Kısacası özsel tanımlar dinin ne olduğunu; işlevsel tanımlar ise dinin ne yaptığını bize açıklar.

Antropolojik veriler, insanın her zaman din ile bir biçimde ilişkili olduğunu göstermektedir. İlk insandan modern çağa kadar çeşitli şekillerde varlığını sürdüren insan-din ilişkisinin gelecekte de var olmayı sürdüreceği düşünülmektedir (Kayıklık, 2016: 157).

Din, fert ve toplumu etkileyen sosyo-kültürel bir kurum ve insanın günlük hayatındaki duygusudur (Armaner, 1980: 75). Din, düşünce ve davranışlara yön veren bir faktör (Mehmedoğlu, 2004: 13), yani anlam arayışı sorgulamalarının cevabıdır. Kısacası din kavram olmaktan ziyade, bizzat yaşanarak tecrübe edinilen bir gerçekliktir.

W. James’e göre din, “tabiatüstü ve kutsal varlık ile olan ilişkili olan inançların, tasavvurların, tecrübelerin, duyguların, işaretlerin, dilin ve davranışların bütünü” (James, 2002: 1-30), yani bireylerin duyguları, fiilleri ve tecrübeleridir. Ona göre din, ikiye ayrılır. Birincisi dua, ibadet, zikir gibi kişisel ibadetleri içeren bireysel din, ikincisi ise kilise içerisinde yapılan ritüelleri içeren kurumsal dindir (Karacoşkun vd., 2012: 38).

Dini bir yanılsama olarak gören Freud’a göre din, güdülerin bastırılmasından kaynaklanan hastalıklı bir haldir ve bireyler bu halden kurtulmalıdır. Din nevroz gibi hastalıkların temel sebebidir (Köse ve Ayten, 2013: 30).

Jung’a göre din, “*kutsalın tecrübesiyle değiştirilmiş olan bilinç özel bir tutum*” (Jung, 1975: 8), tecrübenin mantıkdışı gerçeklerine bağımlı olmak ve boyun eğmek Jung, 2010: 7) temel yapıları kolektif bilinçdışında oluşan bir olgu, insanlığın kolektif bilinç dışında tarihin başlangıcından beri biriktirdiği en yüksek değer ve birikimlere açılan bir kapıdır. Kolektif bilinçdışındaki Tanrı imgesi bazı dini sembollerle bilinç alanına ulaşarak,

bilinç alanını kontrol altına alır ve kendisini insana kabul ettirir. Freud'un aksine Tanrıya inanmak ve dine bağlanmak, insanı nevrozdan kurtarır (Köse ve Ayten, 2013: 35-36) Din nevroz olmaktan ziyade, nevrozlara bir cevap işlevi görür. Din, zor zamanlarda bir sığınaktır (Karacoşkun vd., 2012: 43).

Thouless, dinin tecrübi boyutuna dikkat çekerek, "insanüstü varlık ya da varlıklarla girilen tecrübi ilişki" şeklinde dini tanımlamıştır. Daha sonrasında tutum kavramını kullanarak din tanımına daha kapsamlı bir anlam kazandıracağına dikkat çekmiştir. Dinin bir tutum olarak tanımlanmasının, duygu, davranış ve inancı kapsayan bir derinlik kazandıracağını belirtmiştir (Thouless, 1971: 11).

Fromm'a göre "Din, bir grup tarafından paylaşılan (kabul edilen), o grup bireylerine kendilerini adayabilecekleri bir hedef (nesne) sunan ve onlara ortak bir davranış biçimi veren bir sistemdir." (Fromm 1991: 41). Tarih boyunca tüm kültürler içerisinde bu din tanımına rastlanmakla beraber, insanların ortak davranacağı bir sisteme ve her şeyini vereceği bir nesneye ihtiyaçları sürekli olmuştur (Apaydın, 2005: 171).

Maslow, dini insan doğasının doğal bir ürünü olarak tanımlamıştır (Fuller, 1994:170). Nasıl ki insan, güneşe, kalsiyuma veya sevgiye ihtiyacı varsa, anlayacağı ve anladığı doğrultuda yaşayabileceği bir dine, değerler bütününe ya da yaşam felsefesine veyahut onun yerini tutan farklı bir sisteme ihtiyaç duymaktadır (Maslow, 2001: 219).

Bireysel dindarlığa önem veren Frankl'a göre din, insanın içsel yaşantısında canlılığını koruyan içsel bir akt olup; bireyin bilincince olmaması ya da dışarıya yansıtılmaması, dini etkilerin olmadığı sonucunu çıkarmaz (Frankl & Kreuzer,1994: 58).

2.2. Dini Eğilimler (Dindarlık)

Dini eğilim, bireyin dini inancının herhangi bir olay veya etki karşısında duygu, düşünce, bilgi, davranış şeklinde dışa yansımaları olmakla beraber; bireyin sahip olduğu dini bilgi ya da anlayışı dini eğilimin şeklini de belirlemektedir Dini eğilimler kavramı anlam alanı çok geniş bir kavramdır. Din Psikolojisi biliminde, dini eğilimler, bazen kişilik tanımlamaları ve sınıflamaları şeklinde; bazen de dindarlık boyutları alanı olmak üzere, birçok şekilde adlandırılabilir (Apaydın, vd., 2014: 8).

2.3. Diyabet Hastalarında Dini Eğilimlerin Oluşması

Kişinin gücünü aşarak, onu zorlayan birçok içsel ve dışsal olaylar bulunmaktadır. Bu olaylar stres ve sıkıntıya yol açar. Sürekli değişen bilişsel ve davranışsal çabalarla mücadele edilir. İşte bireyin bedensel ve ruhsal kaynaklarının zorlanıp tükenmesi karşısında uyum sağlamaya yönelik gösterdiği bilişsel ve davranışsal çabalara “başa çıkma” denir (Hökelekli, 2013: 63). Acı veren ve hayrete düşüren durumlarla karşılaşıldığında din, insana bir anlamlandırma ve yorumlama imkânı sunar. Tanrı inancı sayesinde, kişi hâkimiyet ve denetim duygusunu elinde tutarak, felaketlerin yol açtığı korku ve endişeleri azaltmayı ve yatıştırmayı sağlar. Böyle durumlarda dini inanç ve değerler, insanların hayatlarında büyük dönüşümler yapmalarına, yeni anlamlar bulmalarına ve anlamı korumaya yönelik yeni bilişsel yorumlama sistemine imkân tanır (Hökelekli, 2013: 63-64). Bu olaylardan biri olan diyabet hastalığı da, fiziksel ve zihinsel sağlığın olumsuz yönde etkilenmesiyle stres ve acıya sebep olabilmektedir. Hastalık karşısında var olan tedavilerin tamamen iyileştirici etkisinin olmaması psikolojik sıkıntıları beraberinde getirerek, insanları farklı anlayış ve arayışlara yönlendirmiştir.

Bireyler hastalık sırasında fiziksel ve zihinsel olarak daha duyarlı hale geleceği için, hastalıklarının tedavisi ve sağlığına kavuşması için inandığı varlıktan yardım isteyeceklerdir. Bunu isterken inandığı varlığı memnun edeceğini düşündüğü hal ve hareketleri yapacaktır. Tüm dinlerde olan başkalarına yardım etme emri, bireyin adaklarda bulunmasını neden olacaktır. Ayrıca namaz, oruç, dua gibi Allah'ın emrettiği davranış ve ritüellerde artış ve düzen oluşmaya başlayacaktır. Dini eğilimler bununla sınırlı olmamakla beraber, diğer hastaları şahsen ziyaret etmek ve onlara yardım etmek, isteğe göre bir din adamının hastaya yardım etmesi, hasta için dua etmesi, dini metinlerden bir parça okunması, yazılması, taşınması ya da okunması gibi davranışlarda dini eğilimlere eklenebilir (Apaydın, Özer ve Aydın, 2014: 9)

İnsanların dini anlama, yaşama ve uygulama şekilleri çok ve birbirinden farklıdır. Bu yüzden, hayatın zorlukları ile başa çıkmada dini kaynakları ve imkânları kullanmada kaçınılmaz olarak farklılıklar olacaktır (Hökelekli, 2013: 64).

Bireyler arasındaki dinî eğilimlerin farklılıkların birinci sebebi, bireyin sahip olduğu dinî bilgi düzeyi ve dinî yaşayışın şeklindeki bireysel farklılıklardır. İkinci sebep ise bireyin dini eğilimler hakkında yaşadığı tecrübeler ve çevresinde gördüğü uygulamalardır. Yani bireysel farklılıklar ve nedenlerdir. Toplumların sahip olduğu kültür

ve yaşam tarzlarının din üzerindeki etkisi sebebiyle toplumdan topluma, hatta aynı dinin üyelerinden oluşan toplumlarda dini eğilimler değişkenlik göstermektedir. Dini eğilimler konusunda, bireysel ve toplumsal farklılıkları, birey ve toplumların sahip olduğu dini bilgi düzeyi, dini inancın yoğunluğu ve dini değerlerin yaşantıya dönüştürülme şekli vb. ile ilişkili olarak açıklayabiliriz (Apaydın, vd., 2014: 9).

Yapılan çalışmalar ve gözlemler, çaresizlik deneyimlerinin kişileri dini bir davranışa sevk etmede önemli rol oynadığını ve insanın sıkıntı ve çaresizlik ile ilahi yardıma başvurma arasında bir bağın oluştuğunu göstermektedir. Hayatın maddi şartları, sıkıntıları ve yıkıntıları içerisindeki insan, Allah'ın umulmadık anda müdahalesine çok önem vermektedir. İnsanların hemen çoğunda ibadet ve duada bulunmak için en güçlü eğilim, hastalık, savaş, deprem, savaş vs. çok büyük maddi sıkıntılar içine girdiklerinde, ölümle karşılaştıklarında, özellikle de kendi ölümleri karşısında kendini göstermektedir. Belirtmek gerekir ki, çaresizlik ve sıkıntılı zamanlarda insanlar her zaman bu şekilde tepkiler vermemekte, bazen yukarıdaki durumun tersi de söz konusu olmaktadır. İnsanı dinden, Allah'tan ve ibadetten de uzaklaştırabilmektedir (Okumuş, 2002: 341).

2.4. Dindar, Dindarlık ve Dindarlık Tiplerleri

Din kavramının tanımlanmasında olduğu gibi, dindarlık kavramının tanımlanmasında da tam bir mutabakat sağlanamamıştır (Mehmedoğlu, 2004: 30). Çünkü dindarlık kavramı, tanımlayan kişinin ideolojisi, algısı ve bakış açısına göre farklılaşabilmektedir. Bu yüzden din psikolojisinde, dindarlığın tanımından ziyade, dindarlığın anlaşılması ve değerlendirilmesine yönelik, dindarlıkla ortaya çıkan inanç, ibadet ve bilgi alanındaki yansımaları bakılmaktadır. Dolayısıyla tüm dinler, kendi içerisindeki inanç ve ibadet yapısına göre değişik dindarlık biçimleri meydana getirmektedir (Yılmaz, 2002: 62).

Geniş kapsamlı bir kavram olan dindarlığı tanımlamadan önce, herhangi bir dine inanan dindar kişiyi tanımlamak ve niteliklerini açıklamak daha yerinde olacaktır. Çünkü birey inandığı dinin ibadetlerini yerine getirmediği halde, Tanrı'yla arasında özel bir bağ bulunduğunu düşünerek kendisini dindar olarak tanımlayabilir. Ya da, dinin gereklerini emredilenden fazlasını yerine getirmesine rağmen, küçük bir hatasında bile kendisini çok büyük bir günah işlemiş olarak görebilir veya Tanrı'dan uzaklaşmış, isyankâr sayabilir. (Horozcu, 2010: 211). Göcen dindar kişiyi; *“inandığı yüce varlık rehberliğinde bir kitap ve*

peygamber eşliğinde duygu, davranışlarıyla tüm yaşantısını düzenleyen kişi” olarak tanımlayarak, psikolojik perspektiften “kutsalla veya aşkınlıkla vasıtalı vasıtasız ilişki kurabilen ve bunun etkilerini bireysel ve toplumsal gösteren kişi” şeklinde yorumlamıştır (Göcen, 2020: 21).

Her insanda dindarlık şekilleri, dini yaşantılar kültürlere ve sosyal gruplara göre değişebilmektedir. Her inananda dinî yaşantılar ve bunların yaşanışı farklı şekillerde olmaktadır. Dindar, mensubu olunan dine derinden bağlı, dinin gereklerini yerine getiren ve emir ve yasaklarına uyan kimsedir. Başka bir deyişle dindar, inandığı dinin inanç, ilke, pratik ve sembollerini içselleştirerek bunları tutum ve davranışlarında sergileyen kişidir (Kurt, 2008: 22). İnsanların dindarlık algılamaları açısından farklılık göstermesi, dindarlık tipolojilerinin de farklılaşmasına neden olmuştur. Dindarlık tipolojilerine dinî yaşama biçimlerinin tarihsel ve toplumsal gelişimde şekillenen tecrübeleri yön vermektedir (Çelik, 2005: 74). Bu bağlamda din sosyolojisi alanda Batıda ve ülkemizde çeşitli dindarlık tipolojileri geliştirilmiştir.

Din sosyolojisinde toplumsal gruplara göre oluşturulan dindarlık tipolojilerinin ilk örneklerini Weber' in çalışmalarında rastlamaktayız. Ona göre dini yaşama biçimleri feodaal dindarlığı, çiftçi dindarlığı, bürokrasi, burjuvazi ve esnaf dindarlığı, proleter dindarlığı, büyüsel, ayinci dindarlık, derviş dindarlığı, şehir ve kır dindarlığı gibi tiplerdir (Weber, 1988: 239-240, 255-263, 538-539). G. Mensching de sosyal grup ve sınıflara göre göçebe dindarlığı, asalet dindarlığı, köylü dindarlığı ve burjuvazi dindarlığı şeklinde sınıflandırma yapmıştır (Mensching, 1994: 253-259).

Taş, Dindarlık Kriterleri Ölçeği üzerinde yapılan analizler sonucunda yaptığı tipolojide üç dindarlık tipi belirtmiştir;

1. *“Geleneksel/ilmihalci dindarlık:* Toplumumuzun büyük kesiminde benimsenen, Kur'an ve sünnetin yanında, ilk dönemlerde yazılan temel dinî kaynaklara, din büyüklerinin görüşlerine ve ilmihal bilgilerine dayanan, dindeki emir ve yasaklara uymanın önem taşıdığı, inancın yanında ibadetleri yerine getirmenin de ön plana çıktığı dindarlık.
2. *Modernist/hümanist dindarlık:* Vicdan temizliği, doğruluk, iyilik, yardımseverlik gibi bir takım evrensel ahlâkî değerlerin önemsendiği, dinî otorite olarak kabul edilen kişilere bağlanmanın zorunluluk taşımadığı, inancın temel gösterge olduğu,

ancak dindeki kurallara uymanın ve dinî ritüelleri yerine getirmenin ikinci plana alındığı, hümanist yaklaşıma sahip dindarlar.

3. *Popüler/hurafeci dindarlık*: Geleneksel dindarlıkta yer alan bazı hususları da içine almakla beraber, İslam öncesi Türk kültürü ve diğer kültürlerden de izler taşıyan, bunun yanı sıra modern dönemdeki bazı olguları da içinde barındırarak değişik toplumsal katmanlarda ve geniş kitlelerde varlığını gösteren, halk arasında değişik formatlarda, kurumlaşmamış tarzlarda bulunabilen, “yaşanan din” olarak da kabul edilebilecek dindar tipleridir” (Taş, 2010: 53-54).

Yapıcı, dindarlığın zihinsel görüntüleri ve bunların davranışlara yansımaları, yani dinin etki boyutuna göre dört farklı dindarlık tipinden belirtmiştir:

- 1) *“Liberal Dindarlar*: Genellikle inançlı ve kutsal metinlere karşı saygılı olan bu kişilerin merkezî tutumunu dinî duygu ve düşünceleri oluşturmamaktadır. Bu sebeple onlar günlük yaşamlarında pek fazla dinin etkisi altında değildir. Liberal dindarların bazıları dinin emrettiği ibadetleri yerine getirirken bazıları bu konuda gerekli özeni ve ihtimamı göstermeyebilirler. Ayrıca inançlarında samimi olan da, olmayanlar da vardır.
- 2) *Muhafazakâr Dindarlar*: İnançlı ve kutsal metinlere karşı oldukça saygılı olan bu kişileri liberal dindarlardan ayıran en önemli özellik ise dinî inanç ve tutumların günlük hayatta açıkça kendisini hissettirmesidir. Çünkü bu tür kişilerin merkezî tutumu dinî duygu ve düşüncelerinden beslenmektedir. Ayrıca dinî pratiklerini yerine getirenler olduğu gibi, getirmeyenler de vardır.
- 3) *Dogmatik Dindarlar*: Bunlar da inançlı ve kutsal metinlere saygılıdır. Onların en önemli özelliği ise dinî tutumlarının günlük davranışlarını belirleme de önemli bir faktör olmasıdır. Çünkü aynı muhafazakârlarda olduğu gibi bunların da merkezi tutumlarını din oluşturmaktadır. Ancak dogmatik dindarları muhafazakârlardan ayıran ve onları karakterize eden asıl husus, dinî meselelere doğru-yanlış, sevap-günah, caiz-caiz değil ya da siyah-beyaz gibi birbirine zıt ikili (dikatomik) ayrımlarla yaklaşımları, diğer kişileri ya da grupları da iyi-kötü şeklinde sınıflandırarak değerlendirme eğilimi göstermeleri, yani ara tonları görememeleridir. Bu da onların ötekilere karşı oldukça hoşgörüsüz bir tutum takınmalarına zemin hazırlamaktadır.

- 4) *Fanatik Dindarlar*: Dinî dogmatizmin biraz daha ileri noktası dinî fanatizmdir. Bu tür dindarların en önemli özelliği ise zihinsel olarak son derece katı olmaları, kendi inandıkları şeylere ısrarlı bir bağlılık göstermeleri, diğer dinî gruplara ve onların görüşlerine karşı aşırı derecede müsamahasız davranmalarıdır. Bu tür kişiler ne dini ne de bununla ilgili olarak sosyal çevrede gözlemlenen ve yaşanan olayları sağlıklı değerlendirebilecek bir konumda değildir. Çünkü zihinsel saplantıları onların olayları objektif olarak algılamasına engel olmaktadır. Fanatikler çok basit gerekçelerle şiddet kullanmaya, hatta kendi dinî inançlarına rakip ve düşman olarak gördüklerini yaralama ve öldürmeye kadar varabilen saldırganlık duygularının etkisi altındadırlar ” (Yapıcı, 2002: 100-106).

James yaptığı dindar sınıflandırmasında, insanların zihin yapısını temel alarak, dindarları “Sağlıklı bir zihne sahip olanlar” ve “Hasta ruhlular” şeklinde ikiye ayırmaktadır (Mehmetoğlu, 2004: 40).

Yapılan dindar kişi tanımından yola çıkarak, farklı dindarlık tanımları yapılmıştır. Din denilince kutsal öğreti anlaşılırken, dindarlık denilince kutsal öğretinin insan hayatında canlanması akla gelmektedir (Kayıklık, 2011:191). Dindarlık, dinin içsel ya da pratiksel etkilerinin gösterilmesi ve bireyin kutsal buyruklara bağlılığı veya ilgisi şeklinde tanımlanmaktadır (Kavros, 2009: 770).

Hökelekli’ye göre dindarlık, “bir kişinin ya da grubun günlük hayatında dinin önemini ifade eden, dine inanma ve bağlanma derecesini gösteren bir kavramdır.” (Hökelekli, 2015: 43). Dindarlık, bireyin inandığı din hakkında bilgi edinmesi, bu bilgileri hayatında uygulaması, dini, hayat görüşü oluşturmada temel alması ve hayatındaki tercihlerini de aynı şekilde belirleyerek sağladığı uyum sürecidir (Apaydın, 2016: 68). Yani dinin insanın deneyimleri sonucunda ortaya çıkan şekli (Yılmaz, 2018: 13), ve “İnançlı ya da her hangi bir dine mensup kişilerin dini yaşantılarıdır.” (Uysal, 2006: 74).

Kirman’a göre dindarlık, “bir kişinin günlük hayatında dinin önemini ifade eden, kişinin dine inanma ve bağlanma derecesini gösteren bir kavram”dır (Kirman, 2011: 90). Başka bir ifadeyle “*inanılan dinin nesnel boyutu ile insanın sübjektif özelliklerinin bir karışımı*”dır (Karaca, 2015: 74). Dindarlık, en yalın haliyle “*yaşanan din*” olarak tanımlanabilir. Yani “dinin, hayata geçirilerek bilfiil yaşanma biçimi” dir (Hökelekli, 2010: 43). Freud ise dindarlığı, kişilerin yanılsamaya dayalı suçluluk duygularını azaltmak için yapılan nevrotik düşünce ve davranışlar olarak tanımlamaktadır (Freud, 1999:185-189).

2.5. DİNDARLIK ÖLÇME ÇALIŞMALARI

2.5.1. Batı'daki Dindarlık Ölçme Çalışmaları

Bireylerin dini eğilimleri, bireysel ve toplumsal özelliklere göre değişebilmektedir. Aynı dine inanan insanlar, dinlerini aynı derinlikte yaşayamaz ve kişiye göre değişen farklı derecelenmeler oluşur (Hökelekli, 1993: 76). Dolayısıyla dini algılama, anlama ve yaşamadaki farklılıklara bağlı olarak kişiden kişiye değişen öznel bir yaşantıdan bahsedilebilir. Dindarlığın çok boyutlu ve ölçülebilir olması, Din Psikolojisi alanında birçok dindarlık ölçeği geliştirilmesini sağlamıştır. Batıda dindarlık ölçümü çalışmaları 1940' lı yıllarda başlayıp, bunu 1950 ve 1960'lı yıllarda ileri ölçüm teknikleriyle yapılan alan çalışmaları takip etmiştir (Albayrak ve Kurt, 2019:146).

Batı'da dindarlık ölçümünde yapılan çalışmalar incelendiğinde, genel olarak üç farklı yaklaşımın ortaya çıktığı görülür. Bunlardan birincisi, Allport ve Ross tarafından geliştirilen, dindarlığın “içe dönük” ve “dışa dönük” olmak üzere iki boyutta ele alınan ve ölçülen yaklaşım (Allport & Ross, 1967: 432); ikincisi ise dindarlığı çok boyutlu bir olgu olarak ele alan yaklaşımdır. Çok boyutlu dindarlık ölçeklerinin kullanıldığı bu yaklaşımlarda, kişilerin nasıl bir Hristiyan, nasıl bir Protestan veya nasıl bir Müslüman olduğu soruları öne çıkar. Üçüncü yaklaşım ise diğer iki yaklaşımdan farklı olup kişilerin dini yönelim düzeyleri düşünce, duygu ve davranış boyutlarında incelenir. (Onay, 2001: 439).

Başlangıçta dindarlık tek boyutlu olarak ölçülse de, zamanla dindarlığın daha karmaşık bir olgu olduğunun anlaşılmıştır. Dolayısıyla, dindarlığın iki boyutlu ve çok boyutlu olduğuna dair yaklaşımları ortaya çıkmıştır (Yıldız, 2001: 24–27). Din psikolojisi ve din sosyolojisi gibi alanların, dindarlığın boyutlandırılmasına yönelik katkıları çok fazladır (Baynal, 2020: 265-267). İlk başta tek boyutlu olarak ölçülen dindarlığın daha karmaşık bir fenomen olduğunun anlaşılması, iki boyutlu ve çok boyutlu yaklaşımları da beraberinde getirmiştir (Yıldız, 2001: 24–27).

2.5.2. Türkiye’de Dindarlık Ölçme Çalışmaları

Türkiye’de Müslüman dindarlık ölçümüyle ilgili yapılan bilimsel çalışmaların başlaması ise 1980’li yıllara rastlamaktadır (Onay, 2001: 439). Türkiye’deki İslami dindarlıkla ilgili yapılan ilk çalışma 1962 yılında Mehmet Taplamacıoğlu’nun “*Yaşlara göre dini yaşayışın şiddet ve kesafeti üzerinde bir anket denemesi*” dir. Daha sonra bu

çalışmayı, Belma Özbaydar' ın (1970) “*Din ve tanrı inancının gelişmesi üzerine bir araştırma*” başlıklı çalışması izlemiştir. 1977 Yılında bu çalışmayı Erdoğan Fırat'ın “*Üniversite öğrencilerinde Allah inancı ve din duygusu: Din psikolojisi açısından bir değerlendirme*” başlıklı çalışması ve Recep Yaparel 'in 1987 yılında yaptığı, “*Yirmi-Kırk Yaşlar Arası Kişilerde Dini Hayat İle Psiko-Sosyal Uyum Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma*” başlıklı çalışması takip etmiştir. Bu çalışmaları ise Kayhan Mutlu' nun 1989 yılında yaptığı, “*Bir Dindarlık Ölçeği, Sosyolojide Yöntem Sorunu Üzerine Bir Araştırma*”, Münir Koştaş'ın 1995 yılında yaptığı, “*Üniversite Öğrencilerinde Dine Bakış*”, Ünver Günay'ın 1999 yılında, “*Erzurum ve Çevre Köylerinde Dini Hayat*”, adlı çalışmalar izlemiştir.

Bu çalışmalar, Batı'daki dindarlık ölçme çalışmalarının zamanlama başlangıcıyla yakın tarihli olup; yöntem, teknik ve psikometrik nitelikler bakımından yapılan çalışmaların ilerisinde değildir (Fidan, 2021: 108) Glock, Lenski, King ve Hunt gibi araştırmacıların yaptığı çalışmalar, müslüman dindarlığı ve ölçek geliştirmede ülkemizde örnek alınmıştır (Onay, 2001: 442 ve Subaşı, 2002: 21).

2.6. Dindarlığın Boyutları

Dinler insan hayatının her aşamasını ve her alanını kapsayacak unsur ve düzenlemeleri içerir. Dinlerin mensuplarına sunduğu bu çok yönlü ve boyutlu hayat düzeni, bireylerin yaşamasıyla ortaya çıkan dinî hayat veya dindarlığın da birtakım boyutlarının olmasını kaçınılmaz kılmıştır (Certel, 2016: 93). Din inanç ve ibadet esaslarından, dindarlık da iman ve ibadet etmekten ibaret değildir. Bu yüzden bireyin ya da grubun dini yaşantısının tam olarak anlaşılması, bu yaşantının her yönü ve boyutuyla incelenmesine bağlıdır (Certel, 2016: 93). Çünkü dine yönelim kişiye göre değişmektedir.

Dindarlığı ölçme çalışmaları, genel dindarlığı ölçme amacıyla tek boyutlu yaklaşımlarla başlamıştır. Bu yaklaşımlar, dindarlığın ölçümünde sınırlı kalmıştır. Bu durum din psikologları tarafından tek boyutlu yaklaşımın yeterli olmadığı sonucuna götürmüş ve iki boyutlu yaklaşımlara geçilmesini sağlamıştır (Yıldız, 2006: 85).

Dindarlığın çok boyutlu olduğunu Friedrich Von Hügel (1908) ilk olarak ortaya atmış ve sistemli bir şekilde kavramsallaştırılmasını ilk defa Glock (1962/1972) yapmıştır (Allport ve Ross, 1968'den akt. Kayıklık, 2011:197).

Dindarlığın tek boyut üzerinden açıklanamayacağını düşünenlerin artmasıyla da yeni ölçekler geliştirilmiştir. Bunlardan en önemlisi Allport'un yaklaşımıdır (Bener, 2011: 8). O, dindarlığı iç güdümlü dindarlık ve dış güdümlü dindarlık şeklinde ikiye ayırarak ölçmüştür. İç güdümlü dindarlıkta birey dinini samimiyetle yaşamakta ve dinin inanç ve emirlerine göre hayatını yönlendirmektedir. Dış güdümlü dindarlıkta ise bireyin dine yöneliminde fayda sağlaması önemli olup, din çıkar sağlayıcı bir araçtır. Yani birey, dini kendine göre yönlendirmektedir (Allport ve Ross, 1968'den akt. Kayıklık, 2011:197).

Clark ise dindarlığın boyutları ve dindarlık tiplerinin karışık halde olduğu üç kategoride dini davranış önermiştir. Birinci derecedeki dini davranışta içsel tecrübe hâkimken, İkinci derece dini davranışta bireyin çok az yaşadığı ihtida vardır. Üçüncü derece dini davranışta ise adet ve gelenek olarak başkasının otoritesi ile kabul edilen dindarlık tipi görülür (Clark: 1961' den akt.,Yıldız, 2006: 88).

Batson ve Ventis'in üç boyutlu dindarlık modelinde; dindarlığın araç, amaç ve arayış olmak üzere boyutları vardır. Din ile bağı olan kimseler dini, ne araç ne de amaç olarak değil, "araştırma" olarak algılar (Hökelekli, 2013: 86-87).

Von Hügel, dini anlayış şekillerinden hareketle geleneksel dindarlık, rasyonel dindarlık ve son sezgisel dindarlık olmak üzere üç boyutlu bir dindarlık modeli geliştirmiştir (Wuff 1997'den akt., Kayıklık, 2006: 494). Wach ise benzer şekilde inanç, uygulama ve sosyolojik boyut olmak üzere üç boyutlu bir dindarlık modeli önermiştir (Wach: 1944' den akt., Yıldız, 2006: 89). Lenski 'ye göre dindarlığın boyutları, dini inanç, dini duygu, ibadetlere katılma ve dini grup üyeliği şeklinde gruplandırmıştır (Lenski, 1961: 50-53).

Dindarlığın boyutlandırılmasıyla ilgili bir çok çalışmalar yapılmış olup, birçok modeller öne sürülmüştür. Sosyal bir varlık olan insanın davranışlarının tek bir sebebe bağlanmaması, birçok faktöre bağlı olarak ortaya çıkması, çok boyutlu yaklaşımlara geçişi sağlamıştır. Bu konuda araştırma yapan araştırmacılar, dindarlığın boyutlarını beş kategoride ele almışlardır (Şengül, 2007: 24)

Ayrıca Boos-Nünning dindarlığın boyutlarını dini bilgi, kiliseye bağlılık, genel dindarlık, Tanrı'ya iman, açıkça yapılan dini uygulama, evliliğe ve cinselliğe ait ahlakilik olmak üzere altı kategoride gruplandırmıştır (Wulff, 1991: 212).

Nünning'in altı boyutundan sonra, Morton King (1967), boyut sayısını dokuza çıkarmıştır. Bu boyutlar; “akideyi tasdik etme ve kişisel teslimiyet, cemaat faaliyetlerine katılma, kişisel dini tecrübe, cemaatteki kişisel bağlar, şüphe karşısında entellektüel arayışta kararlılık, dini gelişime açıklık, dogmatizm, dışsal yönelim, mali davranış, mali tutum, din hakkında konuşma ve okuma”dır (Yıldız, 2001: 31).

Daha sonra, King ve Hunt (1969, 1972), yaptıkları faktör analitik çalışmalarda kullandıkları ölçekte, on faktör tespit etmişlerdir. Bunlar; itikadi kabul, duygu, kiliseye devam etme, düzenli faaliyet, mali destek, dini bilgi, gelişmeye ve gayret etmeye yönelim, dışsal yönelim, dikkati çekme, idrak (her gün düşüncelerde ve hislerde dinin önemini belirtme)’ dir (Yıldız, 2001: 31).

Yapılan bu boyutlandırma çalışmaları ve öne sürülen modeller içerisinde en çok rağbet gören Glock ve Stark’ın dindarlık boyutlarıdır. Glock ve Stark, yaşayan dünya dinlerini İnceleyerek (Yıldız, 2006: 98) gerçekleştirdikleri çalışmalar neticesinde dindarlığın birbirini tamamlayan inanç, ibadet, tecrübe, bilgi ve etki boyutlarından oluştuğunu ortaya koymuşlardır (Certel, 2016: 93). Ülkemizde kullanılan dindarlık ölçekleri daha çok bu boyutlar dikkate alınarak geliştirilmiştir. Stark ve Glock (1968: 14–16)’a göre dinî bağlılığı meydana getiren beş unsur ve özellikleri şu şekildedir.

2.6.1. İnanç boyutu

İnanç boyutunda, her dinin bir “amentü”sü vardır ve başlangıçta mü’min kişi bu ilkelere inanır ve dinin belirli öğretilerini kabul eder (Stark ve Glock, 1968: 16). İnanç, imanin kalbi olmakla beraber, dinî yaşayışın da ilk şartıdır. İnanç ilkeleri mezhepten mezhebe, dinden dine çeşitlilik gösterebilir (Stark ve Glock, 1968: 14–16).

Her din, bünyesinde taşıdığı inanç bütününün mensupları tarafından onaylanmasını bekler. Dindar insan dinin ilkelerine inanır ve dinin öğretilerinin doğruluğunu kabul eder. Fakat dinler arasında inançların içerik ve genişlikleri çeşitlilik gösterdiği gibi; aynı dinin gelenekleri arasında da çeşitlilik gösterebilmektedir (Stark ve Glock, 1978’den akt. Kayıklık, 2006: 493-494).

2.6.2. İbadet (davranış) boyutu

Dinî uygulama boyutu; dini ibadet, ritüel ve ayinleri kapsar. Bunlar her dine göre değişse de, ibadet hemen hemen her dinin temel unsurudur. Dinlerde ortak ve yaygın

olarak ibadet şekli olarak dua önemli unsur olarak rastlanmaktadır. Stark ve Glock’a göre dua, ritüellerin formel yapısının yanında içten bağlı (devotion), informal, spontane olarak icra edilmeye müsait bir yapıya sahiptir (Stark ve Glock, 1968: 14–16).

Ritüel, ayinleri, resmi dinsel eylemleri ve dinin mensuplarından beklenen dinsel uygulamaları içerir. Bağlılık da ritüele benzer bir şeydir, ama ritüelden bir anlamda çok farklıdır. Ritüel genellikle halk tipi olup, biçimseldir. Ama bütün dinlerde kişisel ibadetlerin, kendiliğinden ve gayri resmi olanları da vardır (Stark ve Glock, 1978’ den akt. Kayıklık, 2006: 493-494).

2.6.3. Tecrübe (duygu) boyutu

Dindarlığın duygu boyutu, inanan bireyin algı ve duyguları üzerinden Tanrı ile olan bireysel ilişkisini konu edinir. Çoğu dinde az veya çok tecrübe edilebilir. Bu noktada yaşanan duygular sevgi, öfke, huşû, neşe, tatmin gibi duygular olabilir (Yıldız, 2001: 30). Bu perspektiften bakıldığında dinî tecrübeye her zaman olumlu duygulanımlara rastlanmayabilir (Stark ve Glock, 1968: 14–16).

Ayrıca dinsel tecrübe, inanç ve uygulamalarla ilişkili olup, onlara göre daha kapalı ve hassas bir yaşantıdır. Birey, yüce gerçeğin öznel bilgisine ulaşabilir ve Allah’la iletişimi sağlayacak bazı duygular yaşayabilir. Her dinde az da olsa, bireysel dindarlığın bir işareti olan öznel dinsel değerler vardır (Stark ve Glock, 1978’ den akt. Kayıklık, 2006: 493-494).

2.6.4. Bilgi (Entelektüel)boyutu

İnanılan dinle ilgili edinilen, edinilmesi gereken bilgi düzeyini kapsayan bu boyut, inanç boyutuyla çok ilgilidir. Bilgiler, kutsal metinler ve dinî gelenekler aracılığıyla edinilmesi inanç ve ibadetler açısından önemlidir. Ancak inanç, bilginin arkasından gelmeyeceği gibi dinî bilgi de inanca dayanmaz (Kayıklık, 2006: 493). Yine de temel düzeyde de olsa bilgi, etkili bir boyuttur (Stark ve Glock, 1968: 14-16).

Her insan dinin inanç, ibadet ve ahlaka ilişkin temel kurallarını bilir. Dindarlığın bilgi ve inanç boyutu birbiriyle doğrudan ilişkilidir. Çünkü bilgi, bir inancın kabulü için ön koşuldur. Fakat bilgi inanca bağlı değildir. Bir kişi anlamaksızın az bir bilgi ile inanabilir (Stark ve Glock, 1978’ den akt.. Kayıklık, 2006: 493-494).

2.6.5. Etki boyutu

Diğer boyutların etkisinin hissedildiği alan olan olup, diğer boyutlara göre en kapsamlı olan boyuttur. Mü'min kişi, içinde yaşadığı bireysel ve toplumsal yaşamın çeşitli alanlarında inandığı dinin ilkelerine göre hareket eder. Nüfuz etme olarak adlandırılan bu etki, iş, aile, eğlence, giyinme vb. gibi pek çok konuda belli bazı ilkelere sahip olmayla dinin etki boyutu tecrübe edilir (Stark ve Glock, 1968: 14–16).

Bu boyut, bireyin yaşadığı dinsel bilgi, tecrübe, uygulama ve inançların etkilerini içermekte olup, teolojik anlamda "iş" kavramını akla getirir. Dinler, müntesiplerinin nasıl düşünmesi ve davranması gerektiği konusunda bir takım kurallar koyar. Bu kuralların insan hayatındaki önem düzeyi, bireyin dine olan bağlılığı ve ilgisiyle bağlantılıdır (Stark and Glock, 1978; Akt. Kayıklık, 2006: 493-494).

2.7. Kur-an'a Göre Dindarlığın Boyutları

Kuran-ı Kerim'de dindarlığın tanımı için iyilik anlamına gelen “Birr” kelimesi kullanılmıştır. Bakara sûresinin 177. Ayetinde dindarlık tanımına ve dindarlık boyutlarına genişçe yer verilmiştir.

“İyilik (dindarlık), yüzlerinizi doğu ve batı taraflarına çevirmeniz(den ibaret) değildir. Asıl iyilik, Allah’a, ahiret gününe, meleklerle, kitap ve peygamberlere iman edenlerin; mala olan sevgilerine rağmen, onu yakınlara, yetimlere, yoksullara, yolda kalmışa, isteyene ve kölelere verenlerin; namazı dosdoğru kılan, zekâtı veren, antlaşma yaptıklarında sözlerini yerine getirenlerin ve zorda, hastalıkta ve savaşın kızıdığı zamanlarda (direnip) sabredenlerin tutum ve davranışlarıdır. İşte bunlar, doğru olanlardır. İşte bunlar, Allah’a karşı gelmekten sakınanların ta kendileridir” (Bakara,2: 177) Bu ayette şu dindarlık boyutlarının yer aldığı görülmektedir:

1.İnanç boyutu: Allah’a, ahret gününe, meleklerle, kitaba ve Peygamberlere inanç.

2.İbadet boyutu: Namaz kılma, zekât verme. Ayrıca başka ayetlerde oruç tutma (Bakara, 183-184), hacca gitme (Bakara, 2: 196-197), kurban kesme (Bakara, 196) ve dua etme de (Araf, 55), (Mümin, 60) yer almaktadır.

3.Ahlâk boyutu: Yakınlara, yetimlere, yoksullara, yolda kalmışlara, dilenenlere yardım etme, sözünü tutma ve sabretme. Ayrıca başka ayetlerde doğru konuşma,(Nisâ, 4-9); (Hûd, 112),(İsrâ, 80),(Fussilet, 30); yalan konuşmama (Âl-i İmrân,

61,75,78,94),(Nisâ,50), (Maide, 42) , (Tevbe, 42), (Nahl, 105), (Kehf, 5) ve başka birçok ayet; dedikodu yapmama (Hucurât,12),(Kalem, 11), (Hümeze, 1); iftira atmama (Nisâ,20), 112; (Âraf,152) ve başka birçok ayet; eksik ölçüp tartmama (Âraf, 85),(Hûd, 84-85),(İsrâ, 35) ve başka birçok ayet; adil olma (Nisâ, 3,58,127,135), (Mâide, 8, 42) ve başka birçok ayet; ana babaya güzel davranma (Bakara, 83) ,(Nisâ, 36) ve başka birçok ayet; güzel söz söyleme (Bakara, 83, 263), (Nisâ, 5, 8) ve başka birçok ayet; hak yememe, haksızlık yapmama ve haksızlık yapanlara destek olmama (Nisa, 161), (İbrahim, 27), (İsrâ, 99), (Kehf, 87), (Hûd,113) ; İyiliği önerip kötülüğü yasaklama (Âl-i İmran, 110); iffetli olma (Nûr, 30-31); kaba hareket etmeme, kibirli olmama, mütevazı olma, cimri olmama, cömert olma, şükretme (Âl-i İmran, 159), (Âraf, 146),(Nahl, 23), (İsrâ, 37), (İsrâ, 29), (Furkan, 67), (Nisa,147), (Secde, 9), (Ahkaf, 15) gibi davranışlar bulunmaktadır.

4.Düşünce boyutu: Kur'an-ı Kerim, Allah'ın varlığını düşünme, insanın kendi yaratılışı, hayvanlar ve tabiat olayları üzerinde düşünme, tutum ve davranışlarını düşünmesi ve aklını kullanması üzerinde çok durur. İşte örnekler:

“Siz insanlara iyi olmalarını öğütlerken, kendinizi bunun dışında mı tutuyorsunuz? Üstelik kitabı da okuyorsunuz! Siz aklınızı hiç kullanmıyor musunuz?”(Bakara, 44).

“O’dur, yeri genişletmiş olan. Orada dağlar yerleştirip nehirler akıtan. Her üründe iki cins oluşturan. Gündüzü geceyle kaplayan. Kuşkusuz bunlarda düşünen bir topluluk için kesinlikle alınacak dersler vardır” (Ra’d, 3).

“Rabbin bal arısına şu içgüdüğü verdi: ‘Dağlarda, ağaçlarda ve hazırlanmış çardaklarda yuvalar edin! Sonra her çeşit üründen ye ve uysal olarak Rabbinin yollarını izle! Onların karınlarından insanlar için şifa olan, çeşitli renklerde bal çıkmaktadır. Kuşkusuz bunda, düşünen bir toplum için alınacak dersler vardır”(Nahl, 68-69). Hz. İbrahim’in ay, güneş ve yıldızlara bakarak üzerinde düşünmesi ve akıl yürüterek Allah inancına ulaşması da Kur’an’ da örnek olarak anlatılmıştır (En’âm, 76-79).

5.Duygu boyutu: Allah’a teslimiyet ve bağlılık, (Âl-i İmran, 20, 43, 52, 84, 102), (Nisa, 125), (Maide, 111) ve daha pek çok ayet; en çok Allah’ı sevmek (Bakara, 165); en çok da Allah’tan korkma (Nisa, 779), (Maide, 23, 28, 44, 94). Peygamberi (Ahzab, 6, 21) ve mü’minleri sevmek (Haşr, 9-10); hatalı davranışlarından pişmanlık duyma ve tövbe etme (Bakara, 37, 54, 222), (Âl-i İmran, 89-90). Ümitvar olma (Âraf, 56)(Hicr,56) gibi özellikler inanan kişilerin başlıca duyguları olarak Kur’an’ da vurgulanmaktadır.

6.Bilgi boyutu: Kur'an-ı Kerim insanın yaratılışı, özellikleri, hayatın anlamı, ibadetlerle ilgili bilgiler kısacası hayatla ilgili temel bilgilere sahip olmasını istemektedir. Öncelikle insandan atasının Hz. Âdem ve onun eşinin olduğunu (Nisa, 1); Hz. Âdem'in topraktan yaratıldığını (Âl-i İmran, 59), (Arâf, 12), (İsrâ, 61); bütün insanların Hz. Âdem'in soyundan geldiğini, ırklar ve kabilelerin aralarında daha iyi anlaşma ve birbirine yakınlık duymaları için var olduğunu ve hiçbir ırkın ve kişinin diğerlerine üstünlüğünün olmadığını, üstünlüğün ancak takva ile olduğunu bilmesini istemektedir (Hucurât, 13).

Yine Kur'an insandan dünya hayatının bir imtihan olduğunu (Mülk, 2), insanın dünyada iyi ve kötü ile denendiğini (Enbiyâ, 35) bilmesini ve ona göre davranması gerektiğini de bilmesini istemektedir. Kur'an'da ibadetlerle ilgili bilgiler genel olarak sunulmakta ayrıntıları Peygambere bırakılmaktadır. Kur'an toplumsal ilişkiler ve iletişim konularında da bilgiler verir, karşılaşılan çeşitli olay ve durumlarda nasıl hareket etmesi gerektiğini peygamberlerden de örnekler vererek anlatır (Peker, 2012: 43-47).

2.8. Konuyla ilgili yapılmış çalışmalar

Ülkemizde son yıllarda din psikolojisi çalışmaları önemli bir gelişme göstererek, her geçen gün artmaktadır. Din psikolojisi, dindarlık, maneviyat ve dini psikolojik açıdan incelediği gibi, dinin bedensel ve ruhsal hastalıklar üzerindeki etkisini de araştırmaktadır.

Son yıllarda, dindarlık ve maneviyatın insan sağlığı üzerinde olumlu etkisinin olduğu düşüncesi yaygınlaşmakta ve bilimsel dergilerde bu konuya ilişkin yayınlanan araştırmaların sayısı her geçen gün artmaktadır. 1987'de yapılan bir çalışmaya ait istatistik verilerine göre, geçen yüzyıllık sürede tıp alanında yapılan dini konuları içeren araştırmaların adedi 200 kadardır (Lavelle-Welker, 2001: 3).

Sağlık platformlarından “Society of Behavioral Medicine” nin yıllık toplantısında, maneviyatın tartışmaya açılan 15 konudan biri olması, maneviyat konusuna gösterilen ilginin kanıtı olmuştur (Masters, 2005: 274). 2005'te yapılan bir araştırmada, maneviyatla yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi ele alan 371 yayına ulaşılmıştır (Tiliouine, Cummins & Davern, 2009: 55). 2007'de yapılan başka bir araştırmada ise sağlık ile dini inanç veya davranışla ilgili çeşitli unsurlar arasındaki ilişkiyi ele alan 1200 çalışmadan söz edilmesi dindarlık konusunun önemine ve popüleritesine dikkatleri çekmiştir (Horozcu, 2010: 210)

Bu bölümde araştırmamızla benzer konuları ele alan yurt dışındaki ve yurt içindeki çalışmalardan bahsedilerek, genel bir değerlendirme yapılacaktır.

2.8.1. Ülkemizde Yapılmış Çalışmalar

Ülkemizde yapılan çalışmalarda din, maneviyat ve dindarlığın kronik hastalıkla ilişkisini konu edinen çalışmaların sayısının çok az olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmaların ise yakın tarihlerde yapıldığını gözlemlenmektedir. Ayrıca araştırma grubu olarak genelde kanser hastaları ve diyaliz hastaların tercih edildiği görülmekle beraber diyabet hastalarına rastlanmamaktadır.

Diyabetle ilgili yapılan çalışmaların çoğu son elli yıl boyunca hastalığın fizyopatolojisi ve tedavisine yönelik idi. Günümüzde hastalığı teşhis ve tedavisi açısından oldukça ilerleme kaydedilmiş olmasına rağmen, hedeflenen kan şekeri düzeylerine ulaşmada başarı sağlanamamıştır. (Uysal ve Akpınar, 2013: 32). Diyabetin tanı, tedavi ve takibindeki ilerlemelere rağmen hedeflere ulaşmada başarı sağlanamaması, diyabette farklı faktörlerin araştırılmasına yönelik çalışmaların artmasına sebep olmuştur (Skinner ve Hampson., 2001 ve Ellis vd.,2005'denakt. Uysal ve Akpınar, 2013: 32).

Son yıllarda diyabet ve diğer kronik hastalıklar üzerine yapılan birçok çalışmada tedavi yöntemlerinde farklı yaklaşımlara ağırlık verilmesi üzerine vurgu yapılmıştır (Knol vd., 2006 ve Bernard vd.,2009; Akt. Uysal & Akpınar, 2013: 37). Tıbbi tedaviye karşın kan şekeri düzeyinde istenilen hedef aralıklarına ulaşılmamasının sebebi stres ve kaygıdır. Bu gibi durumlarda ilacın dozu ayarlamalarından önce, psikolojik ve psikososyal değerlendirme yapılmalıdır (Özkan, 1993 ve Akbay Pırıldar, 2003; Bahar, Sertbaş ve Sönmez, 2006: 19).

Ülkemizde yapılan araştırmalarla ilgili literatür taraması yapıldığında; diyabet hastalığının fizyopatolojisi ve tedavisine yönelik araştırmalar çoğunlukta olmak üzere; stres, kaygı, depresyon, anksiyete bozuklukları, umutsuzluk düzeyleri, bilgi düzeyleri, yaşam kalitesi, uyku kalitesi, yeti yitimi, öz yönetim, kişilik özellikleri, sağlık inancı, hastalık tutumu, anne baba tutumları, bilişsel ve sosyal faktörler, beden algısı, moral, kırılganlık, saldırganlık, psikiyatrik belirtiler, psikososyal problemler gibi değişkenler bağlamında ele alındığı görülmektedir. Diyabet hastalığında din, dinî inanç ya da hastalıkla dinî başa çıkma konularına dolaylı temas eden birkaç araştırma dışında bu konuda doğrudan ilişki kuran, dindarlık ve DM hastalığı perspektifinden ele alan bir çalışma ise yoktur.

Sevinç'in, Türkiye'deki 1963 ile 2012 yılları arasında din psikolojisi alanında yapılan lisansüstü tezlerine ilişkin yaptığı araştırma sonuçlarına göre dindarlık konusu 65 çalışmada ele alınmıştır (Sevinç, 2013: 253).

Gencer'in Türkiye'deki 2012 ile 2018 yılları arasında din psikolojisi alanında lisansüstü tezlerine ilişkin yaptığı araştırma sonuçlarına göre din, dindarlık, dini tutum, dini duygu ve maneviyat konusu 20 çalışmada ele alınmıştır (Gencer, 2018: 741). Çalışma grupları ve örneklem dağılımında ise 112 çalışmadan hasta gruplarıyla ilgili sadece 4 çalışmaya yer verilmiştir (Gencer, 2018: 739).

Dokur ve Duran'ın 2021 yılında yaptığı çalışmada 1990-2020 yılları arasında hastalık ve dua konusunda yapılmış 14 tez ve 73'ü makale olmak üzere 87 çalışma incelenmiştir. Araştırma bulgularına göre, en fazla çalışılan örneklem grubunun hasta bireyler ve özellikle kanser hastaları olduğu görülmüştür. Ayrıca hastalık ve dua ilişkisini araştıran çalışmaların incelendiğinde ülkemizde yurtdışında yapılan çalışmalara oranla bariz şekilde daha az olduğu tespit edilmiştir (Dokur Ve Duran, 2021: 205).

Gencer (2019), "Hemodiyaliz hastalarında dindarlık ve öznel iyi oluş" adlı araştırmasında "Hemodiyaliz hastalarının dindarlık düzeyleri hastaların öznel iyi oluşları üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir", hipotezi doğrulanmış, dindarlık puanları ile öznel iyi oluş puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin bulunduğu ve dindarlık arttıkça, öznel iyi oluş düzeyinin de artacağı sonucuna varmıştır. Ayrıca dinî motifli başa çıkma yaklaşımları ile öznel iyi oluş arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu hipotezi de desteklenmiştir (Gencer, 2019: 259).

Ateşçi ve diğerlerinin (2003) "Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar ve İlişkili Etmenler" çalışması, kanser hastalarındaki psikiyatrik bozuklukları ve bununla ilgili faktörleri konu edinmiştir. Araştırmanın din ile ilgili sonuçlarına göre 150 hastadan 18'i intihara meyilli olduğunu ifade ederek, çocuklarının varlığı ve dini inançları yüzünden intihara cesaret edemeyip vazgeçtiklerini belirttiler. Bu araştırma her ne kadar "din" kavramı çalışmasının kıyısında kalsa da, sağlık alanında yapıldığı yıl dikkate alınıp değerlendirildiğinde bir ilk olması sebebiyle önemlidir (Ateşçi, 2003: 148).

Taşan'ın (2020) "Kanser Hastalarında Maneviyat İle Umutsuzluk Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" başlıklı araştırma bulgularına göre, kanserli bireylerin maneviyatları ile umutsuzlukları arasında negatif korelasyon olduğu ve hastaların

maneviyat düzeyleri arttıkça, umutsuzluk düzeylerinin azaldığı belirlendi (Taşan, 2020:31).

Karabudak (2008), “Diyaliz Tedavisi Alan Çocuğun Hastalığının Aile Bireyleri Üzerindeki Biyopsikososyal Etkilerinin Fenomenolojik Olarak Belirlenmesi” başlıklı araştırmasında, diyaliz tedavisi alan çocuklarının hastalıklarıyla ilgili aile üyelerinin (anne, baba, kardeş) karşılaştıkları olumsuz durumlarda din inancı ve dini uygulamalara başvurdukları görülmüştür. Annelerin çocuklarının iyileşmesi için dua ettiklerini, Allaha yalvardıklarını ve Allahtan yardım dilediklerini (Karabudak, 2008: 70), durumlarına dertlenmeden “şükretmeleri” gerektiğine inandıklarını ve hastalığın Allah’tan geldiğine inandıklarını ve bir imtihan olduğunu (Karabudak, 2008: 115) ifade etmişlerdir. Babaların da manevi bakış açılarında din ve Allah inancının önemli yer tuttuğu, kaderci bir yaklaşımın hâkim olduğu, hastalığın Allahtan geldiğine inandığı, dertlenmeden “şükretmeleri” gerektiğine inandıkları saptanmıştır (Karabudak, 2008: 162) . Kardeşler ise, din ve Allah inancını kullanarak baş etmeye çalıştığını belirtmiştir. Çocuklar kardeşlerinin iyileşmesi için dua ederek Allahtan yardım istediklerini ifade etmişlerdir (Karabudak, 2008: 192).

Ayten’in yaptığı araştırma bulgularına göre, bireysel dindarlığın artması hayat memnuniyeti düzeyinin de artırmasını sağlamaktadır (Ayten, 2013: 25)

Kula (2205), “*Bedensel engellilik ve dini başa çıkma*” adlı araştırmasında bedensel engellilerin, yaşadıkları zorlukları aşmak için dini başa çıkma yöntemlerine başvurduklarını saptamıştır (Kula, 2005: 241).

Yapıcı (2007), çalışmasında dinin umutsuzluk duygusunu azaltıcı özelliği sebebiyle intiharı azalttığını saptamıştır (Yapıcı, 2007: 315).

Türkiye’de farklı değişkenlerle ilişkili olarak dindarlık pek çok araştırmada ele alınmasına rağmen, yukarıda örnekleri verildiği üzere ülkemizde oluşan literatürde, diyabet ve dindarlığın psikolojik açıdan incelemeyi ele alan bir araştırmanın varlığı tespit edilememiştir. Diyabet başta olmak üzere, çeşitli kronik hastalıklar göz önünde bulundurularak araştırma metotları ve örnekleme çeşitlendirilerek araştırılma yapılması ve yapılan araştırmaların da ayrıca karşılaştırılması din psikolojisi alanında literatüre katkı sağlayacaktır.

2.8.2. Yurt dışında yapılmış çalışmalar

Soeken ve Carson'un (1987) çalışmaları kronik hastalığı olanların manevi ihtiyaçlarını irdeleyen ilk çalışmalardandır. Miller'in (1985) iltihaplı kronik hastalığı olan 64 yetişkin ve sağlıklı 64 yetişkin üzerinde yalnızlık ve manevi esenlik özelliklerini araştırdığı çalışmasında, yalnızlık ile manevi iyi oluş arasında hem hasta hem de sağlıklı grupta negatif ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu araştırma kronik hastalarda iyi oluş ve maneviyat ilişkisi konusunu ele alan ilk uluslararası çalışmalardan birisidir (Akbolat, 2022: 46)

Landis (1996) tarafından şeker hastalığı olan 94 kişi ile yapılan araştırma bulgularına göre, manevi iyi oluşun diyabet gibi sürekli kronik sağlık sorunlarıyla ilgili belirsizliğe uyum sağlamaya zorlanan insanlar için önemli bir iç kaynak olabileceği sonucuna varılmış, manevi iyi oluş ile belirsizlik arasındaki olumsuz ilişki doğrulanmıştır (Akbolat, 2022: 47).

O'Neill ve Kenny'in (1998) "Spirituality and Chronic Illness" adlı araştırma bulgularına göre, kronik hastaların iyi oluşunu korumak için çok boyutlu ve varoluşçu perspektifleri kapsayacak şekilde tamamlayıcı olan maneviyatın dini düşüncelerin ötesinde geliştiği, hemşirelerin manevi ihtiyaçları belirleme ve manevi bakımını pratiğe dökme potansiyelini arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Akbolat, 2022: 47,48).

Rowe ve Allen'in (2004) "Kronik Hastalıkla Başa Çıkma Yöntemi Olarak Maneviyat" adlı araştırma bulgularına göre, maneviyat ile baş etme becerisi arasında pozitif yönde ilişki tespit edilmiştir (Akbolat, 2022: 48).

Yapılan altmıştan fazla araştırma dinin, hastaların eklem iltihabı, diyabet, böbrek hastalığı, kanser, kalp hastalığı, akciğer hastalığı, AIDS, kistik fibroz, orak hücreli anemisi, ilerleyici sinir sistemi hastalığı, kronik ağrı gibi çeşitli tıbbi koşullarla baş etmelerinde ve genç bir (insanın) ciddi ve ölümcül hastalıklarla baş etmesinde oynadığı rolü incelemiştir (Koenig, 2002; Akt. Kimter, 2013: 217).

Sonuç olarak, çeşitli hastalıklar göz önünde bulundurularak, araştırma yöntemleri ve örneklemleri çeşitlendirilerek, yapılan araştırmaların karşılaştırmalı olarak yeniden alınması bu alandaki literatüre katkı sağlayacaktır.

2.9. Dindarlığın Beden ve Ruh Sağlığına Olumsuz Etkisi

Yapılan araştırmaları incelediğimizde, dindarlığın beden ve ruh sağlığı üzerinde olumlu etkileri olduğunu görmekteyiz. Ancak çoğu çalışmada dindarlığın beden sağlığı üzerinde olumsuz etkisi olduğu ya hiç etkisinin olmadığı tespit edilmiştir. Örneğin, Koenig ve arkadaşlarının 2001’de yaptıkları 16 çalışmadan bir tanesi, dindarlığın hipertansiyona sebep olduğunu ortaya koymuştur (Jacobson, 2002: 18,19). Galton dualı yaşamın sağlığa zarar verdiğini saptamış, bunu aristokratların kısa ömürlü olmasına sebep olduğunu ileri sürmüştür (Jacobson, 2002: 32).

Yıldız’ın (2001) araştırmasına göre, dindarlık ve ölüm kaygısı arasında anlamlı ilişki vardır. Buna göre, dindarlık arttıkça ölüm kaygısı artmakta ve ölüm kaygısı arttıkça dindarlık ta artmaktadır (Yıldız, 2001a: 2).

Aslında dindarlığın beden ve ruh sağlığına olumsuz etkisi, bireyin dayanıksız psikolojik yapısından yani kişisel karakter özelliklerinden kaynaklanmaktadır. Birey, dindarlığın ümit veren, stresi azaltan yönünü görmezden gelerek; stres verici, kaygılandırıcı yönünü tercih etmektedir. Zira dindarlık ve maneviyat, yukarıda açıkça gösterildi-ği gibi, beden ve ruh sağlığını olumlu yönde etkilemektedir (Horozcu, 2010a: 236).

III. BÖLÜM

3. YÖNTEM

3.1. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evreni genel anlamda Türkiye’deki 18 yaş üstü diyabet hastalarıdır. Ülkemizdeki 18 yaş üstü diyabet hastalarına ulaşmanın zor olması sebebiyle, evreni temsil edecek olan bir örneklem grubu seçilmiştir. Buna göre çalışmamızın örnekleme ise dar anlamda 2020-2021 yıllarında facebook, instagram, whatsapp gibi diyabet hastalarından oluşan sosyal medya platformlarında aktif olan 18 yaş üstü diyabet hastalığı olan bireylerden oluşturmaktadır. Bu örneklem içerisinde tesadüfi yöntemle belirlenen 18 yaş üstü 130 diyabet hastası üzerinde anket uygulanmıştır.

3.2. Yöntem ve Teknikler

Diyabet hastalığının dini eğilimlere etki edip etmediğini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada betimsel tarama yöntemi kullanılmıştır.

Araştırma konusuyla ilgili literatür taraması yapılmıştır. Literatür taraması sonucunda konu ile ilgili olabilecek din psikolojisi ve psikoloji alanlarında yapılmış nicel ve nitel çalışmalar, kitap, tez ve makaleler, kaynakçalar, kütüphaneler incelenmesinin yanında, bazı kurum ve kuruluşlara ait rapor ve istatistiksel verilerin taranmasıyla kaynaklar belirlenmiştir. Ayrıca konuyla ilgili ve tıp alanında yapılmış bazı araştırma bulgularına da yer verilmiştir.

Araştırmamızda, diyabet hastalığının dini eğilimlere etkisini belirlemek amacıyla konu ile ilgili kitap, tez ve makalelerden edinilen birikimle oluşturulan anket kullanılmıştır. Çalışmanın katılımcıları, tesadüfi örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Gönüllülük esasına dayalı 130 kişinin yer aldığı çalışmanın verileri internet (Google forms) aracılığıyla toplanmıştır. Bu kapsamda farklı sosyal medya ve iletişim araçlarına (Facebook, Instagram, Whatsapp) başvurulmuştur.

Anket sorularının hazırlanışı ve uygulanışı

Araştırmamızda nicel veri toplama yöntemlerinden olan Survey tekniği kullanılmıştır. Örneklem yöntemi olarak tesadüfi örneklem yöntemi tercih edilmiştir. Diyabet hastalığının dini eğilimlere etkisini ölçmeye yönelik daha önce geliştirilmiş bir ölçek olmamasından ötürü diyabet hastalığının dini eğilimlere etkisini belirlemek için sorular belirlenmiş, bu konuyla alakalı yapılmış olan akademik çalışmalardan, eserlerden ve tez danışmanının bilgi ve tecrübelerinden yararlanarak veri toplama aracı oluşturulmuştur. Anket iki bölümden oluşmakta olup, ilk bölümünde kişisel bilgiler içeren 10 soru ve ikinci bölümde dini eğilimlerle ilgili 11 soru olmak üzere 21 sorudan oluşmaktadır.

Anketi uygulayabilmek için Amasya Üniversitesi Rektörlüğünden gerekli izinler alınmış ve anket formunun diyabetli bireyler tarafından doldurulması sağlanmıştır. Çalışmanın katılımcıları, tesadüfi örneklem yöntemi ile seçilmiştir. Anketler internet ortamında internet (Google dokümanlar) aracılığıyla toplanmıştır. Farklı sosyal medya ve iletişim araçlarına da (facebook, instagram, whatsapp) başvurulmuştur. Araştırmaya gönüllülük esasına dayalı olarak 2020-2021 yıllarında facebook, instagram, whatsapp gibi diyabet hastalarından oluşan sosyal medya platformlarında aktif olan bireylerden toplamda 130 kişi katılmıştır. Elde edilen veriler SPSS 24 programı adlı paket programı kullanılarak analiz edilmiştir.

3.3. Verilerin Analizi ve İstatistiksel İşlemler

Araştırma kapsamında elde edilen veriler SPSS 24 programı ile analiz edilmiştir. Araştırma kapsamında demografik özelliklerine göre dağılımlarının verilmesinde frekans ve yüzde analizi kullanılmıştır. Elde edilen verilerin sonucunda hipotez testleri istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde test edilmiş olup kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerin belirlenmesi için ki-kare analizi yapılmıştır.

İstatistiksel çözümlerde öncelikle katılımcıların kişisel bilgileri hakkında verdikleri cevaplar doğrultusunda demografik değişkenlere ilişkin grubun genel yapısını tanıtmak üzere frekans ve yüzde dağılımları çıkartılmıştır. Betimsel istatistik işlemlerinden sonra araştırmanın amaç ve değişkenlerine uygun olarak geliştirilen ilişkisel çözümler gerçekleştirilmiştir.

Ayrıca iki ayrı örneklem grubundan elde edilen ortalamalar arasındaki anlamlılığı elde etmek için, ki-kare-testi kullanılmaktadır. Ki-kare-testi raporunda iki yönlü anlamlılık

(Sig. (2-Tailed) p değerinin $p < 0,05$ 'ten kk olup olmadığı test edilmiş ve bu değerin belirtilen $p < 0,05$ 'ten kk olduğu durumlarda öz yeterlilik puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı %95 gvenirlikle yorumlanmıştır..



IV. BÖLÜM

4. BULGULAR

Araştırma verilerinin sonucunda katılımcıların demografik özelliklere ilişkin frekansları ve elde edilen bulgular başlık 4. 1’ de sunulmuştur. Bu bölümde, 18 yaş üstü 130 diyabet hastası üzerinde uygulanan ankette yer alan dini eğilimlere ilişkin verilerin sınıflaması ve bulguların değerlendirilmesi yapılmıştır. Araştırma verilerinin sonucu ile elde edilen bulgular aşağıda sunulmuştur.

4.1. Demografik Değişkene İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamındaki diyabet hastalarının sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

4.1.1. Cinsiyetin Örnekleme Dağılımı

Tablo 1. Katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımları

	N	F(%)
Cinsiyet	Kadın	78 60,0
	Erkek	52 40,0
	Toplam	130 100,0

Tablo 1’deki bulgulara göre, katılımcıların cinsiyetleri incelendiğinde, %60’ının kadın, %40’ının erkek olduğu belirlenmiştir. Kadın hastaların oranı erkek hastaların oranından büyük ölçüde fazladır.

Türkiye sağlık araştırması 2019 raporuna göre 15 yaş üstü bireylerin son bir yıl içerisinde yaşadığı başlıca hastalıklarda diyabet oranı % 10,2 olup, bu oranın cinsiyete göre dağılımının % 8,2 ‘sini erkekler, % 12,2 ‘sini de kadınlar oluşturmaktadır (TÜİK, 2020).

Elde edilen sonuçlar Türkiye sağlık araştırması 2019 raporu istatistikleri ile örtüşmektedir. Ayrıca kadın hastaların fazla olmasında, kadınların sosyal medya ve iletişim araçlarını erkeklere oranla daha etkin kullanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

4.1.2. Yaş Değişkeninin Örneklem Dağılımı

Tablo 2. Katılımcıların yaşlarına göre dağılımları

	N	F (%)
18-30 yaş	31	23,8
31-40	50	38,5
41-50	25	19,2
51-60	16	12,3
61 yaş ve üzeri	8	6,2
Toplam	130	100,0

Tablo 2’deki bulgulara göre katılımcıların yaşları incelendiğinde, %23,8’inin 30 ve altı yaşında, %38,5’inin 31-40 arasında, %19,2’sinin 41-50 arasında, %12,3’ünün 51-60 arasında, %4,6’sının 61 yaş ve üzerinin, %6,2 olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların yaş dilimleri değerlendirildiğinde, diyabet hastalığı ve belli bir dini eğilimi gösterme açısından örnek olduğunu söyleyebiliriz. Özellikle 31-40 yaş aralığındaki orta yaş katılımcılar arasında oranın yüksek olduğu (% 38,5, 130 kişide 50 kişi) görülmektedir. Bu 60 yaş ve üzerinde ise hasta sayısındaki düşüş dikkat çekmektedir. Bu durum katılımcıların internet kullanımıyla bağlantılı olabilmektedir. Bu durumun hastaların sosyal medya ve iletişim araçlarını etkin kullanıp kullanmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

2019 yılında “We Are Social” firmasının yaptığı araştırmaya göre, Türkiye’de sosyal medya kullanan 18- 44 yaş arası kadın ve erkeklerin oranı toplamda % 75,7 ve 65 yaş üstü kadın ve erkeklerin oranı toplamda % 2,8’tir (Digital in 2020). Elde edilen sonuçlar 2020 Türkiye sosyal medya istatistikleri ile örtüşmektedir. Ayrıca bu durum diyabet hastalığının genç ve orta yetişin arasında daha yaygın olduğunu göstermektedir.

4.1.3. Medeni Durum Değişkeninin Örneklem Dağılımı

Tablo 3. Katılımcıların medeni durum göre dağılımları

		N	F(%)
Medeni Durum	Evli	97	74,6
	Bekâr	24	18,5
	Dul	9	6,9
	Toplam	130	100,0

Tablo 3’ deki bulgulara göre katılımcıların medeni durumları incelendiğinde, %74,6’sının evli, %18,5’inin bekâr, %6,9’unun dul olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların çoğunluğunun evli olması diyabet hastalarının dini eğilimlerinde ve ruhsal durumlarında etkide bulunabilecek bir faktör olarak düşünülebilir.

4.1.4. Eğitim Durumu Değişkeninin Örneklem Dağılımı

Tablo 4. Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımları

		N	F(%)
Eğitim Durumu	Okur-yazar	6	4,6
	İlkokul mezunu	7	5,4
	Ortaokul mezunu	11	8,5
	Lise mezunu	29	22,3
	Ön lisans mezunu	21	16,2
	Lisans mezunu	42	32,3
	Yüksek lisans ve üzeri	14	10,8
	Toplam	130	100,0

Tablo 4’ deki bulgulara göre hastaların genel olarak yüksek eğitim düzeyine sahip oldukları sonucuna ulaşılabilir. Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde, %4,6’sının okuryazar, %5,4’ünün ilkokul, %8,5’inin ortaokul, %22,3’ünün lise, %16,2’sinin ön lisans, %32,3’ünün lisans, %10,8’inin yüksek lisans ve üzeri mezunu olduğu belirlenmiştir. Lisans mezunu diyabetli hastaların en fazla orana (% 32,3) sahip olduğu görülmektedir.

4.1.5. Meslek Durumu Değişkeninin Örneklem Dağılımı

Tablo 5. Katılımcıların meslek durumlarına göre dağılımları

	N	F(%)
Ev hanımı	34	26,2
Memur	38	29,2
İşçi	18	13,8
İşsiz	10	7,7
Emekli	11	8,5
Serbest meslek	12	9,2
Diğer	7	5,4
Toplam	130	100,0

Tablo 5’ deki meslek grubu bulguları incelendiğinde, %26,2’sinin ev hanımı, %29,2’sinin memur, %13,8’inin işçi, %8,5’inin emekli, %9,2’sinin serbest meslek, %5,4’ünün diğer meslek sahibi olduğu belirlenmiştir. %29,2’ sinin en çok katılım gösteren grup olan memur meslek grubunda olduğu belirlenmiştir. Meslek grubu çeşitliliğine baktığımızda çeşitli meslek gruplarına mensup olan hastalara anket uygulandığı ve çeşitli meslek gruplarında diyabet hastalığına rastlandığı sonucuna varabiliriz.

4.1.6. Sosyo -Ekonomik Değişkeninin Örneklem Dağılımı

Tablo 6. Katılımcıların sosyo-ekonomik durumlarına göre dağılımları

	N	F(%)
Ortanın altı	22	16,9
Orta	88	67,7
Ortanın üstü	20	15,4
Sosyo -Ekonomik Durum		
Toplam	130	100,0

Tablo 6'daki bulgulara göre katılımcıların sosyo-ekonomik durumları incelendiğinde, %16,9'unun ortanın altı, %67,7'sinin orta, %15,4'ünün ortanın üstünde olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla ekonomik düzey yüksek ya da iyi olan deneklerde diyabet hastalığına yakalandığı da görülmektedir. Katılımcıların çoğunluğu genelde orta düzeyde ekonomik duruma sahiptir.

Apaydın'ın yaptığı araştırmada katılımcıların sosyoekonomik durumlarının en fazla orta seviyede (% 67,62 oranla, 315 kişide 213 kişi) olduğu görülmüştür (Apaydın, 2001: 67). Yaparel' in yaptığı araştırmada katılımcıların sosyoekonomik durumlarının en fazla orta seviyede (120 kişide 83 kişi) olduğu görülmüştür (Yaparel, 1987: 81). Gencer'in yaptığı araştırmada katılımcıların sosyoekonomik durumlarının en fazla orta seviyede (% 52,2 oranla, 205 kişide 107 kişi) olduğu görülmüştür (Gencer, 2019: 138). Yapılan çalışmalarda, araştırmamıza benzer nitelikte, orta düzeyde ekonomik duruma sahip katılımcılardan oluştuğu görülmektedir.

4.1.7. Yerleşim Yeri Değişkeninin Örneklem Dağılımı

Tablo 7. Katılımcıların En Uzun Süre Kaldıkları Yerleşim Yeri Durumlarına Göre Dağılımları

	N	F(%)
İlçe	52	40,0
İl	38	29,2
Büyükşehir	40	30,8
Toplam	130	100,0

Tablo 7’deki bulgulara göre katılımcıların en uzun süre kaldıkları yerleşim yeri durumları incelendiğinde, %40’ının ilçe, %29,2’sinin il, %30,8’inin büyükşehir olduğu belirlenmiştir. Oranlara baktığımızda il ve büyükşehirde yaşayan diyabet hastalarının %60’ının şehir kültüründe yaşadığı görülmüştür.

Katılımcıların yaşamlarının büyük kısmını şehirde geçirmelerinin diyabet hastalığının ortaya çıkmasında tetikleyici rol üstlendiğine işaret etmektedir. Kırsal kesimde yaşamının ise diyabet hastalığını engellediği düşünülebilir. Nitekim Mutlu’nun (2007) yaptığı araştırmaya göre kronik böbrek hastalığı olan hastaların en uzun süre kaldıkları yer % 70,1 oranıyla çoğunlukla il ve ilçelerdir (Mutlu, 2007: 45).

4.2. Tanımlayıcı İstatistiksel Verilere İlişkin Bulgular

4.2.1. Diyabet Süresi Değişkeninin Örneklem Dağılımı

Tablo 8. Katılımcıların Diyabet Hastası Oldukları Süre Durumlarına Göre Dağılımları

	N	F (%)
5 yıl ve altı	46	35,4
6-10 yıl arası	26	20,0
11-15 yıl arası	28	21,5

	16 yıl ve üzeri	30	23,1
	Toplam	130	100,0

Tablo 8’deki bulgulara göre katılımcıların diyabet hastası oldukları süre incelendiğinde, %35,4’ünün 5 yıl ve altı, %20,0’ının 6-10, %21,5’inin 11-15, %23,1’inin 16 yıl ve üzeri olduğu belirlenmiştir. Oranları incelediğimizde katılımcıların çoğunluğunu % 35,4 oranla diyabet teşhisi yeni konulmuş, 5 yıl ve altı süredir diyabeti olan bireylerden oluştuğu görülmektedir.

4.2.2. Diyabet Tipinin Örneklem Dağılımı

Tablo 9. Katılımcıların Diyabet Hastalıklarının Tipi Durumlarına Göre Dağılımları

		N	F (%)
Diyabet Hastalığı Tipi	Tip1 diyabet	90	69,2
	Tip 2 diyabet	40	30,8
	Toplam	130	100,0

Tablo 9’daki bulgulara göre katılımcıların diyabet hastalıklarının tipi incelendiğinde, %69,2’sinin tip 1 diyabet, %30,8’inin tip 2 diyabet hastası olduğu belirlenmiştir. Oranlara göre, katılımcıların çoğunluğunu % 69,2 oranla tip 1 diyabetli bireyler oluşturmaktadır.

4.2.3. İlaç Tipinin Örneklem Dağılımı

Tablo 10. Katılımcıların Kullandıkları İlaç Çeşidi Durumlarına Göre Dağılımları

		N	F (%)
İlaç Çeşidi	Hap	41	31,5
	İnsülin	81	62,3
	Hap ve insülin	8	6,2
	Toplam	130	100,0

Tablo 10’ daki bulgulara göre katılımcıların kullandıkları ilaç çeşidi incelendiğinde, %31,5’inin hap, %62,3’ünün insülin ve %6,2’sinin her iki ilaç çeşidini de kullandıkları belirlenmiştir. Oranlara göre, katılımcıların çoğunluğunu % 62,3 oranla insülin kullanan tip 1 diyabetli bireyler oluşturmaktadır. Bu oran Tablo 9’daki tip 1 diyabet hastası oranıyla örtüşmektedir. Çünkü tip1 diyabet hastalığı insülin ile tedavi edilmektedir.

4.2.4. Allah’a İnanç Durumlarının Örneklem Dağılımı

Tablo 11. Katılımcıların Allah’a İnanç Durumlarına Göre Dağılımları

	N	F (%)
Şüpheliyim	11	8,5
İnanıyorum	13	10,0
Kesinlikle inanıyorum	106	81,5
Toplam	130	100,0

Tablo 11’deki bulgulara göre katılımcıların Allah’a inançları incelendiğinde, %81,5’inin kesinlikle inandığı, %10,0’ının yalnızca inandığı, %8,5’inin şüpheli olduğunu ve belirlenmiştir.

Ülkemizde yapılan araştırmalara baktığımızda denek grupların demografik özellikleri farklılık göstermekle beraber, benzer sonuçlara rastlamaktayız. Örneğin, Apaydın ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada, “Allah’a inanıyor musunuz?” sorusuna üniversite öğrencisi deneklerden %31,81, halk deneklerden %51,11, hasta deneklerden %12,50, toplamda ise % 95.42’i *kesinlikle inanıyorum*; cevabını vererek Allah’a inanma durumlarını belirtmişlerdir (Apaydın vd, 2014: 12).

Gencer’in (2019) diyaliz hastaları üzerine yaptığı araştırmasında katılımcıların yüksek bir dindarlık düzeyine sahip olduğu görülmüştür (Gencer, 2019: 152). Akyüz’ ün meme kanserli hastalar üzerine yaptığı araştırmada özellikle dindarlığın inanç ve etki boyutundaki puanlarının alınabilecek en yüksek puana çok yakın olduğu görülmüştür (Akyüz, 2017: 37,38).

Başka bir araştırmada ise ilahiyat fakültesi öğrencilerinin dindarlığın inanç-etki boyutunda en yüksek ortalamayı aldıkları, dinsel eğiliminde ise iç güdümlü dindarlık

eğiliminde olduğu görülmüştür (Şentepe ve Güven, 2015: 34). Apaydın'ın araştırmasına göre, deneklerin % 60,95'i kendisini dindar, % 28,9 u ise az dindar olarak nitelendirmiştir (Apaydın, 2001: 74).

Covid-19 hastalığı geçirenler üzerine yapılan araştırma bulgularına göre, katılımcıların dindarlık düzeyleri kendilerini dindar ve az dindar tanımlayanların %93 olduğu görülmüştür (Gürsu ve Bayındır, 2021: 190).

Yapılan araştırmalar, katılımcılarda demografik özellikler açısından farklılık olmasına rağmen, genel kitlenin Allah'a inanç düzeylerinde sonuçlarının benzer oranlara, sahip olduğunu göstermektedir. Amerikan Aile Hekimleri Akademisi tarafından 1996 yılında yapılan bir toplantıda, 296 doktordan % 99' unun dinî inançların hastalıkları iyileştirici bir etkisi olduğuna inandığı tespit edilmiştir (Kılavuz, 2002: 75). Araştırmamıza bu açıdan bakıldığında diyabet hastalarının, hastalığın olumsuz etkilerinden korunmada ve kendilerini iyi hissetmelerinde Allah'a inançlarının olumlu etkisi olacağı düşünülebilir.

4.2.5. Dini Bilgi Durumlarının Örneklem Dağılımı

Tablo 12. Katılımcıların Dini Bilgi Durumlarına Göre Dağılımları

	N	F(%)
Biraz dini bilgiye sahibim	44	33,8
Dini bilgi seviyem yeterlidir	75	57,7
Dini bilgi seviyem oldukça yüksektir	11	8,5
Toplam	130	100,0

Tablo 12’deki bulgulara göre katılımcıların dini bilgi durumları incelendiğinde, %33,8’inin biraz dini bilgi sahibi, %57,7’sinin dini bilgi seviyesinin yeterli, %8,5’inin dini bilgi seviyesinin çok yüksek olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların çoğunluğunun % 57,7 oranla dini bilgi seviyesinin yeterli olduğu görülmüştür.

4.2.6. Diyabet Hastası Olunduğu Öğrenilmesi Halinde Allah’a Karşı İnanç Durumlarının Örneklem Dağılımı

Tablo 13. Katılımcıların Diyabet Hastası Olduklarını Öğrenmeleri Halinde Allah’a Karşı İnanç Durumlarına Göre Dağılımları

	N	F (%)
İsyan ya da sitem ederim	6	4,6
Kabullenir ve dua ederim	103	79,2
Fikrim yok	21	16,2
Toplam	130	100,0

Tablo 13’deki bulgulara göre katılımcıların diyabet hastası olduklarını öğrenmeleri halinde Allah’a karşı inanç durumları incelendiğinde, %4,6’sının isyan ya da sitem edeceği, %79,2’sinin kabullenip dua edeceği, %16,2’sinin bir fikri olmadığı belirlenmiştir.

Katılımcıların çoğunluğunun % 79,2 oranla diyabet hastalığını kabullenip dua ettiği görülmüştür.

Gencer'in araştırmasında; diyaliz hastalarının hastalıklarını ilk öğrendiklerinde en fazla derin bir üzüntü hissettikleri, bunu sırasıyla soğukkanlı karşılayıp ve hastalığı kabullendikleri, gerçeği inkâr, çaresizlik ile korku-kaygı, inanca sığınma toplamda fizyolojik tepki ve şaşkınlık hissi yaşadıklarını da belirtmişlerdir (Gencer, 2019: 180). Mutlu'nun, kronik böbrek yetmezliği olan hastalar üzerine yaptığı araştırmaya göre hastalık teşhisini öğrendiklerinde hastaların % 37,6'sının ilk tepkisi korku olmuştur. % 27,4'ü hastalığına üzüntü, % 13,7'si pişmanlık, % 9,4'ü öfke, % 7,7'si tepkisizlik, % 1,7'si ise inkâr ile hastalıklarına karşı tepkide bulunmuşlardır (Mutlu, 2007: 63).

Hastalığın hayati önem derecesi, subjektif olması ve her birey için farklı farklı deneyim sağlaması, bireysel farklılıklar gibi daha birçok sebep kişilerin hastalığa tepkisini de farklılaştırmaktadır. Çalışmalara baktığımızda hastaların birbirinden farklı tepkilerde bulunduğu sonucuna varılmıştır. Çünkü hasta psikolojik bütünlüğünü koruma çabasıdadır.

4.2.7. “Allah’ın Kullarını İmtihan Etmek İçin Onlara Hastalık Verir” Görüşünün Örneklemeye Dağılımı

Tablo 14. Katılımcıların “Allah’ın Kullarını İmtihan Etmek İçin Onlara Hastalık Verir” Görüşüne Katılma Durumlarına Göre Dağılımları

	N	F (%)
“Allah’ın kullarını imtihan etmek için onlara hastalık verir” görüşüne Katılmak	Kesinlikle katılıyorum	47 36,2
	Katılıyorum	53 40,8
	Fikrim yok	11 8,5
	Katılmıyorum	19 14,6
	Toplam	130 100,0

Tablo 14’ deki bulgulara göre katılımcıların “Allah’ın Kullarını İmtihan Etmek İçin Onlara Hastalık Verir” görüşüne katılma durumları incelendiğinde, %36,2’sinin kesinlikle katıldığı, %40,8’inin katıldığı, %8,5’inin fikrinin olmadığı, %14,6’ sının katılmadığı,

%3,8'sinin kesinlikle katılmadığı belirlenmiştir. Bireylerin çoğunluğunun hastalıkları Allah'ın verdiği bir imtihan olarak algıladıklarını görüyoruz

Nitekim kanser hastaları üzerinde yapılan bir araştırmada hastaların % 60'ı hastalığını imtihan olarak gördüğü belirlenmiştir (Çıfci, 2007: 46) Ki bu araştırmada çalışmamıza benzer sonuç çıkmıştır. Oysa Covid-19 hastalığı geçirenler üzerine yapılan araştırma bulgularına göre, katılımcıların % 5'i hastalığı imtihan olarak görmüştür (Gürsu ve Bayındır, 2021: 200). Covid-19 'un salgın hastalık olması, kronik hastalık olmaması, gereken tedbirleri alarak hastalığa yakalanmama gibi bir durumun söz konusu olması, ihmal ve dikkatsizlik sonucu hasta olunması gibi etkenler hastalığı imtihan olarak görenlerin oranını düşürdüğü tahmin edilmektedir.

Sonuç olarak bireyin hastalığı kendisine imtihan olarak verildiğini düşünmesi hastalığı daha kolay kabullenmesini sağlamakta ve hastalıkla başa çıkmada psikolojik sorunlardan korumaktadır.

4.2.8. “Allah’ın Bir Sebepden Diyabet Hastalığını Verdiğini Düşünme” Görüşünün Örneklem Dağılımı

Tablo 15. Katılımcıların Diyabet Hastalığını Onlara, İşledikleri Bir Günah Ya Da Uymadıkları Bir Yasaktan Dolayı Allah’ın Verdiğini Düşüncesi Durumlarına Göre Dağılımları

	N	F (%)
Evet düşündüm	19	14,6
Bazen düşündüm	31	23,8
Hiç düşünmedim	70	53,8
Fikrim yok	10	7,7
Toplam	130	100,0

Tablo 15’ deki bulgulara göre katılımcıların diyabet hastalığını onlara, işledikleri bir günah ya da uymadıkları bir yasaktan dolayı Allah’ın verdiğini düşüncesi durumları

incelendiğinde, %14,6'sının düşündüğü, %23,8'inin bazen düşündüğü, %53,8'inin hiç düşünmediği, %7,7'sinin fikrinin olmadığı belirlenmiştir.

Kanser hastaları üzerine yapılan araştırmaya göre, kanser hastalığını hastaların %10'u ceza ve %10'u da uyarı olarak algılayıp anlamlandırdıkları ortaya çıkmıştır (Çifci, 2007: 46). Kanser hastalarına “Hastalığın arka planında sizce ne var? Neden kanser olduğunuzu düşünüyorsunuz?” sorusuna cevap verirken kullandıkları çeşitli dini içerikli kavramlarda ceza ve uyarı gibi açıklamalarda bulunmuşlardır (Cufta, 2014: 83).

Bu bağlamda insan hayatında çok önemi bir yere sahip olan din, insan hayatını etkileyerek, insan yaşamını algılama, anlamlandırma, şekillendirme ile bireye yol göstermektedir. Birey hastalığın kendisine günahların bedeli ve yasağa uymadıkları için ceza ya da uyarı olarak verildiğini düşünmesi hastalığı daha kolay kabullenmesini sağlamakta ve hastalıkla başa çıkmada psikolojik sorunlardan korumaktadır.

4.2.9. Diyabet Hastalığı için Allah’a Şükretme Görüşünün Örneklem Dağılımı

Tablo 16. Katılımcıların Diyabet Hastalığından Dolayı Allah’a Şükretme Durumlarına Göre Dağılımları

	N	F (%)
Evet şükrederim	64	49,2
Bazen şükrederim	24	18,5
Hayır şükretmem	16	12,3
Fikrim yok	26	20,0
Toplam	130	100,0

Tablo 16’ daki bulgulara göre katılımcıların diyabet hastalığı için Allah’a şükretme durumları incelendiğinde, %49,2’sinin şükrettiği, %18,5’inin bazen şükrettiği, %12,3’ünün şükretmediği, %20,0’ının fikrinin olmadığı belirlenmiştir. Diyabet hastalarının büyük çoğunluğunun Allah’ a şükrettiği söylenebilir.

Kardiyoloji ve psikiyatri bölümlerinde tedavi gören hastalar ile hasta yakınları ve hastane çalışanlarına yapılan araştırma sonucuna göre, “kadınların hem şükür hem de hayat

memnuniyeti düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek” hipotezi kısmen doğrulanmış, bireylerin şükretme düzeyleri arttıkça hayat memnuniyeti düzeylerinin arttığı anlaşılmıştır (Ayten ve ark, 2012: 61).

Gencer’in araştırmasında “Hastalıkla başa çıkma yöntemleriniz nelerdir?” ve “Hastalığın üzerinizdeki olumsuz etkilerini azaltmak için neler yapıyorsunuz?” sorusuna şükür ve tevekkül cevabı verilmiştir (Gencer, 2019: 183). Bu bağlamda insanlar, hastalıkla baş etmek ve hastalıktan olumsuz etkilenmemek için şükür yöntemine başvurur diyebiliriz.

Covid-19 hastalığı geçirenler üzerine yapılan araştırma bulgularına göre, katılımcıların % 8’inin hastalık süreci esnasında şükrettiği görülmektedir (Gürsu ve Bayındır, 2021: 200). Tablo 14’ de covid-19 ile ilgili gerekli yorumlamalar yapılmıştır.

4.2.10. Diyabet Hastalığı Sırasında Allah’a Dua Etme Görüşünün Örnekleme Dağılımı

Tablo 17. Katılımcıların Diyabet Hastalığı Sırasında Allah’a Dua Etme Durumlarına Göre Dağılımları

	N	F (%)
Hastalığım esnasında durumum ne olursa olsun Allah’a dua ederim. Çünkü bütün hastalıklara şifa veren O’ dur.	96	73,8
Diyabet hastalığı sırasında Allah’a dua etme		
Her zaman dua etmem.	16	12,3
Hastalığımın derecesine ve durumuna göre Allah’a dua edişimin şeklide değişir	18	13,8
Toplam	130	100,0

Tablo 17’deki bulgulara göre, katılımcıların diyabet hastalığı esnasında Allah’a dua etme durumları incelendiğinde, % 73,8’ inin hastalığım esnasında durumu ne olursa olsun Allah’a dua edeceği, çünkü bütün hastalıklara şifa verenin o olduğunu düşündüğü

belirlenmiştir. %13,8' inin hastalık derecesine ve durumuna göre Allah'a dua edişinin şeklinin değiştiği ve %12,3' ünün her zaman dua etmeyeceği belirlenmiştir.

Amerikan Aile Hekimleri Akademisi tarafından 1996 yılında yapılan bir toplantıda, 296 doktordan % 75'nin de ibadetleri yerine getirmenin ve dua etmenin hastayı iyileştirmede etkisi olduğuna inandığı tespit edilmiştir (Kılavuz, 2002: 75).

285 diyabetli hastanın tamamlayıcı ve alternatif kullanımına ilişkin yapılan bir araştırmaya göre, hastaların, % 32,7' sinin ise bitkisel uygulamalar ile beraber dua yöntemini kullandıkları belirlenmiştir (Kaynak ve Polat, 2017: 58). Apaydın'ın araştırmasına göre ankete katılımcıların %80,31 'inin şartlar ne olursa olsun dua ettiği görülmüştür (Apaydın, 2001: 79). Apaydın ve arkadaşlarının hastalar üzerine yaptıkları araştırmaya göre, hasta iken durum ne olursa olsun dua edenlerin oranı % 77,27'dir (Apaydın ve ark, 2014: 17). Yaparel' in araştırmasında ise, dua ibadetini sıklıkla yapanların psiko-sosyal uyum düzeylerinin iyi olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Yaparel, 1987: 130-131). Byrd (1988), koroner hastalar üzerine duanın etkisi adlı çalışmada günde beş kez dua edenlerin, diğerlerine göre daha az antibiyotiğe ihtiyaç duydukları ve akciğer ödemi açısından daha düşük risk taşıdıkları sonucuna ulaşmıştır (Shelton and Mabe, 2006: 55).

Varol'un kanser hastaları üzerinde yaptığı verilerine göre, hastaların duaya başvurarak, kanserle baş etmede dua etmenin çok büyük destek ve umut kaynağı olduğunu ifade edenlerin oranı % 82 'dir (Varol, 2018: 48). Covid-19 hastalığı geçirenler üzerine yapılan araştırma bulgularına göre, katılımcıların % 80'inin hastalık süreci esnasında duaya başvurdukları görülmektedir (Gürsu ve Bayındır, 2021: 193). Kanser hastalarıyla yapılan başka bir araştırmaya göre, katılımcılardan %32,5'i en yüksek oranda hastalıkla başa çıkmada duadan faydalandığı gördüğünü belirtmiştir (Cufta, 2014: 105).

Yapılan araştırmalar, farklı örneklem gruplarında hastalık gibi karşılaşılan olumsuz olaylar karşısında, katılımcıların duaya sığındığını ve dua ibadetinin çaresiz ve zor anlarında bireye destek sağladığı düşündürmektedir. Çünkü dua, yaratıcı tarafından korunma hissi doğurarak, bireye özgüven ve güç kazandırmaktadır. Bu bağlamda elde edilen sonuçlar araştırmamızla benzeşmektedir.

4.2.11. Diyabet Hastalığından Kurtulma Adına Vaat Verme Görüşünün Örneklem Dağılımı

Tablo 18. Katılımcıların Hastalandığında Bu Hastalıktan Kurtulursam Ya Da İyileşirsem Şunu Veririm Veya Şunu Yaparım Gibi Adaklarda Bulunma Durumlarına Göre Dağılımları

	N	F (%)
	71	54,6
Diyabet hastalığından kurtulma adına vaat verme	34	26,2
	25	19,2
Toplam	130	100,0

Tablo 18’ deki bulgulara göre katılımcıların hastalandığında bu hastalıktan kurtulursam ya da iyileşirsem şunu veririm veya şunu yaparım gibi adaklarda bulunma durumları incelendiğinde, %19,2’inin bulunduğu, %26,2’sinin bazen bulunduğu, %54,6’sının hiç bulunmadığı belirlenmiştir. Covid-19 hastalığı geçirenler üzerine yapılan araştırmada, deist olmasına rağmen eşi covid’den yoğun bakıma alınan sağlık çalışanının Allah’a bir adak adadığını belirttiği görülmüştür (Gürsu ve Bayındır, 2021: 194). Onkoloji hastaları üzerine yapılan bir araştırmaya göre şifa aramak için hastaların %12,8’inin adak kurban adadığı belirlenmiştir (Masat, 2018: 96). Adak, “tabiatüstü varlıklarla uyum içinde olmak, onların lütuflarına nail olabilmek, mevcut olumsuz durumu olumlu hâle getirebilmek için sunulan unsurların genel adıdır” (Düzgün, 2009:135). Araştırmamızda adakta bulunanların oranı %19,2 olduğu görülmektedir.

Yapılan çalışmalarda, oran olarak az da olsa katılımcıların bazılarının hastalıktan kurtulma isteği sebebiyle, adakta bulunduğu görülmektedir. Nitekim hasta, var olan olumsuz durumu olumlu hale getirme çabası içerisinde.

4.2.12. Diyabet Hastalığı Teşhisinden Sonra İbadet Yapma Durumunun Örneklem Dağılımı

Tablo 19. Katılımcıların Diyabet Hastalığı Teşhisinden Sonra İbadet Yapma Durumlarına Göre Dağılımları

	N	F (%)
Düzenli olarak, fazlasıyla yaparım	61	46,9
Genelde aksatırım	35	26,9
Diyabet hastalığı teşhisinden sonra ibadet yapma		
İbadet yapmam	21	16,2
Fikrim yok	13	10,0
Toplam	130	100,0

Tablo 19’ daki bulgulara göre katılımcıların diyabet hastalığı teşhisinden sonra ibadet yapma durumları incelendiğinde, %46,9’unun düzenli olarak, fazlasıyla yaptığı, %26,9’unun genelde aksattığı, %16,2’sinin ibadet yapmadığı, %10,0’ının fikrinin olmadığı belirlenmiştir. Buna göre örneklemin çoğunluğunun (% 46,9) düzenli olarak fazlasıyla ibadet yaptığı görülmektedir.

Yapılan bir araştırmaya göre, bireylerin hasta olduklarında ibadetlerinde bir artış olduğu (%55,68) saptanmıştır (Apaydın ve ark, 2014: 48). Gencer’in araştırmasında ise hastalıkla başa çıkma yöntemlerinde verilen cevaplara göre ibadetin 37 tekrar ile 2. sırada olduğu belirlenmiş, hastaların ibadet ile kendilerini Allah’a daha yakın hissettiklerini ve yalnızlık duygularından kurtulduklarını belirttikleri gözlemlenmiştir (Gencer, 2019: 182-183). Başka bir ifadeyle ibadet ile birey, hastalığını, dertlerini, kaygılarını ve korkularını Allah’a anlatmakta, Allah’ın onun durumunu görüp, yardım edeceğine inanmaktadır. Kişiler inandığı varlık ile iyi geçinmek için, yaratıcıya kendilerini borçlu hissettikleri için, yaratıcının sevgi ve rızasını kazanmak için ve çevreye uyum sağlamak için ibadet yapmaktadır (Apaydın, 2003: 187–188).

4.2.13. Diyabet Hastalığı Teşhisinden Sonra Psikolojik Durumlarının Örneklem Dağılımı

Tablo 20. Katılımcıların Diyabet Hastalığı Teşhisinden Sonra Hasta Olduklarında Genelde Psikolojik Durumlarına Göre Dağılımları

	N	F (%)
Gergin ve sinirli olurum	59	45,4
Sıkılğan ve içine kapanık olurum	21	16,2
Sakin ve doğal olurum	50	38,5
Toplam	130	100,0

Tablo 20'deki bulgulara göre katılımcıların diyabet hastalığı teşhisinden sonra hasta olduklarında genelde psikolojik durumları incelendiğinde, %45,4'ünün gergin ve sinirli, %16,2'sinin sıkılğan ve içine kapanık, %38,5'inin sakın ve doğal olduğu belirlenmiştir. Buna göre diyabet hastalarının büyük çoğunluğunun (% 45,4) gergin ve sinirli olduğu tespit edilmiştir.

4.2.14. Diyabet Hastalığı Teşhisinden Sonra Mutluluk Durumlarının Örneklem Dağılımı

Tablo 21. Katılımcıların Diyabet Hastalığında Kendilerini Mutlu Hissetme Durumlarına Göre Dağılımları

	N	F (%)
Evet hissediyorum	35	26,9
Bazen hissediyorum	42	32,3
Hayır hissetmiyorum	40	30,8
Fikrim yok	13	10,0
Toplam	130	100,0

Tablo 21’ deki bulgulara göre katılımcıların diyabet hastalığında kendilerini mutlu hissetme durumları incelendiğinde, %26,9’unun hissettiği, %32,3’ünün bazen hissettiği, %30,8’inin hissetmediği, %10,0’inin fikrinin olmadığı belirlenmiştir. % 32,3 oranla kendisini “bazen” mutlu gören ya da % 30,8 oranla mutlu olmadıklarını düşünen kişiler birlikte değerlendirildiğinde ise; mutluluk düzeyi düşük olanların toplam oranının % 63,1’e tekabül ettiği görülmektedir. Bu verilere göre örneklemin çoğunluğunun kendisini mutlu hissetmediği yorumu yapılabilir.

Gencer’in, (2019) diyaliz hastalarının araştırmasına göre; “mutlu” olduklarını söyleyenlerin oranının toplamda % 55,6 olmak üzere, % 47,3, “çok mutlu” olduklarını söyleyenlerin % 8,3 olduğu görülmektedir. % 37,6 oranla kendisini “biraz mutlu” gören ya da % 6,8 oranla mutlu olmadıklarını düşünen kişiler olmak üzere; mutluluk düzeyi düşük olanların toplam oranının % 44,4 olduğu görülmektedir (Gencer, 2019: 190).

Araştırmalarda farklı bulgular elde edilmesinde, hastalığa ve katılımcıların bireysel farklılıklarının, bireylerin mutluluk düzeyini değiştirdiği belirlenmiştir.

4.3. Araştırma Hipotezlerinin Testi (Ki-Kare Analizleri)

4.3.1. “Dini bilgi düzeyleri, eğitim durumlarına göre anlamlı bir farklılık yaratmaktadır.” Hipotezinin Test Edilmesi.

Tablo 22. Dini Bilgi Düzeyi İle Eğitim Durumu Arasındaki İlişkiye Ait Ki-Kare Analizi Sonucu

Ki-Kare Analizi Sonucu									
Dini Bilgi Düzeyi / Eğitim Durumu		Okuryazar	İlköğretim	Ortaöğretim	Lise	Ön lisans	Lisans	Yüksek lisans ve üzeri	X ² p
Biraz dini bilgiye sahibim	n	3	3	3	12	9	9	5	8,90 0,71
	%	50,0	42,9	27,3	41,4	42,9	21,4	35,7	
Dini bilgi seviyem yeterlidir	n	3	3	8	15	11	27	8	
	%	50,0	42,9	72,7	51,7	52,4	64,3	57,1	
Dini bilgi seviyem oldukça yüksektir	n	0	1	0	2	1	6	1	
	%	0,0	14,3	0,0	6,9	4,8	14,3	7,1	
Toplam	N	6	7	11	29	21	42	14	
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

#yüzdelere sütunlara göre verilmiştir.

Hipotez 1: Dini bilgi düzeyleri, eğitim durumlarına göre anlamlı bir farklılık yaratmaktadır.

H0: Katılımcıların dini bilgi düzeyleri eğitim durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermez.

H1: Katılımcıların dini bilgi düzeyleri eğitim durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Tablo 22 incelendiğinde, $p > 0,05$ ($P = 0,711$) olduğundan dini bilgi düzeyi ile eğitim durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi için yapılan ki-kare analizi sonucuna göre değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olmadığı istatistiksel olarak %95 güvenirlilikle söylenir ve H_0 hipotezi kabul edilir. Diyabet hastalarında dini bilgi düzeyleri ile eğitim durumları arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Buna göre eğitim durumları katılımcıların dini bilgi düzeylerini değiştirmemiştir. Eğitim durumu okuryazar olanların %50,0, ilköğretim olanların %42,9, ortaöğretim olanların %72,7, lise olanların %51,7, ön lisans olanların %52,4, lisans olanların %64,3 ve yüksek lisans ve üzeri %57,1 oranında büyük çoğunluğunun dini bilgi seviyesinin yeterli olduğunu düşündüğü belirlenmiştir.

4.3.2. “Dini bilgi düzeyleri, cinsiyet durumlarına göre anlamlı bir farklılık yaratmaktadır.” Hipotezinin Test Edilmesi

Tablo 23. Dini Bilgi Düzeyi İle Cinsiyet Arasındaki İlişkiye Ait Ki-Kare Analizi Sonucu

Ki-Kare Analizi Sonucu				
Dini Bilgi Düzeyi / Cinsiyet		Kadın	Erkek	X ² p
Biraz dini bilgiye sahibim	n	28	16	0,434 0,805
	%	35,9	30,8	
Dini bilgi seviyem yeterlidir	n	44	31	
	%	56,4	59,6	
Dini bilgi seviyem oldukça yüksektir	n	6	5	
	%	7,7	9,6	
Toplam	N	78	52	
	%	100,0	100,0	

#yüzdelere sütunlara göre verilmiştir.

Hipotez 2: Dini bilgi düzeyleri, cinsiyet durumlarına göre anlamlı bir farklılık yaratmaktadır.

H0: Katılımcıların dini bilgi düzeyleri cinsiyetlerine göre anlamlı bir farklılık göstermez.

H1: Katılımcıların dini bilgi düzeyleri cinsiyetlerine göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Tablo 23 incelendiğinde, $p > 0,05$ ($P = 0,805$) olduğundan, dini bilgi düzeyi ile cinsiyet arasındaki ilişkinin incelenmesi için yapılan ki-kare analizi sonucuna göre değişkenler arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı %95 güvenirlikle söylenir ve H_0 hipotezi kabul edilir. Cinsiyeti kadın olanların %56,4 ve erkek olanların %59,6 oranında büyük çoğunluğunun dini bilgi seviyesinin yeterli olduğunu düşündüğü belirlenmiştir.

4.3.3. “Dini bilgi düzeyleri, yaş durumlarına göre anlamlı bir farklılık yaratmaktadır.” Hipotezinin Test Edilmesi

Tablo 24. Dini Bilgi Düzeyi İle Yaş Arasındaki İlişkiye Ait Ki-Kare Analizi Sonucu

Ki-Kare Analizi Sonucu								
Dini Bilgi Düzeyi / Yaş		18-30 yaş	31-40 yaş	41-50 yaş	51-60 yaş	>61 yaş	X ²	p
Biraz dini bilgiye sahibim	n	13	13	13	4	1		
	%	41,9	26,0	52,0	25,0	12,5		
Dini bilgi seviyem yeterlidir	n	17	35	8	9	6		
	%	54,8	70,0	32,0	56,3	75,0		
Dini bilgi seviyem oldukça yüksektir	n	1	2	4	3	1	16,043	0,042*
	%	3,2	4,0	16,0	18,8	12,5		
Toplam	n	31	50	25	16	8		
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		

*p<0.05 #yüzdelere sütunlara göre verilmiştir.

Hipotez 3: Dini bilgi düzeyleri, yaş durumlarına göre anlamlı bir farklılık yaratmaktadır.

H0: Katılımcıların dini bilgi düzeyleri yaşlarına göre anlamlı bir farklılık göstermez.

H1: Katılımcıların dini bilgi düzeyleri yaşlarına göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Tablo 24 incelendiğinde, dini bilgi düzeyi ile yaş arasındaki ilişkinin incelenmesi için yapılan ki-kare analizi sonucuna göre değişkenler arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu istatistiksel olarak %95 güvenirlilikle söylenir ve h1 hipotezi kabul edilir ($X^2=16.043$; $p=0.042<0.05$).

18-30 yaş aralığında olanların %54,8, 31-40 yaş aralığında olanların %70,0, 51-60 yaş aralığında olanların %56,3 ve 61 yaş ve üzeri olanların %75,0 oranında olmak üzere büyük çoğunluğunun dini bilgi seviyesinin yeterli olduğunu düşündüğü belirlenmiştir. Ayrıca 41-50 yaş olanların %52,0 oranında büyük çoğunluğunun biraz dini bilgiye sahip olduğunu düşündüğü belirlenmiştir. Diyabet hastalığının katılımcılarda dini bilgi düzeyleri değişmesi arasında yaş açısından anlamlı bir ilişki vardır.

Sütun yüzdeleri incelendiğinde; 18-30 yaş aralığında "biraz dini bilgiye sahip" olanların % 41,9 oranında olduğu görülmektedir. 61 ve üzeri yaş grubuna baktığımızda bu oranın % 12,5'e düşmektedir. Başka bir ifadeyle söyleyecek olursak, yaş ilerledikçe ahiret düşüncesiyle ve ölüm korkusu gibi sebeplerle dini bilgi düzeyinde bir artış görülmektedir. Böyle bir bulgunun ortaya çıkmasında insanların yaşları ilerledikçe dine daha çok bağlanmaları gösterilebilir.

41-50 yaş aralığında biraz dini bilgiye sahip olanların % 52,0 oranla tüm yaş gruplarında en yüksek oranda olması, bu yaş aralığının genç yetişkinlik ve orta yaşlılık dönemlerine rastlamasından kaynaklanmaktadır. Çünkü bu dönemde insanların meslek sahibi olma, evlilik, terfi vb. gibi önemli sorumluluklar almaktadır. Meslek seçme, iş bulma, evlenme, borç, işte yükselme, çocukların eğitimi v.b. çok ciddi sorunlar ve sorumluluklarla yüz yüze geldiği dönemlerdir. Zor hayat koşulları, hayatın sıkıntı ve yıcıntıları insanların dini konulara vakit ayıramamasına ya da uç noktalara sürüklemesine neden olduğu düşünülebilir.

Üniversite öğrencileri üzerine yapılan bir araştırmaya göre, yaş düzeyleri ile dindarlık arasında farkın ($F_{3,551}=5,80$) $p<.0,007$ düzeyinde anlamlı olduğu belirlenmiştir (Yıldız, 1998: 78). Bireylerin dindarlık düzeyleri ile ilgili yapılan bir araştırmada, yaş ve dindarlık düzeyleri açısından yüzdeler arasındaki farklar istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<.0001$). (Acan vd., 1996: 48). Oysa Gencer'in diyaliz hastaları üzerinde yaptığı araştırmada yaşın dindarlık puanları üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı tespit edilmiştir. Anket uygulanan katılımcıların yaş aralıkları benzer olsa da, belli yaş aralığındaki katılımcıların sayısı araştırmamızda farklı sonuç elde etmemize neden olduğu söylenebilir. Ayrıca yaş ile dindarlık arasında değişik türden ilişkiler olduğu söylenebilir.

($P=0,928$). Medeni durumu evli olanların %55,7 bekâr olanların %62,5 ve dul veya boşanmış olanların %66,7 oranında büyük çoğunluğunun dini bilgi seviyesinin yeterli olduğunu düşündüğü belirlenmiştir.

4.3.5. “Dini Bilgi Düzeyleri Sosyo-Ekonomik Durumlarına Göre Anlamlı Bir Farklılık Yaratmaktadır.” Hipotezinin Test Edilmesi

Tablo 26. Dini Bilgi Düzeyi İle Sosyoekonomik Durum Arasındaki İlişkiye Ait Ki-Kare Analizi Sonucu

Ki-Kare Analizi Sonucu									
Dini Bilgi Düzeyi / Sosyoekonomik Durum				Ortanın altı	Orta	Ortanın üstü	X ²	p	
Biraz dini bilgiye sahibim	n	14	24	6	63,6	27,3	30,0	11,384	0,023*
Dini bilgi seviyem yeterlidir	n	6	57	12	27,3	64,8	60,0		
Dini bilgi seviyem oldukça yüksektir	n	2	7	2	9,1	8,0	10,0		
Toplam	n	22	88	20	100,0	100,0	100,0		

* $p<0.05$ #yüzdeler sütunlara göre verilmiştir.

Hipotez 5: Dini bilgi düzeyleri sosyoekonomik durumlarına göre anlamlı bir farklılık yaratmaktadır.

H0: Katılımcıların dini bilgi düzeyleri sosyo-ekonomik durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermez.

H1: Katılımcıların dini bilgi düzeyleri sosyo-ekonomik durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Tablo 26 incelendiğinde, Dini bilgi düzeyi ile sosyoekonomik durum (SED) arasındaki ilişkinin incelenmesi için yapılan ki-kare analizi sonucuna göre değişkenler arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu %95 güvenirlikle söylenir ve h1 hipotezi kabul edilir ($X^2=11.384$; $p=0.023<0.05$). Sosyoekonomik durumu orta %64,8 ve sosyoekonomik durumu ortanın üstü %60,0 oranında büyük çoğunluğunun dini bilgi seviyesinin yeterli olduğunu düşündüğü belirlenirken sosyoekonomik durumu ortanın altı olan katılımcıların %63,6 oranında büyük çoğunluğunun ile biraz dini bilgiye sahip olduğunu düşündüğü belirlenmiştir.

Sütun yüzdeleri incelendiğinde; ortanın altı SED' daki grup içinde dini bilgi seviyem yeterli ve dini bilgi seviyem oldukça yüksek diyenlerin oranı toplamda % 36'4 iken, dini bilgi seviyem yeterli ya da oldukça yüksek diyenlerin oranı orta SED' da % 72,8'e ve ortanın üstü SED' da % 70 olduğu belirlenmiştir.

Bu sonuçların tümüne birden bakıldığında, ortanın altı SED' a dini bilgi seviyesinin azaldığını, dini bilgi seviyem yeterli ya da oldukça yüksek diyenlerin daha çok orta ve ortanın üstü SED grupları içerisinde yer aldığı söylenebilir. Alt SED' da yer alan bireylerden bir kısmı yaşadıkları diyabet hastalığının yanında karşılaştıkları psikolojik, çevresel ve ekonomik sorunlar karşısında, dinden uzaklaşmış olabilir.

4.3.6. “Katılımcıların dini bilgi düzeyi ile diyabet hastalığını onlara, işledikleri bir günah ya da uymadıkları bir yasaktan dolayı Allah’ın verdiği düşüncesine göre anlamlı bir farklılık yaratmaktadır.” Hipotezinin Test Edilmesi

Tablo 27. Dini Bilgi Düzeyi İle Şeker Hastalığını İşlenen Bir Günahtan Dolayı Ya Da Uymadıkları Bir Yasaktan Dolayı Allah’ın Verdiğini Düşünme Arasındaki İlişkiye Ait Ki-Kare Analizi Sonucu

Ki-Kare Analizi Sonucu							
Dini Bilgi Düzeyi / Hastalığın İşlenen Bir Günahtan Gelmesi		Hiç düşünmedim	Bazen düşündüm	Fikrim yok	Evet düşündüm	X^2	p
Biraz dini bilgiye sahibim	n	22	13	5	4	5,509	0,480
	%	31,4	41,9	50,0	21,1		
Dini bilgi seviyem yeterlidir	n	40	16	5	14		
	%	57,1	51,6	50,0	73,7		
Dini bilgi seviyem oldukça yüksektir	n	8	2	0	1		
	%	11,4	6,5	0,0	5,3		
Toplam	N	70	31	10	19		
	%	100,0	100,0	100,0	100,0		

#yüzdelere sütunlara göre verilmiştir.

Hipotez 6: Dini bilgi düzeyi düşük olanların diyabet hastalığının Allah’tan geldiğini kabul etmesi ile dini bilgi düzeyi yüksek olanların diyabet hastalığının Allah’tan geldiğini kabul etme düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H0: Katılımcıların dini bilgi düzeyleri diyabet hastalığını onlara, işledikleri bir günah ya da uymadıkları bir yasaktan dolayı Allah’ın verdiğini düşüncelerine göre anlamlı bir farklılık göstermez.

H1: Katılımcıların dini bilgi düzeyleri diyabet hastalığını onlara, işledikleri bir günah ya da uymadıkları bir yasaktan dolayı Allah'ın verdiğini düşüncelerine göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Tablo 27 bulgularına göre, dini bilgi düzeyi ile şeker hastalığını işlenen bir günahdan dolayı Allah'ın verdiğini düşünme arasındaki ilişkinin incelenmesi için yapılan ki-kare analizi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre değişkenler arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı istatistiksel olarak %95 güvenirlilikle söylenir ve H_0 hipotezi kabul edilir ($p > 0.05$ $P = 0,480$). Şeker hastalığını işlenen bir günahdan dolayı Allah'ın verdiğini düşünmeyenlerin %57,1, bazen düşünenlerin %51,6, fikri olmayanların %50,0 ve düşünenlerin %73,7 oranında büyük çoğunluğunun dini bilgi seviyesinin yeterli olduğunu düşündüğü belirlenmiştir.

4.3.7. “Katılımcıların Dini Bilgi Düzeylerinin Diyabet Hastalığından Dolayı Allah’a Şükretme Durumuna Göre Anlamlı Bir Farklılık Yaratmaktadır.” Hipotezinin Test Edilmesi

Tablo 28. Dini Bilgi Düzeyi İle Şeker Hastalığından Dolayı Allah’a Şükretme Arasındaki İlişkiye Ait Ki-Kare Analizi Sonucu

Ki-Kare Analizi Sonucu							
Dini Bilgi Düzeyi / Hastalığın İşlenen Bir Günüahdan Gelmesi		Hayır şükretmem	Bazen şükrederim	Hiç düşünmedim	Evet şükrederim	X ²	p
Biraz dini bilgiye sahibim	n	7	13	8	16		
	%	43,8	54,2	30,8	25,0		
Dini bilgi seviyem yeterlidir	n	5	10	17	43		
	%	31,3	41,7	65,4	67,2	15,600	0,016*
Dini bilgi seviyem oldukça yüksektir	n	4	1	1	5		
	%	25,0	4,2	3,8	7,8		
Toplam	N	16	24	26	64		
	%	100,0	100,0	100,0	100,0		

*p<0.05 #yüzdelere sütunlara göre verilmiştir.

Hipotez 7: Dini bilgi düzeyi düşük olanların Allah’a şükretmesi ile dini bilgi düzeyi yüksek olanların Allah’a şükretme düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H0: Katılımcıların dini bilgi düzeyleri diyabet hastalığından dolayı Allah’a şükretmelerine göre anlamlı bir farklılık göstermez.

H1: Katılımcıların dini bilgi düzeyleri diyabet hastalığından dolayı Allah’a şükretmelerine göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Dini bilgi düzeyi ile şeker hastalığını işlenen bir günahı Allah'ın verdiğini düşünme arasındaki ilişkinin incelenmesi için yapılan ki-kare analizi sonucuna göre değişkenler arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak %95 güvenirlikle anlamlı olduğu söylenir ve h1 hipotezi kabul edilir ($X^2=15.600$; $p=0.016<0.05$). Şeker hastalığından dolayı Allah'a şükredenlerin %43,8 ve bazen şükredenlerin %54,2 oranında büyük çoğunluğunun biraz dini bilgiye sahip olduğunu düşündüğü, hiç düşünmeyenlerin %65,4 ve düşünüp şükredenlerin %67,2 oranında büyük çoğunluğunun dini bilgi seviyesinin yeterli olduğunu düşündüğü belirlenmiştir.



4.3.8. “Şeker hastalığı teşhisinden sonra bayanlar erkeklere göre daha çok ibadete yönelmektedir.” Hipotezinin Test Edilmesi.

Tablo 29. Şeker Hastalığından Sonra İbadet Yapma İle Cinsiyet Arasındaki İlişkiye Ait Ki-Kare Analizi Sonucu

Ki-Kare Analizi Sonucu					
İbadet Yapma / Cinsiyet		Kadın	Erkek	X ²	p
İbadet yapmam	n	12	9	1,766	0,622
	%	15,4	17,3		
Genelde aksatırım	n	20	15		
	%	25,6	28,8		
Fikrim yok	n	10	3		
	%	12,8	5,8		
Düzenli olarak, fazlasıyla yaparım	N	36	25		
	%	46,2	48,1		
Toplam	N	78	52		
	%	100,0	100,0		

#yüzdelere sütunlara göre verilmiştir.

Hipotez 8: Şeker hastalığı teşhisinden sonra, bayanlar erkeklere göre daha çok ibadete yönelmektedir.

H0: Katılımcıların diyabet hastalığı teşhisinden sonra ibadet yapma şekilleri cinsiyetlerine göre anlamlı bir farklılık göstermez.

H1: Katılımcıların diyabet hastalığı teşhisinden sonra ibadet yapma şekilleri cinsiyetlerine göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Tablo 29 incelendiğinde, $p>0,05$ ($P=0,622$) olduğundan değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olmadığı istatistiksel olarak %95 güvenirlilikle söylenir ve H_0 hipotezi kabul edilir. Şeker hastalığından sonra ibadet yapma ile cinsiyet arasındaki ilişkinin incelenmesi için yapılan ki-kare analizi sonucuna göre değişkenler arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. ($p>0,05$). Cinsiyeti kadın olanların %46,2 ve erkek olanların %48,1 oranında büyük çoğunluğunun ibadetini düzenli olarak fazlasıyla yaptığı belirlenmiştir.

4.3.9. “Katılımcıların ibadet yapma şekilleri, medeni durumlarına göre anlamlı bir farklılık yaratmaktadır.” Hipotezinin Test Edilmesi

Tablo 30. Şeker Hastalığından Sonra İbadet Yapma İle Medeni Durum Arasındaki İlişkiye Ait Ki-Kare Analizi Sonucu

Ki-Kare Analizi Sonucu					
İbadet Yapma / Medeni Durum		Evli	Bekâr	Dul veya boşanmış	X^2 p
İbadet yapmam	n	14	5	2	4,937 0,552
	%	14,4	20,8	22,2	
Genelde aksatırım	n	28	6	1	
	%	28,9	25,0	11,1	
Fikrim yok	n	9	4	0	
	%	9,3	16,7	0,0	
Düzenli olarak, fazlasıyla yaparım	N	46	9	6	
	%	47,4	37,5	66,7	
Toplam	N	97	24	9	
	%	100,0	100,0	100,0	

#yüzdelere sütunlara göre verilmiştir.

Hipotez 9: Bekâr olanlar, şeker hastalığının teşhisinden sonra, evlilere göre daha az ibadet yapmaktadırlar.

H0: Katılımcıların hastalığı teşhisinden sonra ibadet yapma şekilleri medeni durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermez.

H1: Katılımcıların hastalığı teşhisinden sonra ibadet yapma şekilleri medeni durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Tablo 30 incelendiğinde, $p > 0,05$ ($P = 0,552$) olduğundan diyabet hastalığından sonra ibadet yapma ile medeni durum arasındaki ilişkinin incelenmesi için yapılan ki-kare analizi sonucuna göre değişkenler arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı istatistiksel olarak %95 güvenirlilikle söylenir ve H_0 hipotezi kabul edilir. Medeni durumu evli olanların %47,4, bekâr olanların %37,5 ve dul veya boşanmış olanların %66,7 oranında büyük çoğunluğunun ibadetini düzenli olarak fazlasıyla yaptığı belirlenmiştir.

4.3.10. “Katılımcıların ibadet yapma şekilleri, diyabet hastalığı sürelerine göre anlamlı bir farklılık yaratmaktadır.” Hipotezinin Test Edilmesi

Tablo 31. Şeker Hastalığı Teşhisinden Sonra İbadet Yapma İle Diyabet Hastalığı Süresi Arasındaki İlişkiye Ait Ki-Kare Analizi Sonucu

Ki-Kare Analizi Sonucu						
İbadet Yapma / Diyabet Hastalığı Süresi		6 ay-5 yıl	6-10 yıl	11-15 yıl	16 yıl ve üzeri	X² p
İbadet yapmam	n	6	5	5	5	7,898 0,544
	%	13,0	19,2	17,9	16,7	
Genelde aksatırım	n	14	5	7	9	
	%	30,4	19,2	25,0	30,0	
Fikrim yok	n	4	0	4	5	
	%	8,7	0,0	14,3	16,7	
Düzenli olarak, fazlasıyla yaparım	N	22	16	12	11	
	%	47,8	61,5	42,9	36,7	
Toplam	N	46	26	28	30	
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	

#yüzdeler sütunlara göre verilmiştir.

Hipotez 10: Şeker hastalığı teşhisinden sonra ibadet yapma şekilleri, şeker hastalığına teşhis konma yılı durumlarına göre anlamlı bir farklılık yaratmaktadır.

H0: Katılımcıların hastalığı teşhisinden sonra ibadet yapma şekilleri diyabet hastalığı sürelerine göre anlamlı bir farklılık göstermez.

H1: Katılımcıların hastalığı teşhisinden sonra ibadet yapma şekilleri diyabet hastalığı sürelerine göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Tablo 31 incelendiğinde, $p > 0,05$ ($P = 0,544$) olduğundan şeker hastalığından sonra ibadet yapma ile diyabet hastalığı süresi arasındaki ilişkinin incelenmesi için yapılan ki-kare analizi sonucuna göre değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olmadığı istatistiksel olarak %95 güvenirlikle söylenir ve H_0 hipotezi kabul edilir. 6 ay-5 yıl süreyle diyabet hastası olanların %47,8, 6-10 yıl olanların %61,5, 11-15 yıl olanların %42,9 ve 16 yıl ve üzeri olanların %36,7 oranında büyük çoğunluğunun ibadetini düzenli olarak fazlasıyla yaptığını düşündüğü belirlenmiştir.



4.3.11. “Katılımcıların İbadet Yapma Şekilleri, Diyabet Hastalığı Tiplerine Göre Anlamlı Bir Farklılık Yaratmaktadır.” Hipotezinin Test Edilmesi

Tablo 32. Şeker Hastalığından Sonra İbadet Yapma İle Diyabet Hastalığı Tipi Arasındaki İlişkiye Ait Ki-Kare Analizi Sonucu

Ki-Kare Analizi Sonucu				
İbadet Yapma / Diyabet Hastalığı Tipi		Tip1 Diyabet	Tip2 Diyabet	X ²
İbadet yapmam	n	20	1	17,196
	%	22,2	2,5	
Genelde aksatırım	n	27	8	
	%	30,0	20,0	
Fikrim yok	n	11	2	
	%	12,2	5,0	
Düzenli olarak, fazlasıyla yaparım	N	32	29	
	%	35,6	72,5	
Toplam	N	90	40	
	%	100,0	100,0	

*p<0.05 #yüzdelere sütunlara göre verilmiştir.

Hipotez 11: Şeker hastalığı teşhisinden sonra, ibadet yapma şekilleri, tip1 hastalarına göre tip 2 hastalarında anlamlı bir farklılık yaratmaktadır.

H0: Katılımcıların hastalığı teşhisinden sonra ibadet yapma şekilleri diyabet hastalığı tipine göre anlamlı bir farklılık göstermez.

H1: Katılımcıların hastalığı teşhisinden sonra ibadet yapma şekilleri diyabet hastalığı tipine göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Tablo 32 incelendiğinde, şeker hastalığından sonra ibadet yapma ile diyabet hastalığı tipi arasındaki ilişkinin incelenmesi için yapılan ki-kare analizi sonucuna göre, değişkenler arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu istatistiksel olarak %95 güvenirlilikle söylenir ve H_1 hipotezi kabul edilir ($X^2=17.196$; $p=0.001<0.05$). Diyabet hastalığı türü tip1 olanların %35,6 oranında ve diyabet hastalığı türü tip2 olanların %72,5 oranında büyük çoğunluğunun ibadetlerini düzenli olarak fazlasıyla yaptığı belirlenmiştir.

Sütunlar incelendiğinde, ibadet yapmam diyen tip1 hastalarının oranının % 22,2 ve tip 2 hastalarının % 2,5 olduğu görülmüştür. Tip 1 hastalığının genelde 30 yaş altında ortaya çıkması, diyabet hastalarının daha çok genç yaşta ve öğrenci olmaları, idealist yapıları sonucu radikal eğilimleri ile ilgili olabilmektedir. Tip 2 hastalarında ise hastalığın 30 yaş sonrasında ortaya çıkmasıyla bağlantılı olarak, % 2,5 olması yaşın ilerlemesiyle birlikte ölüm korkusu gibi sebeplerle insanların dine yönelmeleriyle ilgili açıklanabilir.

Diyabet hastalığı türü tip 1 olanların %35,6 oranında ve diyabet hastalığı türü tip 2 olanların %72,5 oranında büyük çoğunluğunun ibadetlerini düzenli olarak fazlasıyla yaptığı belirlenmiştir. Tip 2 hastalarının çoğunlukla ileri yaşa sahip olmaları ve ahiret inancı ve ölüm korkusu gibi sebepler dine yönelimin artmasına bağlı olarak, ibadetlerini düzenli olarak fazlasıyla yaptıkları söylenebilir.

4.3.12. “Katılımcıların ibadet yapma şekilleri, kullanılan ilaç çeşidine göre anlamlı bir farklılık yaratmaktadır.” Hipotezinin Test Edilmesi

Tablo 33. Şeker Hastalığından Sonra İbadet Yapma İle Kullanılan İlaç Çeşidi Arasındaki İlişkiye Ait Ki-Kare Analizi Sonucu

Ki-Kare Analizi Sonucu					
İbadet Yapma / İlaç Çeşidi		Hap	İnsülin	Hap ve insülin	X ² p
İbadet yapmam	n	2	18	1	16,720 0,010*
	%	4,9	22,2	12,5	
Genelde aksatırım	n	12	22	1	
	%	29,3	27,2	12,5	
Fikrim yok	n	1	12	0	
	%	2,4	14,8	0,0	
Düzenli olarak, fazlasıyla yaparım	N	26	29	6	
	%	63,4	35,8	75,0	
Toplam	N	41	81	8	
	%	100,0	100,0	100,0	

*p<0.05 #yüzdelere sütunlara göre verilmiştir.

Hipotez 12: Şeker hastalığı teşhisinden sonra ibadet yapma şekilleri, hap kullananlar ile hap ve insülin kullananlar sadece insülin kullananlara göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H0: Katılımcıların hastalığı teşhisinden sonra ibadet yapma şekilleri kullandıkları ilaç çeşidine göre anlamlı bir farklılık göstermez.

H1: Katılımcıların hastalığı teşhisinden sonra ibadet yapma şekilleri kullandıkları ilaç çeşidine göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Tablo 33 incelendiğinde, $p < 0,05$ ($P = 0,010$) olduğundan, şeker hastalığından sonra ibadet yapma ile kullanılan ilaç çeşidi arasındaki ilişkinin incelenmesi için yapılan ki-kare analizi sonucuna göre değişkenler arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu %95 güvenirlikle söylenir ve H_1 hipotezi kabul edilir. ($X^2 = 16,720$; $p = 0,010 < 0,05$). Değişkenler arasında anlamlı bir farklılık olduğu istatistiksel olarak %95 güvenirlikle söylenir ve H_1 hipotezi kabul edilir. Kullanılan ilaç çeşidi hap olanların %63,4, insülin olanların %35,8 ve hap ve insülin bir arada olanların %75,0 oranında büyük çoğunluğunun ibadetlerini düzenli olarak fazlasıyla yaptığı belirlenmiştir.

Kullanılan ilaç çeşidi, diyabet hastalığının tipi ile bağlantılıdır. Tip 1 diyabet hastalığı insüline bağımlı olup, tip 2 hastalığı insüline bağımlı değildir. Tip 1 diyabet insülin iğnesi, tip 2 hap ile tedavi edilmektedir. Sütunlar bu bağlamda incelendiğinde, ibadet yapmam diyen insülin kullanan tip 1 diyabet hastalarının oranı % 22,2 olup bu oran azalarak tip 2 hastalarında % 4,9' dur. Bu değer tablo 32 ile uyumlu olup, bireylerin yaş ilerledikçe dine yöneldiğini, genç yaşta ise idealist olunması, öğrencilik, iş ve meslek kaygısı, evlilik gibi zor durumların etkisi ve idealist olması gibi etkenlerin dine karşı olumsuz tavır alınmasına neden olduğu söylenebilir.

4.3.13. “Katılımcıların ibadet yapma şekilleri, diyabet hastalığında kendini mutlu hissetmelerine göre anlamlı bir farklılık yaratmaktadır.” Hipotezinin Test Edilmesi

Tablo 34. Şeker Hastalığından Sonra İbadet Yapma İle Şeker Hastalığı Teşhisinden Sonra Psikolojik Durum Arasındaki İlişkiye Ait Ki-Kare Analizi Sonucu

Ki-Kare Analizi Sonucu					
İbadet Yapma / Psikolojik Durum		Sıkılğan ve içine kapanık olurum	Gergin ve sınırlı olurum	Sakin ve doğal olurum	X² p
İbadet yapmam	n	2	9	10	10,321 0,0112*
	%	9,5	15,3	20,0	
Genelde aksatırım	n	8	14	13	
	%	38,1	23,7	26,0	
Fikrim yok	n	5	3	5	
	%	23,8	5,1	10,0	
Düzenli olarak, fazlasıyla yaparım	N	6	33	22	
	%	28,6	55,9	44,0	
Toplam	N	21	59	50	
	%	100,0	100,0	100,0	

*p<0.05 #yüzdelere sütunlara göre verilmiştir.

Hipotez 13: Şeker hastalığı teşhisinden önce kendini mutlu hissetme algıları, şeker hastalığı teşhisinden sonra ibadetlerini yapma durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H0: Katılımcıların diyabet hastalığında kendini mutlu hissetmeleri diyabet hastalığı teşhisinden sonra ibadet yapma şekillerine göre anlamlı bir farklılık göstermez.

H1: Katılımcıların diyabet hastalığında kendini mutlu hissetmeleri diyabet hastalığı teşhisinden sonra ibadet yapma şekillerine göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Tablo 34 incelendiğinde, ($p < 0,05$ $p = 0,0112$ olduğundan, şeker hastalığından sonra ibadet yapma ile psikolojik durum arasındaki ilişkinin incelenmesi için yapılan ki-kare analizi sonucuna göre değişkenler arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu istatistiksel olarak %95 güvenirlilikle söylenir ve H_1 hipotezi kabul edilir.

Şeker hastalığı teşhisinden sonra psikolojik durumu sıkılgan ve içine kapanık olanların %38,1 oranında büyük çoğunluğunun ibadetlerini genellikle aksattığı, gergin ve sinirli olanların %55,9 ve sakin ve doğal olanların %44,0 oranında büyük çoğunluğunun ibadetlerini düzenli olarak fazlasıyla yaptığı belirlenmiştir. Psikolojik olarak gergin ve sinirli olan diyabet hastalarının, sakin ve doğal olan diyabet hastalarına göre daha fazla düzenli olarak ibadet yaptıkları tespit edilmiştir. Sıkılgan ve içine kapanık olanların büyük çoğunluğunun ise ibadetlerini genellikle aksattığı belirlenmiştir.

Üniversite öğrencileri üzerine yapılan bir araştırmada ibadetler, dini ritüeller ve mutluluk arasındaki ilişkiye dayanan hipotezlerin çoğunun doğrulanmadığı dikkat çekmektedir. Katılımcılar, çeşitli ibadetleri yapanlar ve yapmayanlar olarak iki gruba ayrılarak, iki grup arasında mutluluk düzeyleri arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığına analiz yapılmıştır. Bulgulara göre, 5 vakit namaz kılma durumu ($t = 983$, $p > 0,05$), vakit namazlarını cemaatle kılma durumu ($t = 834$, $p > 0,05$) ve cuma namazını kılma durumuna ($t = 363$, $p > 0,05$) göre mutluluk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir (Kocaçoban, 2019: 79).

“Yaşlılık ve Dindarlık: Dindarlık, Hayatta Zevk Alma ve Mutluluk İlişkisi -Konya Huzurevi Örneği-” adlı çalışmada uygulanan ki-kare testi sonucunda, namaz kılan ile kılmayanlara dair bulgular incelendiğinde mutluluk açısından anlamlı bir ilişki bulunamadığı tespit edilmiştir ($\chi^2 = 1,194$, $sd. 2$, $P > 0,05$).

Yapılan başka bir araştırmada ise namaz kılma durumuna göre psikolojik durum ve değişken gruplarının dağılımları arasında farklılıklar bulunmuş ve bu durumun, namaz kılmanın insanı sabırlı ve birçok sıkıntıların üstesinden gelme konusunda yardımcı olacağı hususuyla ters düştüğü görülmüştür (Akgül, 2004: 45)

Araştırmamızda örneklemin çoğunluğunun (Bkz.Tablo 21, % 63,1) kendisini mutlu hissetmediği görülmüştür. Oysa diyaliz hastaları üzerine yapılan araştırmada mutlu hissettikleri sonucu çıkmıştır (Gencer, 2019: 190). Bu bağlamda ele alacak olursak, bireysel farklılıklar hastalık çeşidi, tedavi şekli gibi sebepler hasta bireylerin psikolojilerini ve mutlu olmalarını olumlu ya da olumsuz olarak etkilediğini düşündürmektedir.

Sonuç itibariyle, ibadet ve mutluluk çok boyutlu bir yapıya sahiptir. Her mutlu insan, dindar olmadığı gibi, ibadetlerini yerine getiren her dindar da mutlu bir birey olmayabilir. Çünkü hayatın anlam ve amacı, kişiye göre değişebilmektedir. Bazıları, mutluluğu ibadetlerde ve dinde ararken, bazıları başka etkenlerde arayabilmektedir.



4.3.14. “Allah’ın kullarını imtihan etmek için onlara hastalık verir” Görüşüne Katılma İle Allah’a İnanma Arasındaki İlişkiye Ait Ki-Kare Analizi Sonucu

Tablo 35. “Allah’ın kullarını imtihan etmek için onlara hastalık verir” Görüşüne Katılma İle Allah’a İnanma Arasındaki İlişkiye Ait Ki-Kare Analizi Sonucu

Ki-Kare Analizi Sonucu					
İmtihan amaçlı hastalık / Allah’a İnanma		Şüpheliyim	İnanıyorum	Kesinlikle inanıyorum	X² p
Katılmıyorum	n	10	5	4	72,252 0,000*
	%	90,9	38,5	3,8	
Fikrim yok	n	1	0	10	
	%	9,1	0,0	9,4	
Katılıyorum	n	0	7	46	
	%	0,0	53,8	43,4	
Kesinlikle katılıyorum	N	0	1	46	
	%	0,0	7,7	43,4	
Toplam	N	11	13	106	
	%	100,0	100,0	100,0	

*p<0.05 #yüzdelere sütunlara göre verilmiştir.

Hipotez 14: Allaha inanç düzeyi şeker hastalığının Allahın kullarını imtihan etmek için verdiğini düşünme algılarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H0: Katılımcıların Allah’a inanç durumların Allah kullarını imtihan etmek için onlara hastalık verir görüşüne katılma durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermez.

H1: Katılımcıların Allah’a inanç durumların Allah kullarını imtihan etmek için onlara hastalık verir görüşüne katılma durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Tablo 35 incelendiğinde, “Allah’ın kullarını imtihan etmek için onlara hastalık verir” görüşüne katılma ile Allah’a inanma arasındaki ilişkinin incelenmesi için yapılan ki-kare analizi sonucuna göre değişkenler arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu ($X^2=72.252$; $p=0.000<0.05$) istatistiksel olarak %95 güvenirlikle söylenir ve h1 hipotezi kabul edilir.

Allah’a olan inancı şüpheli olanların %90,9 oranında büyük çoğunluğunun “Allah’ın kullarını imtihan etmek için onlara hastalık verir” görüşüne katılmadığı belirlenmiştir. Allah’a inananların %53,8 olanların büyük çoğunluğunun “Allah’ın kullarını imtihan etmek için onlara hastalık verir” görüşüne katıldığı ve Allah’a kesinlikle inananların %43,4 oranında büyük çoğunluğunun “Allah’ın kullarını imtihan etmek için onlara hastalık verir” görüşüne kesinlikle katıldığı belirlenmiştir.

Bireyin hastalığı kendisine imtihan olarak verildiğini düşünmesi hastalığı daha kolay kabullenmesini sağlamakta ve hastalıkla başa çıkmada psikolojik sorunlardan korumaktadır.

TARTIŞMA VE SONUÇ

“Diyabet Hastalarında Dini Eğilimlere Psikolojik Bir Yaklaşım” başlıklı bu araştırma diyabet hastaları üzerinde yapılmış ve araştırmada hastaların dini eğilimlerin farklı değişkenler arasındaki ilişkisi psikolojik özellikler açısından ele alınıp incelenmiştir.

İlk olarak, literatür kısmının birinci bölümünde hastalık ve sağlık kavramları, diyabetin tanımı, genel özellikleri, hastalık türleri, tarihçesi, dünya çapında ve Türkiye’de diyabet istatistikleri ve diyabetin psikolojik etkileri ele alınmıştır.

Literatür kısmının ikinci bölümünde ise din ve dini eğilimler, dindar, dindarlık ve dindarlık Tiplemleri, batı’daki ve Türkiye’deki dindarlık ölçme çalışmaları, dindarlığın boyutları, kurana göre dindarlığın boyutları, konuyla ilgili ülkemizde ve yurt dışında yapılmış çalışmalar ve dindarlığın beden ve ruh sağlığına olumsuz etkisine değinilerek kavramsal çerçeve tamamlanmıştır.

Üçüncü bölümde araştırma metodolojimize, evren ve örnekleme, verilerin analizi ele alınmıştır. Dördüncü bölümde, çalışmamızın temelini oluşturan bulgular kısmına yer verilmiştir. Bulguların oluşturulması için konu ile ilgili 21 sorudan oluşan anket, 2020-2021 yıllarında facebook, instagram, whatsapp gibi sosyal medya platformlarında aktif olan 18 yaş diyabet hastalarına uygulanmıştır. Bu bölümde, diyabetli hastalardan oluşan bir örnekleme yapılan spesifik çalışmaların sonuçları özetlenmiştir.

Araştırma diyabet hastaları üzerinde yapılabilmesi için anket formları ve ekleri ile birlikte Amasya Üniversitesi Sosyal Bilimler Etik kurulundan 16/12/2020-E.27067-30640013-108.01 ve İlahiyat Fakültesi Dekanlığı Felsefe ve Din Bilimleri Bölümü Başkanlığından 07/12/2020-E.26279 24858261-044- tarih ve sayılı onay ve gerekli izinler alınmıştır (bk. **Ek-3 ve 5**)

Anket uygulaması 15/12/2020 ile 15/06/2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Uygulama sürecinde hazırlanan “Araştırma Gönüllü Katılım Formu” (bk. **Ek-2**) aracılığıyla çalışma tamamen gönüllülük esasına göre yürütülerek, hastaların onayları alınmış, hastalara çalışma hakkında gerekli bilgilendirmeler yapılmıştır.

Araştırmamızın evrenini Türkiye’deki 18 yaş üstü diyabet hastaları, örneklemini ise 2020-2021 yıllarında facebook, instagram, whatsapp gibi sosyal medya platformlarında

aktif olan 130 diyabet hastalarından oluşmaktadır. Araştırmamızda diyabetli hastaların dini eğilimleri ölçüleceği için tüm denekler diyabetlidir.

Katılımcıların cinsiyetleri incelendiğinde, %60'ının kadın, %40'ının erkek olduğu belirlenmiştir. **(bk. Tablo 1)**. Kadın hastaların oranı erkek hastaların oranından büyük ölçüde fazladır. Türkiye sağlık araştırması 2019 raporuna göre 15 yaş üstü bireylerin son bir yıl içerisinde yaşadığı başlıca hastalıklarda diyabet oranı % 10,2 olup, bu oranın cinsiyete göre dağılımının % 8,2 'sini erkekler, % 12,2 'sini de kadınlar oluşturmaktadır (Türk, 2020). Elde edilen sonuçlar Türkiye sağlık araştırması 2019 raporu istatistikleri ile örtüşmektedir. Ayrıca kadın hastaların fazla olmasında, kadınların sosyal medya ve iletişim araçlarını erkeklere oranla daha etkin kullanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir

Katılımcıların yaşları incelendiğinde, % 23,8'inin 30 ve altı yaşında, % 38,5'inin 31-40 arasında, % 19,2'sinin 41-50 arasında, % 12,3'ünün 51-60 arasında, %4,6'sının 61 yaş ve üzerinin, % 6,2 olduğu belirlenmiştir. Bulgular, internet ve sosyal medya kullanımına bağlı olarak, diyabet hastalığının genç ve orta yetişkin arasında daha yaygın olduğunu göstermektedir **(bk. Tablo 2)**.

Örneklemin medeni durumları incelendiğinde, %74,6'sının evli, %18,5'inin bekâr, %6,9'unun dul olduğu belirlenmiştir. **(bk. Tablo 3)**. Katılımcıların çoğunluğunun evli olması diyabet hastalarının dini eğilimlerinde ve ruhsal durumlarında etkide bulunabilecek bir faktör olarak düşünülebilir

Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde,% 2,3'ünün okuryazar değil, %4,6'sının okuryazar, %5,4'ünün ilkökul, %8,5'inin ortaokul, %22,3'ünün lise, %16,2'sinin ön lisans, %32,3'ünün lisans, %8,5'inin yüksek lisans ,%2,3' ünün doktora öğreniminde olduğu belirlenmiştir. **(bk. Tablo 4)**. Genel olarak hastaların yüksek eğitim düzeyine sahip oldukları sonucuna ulaşılabilir.

Katılımcıların meslek grubu bulguları incelendiğinde, %26,2'sinin ev hanımı, %29,2'sinin memur, %13,8'inin işçi, %8,5'inin emekli, %9,2'sinin serbest meslek, %5,4'ünün diğer meslek sahibi olduğu belirlenmiştir. %29,2' sinin en çok katılım gösteren grup olan memur meslek grubunda olduğu belirlenmiştir **(bk. Tablo 5)**. Ayrıca çeşitli meslek gruplarında diyabet hastalığına rastlandığı sonucuna varabiliriz

Katılımcıların sosyo-ekonomik durumları incelendiğinde, %4,6'sının alt, %12,3'ünün ortanın altı, %67,7'sinin orta, %13,8'inin ortanın üstünde, %1,5'inin üst düzeyde olduğu belirlenmiştir **(bk. Tablo 6)**. Katılımcıların çoğunluğu genelde orta düzeyde ekonomik duruma sahiptir. Bu dağılım çeşitli yıllarda yapılan araştırma sonuçlarıyla da uyumludur.

Katılımcıların en uzun süre kaldıkları yerleşim yeri durumları incelendiğinde, %40'ının ilçe, %29,2'sinin il, %30,8'inin büyükşehir olduğu belirlenmiştir **(bk. Tablo 7)**. Oranlara baktığımızda il ve büyükşehirde yaşayan diyabet hastalarının %60'ının şehir kültüründe yaşadığı görülmüştür. Katılımcıların yaşamlarının büyük kısmını şehirde geçirmelerinin diyabet hastalığının ortaya çıkmasında tetikleyici rol üstlendiğine işaret etmektedir. Kırsal kesimde yaşamamanın ise diyabet hastalığını engellediği düşünülebilir.

Katılımcıların diyabet hastası oldukları süre incelendiğinde, %35,4'ünün 5 yıl ve altı, %20,0'ının 6-10, %21,5'inin 11-15, %23,1'inin 16 yıl ve üzeri olduğu belirlenmiştir **(bk. Tablo 8)**. Oranları incelediğimizde katılımcıların çoğunluğunu diyabet teşhisi yeni konulmuş, 5 yıl ve altı süredir diyabeti olan bireylerden oluştuğu görülmektedir. Katılımcıların diyabet hastalıklarının tipi incelendiğinde, %67,7'sinin tip 1 diyabet, %29,2'sinin tip 2 diyabet ve %3,1'inin diğer tip diyabet hastası olduğu belirlenmiştir **(bk. Tablo 9)**.

Katılımcıların kullandıkları ilaç çeşidi incelendiğinde, %31,5'inin hap, %62,3'ünün insülin ve %6,2'sinin her iki ilaç çeşidini de kullandıkları belirlenmiştir. Elde edilen verilere göre katılımcıların çoğunluğunu hastalık tipine göre % 67,7 oranla ve kullandıkları ilaç çeşidine göre % 62, 3 oranla tip 1 diyabetli bireyler oluşturmaktadır **(bk. Tablo 9-10)**.

Diyabet hastalarının %81,5'inin Allah'a kesinlikle inandığı tespit edilmiş, bu bağlamda ele alındığında inanç açısından pozitif bir tutuma sahip olduğu sonucuna varılmıştır **(bk. Tablo 11)**. Katılımcıların çoğunluğunun dini bilgi seviyesinin yeterli (%57,7) ya da çok yüksek (%8,5) olmak üzere toplamda %66,2 oranında dini bilgi düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir. Genellikle insanlar, inanç düzeylerine uygun olarak, hastalıklarının Allah tarafından verilen bir imtihan olduğuna inanırlar. Hastalandıklarında önce Allah'a dua ederek, şifa ararlar ve diğer zamanlara göre duaya daha fazla yönelirler. Dua sonrasında tıbbi tedaviye yönelirler. Bu sonuç, insanların

bedenen ve ruhen sıkıntılı olduklarında Allah'a daha çok yöneleceğine dair yaklaşımları desteklemektedir (Apaydın ve ark, 2014: 47-48).

Katılımcıların dini bilgi durumları incelendiğinde, %33,8'inin biraz dini bilgi sahibi, %57,7'sinin dini bilgi seviyesinin yeterli, %8,5'inin dini bilgi seviyesinin çok yüksek olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların çoğunluğunun % 57,7 oranla dini bilgi seviyesinin yeterli olduğu görülmüştür **(bk. Tablo 12)**.

Katılımcıların diyabet hastası olduklarını öğrenmeleri halinde Allah'a karşı inanç durumları incelendiğinde, %4,6'sının isyan ya da sitem edeceği, %79,2'sinin kabullenip dua edeceği, %16,2'sinin bir fikri olmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların çoğunluğunun % 79,2 oranla diyabet hastalığını kabullenip dua ettiği görülmüştür **(bk. Tablo 13)**.

Katılımcıların "Allah'ın Kullarını İmtihan Etmek İçin Onlara Hastalık Verir" görüşüne katılma durumları incelendiğinde, %36,2'sinin kesinlikle katıldığı, %40,8'inin katıldığı, %8,5'inin fikrinin olmadığı, %14,6' sının katılmadığı, %3,8'sinin kesinlikle katılmadığı belirlenmiştir **(bk. Tablo 14)**. Bireylerin hastalıkları Allah'ın verdiği bir imtihan olarak algıladıklarını görüyoruz.

Katılımcıların diyabet hastalığını onlara, işledikleri bir günah ya da uymadıkları bir yasaktan dolayı Allah'ın verdiğini düşüncesi durumları incelendiğinde, %14,6'sının düşündüğü, %23,8'inin bazen düşündüğü, %53,8'inin hiç düşünmediği, %7,7'sinin fikrinin olmadığı belirlenmiştir. Hiç düşünmeyenlerin azımsanmayacak kadar fazla olduğu görülmüştür (% 53,8). **(bk. Tablo 15)**.

Katılımcıların diyabet hastalığı için Allah'a şükretme durumları incelendiğinde, %49,2'sinin şükrettiği, %18,5'inin bazen şükrettiği, %12,3'ünün şükretmediği, %20,0'ının fikrinin olmadığı belirlenmiştir. Diyabet hastalarının büyük çoğunluğunun Allah' a şükrettiği söylenebilir **(bk. Tablo 16)**.

Katılımcıların diyabet hastalığı esnasında Allah'a dua etme durumları incelendiğinde, % 73,8' inin hastalığım esnasında durumu ne olursa olsun Allah'a dua edeceği, çünkü bütün hastalıklara şifa verenin o olduğunu düşündüğü belirlenmiştir. %13,8' inin hastalık derecesine ve durumuna göre Allah'a dua edişinin şeklinin değiştiği ve %12,3' ünün her zaman dua etmeyeceği belirlenmiştir **(bk. Tablo 17)**.

Katılımcıların hastalandığında bu hastalıktan kurtulursam ya da iyileşirsem şunu veririm veya şunu yaparım gibi adaklarda bulunma durumları incelendiğinde, %19,2'sinin bulunduğu, %26,2'sinin bazen bulunduğu, %54,6'sının hiç bulunmadığı belirlenmiştir (**bk. Tablo 18**).

Katılımcıların diyabet hastalığı teşhisinden sonra ibadet yapma durumları incelendiğinde, %46,9'unun düzenli olarak, fazlasıyla yaptığı, %26,9'unun genelde aksattığı, %16,2'sinin ibadet yapmadığı, %10,0'ının fikrinin olmadığı belirlenmiştir. Buna göre örneklemin çoğunluğunun (% 46,9) düzenli olarak fazlasıyla ibadet yaptığı görülmektedir (**bk. Tablo 19**).

Katılımcıların diyabet hastalığı teşhisinden sonra hasta olduklarında genelde psikolojik durumları incelendiğinde, %45,4'ünün gergin ve sinirli, %16,2'sinin sıkılgan ve içine kapanık, %38,5'inin sakin ve doğal olduğu belirlenmiştir. Buna göre diyabet hastalarının büyük çoğunluğunun (% 45,4) gergin ve sinirli olduğu tespit edilmiştir (**bk. Tablo 20**). Dolayısıyla hastalığın verdiği sıkıntı ve stres sebebiyle katılımcıların çoğunluğunun gerginlik psikolojisi içinde olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların diyabet hastalığında kendilerini mutlu hissetme durumları incelendiğinde, %26,9'unun hissettiği, %32,3'ünün bazen hissettiği, %30,8'inin hissetmediği, %10,0'ının fikrinin olmadığı belirlenmiştir. % 32,3 oranla kendisini “bazen” mutlu gören ya da % 30,8 oranla mutlu olmadıklarını düşünen kişiler birlikte değerlendirildiğinde ise; mutluluk düzeyi düşük olanların toplam oranının % 63,1'e tekabül ettiği görülmektedir. Bu verilere göre örneklemin çoğunluğunun kendisini mutlu hissetmediği yorumu yapılabilir (**bk. Tablo 21**).

Hipotezlerle ilgili değerlendirme

Araştırmamızda 14 hipotez oluşturulmuş, bu hipotezlerden 7'si doğrulanmıştır.

Diyabet hastalarında dini bilgi düzeyleri ile eğitim durumları, cinsiyet, medeni durum arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Buna göre eğitim durumları, cinsiyet, medeni durum katılımcıların dini bilgi düzeylerini değiştirmemiştir. Örneklemin büyük çoğunluğunun dini bilgi seviyesinin yeterli olduğunu düşündüğü belirlenmiştir (**bk. Tablo 22-23-25**). Buna göre 1, 2 ve 4. hipotezler doğrulanmamıştır.

Diyabet hastalığını işlenen bir günahdan dolayı Allah'ın verdiğini düşünme, dini bilgi düzeyini değiştirmemiş ve büyük çoğunluğunun dini bilgi seviyesinin yeterli olduğunu düşündüğü belirlenmiştir **(bk. Tablo 27)**. Buna göre 6. hipotezimiz doğrulanmamıştır.

Diyabet hastalığı teşhisinden sonra ibadet yapma şekilleri cinsiyetlerine göre anlamlı bir ilişki olmayıp, büyük çoğunluğunun ibadetini düzenli olarak fazlasıyla yaptığı belirlenmiştir **(bk. Tablo 29)**. Buna göre 8. hipotezimiz doğrulanmamıştır.

Diyabet hastalığından sonra ibadet yapma ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki olmayıp, büyük çoğunluğunun ibadetini düzenli olarak fazlasıyla yaptığı belirlenmiştir **(bk. Tablo 30)**. Buna göre 9. hipotezimiz doğrulanmamıştır.

Şeker hastalığından sonra ibadet yapma ile diyabet hastalığı ve psikolojik durum arasında anlamlı bir ilişki olmayıp, büyük çoğunluğunun ibadetini düzenli olarak fazlasıyla yaptığı belirlenmiştir **(bk. Tablo 31)**. Buna göre 10 hipotezimiz doğrulanmamıştır.

Araştırmada hipotezlerimizin doğrulanmamasında, örneklem azlığı, ölçüm aracının yeterli olmaması ve bilemediğimiz başka sınırlılıklar olabilir. Örneklem sayısının artırılması, anketin daha da geliştirilerek uygulanması ya da farklı yöntem ve teknikler kullanılması farklı sonuçlar alınması muhtemeldir.

Dindarlık ve çeşitli hastalıklar ilişkisi üzerine yapılan çalışmalarda çelişkili sonuçların ortaya çıkması, dinin ve hastalığın çok boyutlu olması sebebiyle olmaktadır. Diyabet ve dindarlık arasındaki ilişkinin farklı boyutlarını kapsayıcı araştırmaların, örneklem gruplarını diyabet tiplerine, hastalık sürelerine cinsiyet vs. gibi değişkenlerle çeşitlendirerek, daha özgün ölçme araçları ile yapılması, konu ile ilgili daha doğru bilgilere ulaştıracaktır.

Doğrulanmış hipotezler şunlardır:

Hipotez 3: Dini bilgi düzeyleri, yaş durumlarına göre anlamlı bir farklılık yaratmaktadır.

Hipotez 5: Dini bilgi düzeyleri sosyoekonomik durumlarına göre anlamlı bir farklılık yaratmaktadır.

Hipotez 7: Dini bilgi düzeyi düşük olanların Allah'a şükretmesi ile dini bilgi düzeyi yüksek olanların Allah'a şükretme düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 11: Şeker hastalığı teşhisinden sonra, ibadet yapma şekilleri, tip1 hastalarına göre tip 2 hastalarında anlamlı bir farklılık yaratmaktadır.

Hipotez 12: Şeker hastalığı teşhisinden sonra ibadet yapma şekilleri, hap kullananlar ile hap ve insülin kullananlar sadece insülin kullananlara göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Hipotez 13: Şeker hastalığı teşhisinden önce kendini mutlu hissetme algıları, şeker hastalığı teşhisinden sonra ibadetlerini yapma durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Hipotez 14: Allaha inanç düzeyi şeker hastalığının Allahın kullarını imtihan etmek için verdiğini düşünme algılarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Özetle, “diyabet hastalığı bireylerin dini eğilimlerini etkiler” problemini çözmek için oluşturulan hipotezlere yapılan istatistiksel analizler, örneklemin dini bilgi düzeyi ile yaş, sosyo-ekonomik düzey, Allah’a şükretme arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Bununla birlikte, ibadet yapma şekilleriyle, hastalığın tipi, kullanılan ilaç çeşidi arasında anlamlı bir ilişki olduğu hipotezlerimiz de doğrulanmıştır.

Ayrıca, şeker hastalığı teşhisinden önce kendini mutlu hissetme algıları, şeker hastalığı teşhisinden sonra ibadetlerini yapma durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ve Allaha inanç düzeyi şeker hastalığının Allahın kullarını imtihan etmek için verdiğini düşünme algılarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir hipotezlerimizde doğrulanmıştır.

Dini bilgi düzeyleri, yaş durumlarına göre anlamlı bir farklılık yaratmaktadır (hipotez 3), hipotezimiz doğrulanmıştır. Bu bağlamda yaş ilerledikçe ahiret düşüncesiyle ve ölüm korkusu gibi sebeplerle dini bilgi düzeyinde bir artış olmasında, insanların yaşları ilerledikçe dine daha çok bağlanmalarının neden olduğu gösterilebilir. 41-50 yaş aralığında biraz dini bilgiye sahip olanların % 52,0 oranla tüm yaş gruplarında en yüksek oranda olması (% 52,0) bu yaş aralığında bireylerin ciddi sorunlar ve sorumluluklarla yüzleşmesinden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Çünkü zor hayat koşulları, insanların dini konulara vakit ayıramamasına neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda da araştırmamızı destekleyecek şekilde benzer bulgular elde edilmiş, yaş ile dindarlık arasında anlamlı farklar bulunmuştur (Acan vd., 1996: 48; Yıldız, 1998: 78).

Dini bilgi düzeyleri sosyoekonomik durumlarına göre anlamlı bir farklılık yaratmaktadır (Hipotez 5), hipotezimiz doğrulanmıştır. Buna göre, ortanın altı SED' a dini bilgi seviyesinin azaldığını, dini bilgi seviyem yeterli ya da oldukça yüksek diyenlerin daha çok orta ve ortanın üstü SED grupları içerisinde yer aldığı söylenebilir. Alt SED' da yer alan bireylerden bir kısmı yaşadıkları diyabet hastalığının yanında karşılaştıkları psikolojik, çevresel ve ekonomik sorunlar karşısında, dinden uzaklaşmış olabileceği düşünülebilir.

Dini bilgi düzeyi düşük olanların Allah'a şükretmesi ile dini bilgi düzeyi yüksek olanların Allah'a şükretme düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık vardır (Hipotez 7), hipotezimiz doğrulanmıştır. Yapılan çalışmalar hastalıkla başa çıkmada şükretmenin önemine dikkat çekmiştir. Nitekim Kardiyoloji ve psikiyatri bölümlerinde tedavi gören hastalar ile hasta yakınları ve hastane çalışanlarına yapılan araştırma sonucuna göre, “kadınların hem şükür hem de hayat memnuniyeti düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek” hipotezi kısmen doğrulanmış, bireylerin şükretme düzeyleri arttıkça hayat memnuniyeti düzeylerinin arttığı anlaşılmıştır (Ayten vd., 2012: 61).

Gencer'in araştırmasında “Hastalıkla başa çıkma yöntemleriniz nelerdir?” ve “Hastalığın üzerinizdeki olumsuz etkilerini azaltmak için neler yapıyorsunuz?” sorusuna şükür ve tevekkül cevabı verilmiştir (Gencer, 2019: 183). Bu bağlamda insanlar, hastalıkla baş etmek ve hastalıktan olumsuz etkilenmemek için şükür yöntemine başvurur diyebiliriz.

Şeker hastalığı teşhisinden sonra, ibadet yapma şekilleri, tip1 hastalarına göre tip 2 hastalarında anlamlı bir farklılık yaratmaktadır (Hipotez 11), hipotezimiz doğrulanmıştır. Diyabet hastalığı türü tip 1 olanların %35,6 oranında ve diyabet hastalığı türü tip 2 olanların %72,5 oranında büyük çoğunluğunun ibadetlerini düzenli olarak fazlasıyla yaptığı belirlenmiştir. Tip 2 hastalarının çoğunlukla ileri yaşa sahip olmaları ve ahiret inancı ve ölüm korkusu gibi sebepler dine yönelimin artmasına bağlı olarak, ibadetlerini düzenli olarak fazlasıyla yaptıkları söylenebilir. Çünkü ibadetler, insan için bir güç kaynağı olup, insanın umutsuzluğa düşmesini engellemektedir.

Şeker hastalığı teşhisinden sonra ibadet yapma şekilleri, hap kullananlar ile hap ve insülin kullananlar sadece insülin kullananlara göre anlamlı bir farklılık göstermektedir (Hipotez 12). Sütunlar incelendiğinde, ibadet yapmam diyen tip1 hastalarının oranının % 22,2 ve tip 2 hastalarının % 2,5 olduğu görülmüştür. Tip 1 hastalığının genelde 30 yaş altında ortaya çıkması, diyabet hastalarının daha çok genç yaşta ve öğrenci olmaları,

idealist yapıları sonucu radikal eğilimleri ile ilgili olabilmektedir. Tip 2 hastalarında ise hastalığın 30 yaş sonrasında ortaya çıkmasıyla bağlantılı olarak, % 2,5 olması yaşı ilerlemesiyle birlikte ölüm korkusu gibi sebeplerle insanların dine yönelmeleriyle ilgili açıklanabilir.

Diyabet hastalığı türü tip 1 olanların %35,6 oranında ve diyabet hastalığı türü tip 2 olanların %72,5 oranında büyük çoğunluğunun ibadetlerini düzenli olarak fazlasıyla yaptığı belirlenmiştir. Tip 2 hastalarının çoğunlukla ileri yaşa sahip olmaları ve ahiret inancı ve ölüm korkusu gibi sebepler dine yönelimin artmasına bağlı olarak, ibadetlerini düzenli olarak fazlasıyla yaptıkları söylenebilir.

Şeker hastalığı teşhisinden önce kendini mutlu hissetme algıları, şeker hastalığı teşhisinden sonra ibadetlerini yapma durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir (Hipotez 13) hipotezimiz doğrulanmıştır. Araştırmamızda örneklemin çoğunluğunun (toplamda% 63,1) kendisini mutlu hissetmediği görülmüştür. Oysa diyaliz hastaları üzerine yapılan araştırmada mutlu hissettikleri sonucu çıkmıştır (Gencer, 2019: 190). Bu bağlamda ele alacak olursak, bireysel farklılıklar hastalık çeşidi, tedavi şekli gibi sebepler hasta bireylerin psikolojilerini ve mutlu olmalarını olumlu ya da olumsuz olarak etkilediğini düşündürmektedir.

Şeker hastalığı teşhisinden sonra psikolojik durumu sıkılgan ve içine kapanık olanların %38,1 oranında büyük çoğunluğunun ibadetlerini genellikle aksattığı, gergin ve sinirli olanların %55,9 ve sakin ve doğal olanların %44,0 oranında büyük çoğunluğunun ibadetlerini düzenli olarak fazlasıyla yaptığı belirlenmiştir. Psikolojik olarak gergin ve sinirli olan diyabet hastalarının, sakin ve doğal olan diyabet hastalarına göre daha fazla düzenli olarak ibadet yaptıkları söylenebilir. Sıkılgan ve içine kapanık olanların büyük çoğunluğunun ise ibadetlerini genellikle aksattığı belirlenmiştir.

Üniversite öğrencileri üzerine yapılan bir araştırmada ibadetler, dini ritüeller ve mutluluk arasındaki ilişkiye dayanan hipotezlerin çoğunun doğrulanmadığı dikkat çekmektedir. Katılımcılar, çeşitli ibadetleri yapanlar ve yapmayanlar olarak iki gruba ayrılarak, iki grup arasında mutluluk düzeyleri arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığına analiz yapılmıştır. Bulgulara göre, 5 vakit namaz kılma durumu ($t=,983$, $p>0,05$), vakit namazlarını cemaatle kılma durumu ($t = ,834$, $p>0,05$) ve cuma namazını kılma durumuna ($t = ,363$, $p>0,05$) göre mutluluk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir (Kocaçoban, 2019: 79).

“Yaşlılık ve Dindarlık: Dindarlık, Hayatta Zevk Alma ve Mutluluk İlişkisi -Konya Huzurevi Örneği-” adlı çalışmada uygulanan ki- kare testi sonucunda, namaz kılan ile kılmayanlara dair bulgular incelendiğinde mutluluk açısından anlamlı bir ilişki bulunamadığı tespit edilmiştir ($\chi^2=1,194$, sd. 2, $P>,05$).

Yapılan başka bir araştırmada ise namaz kılma durumuna göre psikolojik durum ve değişken gruplarının dağılımları arasında farklılıklar bulunmuş ve bu durumun, namaz kılmanın insanı sabırlı ve birçok sıkıntıların üstesinden gelme konusunda yardımcı olacağı hususuyla ters düştüğü görülmüştür (Akgül, 2004: 45)

Araştırmamızda örneklemin çoğunluğunun (Bkz.Tablo 21, % 63,1) kendisini mutlu hissetmediği görülmüştür. Oysa diyaliz hastaları üzerine yapılan araştırmada mutlu hissettikleri sonucu çıkmıştır (Gencer, 2019: 190). Bu bağlamda ele alacak olursak, bireysel farklılıklar hastalık çeşidi, tedavi şekli gibi sebepler hasta bireylerin psikolojilerini ve mutlu olmalarını olumlu ya da olumsuz olarak etkilediğini düşündürmektedir.

Sonuç itibarıyla, ibadet ve mutluluk çok boyutlu bir yapıya sahiptir. Her mutlu insan, dindar olmadığı gibi, ibadetlerini yerine getiren her dindar da mutlu bir birey olmayabilir. Çünkü hayatın anlam ve amacı, kişiye göre değişebilmektedir. Bazıları, mutluluğu ibadetlerde ve dinde ararken, bazıları başka etkenlerde arayabilmektedir.

Allaha inanç düzeyi şeker hastalığının Allahın kullarını imtihan etmek için verdiğini düşünme algılarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir (Hipotez 14), hipotezimiz doğrulanmıştır. Kanseri hastaları üzerinde yapılan bir araştırmada hastaların % 60'ı hastalığını imtihan olarak gördüğü belirlenmiştir (Çifci, 2007: 46) Ki bu araştırmada çalışmamıza benzer sonuç çıkmıştır. Bireyin hastalığı kendisine imtihan olarak verildiğini düşünmesi hastalığı daha kolay kabullenmesini sağlamakta ve hastalıkla başa çıkmada psikolojik sorunlardan korumaktadır.

Özetle, “diyabet”, hasta için yaşamı tehdit eden bir unsur olup, bireyi psikolojik açıdan olumsuz etkilemektedir. Geleceğe dair kaygılar, sürekli diyet yapmak zorunda olma, sürekli egzersiz yapma, organ hasarı ya da kaybına (ayak) bağlı olarak gelişen beden imajı değişiklikleri, bağımlı ve muhtaç olma duyguları, iğne kullanımı, sürekli şeker takipleri, hastane kontrolleri vs.gibi durumlar hastayı endişe ve kaygıya, korkuya, depresyona sürüklemektedir. Bu süreçte hastaya psikolojik ve manevi destek sağlanması,

diyabet hastalığının tedavisinde iyileştirici etki edip, hastanında kendisini psikolojik olarak iyi hissetmesini sağlayacaktır.

Bu bağlamda ele alındığında “Din ve sağlık bireylerin en çok önem atfettiği iki önemli kurumdur. Geçmişte insanlara sağlık ve din hizmeti aynı kişiler tarafından götürülmüştür. Artık günümüzde topluma sağlık hizmeti ve din hizmeti sunan insanlar farklı bireylerdir. Ancak günümüzde ve gelecekte sağlık alanında ve din alanında çalışanların işbirliğine girmelerine ihtiyaç duyulduğu gittikçe kabul gören bir gerçektir. Bu açıdan topluma sağlık hizmeti götürenlerin din kültürü bilgisine, din hizmeti götürenlerin de sağlık bilgisine ihtiyaçları vardır” (Kılavuz, 2002: 86).

Araştırmacılara, çalışmaları için şu önerilerde bulunulabilir:

Diyabet hastalarına ilişkin yapılan çalışmaların daha çok hastalığın gidişatı, tedavi yöntemleri üzerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Ömür boyu sürmesi ve vücut üzerindeki olumsuz ve kalıcı etkileri psikolojik sorunlara neden olmaktadır. Bu yönüyle araştırmada dini eğilimlerin hastalığın gidişatı üzerine etkisini tespit etme de yapılacak çalışmalara ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir. Diyabet hastalarının psikolojik sıkıntı yaşama oranlarının sağlıklı bireylere kıyasla daha yüksek olduğu bilinmektedir. Gelecekteki çalışmalarda diyabet hastalarına yönelik eğitici ve bilgilendirici programların geliştirilmesi sağlanacaktır. Diyabet hastalarının psikolojik sıkıntılarını önleyecek ya da azaltacak güvenilir programların geliştirilmesinin diyabet hastalarının hayatlarını kolaylaştıracağı ve hastalığın gidişatını da olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir. Bu bağlamda sağlık çalışanları, psikiyatr ve psikologların din konularında bilgilendirmesi adına çalışmalar yapılmalıdır.

Araştırma bulgularının genellenebilmesi amacıyla farklı hastalıklara sahip örneklem gruplarında, farklı bölgelerde yaşayan diyabetli hastalardan oluşan örneklem gruplarında, farklı diyabet tiplerine sahip diyabet hastalarından ve diyabetli hasta yakınlarından oluşan örneklem gruplarında; dini eğilimlerin hastalığın gidişatı üzerine etkisi üzerine araştırmalar yapılabilir, tekrarlanabilir ve bulguları kıyaslanabilir

Tip 1 Diyabet, tip 2 diyabet hastalarının ve diyabetli hasta yakınlarının dini eğilimleri ve bu sıkıntılarla baş etme arasındaki nedensel ilişkilerin belirlenmesi ve karşılaştırılmasıyla ilgili araştırmalar yapılabilir.

Ayrıca anket uygulama aşamasında gelen hasta görüşleri ve eleştirileri doğrultusunda dini eğilimler ölçeği geliştirilebilir. Ankette tanrı inancıyla ilgili sorudan sonra, verilen cevaba göre soruların inanca göre sınıflandırılması yapılabilir. Farklı hipotezler geliştirilerek, araştırma tekrarlanabilir.

Diyabete sahip kişilerin hissettikleri acı ve ağrıyı anlamlı hale getirecek, hastalık boyunca ve ölüm sonrasına hazırlayacak dini danışmanlık ve manevi bakım hizmetleri için çalışmalar yapılabilir.

Din psikolojisi alanında yürütülen bu çalışma, endokrinoloji ve psikoloji gibi bilim alanlarında önemli sayılabilecek konulara dikkat çekmiştir. Sonuçlarının da söz konusu alanlardaki tartışmalara katkı sağlaması beklenmektedir.



KAYNAKÇA

- Abram, H. S. (1970). Survival by machine: Psychological aspects of chronic dialysis. *Psychiatr Med.* 1: 37-51.
- Acar, N. V., Yıldırım, İ., & Ergene, T. (1996). Bireylerin dindarlık düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 12(12),
- Aggleton, P. (1990), *Health*. London: J&L Composition Ltd..
- Akbay Pırıldar, Ş. (2003). *Dahiliye ve psikiyatri V. diyabette depresyon ve anksiyete bozuklukları*. 1. Baskı, İstanbul: Okuyan Us Yayınları.
- Akbolat, A. (2022). Kronik hastalarda iyi oluş ve maneviyat: Nitel bir araştırma. Doktora Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Akgül, M. (2004). Yaşlılık ve dindarlık dindarlık, hayattan zevk alma ve mutluluk ilişkisi-Konya Huzurevi örneği. *Dini Araştırmalar*, 7(19).
- Akyüz, M., & Ünal, S. (2017). Meme kanseri tanılı hastalarda, dindarlık düzeyi ile psikolojik dayanıklılık ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişkinin araştırılması. (*Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi*), İnönü Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Malatya. Sayfa 13.
- Albayrak, A., ve Kurt,E.,(2019). Türkiye’de din psikolojisi tezlerinde dindarlık ölçekleri: bibliyografik bir araştırma (1997-2019). *Bilimname*, 2019(40), 137-172.
- Allport, G. W. & Ross, J. M., (1968), *Personel religious orientation and prejudice, the person in psychology: selected essays*, boston, beacon press.
- Allport, G. W., & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of personality and social psychology*, 5(4), 432.
- Apaydın, H. (2001). Kişilik özelliklerinin dini tutum ve davranışlara etkisi. Yayınlanmamış doktora tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Samsun.
- Apaydın, H. (2005). Erich Fromm'un psikanaliz ve din adlı yapıtı üzerine bazı düşünceler. *On dokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 18(18-19), 163-192.

- Apaydın, H., vd., (2014). Hastalık sürecinde bireylerin dini eğilimlerine psikolojik bir yaklaşım. *Amasya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, (3), 5-51.
- Apaydın, H. (2016). *Din psikolojisi terimleri sözlüğü*. İstanbul: Bilimkent Yayınları.
- Armaner, N. (1980). *Din psikolojisine giriş*. Ankara: Ayyıldız Matbaası.
- Artificial Pancreas: Past, present, future,, Claudio Cobelli, Eric Renard ,Boris Kovatchev.
- Association AD. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *diabetes care*. 2004; 27 (suppl 1): 5-10.
- Association AD. Standards of medical care in diabetes—2014. *Diabetes care*. 2014; 37 (Supplement 1): S14-S80.
- Ateşçi, F. Ç. ve Diğerleri (2003). “Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler”, *Türk Psikiyatri Dergisi*,14 (2) : 145-152.
- Atık, Ş. (2019). *İbadetler, Dini ritüeller ve öznel mutluluk arasındaki ilişki* (Doctoral dissertation, Necmettin Erbakan University (Turkey)).
- Atkinson MA, Eisenbarth GS, Michels AW. Type 1 diabetes. *The lancet*. 2014; 383 (9911): 69-82.
- ATOB, (1976). (Prof. Dr. Nusret Fişek'in kitaplaşmamış yazıları - 1 Sağlık yönetimi)
- Ayten, A. (2013). Din ve sağlık: bireysel dindarlık, sağlık davranışları ve hayat memnuniyeti ilişkisi üzerine bir araştırma. *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 13(1), 7-31.
- Ayten, A., vd. (2012). Dini başa çıkma, şükür ve hayat memnuniyeti ilişkisi: Hastalar, hasta yakınları ve hastane çalışanları üzerine amprik bir araştırma. *Din bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 12(2), 45-79.
- Bahar, A., vd. (2006). Diyabetes mellituslu hastalarının depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7(1), 18-26.
- Başkanlığı Kur'an-ı, D. İ., & Meali, K. Haz.: Halil Altuntaş, Muzaffer Şahin, DİB Yayınları.

- Baynal, F. (2020). Türkiye’de dindarlık üzerine kullanılan ölçeklere yönelik sorunlar ve öneriler içinde Y. Turan (Ed.). Din psikolojisi güncel durum analizi. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Bayraklı, B. (2003). Yeni bir anlayışın ışığında kur’an tefsiri, *İstanbul: Bayraklı Yayınları*.
- Bener, M., (2011), Dindarlık – Eş seçimi ilişkisi (SDÜ Örneği), Yüksek lisans tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Bernard MY, Ong LK, Cherny SS, Sham P, Annette WK, Karen SL. Diabetes prevalence and therapeutic target achievement in the united states, 1999 to 2006. The American Journal of Medicine. 2009; 122: 443-53.
- Capra, Fritjof (1992). Batı düşüncesinde dönüm noktası, Çev: M. Armağan, İnsan Yayınları, İstanbul.
- Certel, H., (2016), Din psikolojisi, 2. Baskı, Ankara, Berikan Yayınevi.
- Cirhinlioğlu, Zafer (2001), Sağlık sosyolojisi, Nobel Dağıtım, İstanbul.
- Cufta, M. (2014). Kanseri hastalığı ile başa çıkmada dini inanç ve tutumların rolü (Kosova örneği). Uludağ Üniversitesi, SBE, Doktora Tezi, Bursa.
- Clark, W. H. (1969). The psychology of religion: An introduction to religious experience and behavior. Totonto: Macmillan.
- Clark, W. H., (1961). The psychology of religion, 3. Edition, New York, MacMillan.
- Çelik, Celaleddin. (2005). Dindarlık tiyolojilerine metodolojik bir yaklaşım. İslâmiyat 8/2, 71- 90.
- Çifçi Aişe, (2007). Ağır hastalıklarla başa çıkmada dinin rolü, (Kanser hastalığı örneği) Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi, SBE (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi), İstanbul.
- Digitalin (2020). *Yıllık rapor*. Erişim: 7 Haziran 2022 <https://wearesocial.com/global-digital-report>, <https://datareportal.com/reports/digital-2020-turkey?rq=turkey>
- Dokur, A. S., ve Duran, M. E. (2021). Hastalık ve dua ilişkisine yönelik yapılan çalışmalar üzerine literatür değerlendirmesi (1990-2020). *Tevilat*, 2(2), 191-208.
- Düzgün, Ü. K. (2009). Giresun adak yerlerinde tespit edilen çeşitli uygulama, inanış ve efsaneler. *Journal of International Social Research*, 2(7).

- Ed. Thomas, G. et. al. *Faith and health: Psychological perspectives, the guildford press*, New York, London, 2001, p. ix. Bkz. Sarah Fatih Shelton & P. Alex Mabe,” Spiritual coping among chronically ill children”, ed. D. Ambrose Sylvan, Religion and psychology, Published by Nova Science Publisher, Inc, New York, 2006. p. 53.
- Ellis DA, et. al. Use of multisystemic therapy to improve regimen adherence among adolescents with type 1 diabetes in chronicpoor metabolic control. *diabetes care*. 2005; 28: 1604-10.
- Eren,İ., vd. (2004). Tip II diyabetes mellitus hastalarında yaşam kalitesi ve komplikasyonların yaşam kalitesine etkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 7,85-94.
- Fırat, E. (1977). *Üniversite öğrencilerinde Allah inancı ve din duygusu: din psikolojisi açısından bir değerlendirme. Yayınlanmamış doktora tezi*, Ankara Üniversitesi Sosyal bilimler enstitüsü Ankara.
- Fidan, Ç. (2021) *.Türkiye’de geliştirilen dindarlık ölçekleri (1989-2015): Dindarlık ölçme çalışmaları üzerine değerlendirmeler. Türk Din Psikolojisi Dergisi*, (4), 101-118.
- FİŞEK, N. (1982). Prof. Dr. Nusret Fişek'in kitaplaşmamış yazıları–1. Sağlık yönetimi. Sağlık hizmetleri ve işçi sağlığı ailelerinin sağlık sorunları” modern yönetim semineri, *Türk İş Yayınları*, (144).
- Frankl, V. E., & Kreuzer, F. (1994). *İm Anfang war der Sinn (von der Psychoanalyse zur Logotherapie ein Gespräch)*, 3. Anflage.
- Freud, S. (1999). *Uygarlık din ve toplum*, çev. Selçuk Budak. Ankara: Öteki Psikoloji, 4.
- Fromm, E. (1991). *Psikanaliz ve din*, çev.: Aydın Antan, Antan Yayınlan, İstanbul 1991.
- Fuller, Andrew Reid (1994). *Psychology and religion: Eight Points of View*. Third Edition. London: Rowman& Littlefield.
- Furseth I. & Repstad P. (2006.) *An introduction to the sociology of religion, classical and contemporary perspectives*. Asgate Publishing.

- Gencer, N. (2018). Din psikolojisi alanında Türkiye’ de yapılan lisansüstü tezler (2012-2018) üzerine bir değerlendirme. *Hitit Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 17(34), 731-762.
- Gencer, N. (2019). *Hemodiyaliz hastalarında dindarlık ve öznel iyi oluş*. Doktora tezi. Hitit Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çorum, Türkiye.
- Göcen, G. (2020). Kavram atlası: Din psikolojisi 1. *Ankara: Gazi Kitabevi*.
- Guariguata L, et.al. Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. *Diabetes research and clinical practice*. 2014;103(2):137-49.
- Gülseren L., vd. (2001). Major depresif bozukluğu olan diabetes mellituslu hastalarda fluoksetin ve paroksetinin depresyon-anksiyete, yaşam kalitesi, yeti yitimi ve metabolik kontrol üzerine etkisi: tek-kör, karşılaştırmalı bir çalışma. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 11(1), 1-10.
- Güneş, A. (2016). Kutsalı ifade etmek: Din fenomenolojisine giriş. *Bingöl Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 4(7), 174-180.
- Günöz, H. (2004). Çocukluk çağı diyabeti. *Çağdaş anne babanın dergisi anne bebek*.10 (47): 88-93.
- Gürsu, O. ve Bayındır, S. (2021). Covid-19 Hastalığını geçiren sağlık çalışanlarının başa çıkma sürecinde din ve maneviyat. *Turkish Academic Research Review*, 6(1), 181-220.
- Hacıkeleşoğlu, H. (2020). *Ebeveyn tutumları ve kişilik özelliklerinin tanrı tasavvuru ile ilişkisi üzerine bir araştırma*. Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Erzurum.
- Halpern, D. (2005). *Social capital*. Cambridge: Polity Press.
- Hanlon,J.J. - *The principles of public health administration*, 5 th edition C.V. Mosby Co., 1969)
- Hatun, Ş. (2002). *Çocukluk çağında diyabet*. Diyabet forumu. 7(6):56-68.
- Horozcu, Ü. (2010a). Tecrübî araştırmalar ışığında dindarlık ve maneviyat ile ruhsal ve bedensel sağlık arasındaki ilişki. *Milel ve Nihal*, 7(1), 209-240.

Horozcu, Ü. (2010b). *Din psikolojisi açısından dünyevi istek duaları*. Yayımlanmamış doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Hökelekli, H.(1993). *Din psikolojisi*. Ankara: TDV Yayınları.

Hökelekli, H. (2010). *Din psikolojisine giriş* (1. bs). İstanbul: Dem Yayınları.

Hökelekli, H. (2013). *Din psikolojisine giriş* (3. bs). İstanbul: Dem Yayınları.

Hökelekli, H.(2015). *Din psikolojisine giriş*. İstanbul: Dem Yayınları.

<http://www.lugatim.com/s/din> Erişim :22 Mart 2022

<https://diabetesatlas.org/idfawp/resource> Erişim: 5 Aralık 2021

<https://diabetesatlas.org/> IDF Diyabet Atlası. Erişim: 5 Aralık 2021

<https://diabetesatlas.org/data/en/country/203/tr.html>, 2021. Türkiye Diyabet Raporu Erişim: 27 Mayıs 2022

<https://diyabetgelismeleri.com/genel/insulin-pompalarinin-tarihcesi/>. Erişim: 27 Mayıs 2022

<https://sozluk.gov.tr/> Erişim: 6 Şubat 2022

<https://sozluk.gov.tr/> Türkçe sözlük “din” maddesi Türk Dil Kurumu Erişim: 8 Mart 2022

<https://tr.euronews.com/2019/11/13/turkiye-de-diyabet-oran-giderek-yukseliyor-peki-diyabetle-nasil-yasanir>. Erişim: 18 Ocak 2022

<https://tr.wikipedia.org/wiki/Diyabet> Erişim: 17 Ocak 2022

https://tr.wikipedia.org/wiki/Diyabet#/media/Dosya:Banting_and_Best.jpg Erişim:27 Mayıs 2022

https://tr.wikipedia.org/wiki/Ebers_T%C4%B1p_Papir%C3%BCs%C3%BC#/media/Dosya:Papyrus_Ebers.png Erişim: 27 Mayıs 2022

<https://tr.wikipedia.org/wiki/Hastalık> Erişim: 6 Şubat 2022

<https://www.mdpi.com/2673-4540/3/1/10/htm> (*Diyabetoloji* 2022 , Insulin Past, Present, and Future: 100 Years from Leonard Thompson 3 (1), 117-158; <https://doi.org/10.3390/diabetology3010010>) Erişim. 29 Mayıs 2022

<https://www.turkdiab.org/diyabet-hakkinda-hersey.asp?lang=TR&id=4> Erişim: 27 Mayıs 2022

<https://www.tuseb.gov.tr/tuhke/uploads/yayinlar/diger/pdf/15-11>

2021__6192992302e41__diyabet_tarihcesi_tr.pdf Erişim: 21 Ocak 2022

https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1) Diabetes. 2021 Erişim: 17 Ocak 2022

Idf,2021,<https://www.tuseb.gov.tr/tuhke/uploads/yayinlar/diger/pdf/15-11->

2021__6192992302e41__diyabet_tarihcesi_tr.pdf. Erişim: 29 Mayıs 2021

Jacobson J.L. (2002). *An exploratory study regarding the effects of praying for others on physical and mental health in older adults*, Yayınlanmamış Doktora tezi, Spalding University.

James, W. (2002). *The varieties of religious experience: A study in human nature*. (E.Taylor ve M. James, çev.). Abington, Oxon, Usa: Taylor and Francis

Jung, C. G. (1975). *Psychology and religion: West and East. The collected works of CG Jung (Vol. 11,). H. Read & G. Adler*. RFC Hull (Trans.). Princeton, NJ: Princeton University Press.

Jung, C. G. (2010). *Psikoloji ve din*. Çev: Raziye Karabey. *Okyanus Kitabevi, İstanbul*.

Karabudak, S. S. (2008). Diyaliz tedavisi alan çocuğun hastalığının aile bireyleri üzerindeki biyopsikososyal etkilerinin fenomenolojik olarak belirlenmesi. *Erişim adresi: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp*.

Karaca, F. (2015). *Din psikolojisi*. Trabzon: Eser Ofset Matbaacılık.

Karacoşkun, M. D. Horozcu, Ü., Yılmaz, S., & Yüksel, A. ř. (2012). *Din psikolojisi el kitabı*. Ankara: *Grafiker Yayınları*, 5.

Karay, 2022: <https://sozluk.tdk.gov.tr/> Erişim: 27 Mayıs 2022

Kavros, P. M.(2009). *Religious, encyclopedia of psychology and religion*. 1.volume, edit: David Adams Leeming, Kathryn Wood Madden, Stanton Marian, Springer, New York.

Kayıklık, H. (2006a). *Değişen dünyada birey, din ve dindarlık, Dindarlığın sosyo-psikolojisi*, Ed. Ünver Günay ve Celaledin Çelik. Adana: Karahan Kitabevi.

- Kayıklık, H. (2006b). Bireysel dindarlığın boyutları ve inanç-davranış etkileşimi. *İslami Araştırmalar Dergisi*, 19(3), 491-499.
- Kayıklık, H. (2011). *Din psikolojisi: Bireysel dindarlık üzerine*. Karahan Kitabevi.
- Kaynak, İ., ve Polat, Ü. (2017). Diabetes mellitus' lu hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavileri kullanma durumları ve diyabet tutumları ile ilişkisi. *Genel Tıp Dergisi*, 27(2).
- Kılavuz, M. A. (2002). Hasta hekim ilişkileri açısından din öğretiminin önemi. *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 11(2).
- King, M.B. (1967). Measuring the religious variable: Nineproposed dimensions. *Journal of scientific religious studies*, 6: 173-85.
- King& Hunt, RA. (1969). Measuring the religiousvariable: Amended findigs. *Journal of scientific religious studies* 8: 173-190.
- King& Hunt, RA. (1972). Measuring the religious variable: Replication. *Journal of Scientific Study of Religion*, 11: 240-251.
- Kirman, M. A. (2011). *Din sosyolojisi terimleri sözlüğü*. İstanbul: Rağbet Yayınları.
- Knol, M. J., Twisk, J. W., Beekman, A. T., Heine, R. J., Snoek, F. J., & Pouwer, F. (2006). Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus. A meta-analysis. *Diabetologia*, 49(5), 837-845.
- Koç, E. (2020) *Tip 2 Diyabet tanısı konmuş kişilerde hastalık öz yönetiminin değerlendirilmesi ve tip 2 diyabet öz yönetimi ölçeğinin geliştirilmesi*, Uzmanlık Tezi Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Koenig HG. (2002). An 83-year-old woman with chronic illness and strong religious beliefs. *Jama*, 288:487– 493.
- Koenig, G. H. (2013). Din, maneviyat ve tıp: Klinik uygulama için araştırma bulguları ve öneriler. çev. Nurten Kimter. *Bilimname*, 30, 215-230.
- Koştas, M. (1995). *Üniversite öğrencilerinde dine bakış*. Ankara: Türkiye Diyanet Vakfı Yayınları.
- Köse, A., & Ayten, A. (2013). *Din psikolojisi*. (3.baskı). İstanbul: Timaş Yayınları.
- Kula, M. N. (2005). *Bedensel engellilik ve dini başa çıkma*. İstanbul: Dem Yayınları.

- Kurt, A. (2008). *İş adamlarında dindarlık ve dünyevileşme*. Bursa: Emin.
- Landis B. (1996). Uncertainty, spiritual well-being, and psychosocial adjustment to chronic illness, *Issues Ment Health Nurs*,17(3):217-231.
- Larson J. L. (1991). *The measurement of health. Concepts and indicators*. Greenvood Press, New York.
- Lavelle-Welker, M. U. (2001). *Review of the literature on effects of prayer on patient outcomes*. Master's Thesis, California State University, Long Beach.
- Lenski, G.E. (1961). *The religious factor*. garden city. NewYork: Doubleday.
- Leuba, J. H. (1912). *A psychological study of religion: Its origin, function, and future*. New York: The Maccillan Company.
- Masat, S. (2018). *Onkoloji hastalarında psikososyal sorunlar ile manevi yönelim ve dini başa çıkma tarzları arasındaki ilişki*. Yüksek lisans tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Maslow, A. (2001).*İnsan olmanın psikolojisi*. çev. Okhan Gündüz. İstanbul: Kuraldışı Yayınları.
- Masters, K.S. (2005). Research o the healing power of distant intercessory prayer: disconnect between science and faith” *Journal of Psychology and Theology*, 33(10), s.274.
- Mehmedoğlu, A. U. (2006). *Klasik kuramlar ve modern araştırmalar bağlamında dindarlık ve kişilik*. Dindarlığın sosyo-psikolojisi, Adana: Karahan Kitabevi.
- Mehmedoğlu, A.U. (2004). *Kişilik ve din*. İstanbul: Dem yayınları.
- Mensching, G. (1994). *Din sosyolojisi*. Çev. : Mehmet Aydın. Konya: Tekin Yayınları.
- Miller, J. F. (1985). Assessment of loneliness and spiritual well-being in chronically ill and healthy adults. *Journal of Professional Nursing*, 1 (2): 79–85.
- Mutlu, E. (2007). Hemodiyaliz hastalarının sosyo-demografik özellikleri, sosyal destek kaynakları ve hastalık sürecinin benlik saygısına etkisi. *Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı*.
- Mutlu, K., (1989). Bir dindarlık ölçeği, sosyolojide yöntem sorunu üzerine bir araştırma. *İslami Araştırmalar*, c. 3, S.4, ss.194-199.

- Okumuş, E. (2002). Tabii afetler, din ve toplum-marmara depremi örneği. *İslami Araştırmalar Dergisi*, 15(3), 339-373.
- Onay, A. (2001). Dindarlık ölçme çalışmaları: Dindarlık ölçümünde üç farklı yaklaşım ve ölçmenin esasları. *İslami Araştırmalar Dergisi*, 14(3-4), 439-449.
- O'Neill, D. P. & E. K. Kenny (1998). Spirituality and chronic illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 30 (3):275-280.
- Önde, M.E., ve Özçubukuoğlu, A. (1998). *Diabet ve depresyon*. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 8(2),69-73.
- Özbaydar, B. (1970). *Din ve tanrı inancının gelişmesi üzerine bir araştırma*. İstanbul: Baha Matbaası.
- Özkan, S. (1993). *Psikiyatrik tıp: Konsültasyon-liyezon psikiyatrisi kitabı*. İstanbul: Roche Yayınları.
- Paloutzian, R. F. (2017). Psychology of religion in global perspective: logic, approach, concepts. *The International Journal For The Psychology of Religion*, 27(1), 1–13.
- Peker, H. (2012). Kur'an'a göre dindarlığın boyutları. *Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi (ÇÜİFD)*, 12(2), 41-49.
- Powers, A.C. (2013). Biberoglu, K. (edt). *Harrison's principles of internal medicine*. Akçay, T. (çev). Diabetes mellitus. 17.baskı, İstanbul: Nobel matbaacılık.
- ROWE, M.& R. Allen (2004). Spirituality as a means of coping with chronic illness. *American Journal Of Health Studies*, 19(1): 62-67.
- Sağlık Bakanlığı (SB). Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2011). *Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü*. Ankara: SB.
- Sarı, M. (1980). *Arapça-Türkçe lûgat: el-Mevarid*, İstanbul: Damla Yayınları.
- Satman İ., (2010, Ekim). Turdep-II Sonuçlarının Özeti. https://cdn.istanbul.edu.tr/statics/istanbultip.istanbul.edu.tr/wpcontent/uploads/attachments/021_turdep.2.sonuclarinin.aciklamasi.pdf. Erişim:27 Mayıs 2022 Sayı: 11-12.
- Sayın S., vd. (2019). Tip 2 diyabet hastalarında anksiyete ve depresyon riski ve ilişkili faktörler. *Çukurova Medical Journal* 2019;44(2):479-485.

- Seedhouse, D. (1986). *Health: The foundations for achievement*. John Wiley & Sons Ltd.
- Sevinç, K. (2013). Türkiye’de din psikolojisi alanında yapılan lisansüstü tezler üzerine bir inceleme. *Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 15(28), 243- 269.
- Skinner T.C. & Hampson S.E. Personal models of diabetes in relation to self-care, well-being, and glycemic control. *Diabetes Care*. 2001; 24: 828-33.
- Smith, R.J.(2016). *Cecil essential of medicine* (Türkçe). İvor J., Benjamin, Edward j., Wing, J.Gregory Fitz, diabetes mellitus, hipoglisemi (Robert J. Smith) Çeviri: Dr. Ghaniya DAAR, Dr. Hüseyin Ede Çev. Edit: Serhat Ünal. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri.
- Soeken K. L. & Carson V. (1987). Responding to the spiritual needs of the Chronically Ill, *The Nursing Clinics of North America*, 22(3): 603-611.
- Somunoğlu S. (1999). Kavramsal açıdan sağlık, c.4, sayı: 1, Ankara: *Hacettepe Sağlık idaresi*, 51-62
- Stark, R. & Glock, C. Y. (1978). Dimeisions of religious commitment, in *sociology of religion*.
- Stark, R. & Glock, C. Y. (1968). *American piety: The nature of religious commitment* (Vol. 1). Univ of California Press.
- Subaşı, N. (2002). Türkiye dindarlığı: Yeni tipolojiler. *İslamiyat Dergisi*, 5(4), 17-40.
- Şengül, F., (2007), *Dindarlık ve ruh sağlığı ilişkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Şentepe, A., & Güven, M. (2015). Kişilik özellikleri ve dindarlık ilişkisi üzerine ampirik bir araştırma. *Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 17(31).
- Taplamacıoğlu, M. (1962). Yaşlara göre dini yaşayışın şiddet ve kesafeti üzerinde bir anket denemesi. *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, X, 141-151.
- Taş, K. (2010). Dindarlığa yüklenen anlamlar: Üniversite öğrencileri üzerine uygulamalı bir araştırma. *Fırat Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 15(2), 47-62.
- Taşan, N. (2020). *Kanser hastalarında maneviyat ile umutsuzluk arasındaki ilişkinin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- TUIK (2020). Türkiye sağlık araştırması, 2019. Erişim 7 Haziran 2022
<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2019-33661>
- TC. Sağlık Bakanlığı, T. C. Milli Eğitim Bakanlığı ve Çocuk Endokrinoloji ve Diyabet Derneği. (2010). Okullarda diyabet programı, “öğrencim ve diyabet” el kitabı. Ankara: 1-12.
- Thouless, R. H. (1971). *An introduction to the psychology of religion*. Cambridge University Press.
- Tiliouine, H., Cummins, R. A., & Davern, M. (2009). Islamic religiosity, subjective well-being, and health. *Mental health, religion & culture*, 12(1), 55-74.
- Tümer, G. (1994). Din. Türkiye Diyanet Vakfı İslam Ansiklopedisi, İstanbul: TDV Yayınları.
- Tümer, G., Küçük, A. & Küçük, M. A. (2017). *Dinler tarihi*. Berikan Yayınevi, Ankara.
- Türkiye Diyabet Vakfı (TDV) (2019). *Diyabet tanı ve tedavi rehberi 2019 (Güncellenmiş 9.Baskı) İstanbul: TDV*.
- Türkiye Endokrinoloji Ve Metabolizma Derneği (TEMED). (2019). *Diabetes mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem kılavuzu*. 14.baskı ed. Ankara 2019: TEMED.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THS). (2017). *Birinci basamak sağlık kurumları için obezite ve diyabet klinik rehberi*, Sağlık Bakanlığı Yayınları. Ankara. 2017: THS.
- Uygur, M.M. ve Yavuz D.G. (2017). *Diyabet tanısı ve sınıflandırılması*. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences October 2017;3(3):120-129
- Uysal, V. (2006). *Türkiye’de dindarlık ve kadın*. İstanbul: Dem Yay.
- Uysal, Y. Ve Akpınar E. (2013.) Tip 2 diyabetli hastalarda hastalık algısı ve depresyon. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 38, 31-40.
- Varol, M. (2018). Kanser hastalarının alternatif bir tedavi yöntemi olarak dua tercihi. *Türkiye Bilimsel Araştırmalar Dergisi*, 3(1), 43-53.
- Wach, J., (1944), *Sociology of religion*, University Of Chicago Press.
- Weber, M. (1988). *Gesammelte aufsätze zur religionssoziologie, C.1, J.C.B. Mohr (Paul Siebeck) Verlag, Tübingen*.

- Willaime, J. P. (1995). *Sociologie des religions*. Paris: Puf.
- World Health Organization. Constitution. *WHO*, 1948.
- Wulff, D. M., (1997), *Psychology of religion: classic and contemporary viwes*, NewYork, John Wiley & Sons, Inc.
- Wulff, D.M. (1991). *Psychology of religion: classic and contemporary views*. New York: John Wiley& Sons, Ine. 111-112.
- Yalçın, 2022: <https://sozluk.tdk.gov.tr/> Erişim: 27 Mayıs 2022
- Yaparel, R. (1987). *Yirmi-kırk yaşlar arası kişilerde dini hayat ile psiko-sosyal uyum arasındaki ilişki üzerine bir araştırma*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Yapıcı, A. (2002). Dini yaşayışın farklı görüntüleri ve dogmatik dindarlık. *Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi (ÇÜİFD)*, 2(2), 75.
- Yapıcı, A. (2007). *Ruh sağlığı ve din: Psiko-sosyal uyum ve dindarlık*. Adana: Karahan Yayınları.
- Yazıcı, H., Hamuryudan, V. ve Sonsuz, A (edt.). (2007). *Cerrahpaşa iç hastalıkları diabetes mellitus tanı, epidemiyoloji ve sınıflandırma*, İlkova, H., 1.baskı, İstanbul: Medikal Yayıncılık Ltd. Şti.
- Yıldız, E.A (2012). Erişim.15 Ocak 2022, <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/Hastaliklarda-Beslenme-Bilgi-Serisi/diyabet-ve-beslenme.pdf/>
- Yıldız, M. (1998). *Dinî hayat ile ölüm kaygısı arasındaki ilişki üzerine bir araştırma*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Yıldız, M. (2001a). Dindarlık ve ölüm kaygısı, tasavvufi yaklaşım ve günümüz üniversite öğrencileri. *Journal of Religious Culture*, nr. 43b, 2001.
- Yıldız, M. (2001b). Dindarlığın tanımı ve boyutları üzerine psikolojik bir çalışma. *Tabula Rasa*, 1(1), 19-42.
- Yıldız, M., (2006). *Ölüm kaygısı ve dindarlık*. İzmir: İlahiyat Vakfı Yayınları.

Yılmaz, H. (2002). Türk müslümanlığı, dindarlık ve modernlik. *İslamiyat Dergisi*, 5(4), 62-63.

Yılmaz, MT. ve İmamoğlu, S. (Ed.). (2006). Tip 1 diabetes mellitus: diabetes mellitus
İstanbul: Deomed Medikal Yayıncılık.

Yılmaz, Z. S. (2018). *Eşler arası uyum ve dindarlık (Kahramanmaraş örneği)* .Yüksek Lisans Tezi, Sütçü İmam Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.





EK [1] Anket Formu Örneği

Saygıdeğer Katılımcı,

Bu anket formu, yüksek lisans tezi kapsamında diyabet (şeker) hastalığının, bireylerin hastalık esnasında hangi dini eğilimlerde bulunduğu ve hayata bakışlarını belirli yönlerden ne derece etkilediği ile ilgili duygu ve düşüncelerinizi belirlemek üzere hazırlanmıştır. Kimlik bilgileriniz alınmayacak ve cevaplarınız araştırma dışında hiçbir şekilde kullanılmayacaktır. Her bir cevabınız araştırmamız için çok önemlidir. Soruları dikkatli okumanız ve tüm sorulara içtenlikle ve size uygun olan cevabı vermeniz araştırma sonuçlarının objektifliği ve güvenilirliği açısından son derece önemlidir. Zaman ayırarak çalışmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

Araştırmacı: ELİF FİLİK PARMAKSIZ

Amasya Üniversitesi Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı

Din Psikolojisi Yüksek lisans Öğrencisi

E-mail:

KİŞİSEL BİLGİLER

1-Cinsiyetiniz?

Kadın () Erkek ()

2-Yaşınız?

() 18–30 () 31–40 () 41–50 () 51–60 () 61–70 () 70 ve üzeri

3-Medeni Durumunuz?

() Evli () Hiç Evlenmemiş () Dul veya Boşanmış

4-Öğrenim Durumunuz?

Okuryazar Değil ()	Okur-Yazar ()	İlkokul Mezunu ()
Ortaokul Mezunu ()	Lise Mezunu ()	Ön Lisans Mezunu ()
Lisans Mezunu ()	Yüksek Lisans Mezunu ()	Doktora Mezunu ()

5- Mesleğiniz

() Memur () Esnaf/Zanaatkâr () İşçi () Emekli () Serbest Meslek
(Av., Dr., vb.) () Ev Hanımı () Çiftçi () İşsiz () Diğer

6-Sosyoekonomik durumunuz?

Alt () Ortanın altı () Orta () Ortanın üstü () Üst ()

7- Sürekli yaşadığınız yerleşim yeri?

Köy () Kasaba () İlçe () İl () Büyükşehir ()

8-Kaç yıldır şeker (diyabet) hastasınız?

() 6 ay-5 yıl () 6-10 yıl arası () 11-15 yıl arası () 16 yıl ve üzeri

9- Şeker (diyabet) hastalığı tipiniz?

() Tip1 diyabet () Tip 2 diyabet () Diğer

10-Kullandığınız ilaç çeşidi?

()Hap ()İnsülin ()Hap ve İnsülin

DİNİ EĞİLİMLER

1-Allah’a inanıyor musunuz?

Kesinlikle inanıyorum () İnaniyorum() Şüpheliyim()
İnanmıyorum() Kesinlikle inanmıyorum()

2-Dini bilgi düzeyiniz?

Bilgi seviyem çok az () Biraz dini bilgiye sahibim ()
Dini bilgi seviyem yeterlidir () Dini bilgi seviyem oldukça yüksektir ()

3-Şeker hastalığınızın olduğunu öğrendiğinizde Allah’a karşı ne hissedersiniz?

İsyen ya da sitem ederim ()

Kabullenir ve dua ederim ()

Fikrim yok ()

4-“Allah’ın kullarını imtihan etmek için onlara hastalık verir” görüşüne katılıyor musunuz?

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Fikrim yok ()

Katılmıyorum() Kesinlikle katılmıyorum ()

5-Şeker hastalığını size, işlediğiniz bir günah ya da uymadığınız bir yasaktan dolayı Allah'ın verdiğini hiç düşündünüz mü?"

Evet düşündüm() Bazen düşündüm () Hiç düşünmedim() Fikrim yok()

6- Şeker hastalığından dolayı Allah'a şükreder misiniz?

Evet şükrederim() Bazen şükrederim() Hayır şükretmem() Hiç düşünmedim()

7- Şeker hastalığınız sırasında Allah'a dua eder misiniz?

A)Eğer hastalığım esnasında çok acı çekiyorsam tabi ki Allah'a dua ederim.

B)Hastalığım esnasında durumum ne olursa olsun Allah'a dua ederim. Çünkü bütün hastalıklara şifa veren O' dur.

C)Hastalığımın derecesine ve durumuna göre Allah'a dua edişimin şeklide değişir.

D)Her zaman dua etmem.

E)Başka

8- Hastalandığınızda bu hastalıktan kurtulursam ya da iyileşirsem şunu veririm veya şunu yaparım gibi adaklarda bulunur musunuz?

Evet bulunurum () Bazen bulunurum () Hiç bulunmadım () Fikrim yok()

9-Şeker hastalığı teşhisinden sonra ibadetleri nasıl yaparsınız?

Düzenli olarak, fazlasıyla yaparım () Genelde aksatırım() İbadet yapmam()
Fikrim yok()

10- Şeker hastalığı teşhisinden sonra hasta olduğunuzda genelde psikolojik durumunuz nasıldır?

Gergin ve sinirli olurum() Sıkılgan ve içine kapanık olurum()

Sakin ve doğal olurum()

11-Şeker hastalığınızla kendinizi mutlu hissediyor musunuz?

Evet hissediyorum () Bazen hissediyorum ()

Hayır hissetmiyorum () Hiç düşünmedim ()

EK [2] Araştırma Gönüllü Katılım Formu

EK [3] Etik Kurul İzin Belgesi

Evrak Tarih ve Sayısı: 16/12/2020-E.27067



T.C.
AMASYA ÜNİVERSİTESİ
Bilim Etik Kurulu
Sosyal Bilimler Etik Kurulu



Sayı : 30640013-108.01
Konu : Etik Kurul İzin Belgesi

REKTÖRLÜK MAKAMINA
Sayın Prof.Dr. Halil APAYDIN
Öğretim Üyesi

İlgi : 07/12/2020 tarihli ve 26279 sayılı yazı.

"Diyabet Hastalarında Dini Eğilimlere Psikolojik Bir Yaklaşım" adlı tez araştırmanız Sosyal Bilimler Etik Kurulu tarafından bilimsel araştırma etiği yönünden incelendi ve değerlendirildi. Konu ile ilgili kurul görüşü ektedir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Doç.Dr. Songül KEÇECİ KURT
Etik Kurul Başkanı

Ek:

- 1- Prof. Dr. Halil Apayadın Başvuru değerlendirme (1 sayfa)
- 2- Prof. Dr.Halil Apaydın başvuru dosyası (8 sayfa)

EK [4] Amasya Üniversitesi Sosyal Bilimler Etik Kurul Değerlendirme Formu

	AMASYA ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

Araştırmanın Başlığı	: Diyabet Hastalarında Dini Eğilimlere Psikolojik Bir Yaklaşım
Başvuru Formunun Etik Kurula geldiği tarih	07.12.2020
Başvuru Formunun Etik Kurulda incelendiği tarih	16.12.2020
Karar tarihi	16.12.2020

SONUÇ

1.	☒ Kabul
2.	☐ Düzeltme gereklidir: Etik sorun olabilecek sorular/maddeler, süreçler ya da unsurlar bulunmaktadır. Açıklama:
3.	☐ Red Gerekçe, Görüş, Tavsiye ve Açıklamalar:

Başvuru dosyasının incelenmesinde hazır bulunan ve araştırmayla doğrudan veya dolaylı olarak ilişkisi bulunmayan Etik Kurul başkan ve üyelerinin ad,soyad ve imzaları.

(Başkan)
Doç. Dr. Songül KEÇECİ KURT

(Üye)
Doç. Dr. Kemal
BAYTEMİR

(Üye-Bşk Yardımcısı)
Dr. Öğr. Üyesi Burcu
KARAŞAR

(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Kürşat EFE

(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Davut
AĞBAL

EK [5] Anketler (Etik Onay Formu)

Evrak Tarih ve Sayısı: 07/12/2020-E.26279



T.C.
AMASYA ÜNİVERSİTESİ
İlahiyat Fakültesi Dekanlığı
Felsefe ve Din Bilimleri Bölümü Başkanlığı



Sayı : 24858261-044
Konu : Anketler

Sayın Doç.Dr. Songül KEÇECİ KURT
Etik Kurul Başkanı

Danışmanlığı yürütmekte olduğum Elif Filik PARMAKSIZ, "Diyabet Hastalarında Dini Eğilimlere Psikolojik Bir Yaklaşım" adlı Yüksek Lisans Tez Projesi için etik kurul raporu talep etmektedir.

İlgili evrağın ekte sunulduğu taleple ilgili gereğini arz ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Halil APAYDIN
Öğretim Üyesi

Ek: elif filik parmaksız etik onay formu (7 sayfa)

EK [6] Amasya Üniversitesi Sosyal Bilimler Etik Kurulu Taahhütname

EK [7] Amasya Üniversitesi Sosyal Bilimler Etik Kurulu Başvuru Formu









EK [8] Geçmişten Günümüze Diyabetle İlgili Gelişmelerle İlgili Resimler

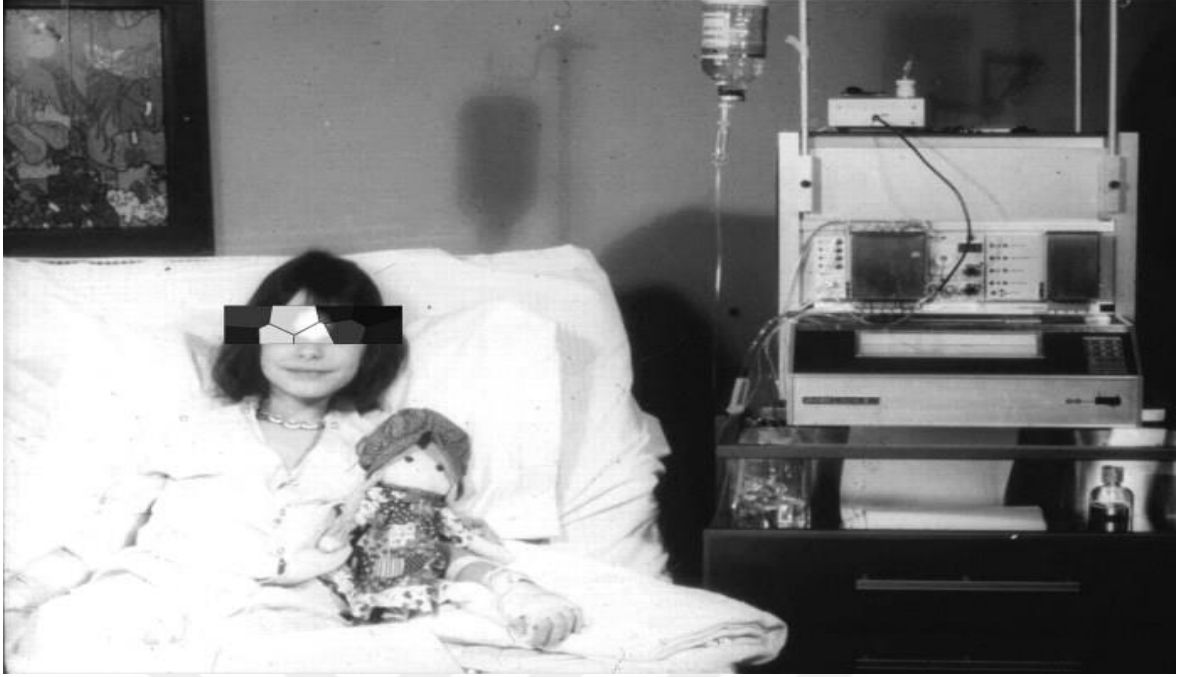


İnsülini keşfeden Dr. Frederick Banting (sağda) ve Dr. Charles Best, https://tr.wikipedia.org/wiki/Diyabet#/media/Dosya:Banting_and_Best.jpg



Diyabet Hastalığına benzeyen Bir Durumdan Bahseden Eber Papirüsü (M.Ö.1550)

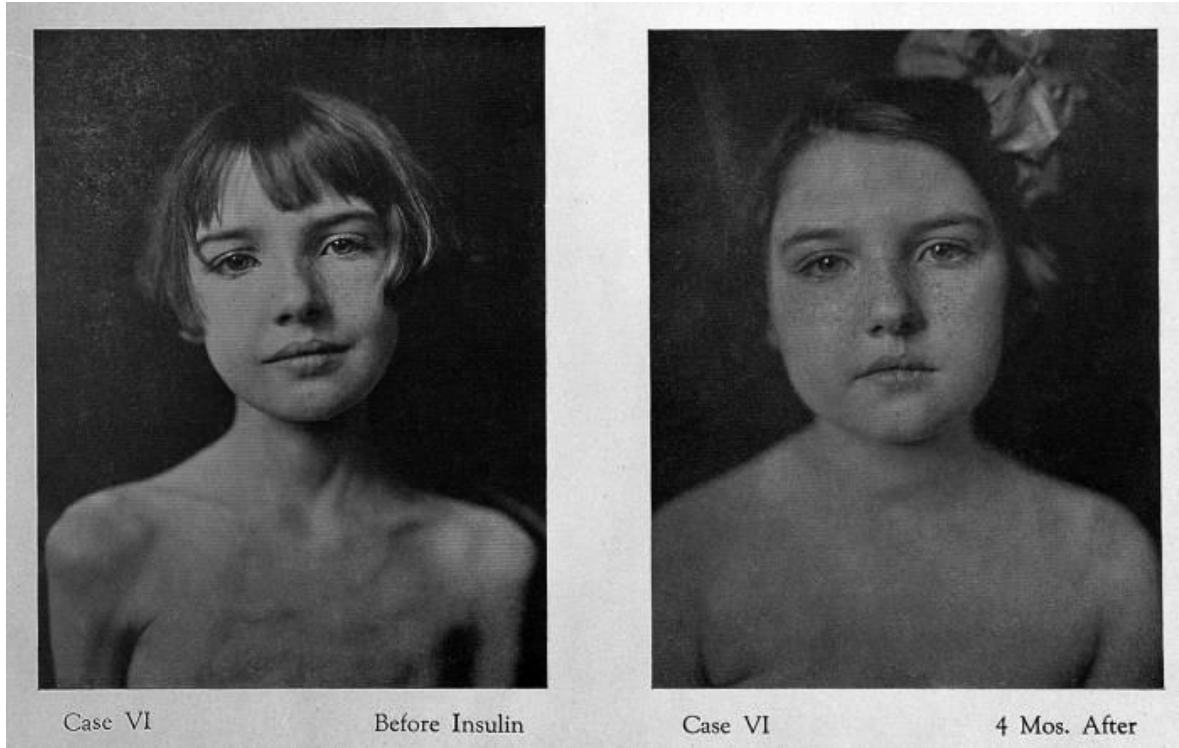
(https://tr.wikipedia.org/wiki/Ebers_T%C4%B1p_Papir%C3%BCs%C3%BC#/media/Dosya:Papyrus_Ebers.png).



*Virginia Üniversitesi'nde bir insülin pompası (biostator) ile tedavi gören bir hasta –
Kaynak: Artificial Pancreas: Past, Present, Future , Claudio Cobelli, Eric Renard , Boris
Kovatchev. (<https://diyabetgelismeleri.com/genel/insulin-pompalarinin-tarihcesi/>).*



İlk insülin pompası, (<https://diyabetgelismeleri.com/genel/insulin-pompalarinin-tarihcesi/>)



İnsülin tedavisi öncesi ve sonrası, (<https://diyabetgelismeleri.com/diyabet-gelismeleri/insulin-ve-tarihcesi/>).



Teşhis öncesi normal küçük çocuk, diyabet teşhisi insülin öncesi aşırı şekilde zayıflamış aynı çocuk ve insülin tedavisinden sonraki aynı çocuk, (<https://www.mdpi.com/2673-4540/3/1/10/htm>) (*Diyabetoloji* 2022, Insulin Past, Present, and Future: 100 Years from Leonard Thompson 3 (1), 117-158; <https://doi.org/10.3390/diabetology3010010>).



İlk Ames Şeker Ölçer ("tuğla") hastanın evde kendi kendine kan şekeri takibi yapmasını sağlar, (<https://www.mdpi.com/2673-4540/3/1/10/htm>) (*Diyabetoloji* 2022, Insulin Past, Present, and Future: 100 Years from Leonard Thompson 3 (1), 117-158; <https://doi.org/10.3390/diabetology3010010>).

EK [9] 2021 Türkiye Diyabet Raporu

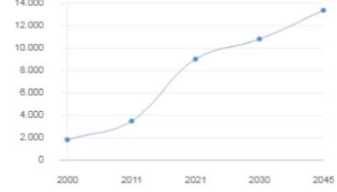


Türkiye

Diyabet raporu 2000 – 2045

Bir bakışta	2000	2011	2021	2030	2045
Diyabet tahminleri (20-79 yaş)					
1000'lerde diyabetli insanlar	1.834,6	3.502,3	9.020,9	10.817,8	13.386,3
Yaş a göre ayarlanmış karşılaştırmalı diyabet prevalansı, %	-	7,9	14,5	16,2	17,0
1000'lerde teşhis edilmemiş diyabetli insanlar	-	-	3.770,0	-	-
Tamı konmamış diyabetli kişilerin oranı, %	-	-	41,8	-	-
Bozulmuş glukoz toleransı (IGT) tahminleri (20-79 yaş)					
1000'lerde IGT'li insanlar	-	3.161,7	4.323,0	4.755,2	5.335,9
Yaş a göre düzeltilmiş karşılaştırmalı IGT prevalansı, %	-	6,9	7,9	8,1	8,3
Bozulmuş açlık glikozu (IFG) tahminleri (20-79 yaş)					
1000'lerde IFG'li insanlar	-	-	1.024,6	1.242,3	1.565,5
Yaş a göre ayarlanmış karşılaştırmalı IFG prevalansı, %	-	-	1,7	2,0	2,1
Diyabete bağlı ölüm (20-79 yaş)					
Şeker hastalığına bağlı ölümler	-	31.931,0	83.221,4	-	-
60 yaşın altındaki kişilerde diyabete bağlı ölümlerin oranı, %	-	-	4,0	-	-
Çocuklarda ve adolesanlarda tip 1 diyabet tahminleri					
1000'lerde yeni tip 1 diyabet (0-14 yaş) vakaları	1,2	-	2,2	-	-
1000'lerde yeni tip 1 diyabet (0-19 yaş) vakaları	-	-	2,8	-	-
Tip 1 diyabet (0-14 yaş), 1000'lerde	5-4	-	13-4	-	-
Tip 1 diyabet (0-19 yaş), 1000'lerde	-	-	25-8	-	-
Gebelikte hiperglisemi (HIP) (20-49 yaş)					
HIP'den etkilenen canlı doğumlar	-	-	889,526,0	-	-
Gestasyonel diabetes mellitus (GDM) prevalansı, %	-	-	9,5	-	-
İlk kez gebelikte tespit edilen diğer diyabet türlerinden etkilenen canlı doğumlar	-	-	105,184,0	-	-
Hamilelikten önce tespit edilen diğer diyabet türlerinden etkilenen canlı doğumlar	-	-	176,795,0	-	-
Diyabete bağlı sağlık harcamaları					
Toplam diyabete ilgili sağlık harcaması, milyon ABD doları	-	-	9.426,0	10.516,0	11.731,3
Toplam diyabete ilgili sağlık harcaması, ID milyon	-	-	28,306,6	31,580,0	35,229,6
Kişi başı diyabete ilgili sağlık harcaması, USD	-	933,0	1.044,9	1.165,7	1.300,5
Kişi başı diyabete ilgili sağlık harcaması, kimlik	-	-	3.137,9	3.500,8	3.905,3
demografi					

1000'lerde diyabetli insanlar



demografi					
Toplam yetişkin nüfus (20-79 yaş), 1000'lerde	40.474.0	47,322,4	56.658.9	61.738.9	68.517.7
1000'lerdeki çocuk nüfusu (0-14 yaş)	23,238.0	-	20,044.3	-	-
1000'lerde çocuk ve ergen (0-19 yaş) nüfusu	-	-	26,832.1	-	-
diyabet komplikasyonları					
mikrovasküler	nefropati: %3.4 nöropati: %14.9		Retinopati: %6,2		
makrovasküler	Koroner arter hastalığı: %12.9 Periferik arter hastalığı: %0.7		Serebrovasküler hastalık: %1,5 Kalp yetmezliği: %2.1		

(Türkiye diyabet raporu, (2021). <https://diabetesatlas.org/data/en/country/203/tr.html>).

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Elif FİLİK PARMAKSIZ

Doğum Yeri:

Doğum Tarihi:

EĞİTİM DURUMU

Lisans Öğrenimi: Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi İlköğretim Din Kültürü Ve Ahlak Bilgisi Öğretmenliği

Yüksek Lisans Öğrenimi: Amasya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

BİLİMSEL FAALİYETLERİ

“Mahremin Göçü” Adlı Eserin Sosyal Bilimsel Yöntem Açısından Değerlendirilmesi
Mahremin Göçü”(kitap incelemesi). *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* , (22), 267-274.

İŞ DENEYİMİ

Çalıştığı Kurumlar ve Yıl: Milli Eğitim Bakanlığı (2006 -...)

İLETİŞİM

E-posta Adresi: