



**SAĞLIK KADERCİLİĞİ SKALASI'NIN
TÜRK DİLİNDE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ**

Gulruz BOBOV

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Cantürk ÇAPIK

Yüksek Lisans Tezi – 2016

**T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

SAĞLIK KADERCİLİĞİ SKALASI'NIN TÜRK DİLİNDE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

Gulruz BOBOV

**Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Cantürk ÇAPIK**

**ERZURUM
2016**

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

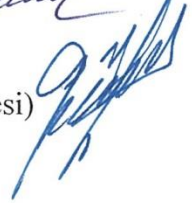
**SAĞLIK KADERCİLİĞİ SKALASI'NIN TÜRK DİLİNDE
GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ**

Gulruz BOBOV

Tez Savunma Tarihi : 19.12.2016

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Cantürk ÇAPIK (Atatürk Üniversitesi) 

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Dilek KILIÇ (Atatürk Üniversitesi) 

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Aygül KISSAL (Gaziosmanpaşa Üniversitesi) 

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Mehtap TAN
Enstitü Müdürü

**Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM – 2016**

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VIII
TABLolar DİZİNİ.....	IX
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Sağlık Kavramı	4
2.1.1. Subjektif Sağlık.....	6
2.1.2. Objektif Sağlık.....	6
2.2. Din	7
2.2.1. Allah (Tanrı) Tasavvuru	9
2.2.2. Din ve Sağlığa Olan Olumlu Etkileri.....	11
2.2.3. Din ve Sağlık Arasındaki Olumsuz İlişki	13
2.2.4. Sağlık ve Denetim Odağı.....	14
2.3. Kader Tasavvuru.....	16
2.3.1. Sağlık Kaderciliği	17
2.4.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi	20
2.4.2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi.....	21
2.4.2.1. Geçerlilik	22
2.4.2.2. Güvenirlik	25
2.4.3. Kültürlerarası Özelliklerin Karşılaştırılması.....	28

3. MATERYAL VE METOT.....	30
3.1. Araştırmanın Türü.....	30
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	30
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	30
3.4. Çalışmaya Dâhil Edilme Koşulları	30
3.5. Çeviri Süreci ve İçerik Geçerliliği	30
3.6. Kapsam Geçerliliği	31
3.8. Veri Toplama Araçları	32
3.8.1. Demografik Form	32
3.8.2. Sağlık Kaderciliği Skalası.....	32
3.9. İç Tutarlılık	33
3.10. Verilerin Toplanması	33
3.11. Verilerin Değerlendirilmesi	33
3.12. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları.....	34
3.13. Araştırma Etiği.....	34
4. BULGULAR.....	35
5. TARTIŞMA.....	46
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	52
KAYNAKLAR	54
EKLER	65
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	65
EK-2. ÖLÇEK DİL GEÇERLİLİĞİ İÇİN GÖRÜŞÜ ALINAN UZMANLAR.....	66
EK-3. KİŞİSEL BİLGİ FORMU.....	67
EK-4. SAĞLIK KADERCİLİĞİ SKALASI	68
EK-5. HEATH FATALISM SCALE	69

EK-6. ÖLÇEĞİN YAZARINDAN ALINAN İZİN MAİL YAZISI..... 70

EK-7. ETİK KURUL KARARI..... 71

EK-8. HALK SAĞLIĞI KURUM İZNİ 72



TEŞEKKÜR

Tezimin başlangıcından ve tüm lisansüstü eğitimimde her aşamada desteği bulunan, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, öğretici yaklaşımıyla güven veren tez danışmanım ve saygıdeğer hocam Doç. Dr. Cantürk Çapık'a;

Lisansüstü eğitimimde tanıdığım ilk günden itibaren değerli bilgi ve katkıları ile yöneten, hiçbir zaman desteklerini ve yardımlarını esirgemeyen sayın hocalarım Doç. Dr. Dilek Kılıç'a, Yrd. Doç. Dr. Sonay Bilgin'e, Yrd. Doç. Dr. Nazlı Hacıoğlu'na ve Doç. Dr. Emine Kıyak'a, sıkıntılı zamanlarımda hep yanımda olan, anlayışı ve şefkatiyle beni destekleyen, hem Türkiye'de ki, hem Tacikistan'da ki arkadaşlarıma, verdiği bursla sağladığı katkılardan dolayı Türkiye Bursları'na ve bu çalışmayı 2016/126 sayılı nolu projeye destekleyen Atatürk Üniversitesi BAP birimine, yaşamımda bugünlere gelmemi sağlayan, hayatımda büyük katkıları olan ve eğitimimin emek isteyen süreçlerinde maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen canım aileme derin ve sıdkın tüm muhabbetlerimle sonsuz teşekkür ederim.

Gulruz BOBOV

ÖZET

Sağlık Kaderciliği Skalası'nın Türk Dilinde Geçerlik ve Güvenirliği

Amaç: Bu araştırma Sağlık Kaderciliği Skalası'nın Türk Dili'nde geçerlik ve güvenirliliğini test etmek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Metodolojik türde yürütülen bu araştırma, Mayıs-Aralık 2016 tarihleri arasında Erzurum'un Şerif Efendi ASM bölgesinde gerçekleştirilmiştir. Skala Franklin ve arkadaşları tarafından 2008 yılında geliştirilmiştir ve 17 sorudan oluşmaktadır. Beşli Likert tipinde olan skala orijinal dilinde ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. Çalışmanın örneklemini 30 yaş ve üzeri 500 kişi oluşturmuştur. Geçerlilik-güvenirlilik analizinde dil, kapsam, yapı geçerliği ve güvenilirlik analizleri kullanılmıştır. Veriler SPSS ve Lisrel 8.50 paket programı ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmada maddelere ait kapsam geçerlik indeksi 0.8-1.00 arasında değişmekteydi ve KMO değeri 0.940, Barlett testi, $\chi^2 = 3778.877$, $p = 0.000$ olarak belirlenmiştir. Temel bileşenler analizi 17 maddelik skalaya için uygulandı ve skala'nın Türkçe versiyonun tek alt boyutlu olmasına karar verildi. Faktör yüklerinin tüm maddelerde 0.30'un üzerindeydi ve açıklanan varyansı %42.70 olarak belirlenmiştir. Skala'nın Cronbach α katsayısının 0.91 olduğu bulundu. Katılımcıların sağlık kaderciliği puan ortalamasının 61.27 ± 12.39 olduğu belirlendi.

Sonuç: Sonuç olarak, Türk dilinde Sağlık Kaderciliği Skalası'nın Türk dilinde tek boyutlu olduğu ve oldukça yüksek geçerli ve güvenilir bir araç olduğu saptanmıştır. Katılımcılardan, ileri yaştakilerin, kadınlar ve ev hanımlarının, okuryazar olmayan ve sağlık güvencesi olmayanların, evli olanların, düşük gelire sahip olanların ve kronik hastalığa sahip olanların daha yüksek sağlık kaderciliği puanına sahip oldukları belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Geçerlilik ve güvenilirlik, hemşirelik, kadercilik, sağlık.

ABSTRACT

The Reliability and Validity of Health Fatalism Scale in Turkish Language

Aim: This research was conducted by adapting the Religious Health Fatalism Scale from English to Turkish language, in order to test the validity and reliability.

Materials and Methods: The study was conducted methodologically in Erzurum's Şerif Efendi ASM (Health Center) from May to December, 2016. Scale was developed by Franklin and her friends in 2008, and consists of 17 questions. This involves Likert-type scale. The original scale consists of three dimensions. Study conducted among 500 respondents whose ages are over 30. Language content, and construct validities and reliability analysis were used for validity and reliability analysis. SPSS and LISREL 8:50 software packages were used for the analysis.

Results: The content validity index was estimated as 0.88, KMO value at 0.940, Barlett's test $\chi^2 = 3778.877$ and statistically significant at $p = 0.000$. The principal component analysis was applied to the 17-item inventory. In the Turkish version, it was considered appropriate to use the one-dimensional scale. The Inventory consisted of load factors of over 0.30 for all items. The explained variance of the inventory was found to be 42.70%. Scale's Cronbach Alpha coefficient of 0.91. Respondents average health fatalism score was found to be 61.27 ± 12.39 .

Conclusion: In conclusion the one-dimension Health Fatalism Scale was found to be highly reliable and valid as a measurement tool in Turkish language. Elderly respondents, women, illiterates, married, those without health insurance, less income earners, housewives and for those with chronic diseases experience more fatalistic attitude toward their health.

Key Words: Fatalism, health, nursing, validity and reliability.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AFA	: Açıklayıcı Faktör Analizi
ASM	: Aile Sağlık Merkezi
CVI	: Content Validity Index
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
KGI	: Kapsam Geçerlilik İndeksi
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin
SKS	: Sağlık Kaderciliği Skalası
SPSS	: Statistical Package for Social Science

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Şayfa No

Şekil 4.1. Ölçeğe Ait PATH Diyagramı 41



TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.1. Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı.....	27
Tablo 3.1. Orijinal Skalaya Ait Alt Boyutlar	32
Tablo 4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı	35
Tablo 4.2. Ölçek Maddelerine Ait KGI Skorları.....	36
Tablo 4.3. KMO ve Barlett Testi Sonuçları	37
Tablo 4.4. Sağlık Kaderciliği Skalası Maddelerinin Faktör Yüğü (Orijinal Yapı).....	38
Tablo 4.5. Tek Faktörlü Sağlık Kaderciliği Skalasına Ait Faktör Yapısının İncelenmesi	39
Tablo 4.6. Uyum İndeksi Sonuçları	40
Tablo 4.7. Sağlık Kaderciliği Skalası'nın Cronbach α Katsayısı.....	42
Tablo 4.8. Katılımcıların Sağlık Kaderciliği Skalası'ndan Alınabilecek En Düşük- En Yüksek Puanlar İle Ölçek Toplam Puan Ortalaması	43
Tablo 4.9. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Sağlık Kaderciliği Skalas Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	43

1. GİRİŞ

Sağlık insanların istek ve gereksinimlerini karşılayabilme, yaşadığı sosyal çevre ile baş edebilme, adaptasyonu ve çevreyi değiştirebilme düzeyidir. Dolayısıyla, sağlık hayatın bir hedefi olmakla birlikte günlük yaşamın da kaynağıdır.¹

Günümüzde sağlıkla ilgili problemlerin artmasında, kültürel değişiklikler önemli rol oynamaktadır. Kadercilik, insanın hayatta karşısına çıkan her olayı doğüstü bir gücün yani Allah'ın takdiri ile açıklanmasıdır. Allah'tan gelen alinyazısının insan gücü ve çabası ile değişmeyeceği, meydana gelen olayların kaçınılmaz olduğunun kabul edilmesidir. Paralel olarak kader'de insanın kendi yaşamını kontrol edemeyeceği, bir şeyi değiştirmeyeceği, seçim yapma şansının olmadığı inancı olarak tanımlanmaktadır.²⁻⁴ Tarihte kadercilik kavramı eski çağlardan günümüze kadar insanların doğal ve doğüstü güçler karşısında çaresizlik duygularını hissetme olarak da ifade edilmiştir.² Kadercilik ile ilgili ilk örnekler Yunan mitolojisinde bulunmaktadır. Örnek olarak Oedipus efsanesinde Oedipus'un babasını öldürmesi ve annesiyle evlenmesi, bütün çabalara rağmen kaderini değiştirmeyeceği inancını yansıtmaktadır.⁵ Dünyada çoğu dinde yer alan kader inancı, genel olarak "Allah'ın insanların ne yapacağını, başına hangi işler ve olayların geleceğini önceden bilmesi" olarak açıklanmaktadır. Allah'ın her olayı önceden bilmesi ve bireylere iyi şeyleri emretmesi, kötü şeylerden uzak tutması ve yasaklaması gibi de yorumlanabileceği belirtilmektedir.^{2,6-8}

Bazı çalışmalar din ve sağlık davranışları arasındaki ilişkiyi olumlu gösterse de son yıllarda farklı alanlarda yapılan çalışmalarda bireylerin ruhsal ve manevi inancıyla bazı sağlık davranışlarını yapmadığı/geciktirdiği belirlenmiştir.⁹ Örneğin Stellies ve Gordon¹⁰ tarafından yapılan kalitatif bir araştırmada kaderci düşünce nedeniyle akciğer kanseri hastalarının tedavi arayışı içinde olmadan kendilerini güvende hissettikleri

belirlenmiştir. İlgili çalışmada araştırmacılar yaş, gelir durumu, eğitim seviyesi ve sağlık hizmetlerine ulaşım kadercilik için önemli parametreler olduğunu saptanmışlardır. Çalışma sonuçlarına göre yaşlılar, ekonomik geliri az olan veya eğitim düzeyi düşük olan hastalar büyük ölçüde kadercilik inancını desteklemeye yatkındırlar.^{11,12}

Yurtdışı’da kadercilik ile ilgili yapılan pek çok çalışmada ve birçok ölçme aracının kullandığı görülmektedir. Örneğin kanserle ilgili Powe¹¹ tarafından geliştirilen “Powe Kadercilik Ölçeği (Powe Fatalism Inventory)” kansere yönelik kaderci tutumları korku, ön belirtiler, karamsarlık ve çaresizlik gibi boyutları ölçmeyi amaçlamaktadır. Myers ve ark.’ın¹³ Afrika-Amerikalı erkeklerde yaptığı araştırmada, kaderciliğin prostat kanserinin erken tanı davranışları arasında negatif yönde ilişkili olduğu belirtilmiştir. Mayo ve ark.¹⁴ meme kanseri kaderciliğine yönelik araştırmada Afrika-Amerikalı kadınların kaderci tutumunun Kafkasyalı kadınlardan daha yüksek olduğunu vurgulamışlardır. Mayo ve ark.’ın çalışmasında kanser kaderciliği yüksek olan kadınların mamografi çekirtmelerinin daha az olduğunu bildirilmektedir. Powe’nin¹⁵ diğer çalışmasında bireylerdeki kolorektal kanser taraması için bakılması gereken gaitada gizli kan testine katılmama oranı da kaderciliğin en önemli belirleyicisi olarak belirlemiştir. Buna benzer Unger ve ark.¹⁶ tarafından ergenlik dönemlerinde olan bireylerde daha çok görülen kadercilik anlayışı nedeniyle birçok sağlık uyarılarının göz ardı edildiği “eğer benim kaderimde bir sağlık sorunu varsa, bu sorunları önlemek için onların yapabileceği hiçbir şey yoktur” düşüncesinde oldukları belirlenmiştir.

Türkiye’de kadercilik ile ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde araştırmalar daha çok ilahiyat alanında yapılmıştır. Fakat son yıllarda çeşitli kanser türlerine yönelik karamsarlık, korku, ölümden kaçınılmazlık gibi tutumların belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmaların kaynaklarda yer aldığı ve kadercilik olgusunun psikolojik

boyutunun yeterince araştırılmadığı görülmektedir.¹⁷ Kaya ve Bozkur¹⁷ “Kadercilik Eğilimi Ölçeğinin Geliştirilmesi: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması” konu adıyla yapılan çalışmada Türk dilinde lise ve üniversite öğrencilerinin kadercilik eğilimini ölçmek için gerekli psikometrik niteliklere sahip bir ölçme aracı geliştirmişlerdir. Türkçe literatürde sağlık kaderciliği konusunda kapsamlı bilgi yapılan literatür taramasına rastlanmamıştır. Dolayısıyla Türkiye’de sağlık alanında kadercilik ile ilgili çalışmalar oldukça sınırlıdır. Arıkan ve ark.¹⁸ tarafından tüberküloz vakalarında hastalığa teşhis koyulması ve kişilik özellikleri üzerinde yapılan bir çalışmada bazı hastalar “Verem hastalığı diğer hastalıklar gibi Allah tarafından onlara verilmiştir” diye açıklamışlardır. Diğer bir deyişle hastalar verem hastalığını kaderci bir anlayışla kabullenmektedirler ve onunla ilgili her hangi bir emosyonel tepki tanımlamamaktadırlar. Powe tarafından geliştiren ve Çapık ve ark. tarafından Türkçe’ye uyarlanan bir skala bulunmaktadır fakat sadece prostat kanserine yöneliktir. Çapık ve ark.¹⁹ çalışmasında kaderciliğin, prostat kanserinin erken teşhis, tanı ve tedavisine yönelik davranışları etkilediği tespit edilmiştir.

Türkiye’de sağlık kaderciliği hakkında yapılmış kapsamlı bir ölçeğin bulunmaması bu araştırmanın çıkış noktasını oluşturmuştur. Franklin, Schlundt ve Wallson tarafından 2008 yılında geliştirilen ve 17 maddeden oluşan Sağlık Kadercilik Skalası, genel sağlık kaderciliğinin koruyucu sağlık davranışları ile ilişkili olup olmadığını belirlemeyi amaçlamaktadır. Skala sağlık davranışları, sağlık hizmetlerine ve sağlıklı yaşam uygulamalarına olan bilişsel bariyerlerin kaldırılmasına yardımcı olmayı hedeflemektedir.²⁰ Bu araştırmanın amacı; Sağlık Kaderciliği Skalası’nın geçerlilik güvenilirlik çalışmasının yapılarak Türk toplumunda sağlık kaderciliği ile ilgili yeni bir ölçek kazandırılması ve bu ölçeğin Türkiye kültürel ve sosyal açıdan uyarlanması ve incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Kavramı

Sağlık yakın geçmişe kadar; acı çekmeme, kendini sağlıklı düşünme ve günlük aktiviteleri yerine getirme, sakatlık veya her hangi bir hastalığın olmaması şeklinde tanımlanmıştır. Fakat; sağlık fiziksel, sosyokültürel ve psikolojik birçok faktörden etkilenmektedir.²¹

Sağlık kavramı evrensel olmasına rağmen, anlamı bireyden bireye, toplumdan topluma farklılık göstermektedir. Bu nedenle biyolojik, sosyolojik ve psikolojik olarak farklı tanımları yapılabilir.²²

Biyolojik olarak sağlık; vücudun her hücresinin en yüksek düzeyde işlev görmesi, hücreler arasında tam bir uyum olması durumudur.²²

Sosyolojik olarak sağlık; bireyin kendisinden beklenen rol ve sorumlulukları yerine getirebilmesi ve çevre ile olumlu ilişkiler kurabilmesi olarak tanımlanabilir.²²

Psikolojik olarak sağlık; bireyin beklenmedik bir durumla karşılaştığında, yaşadığı duyguları ve geliştirdiği başa çıkma yöntemleri ile duruma ve çevresine uyum sağlayabilmesi olarak tanımlanmıştır.²²

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1947’de, sağlığı, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır. Bu tanım, sağlığın tek boyutlu değil, çok boyutlu olduğunu vurgulamakta, sağlığı bütüncül bir yaklaşımla ele almaktadır.²³ DSÖ’nün genel tanımında ilgili kavramlardan birinin eksik olması halinde sağlıktan ve iyilikten söz edilmeyeceği belirtilmiştir. Fakat iyilik durumunun subjektif olması, bireye ve zamana göre değişmesi sebebiyle hem fiziksel, hem ruhsal, hem de sosyal olarak tam bir iyilik durumunun gerçekleşmesi mümkün değildir.²⁴

DSÖ'nün tanımı standart değildir, kişiler hangi ölçütlere ulaştınca sağlıklı olur ya da hangi kriterler yerine getirilirse tam bir iyilik halinde olacaklardır? Bu tanıma diğer bir yönden bakılırsa kimin ne kadar sağlıklı olduğunu ölçmek mümkün olmayacaktır. Japonya'da bir zamanlar kadınlar güzel görünmek amacıyla ayaklarının büyümesini önlemek adına metalden yapılmış çok dar ayakkabı giymek zorunda kalmışlardır. Acaba bu kadınlar fiziksel olarak rahatsızken sosyal yönden rahat ve tam bir iyilik halinde miydiler?²⁵

Illich'e²⁶ göre sağlık, bir insanın etrafındaki değişimlere denge sağlayabilme, büyüebilme ve yaşlanabilme, hasta olduğu zaman iyileşebilme, hayatın acılarını çekebilme ve ölümü bir huzur ile bekleyebilme yeteneğidir. Sağlık acıyı ve onunla beraber yaşamak için gerekli ruhsal veya spiritüel gücü de içerir. Bu tanımda sağlığı, toplumun sosyo-kültürel yapısına göre ve bireyin biyolojik gelişiminde ortaya çıkan değişimlere uyum sağlama süreci olarak değerlendirmektedir.

Akça'nın²² aktardığına göre Besson sağlığı, çevre koşullarına ve tehlikelerine karşı uyum sağlama özelliği olarak tanımlamış, Engel ise sağlığı sabit ve var olan bir durum diye açıklayarak organizmanın çevresindeki tabiatla denge sağlama yeteneği ve başarısı oranında bireyin sağlıklı olacağını belirtmiştir.

Sağlık zamanla değişen dinamik bir durumdur; sosyal, biyolojik, duygusal, fiziksel ve ruhsal iyilik halini sürdürmesi için, bireyin iç ve dış çevresindeki değişikliklere uyumlu olmalıdır. Bireylerin dinamik olma durumu ve sağlık duygusu da zamanla değişmektedir. İnsan kendini bazı sabahlar diğer sabahlardan daha enerjik ve güçlü hissetmesi onun sağlık durumu hakkında güçlü bir gösterge olabilir.²⁷

Park²⁸ "Koruyucu ve Sosyal Tıp" kitabında sağlığın aşağıda ifade edilen yeni felsefesinden bahsetmiştir:

- Sağlık insanın temel hakkıdır.

- Sağlık ne üretken bir yaşamın özüdür ne de tıbbi bakımdan artan harcamaların sonucudur.
- Sağlık sektörler arasıdır.
- Sağlık gelişimin ayrılmaz bir parçasıdır.
- Sağlık yaşam kalitesi kavramının merkezidir.
- Sağlık bireysel, ulusal ve uluslararası sorumluluğu içerir.
- Sağlık önemli bir sosyal yatırımdır.
- Sağlık dünya çapında sosyal bir hedeftir.

Bazı kaynaklarda sağlık kavramı objektif ve subjektif sağlık olarak sınıflanmaktadır. Biyopsikososyal yönleriyle karmaşık bir yapı sergileyen insanı iyi-kötü, sağlıklı-sağlıksız, normal-anormal şeklinde değerlendirebilmek için ne sadece objektif ölçütler, ne de subjektif ölçütler yeterlidir.

2.1.1. Subjektif Sağlık

Subjektif sağlık bireyin kendisini fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak nasıl algıladığını ifade eder. Birey, hasta olmadığı halde kendini hasta hissedebilir ya da tam tersi olarak, hasta olduğu halde kendini sağlıklı hissedebilir.²² Yani bir insan hastayken kendini iyi hissetmesi onun sağlığına bir tehdit oluşturur ve hastalığın ilerlemesine yol açabilir. Bununla birlikte erken tanıyı, tedaviyi ya da yardım arayışını engelleyebilir.

2.1.2. Objektif Sağlık

Objektif sağlık, vücudun laboratuvar testleri ve doktorun muayenesi ile belirlenen sağlıklı olma durumudur. O halde bir kişiye sağlıklı diyebilmek için birey kendini subjektif olarak, bardam, tendürüst, sağlıklı ve iyi hissetmelidir. Objektif olarak ise fiziki muayeneler, teşhisler ve laboratuvar sonuçlarında olumlu sonuçlar elde etmesi gerekir ve vücudunda bozukluk ve yetersizlik olmaması gerekir. Ruhsal açıdan ise bireyin duygu-düşüncelerini, iç ve dış hislerini dengede tutabilmesi ve davranışlarını

kontrol edebilmesi gerekmektedir. Sosyal açıdan ise insanın aile, iş yeri, meslek ve gelir durumunun, yaşadığı sosyal, dini ve kültürel çevrenin de sağlıklı bir yaşam için gereken düzeyde olması, psikolojik açıdan ise kişinin bir vakayla yani durumla karşılaştığında yaşadığı duygularına sahip çıkması, herhangi bir duruma ve çevreye uyum sağlayabilmesi, uyumlu sağlık düzeyini sürdürebilmesi için gerekli adımları atması, vücudunu herhangi bir kötü alışkanlıktan uzak tutması gibi sağlıklı davranışlar ile iyilik durumunu tanımlayabiliriz.²¹

Sağlık ve kadercilikle ilgili çalışmamızı daha net ve iyi ortaya koyabilmek için din ve onun sağlık üzerine olan etkilerini, kader ve kadercilik hakkında bilgi verilmesini, insanlar arasındaki yeri ve tarihçesine biraz daha derin ve yakından bakılmasında yarar vardır.

2.2. Din

Din hakkında bilgi verilmesi ve din kavramının sadece bir metinle ortaya koymak oldukça zordur, çünkü bilindiği gibi dünyada tek bir din değil, birçok farklı din vardır. Bu nedenle, insanların zihninde farklı düşünceler ve imajlar uyanmıştır. Bazı insanlar dini, sosyal hayatlarının bütün aşamalarını etkileyen düşünce olarak görürken; bazı insanlarda dini, toplumun sahip olduğu kültürün yalnız bir kısmını oluşturan öge olarak görmektedir. Eskiden beri dinle ilgili farklı disiplinlerde yapılan açıklamalar mesleki alanla sınırlandırılmıştır. Örneğin; psikologlara göre din insanların sosyal hayatındaki yaşayan bir kurum, vaka ve hadiseler, kelimcılara göre ise mantığa ve akla dayalı bir sistem olarak tanımlanmıştır.²⁹

Netleştirmek amacıyla dinin sözlük anlamlarının incelenmesi yarar sağlayabilir. “Din” kelimesi Arapçadan “dane”, “dane bi” gibi farklı köklerden gelmiştir. Türk dilinde bu kelimeler birinci olarak hükümdarlık ve mülkiyet ikinci olarak ise “ibadet etmek, boyun eğmek, itaat etmek” anlamına gelmektedir.²⁹ Din genel olarak anlamlar

sistemidir. İnsanların hayatlarının tek yolu olmasa da, hayatlarına anlam veren yollardan biridir. Birçok kişi din hakkında kendi görüşüne ve felsefesine sahiptir. Her din kendi geleneklerine sahip olup insanların hayatındaki bütün aşamalarda, bir çocuğun doğuşundan, nikah törenine ve ölene kadarki yaşamına kadar anahtar rolü oynamaktadır.³⁰ Ayten'nin³¹ aktardığına göre Sigmund Freud nevrozlu hastalar üzerinde yaptığı gözlemlerden faydalananarak "Obsessive Actions and Religious Practices" başlıklı makalesinde dini davranışlar veya ritüeller ile obsesif (saplantılı) davranışlar arasında bağlantı kurmuştur ve dini ibadetleri de bir saplantı nevroz diye açıklamıştır. Bununla birlikte farklı zamanlarda din ile ilgili farklı açıklamalar yapmıştır. Bazen dini bir illüzyon ya da yanılsama bazen de bir çocuk arzularının tatmini olarak değerlendirmiştir. Din bireylere ahlaklarını ve davranışlarını açıklayan ve yönlendiren, yaşadığı yerlerin anlamını gösteren ve bir geniş algılama çerçevesi yaratan, dünyadaki bütün olayları net bir şekilde açıklayan bir inanç sistemi sağlar. Dünyanın dengesini vurgulamaya, dünyanın ne olduğunu tam ve düzenli bir şekilde açıklayarak dindar insanlara çeşitli cevapsız soruların cevaplarını vermeye çalışmaktadır.³² Fromm'a³³ göre insanlar sadece günlük ihtiyaçları (yeme-içme, güvenlik, saygı, cinsel ihtiyaçlar) ile doymazlar. Bu sebeple ilerletici veya geriletici, yapıcı ya da yıkıcı, kötü veya iyi gibi alternatifler arasından birini benimseyerek seçmek durumundadırlar. Bundan dolayı insanların bir dine veya tabiatüstü inanışa ihtiyacı vardır. Fromm'a göre bütün insanların bağıllık sistemine ve evrensel bir uyuma ihtiyacı olduğu için bu görüşünden hareketle herkesi dindar olarak kabul etmiştir. Yani her insan, her hangi bir dine olumlu veya olumsuzda olsa muhtaçtır ve bir dine bağlanır.³³ Aslında din ne modern toplumlarda ne de homojen örf ve adetlere sahip toplumlarda bütün bireyler için aynı anlamı taşımamaktadır. Araştırmacılar, çoğu esasen dini çok boyutlu bir sistem olarak kabul etmektedir. Bu boyutlar; dini inançlar, kurumsal olmayan dindarlık (özel ve mahfi

ibadet), kurumsal olan dindarlık (camiye veya kiliseye gitmesi), subjektif dindarlık (bireyin hayatında dinin önemi), dini deneyimler ve tecrübeler vb. olarak ayırmaktadır. Allport'un³⁴ ruh sağlığı ve din çalışmalarında iç güdümlü ve dış güdümlü dindarlık kavramlarından faydalanarak büyük ilerleme sağlamıştır. Kişinin kendisi için dindar olmayı görmesi iç güdümlü ve dinin meydana getirebileceği her türlü faydaları menfaatleri görmesini de dış güdümlü dindarlık diye açıklamıştır. Bununla beraber daha anlamlı ve net bir şekilde ruh sağlığı sonuçlarının elde edilmesi için iç güdümlü dindarlıkta, dış güdümlü dindarlığın tersine farklı ölçekler kullanılarak aralarındaki ilişki bulunmuştur.³⁵ Dindar insanlar belli bir inancın unsurlarını kabul etmektedirler ve bu unsurlar dinden dine değişmektedirler. Hatta aynı dinin örf ve adetlerinin içinde bile büyük bir farklılık görebiliriz. Dindarlık bireylerin kişisel seçeneklerinde olduğu kadar onların hayatındaki zorluklar ile başa çıkmalarında da büyük bir önem taşımaktadır. Zira bireysel yaşam, din ve toplumsal yapı arasında sağlam bir ilişki olduğunu göstermektedir. Din farklı inançları oluşturur ve bu inançlar insanlara çeşitli davranışları kazandırır, kazanılan davranışlar ise grupları, toplulukları ve yaşadığı toplumları şekillendirir.³⁰

Dinlerin sayesinde bireyler dileklerine tutunup bu dileklerin gelecekte gerçekleşmesi için dualar, zikirler, farklı ritüellere benzeyen işlemler yapmaktadırlar. Fakat bazen insanlar bütün problemlerin çözüm kaynağı olarak her şeyi Allah'a havale edip geleceklerini beklemektedirler.

2.2.1. Allah (Tanrı) Tasavvuru

Allah görülmez ve dokunulmaz olmasına rağmen, binlerce yıl insanlara ibadetleri, duaları, zikirleri ve değişik ritüelleri göstermeyi başarmıştır. Onun varlığına inanılması ve varlığının ispat edilmesi için zerre kadar fiziksel delili yoktur, ama buna rağmen milyarlarca insan Allah'a inanır. Sevinç, aşk, gizem ve lütuf Allah'ın insana

verdiği en değerli sırdır. İnsanın hayatında önemli rol oynayan bu sırlar insanın beyninin ve zihninin içinde saklıdır.³⁶ Ortaçağ felsefesinin günümüze ulaşan ve çeşitli dillere çevrilmiş, eserleri olan büyük İslam alimi ve filozof Farabi Allah hakkında da büyük açıklamalar yapmıştır. Aydınlı'nın³⁷ aktardığına göre Farabi'nin Allah tanımı ile ilgili açıklamalarından bahsetmeden önce şunu vurgulamamız gerekiyor ki, “Allah var mıdır, yok mudur” şeklindeki sorular üzerinde o kendini çok meşgul etmemiştir. Aristoteles'i takip eden Farabi de ilahi düşünmede insanın aklını en öne koymuştur, hatta Allah'ın aklettiğini söyler, yani Allah, düşünenidir hatta akıldır. Akıl maddede değil ve varlığı için maddeye ihtiyaç duymuyordur. Farabi Allah'ı gayri maddi bir varlık olarak görmüştür.

Dünyada neredeyse bütün dinler kendilerine has bir yaradana inanmaktadırlar. Bazı dinler tek yaradana (Monoteizm) bazıları ise birden fazla yaradana (Politeizm) dua ve ibadet yapmaktadırlar. Fakat bütün dinlerde Allah tasavvuru hemen hemen aynıdır, yani Allah “her şeyden agah (her şeyi bilen)” ve “her şeye kadir ve gücü yeten” bir varlıktır. William James³⁸ din ve Tanrı'nın pragmatik bir tarafının olduğunu vurgulamıştır. Farabi'nin tersine onun en öndeki sorularından biri “Allah var mıdır?” diğeri ise “Allah hayatımıza ne kazandırır” sorularıdır. Bu sorulara cevaba Allah'ın yararı ile ilgili olumlu cevaplar veren William, Allah'ın varlığını; insanların sosyal hayatının düzeninin korunmasında ve dengeye kalmasında bir garanti olarak vurgulamaktadır. Birçok inanç sisteminde: Allah insan hayatında ya da insani meselelerde çok yakın takipçidir. Örneğin, Allah affedicidir insanların günahlarını affeder aynı zamanda cezalandırır, iyilik yapanlara ve dua edenlere cevap verir, iyi ve kötü davranışların hesabını tutar bu iyiliklerin ve kötülüklerin yerini hatta zamanını da bilmektedir.³⁹ Bununla birlikte dinin ve Allah'ın farklı inanç uygulamaları insanların ruhsal ve bedensel sağlığına yönelik acaba gerçekten olumlu bir tesiri var mıdır? Bu

soruya daha eski dönemlerde gelen filozoflar ve psikologlar “hayır” cevabını vermişlerdi. Fakat günümüzde bu mevzuyla ilgili yapılan çalışmaların sonuçlarına baktığımızda, bazıları beden sağlığı, ruh ve din arasında olumlu bir ilişkinin olduğunu söylerken, diğerleri olumsuz bir ilişkinin olduğunu, hatta her hangi bir ilişkinin olamayacağını söylediklerini görmekteyiz.⁴⁰

Tanrı’nın algılanan rolünün, insanların hastalıklarına, iyileşmesine, sağlık inancına ve davranışları üzerine de büyük bir etkisi söz konusu olabilir. İnsanların dini inançlarına göre bireylerin dine dayalı birçok sağlık inancı ve uygulamaları da önemli ölçüde farklı olabilmektedir.

2.2.2. Din ve Sağlığa Olan Olumlu Etkileri

Bütün dinlerinin esas hedeflerinden birisi, kendi mensuplarına tam bir ruhsal ve fiziksel sağlık vermektir. Son yıllarda özellikle on sekizinci yüzyıldan bu yana, insanların eğitim seviyelerinin yükselmesi, bilimsel ve teknolojik gelişmelerin olmasının dinlerin önemini kaybettireceği düşünülmüştür. Fakat bu iddiaların tersine insanların eğitim seviyesi arttıkça bilimsel ve teknolojik gelişmeler ilerledikçe dini inançlarla daha fazla ilgilenmeye başlamışlardır. Dinin sağlıkla veya ruh beden ilişkisine yönelik yapılan çalışmalarda, genellikle dindar insanlarda dinin bir koruyucu fonksiyonu olduğu ve hastaları güdüleyici, umut verici ve yardım edici fonksiyonunun olduğu belirlenmiştir. Bazı dinlerin emri ve yasakları sayesinde insanların cinsel yolla bulaşan hastalıklardan, sigara, uyuşturucu ilaçlar, alkol gibi olumsuz sağlık davranışlarından kendilerini uzak tutmak gibi olumlu davranışları pekiştirdiği öne sürülmektedir.⁴¹ Bunun en uygun örneklerini İslam dini, Kur-an’ı Kerim’de sağlıklı yaşam için; uyuşturucu kullanımının, alkol, sigara hatta evlilik dışı cinsel ilişkiyi kesin ve net bir şekilde yasaklanmıştır. Sağlıkla ilgili dini inanç programları insanların sağlığının ve riskli sağlık uygulamalarının insanlar üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu

vurgulamaktadır. Bu programlar insanların sağlığını geliştirmesi ve riskleri azaltması için faydalı olduğu açıklanmıştır. Bu programların dünyada büyük bir hızla gelişen bulaşıcı hastalık türü olan HIV (Human Immunodeficiency Virus) ile bilgilendirilmesi, bu hastalıkla ilgili riskli davranışların insanlar üzerinde olumlu etkisi oldukça sınırlı olsa da umut verici olduğu söylenmektedir. Dindar kadınların HIV hakkında ve bununla ilgili riskli davranışlarında bu programlardan etkilendiğini ve bu etkilenmenin güçlü bir göstergesi olduğunu göstermektedir ve en yüksek riski ise dini yönden zayıf olan kadınların taşıdığını açıklamışlardır.⁴² Bazı dini topluluklarda rneğin Mormon kilisesi sağlık uygulamalarına ilişkin uzun zaman olağandışı bir grup olarak görülmüştür. Kahve, tütün ve alkol yasağı gibi sağlık gelenekleri ve uygulamaları ile her yerde meşhur bir toplum olmuşlardır. Bu dinin geleneklerinden ve uygulamalarından dolayı bu toplumun sağlam bir sağlığa sahip olduğu ve kanser oranlarının büyük ölçüde düşük olduğu gözlenmiştir.⁴³ ABD’de yetişkinlerin üzerinde yapılmış bir çalışmada dini ritüellere ya da kiliselere hiç katılmayan bireylerin ölüm riski haftada birden fazla katılan bireylere göre 1.87 kat daha fazla olduğu açıklanmıştır. Dolayısıyla Afrika-Amerikalıların toplumun dini olarak aktif olup haftada birden fazla kiliselere gidenlerin yaşam sürelerinin, gitmeyenlerle karşılaştırıldığında yaklaşık 14 yıl arttığı saptanmıştır. Aynı zamanda kilise veya dini hizmetlere katılmayan insanlar daha sağlıksız dolayısıyla ölüm oranı da yüksektir. Çünkü dini katılımlar sosyal ilişkileri güçlendirerek davranışsal faktörler yoluyla ölüm riskini azaltabilir.⁴⁴ Son yıllarda yapılan çalışmalarda dinin insanların kardio-vasküler sisteminin üzerinde olumlu etkisi bile olduğu bulunmuştur. Hem Yahudi-Hristiyan hem de Doğu dinlerinin farklı uygulamaları, zen, yoga ve meditasyon gibi uygulamalar klinik hasta gruplarında stres hormonu, kolesterol ve kan basıncını azaltıp vücudun direncini daha sağlam yapmaktadırlar.⁴⁵

2.2.3. Din ve Sağlık Arasındaki Olumsuz İlişki

Dindarlık ruh sağlığına, fiziksel sağlığa yardımcı bir kaynaktır ve bütünleştircidir. Buna karşın dini inançlar hastalıklara çözüm bulmakta, iyileşmeye yardımcı olmakla ve başa çıkmada problemler ortaya çıkartabilmektedir. Bazen din insanlar için bir nefret, saldırganlık ve ceza verme sebebi olarak görülebilmektedir.⁴⁶ Dahası din, sosyal ağları teşvik etmesine rağmen bazen sosyal ilişkilerde stresin kaynağı da olabilmektedir.⁴⁷ Bir insan toplumun normlarına uymamasından dolayı diğer cemaat üyeleri veya din adamları tarafından eleştirilebilir. Dini suçluluğu ve dini beklentilerini karşılamakta başarısızlık hisleri ve dini korkularla başa çıkamama duyguları bireyde hastalığa yol açabilir.⁴⁸ Bu vakalar bize oldukça basit gelebilir ancak bu durum hasta kişilerin bireysel arzuları veya inancını yaşadığı toplumla çatışmasına yol açabilir. Örneğin, bir depresif kişi depresyon ile başa çıkmak için antidepresan kullanabilir fakat papaz ya da diğer kilise üyeleri bu durumdan kurtulmak için ilaç kullanımının değil dua etmenin ya da incil okumanın daha etkili olduğunu düşünmektedirler. Kürtaja yönelik inançlar ya da HIV enfeksiyon ile mücadele eden hastalar toplumdaki diğer bireyler tarafından sosyal baskı altında tutulabilirler. Bu durum hem hastaya baskı hissettirip hem de tıbbi tedavileri belli bir şekilde engelleyebilir.⁴⁹ Bazı insanlar hastalıklarla ruhsal olarak mücadele etmektedirler ki bu ruhsal mücadele bile bazen stressin kaynağı olabilir. Hastalar hastanede tedavi gördüğü anda ya da bir sakatlık durumu veya kronik hastalıklar ile tedavi gördüğü anda sık-sık bu soruyu sormaktadırlar, “Neden ben?”. Acaba Allah geçmiş günahlarım için beni cezalandırıyor mu? Allah benimle hiç ilgilenmiyor mu? Allah bir şeyi değiştirmek için bir güce sahip mi? Birisi bana bed dua mı etti? Bu varoluşsal kaygılar normal bir durumdur ve kısa zamanda geçebilir. Fakat bazı hastalar bu ruhsal mücadeleler ile kendilerini sıkışmış ve çaresiz hissedebilirler. Fakat yardım almadan tek başlarına bunları çözmeleri mümkün değildir.⁵⁰

Dahası, tarih göstermiştir ki din bazen askeri çatışmaların, önyargının, şiddete davranışlarının ve diğer sosyal sorunların kaynağı da olabilir. Dinde farklı inançlara, görüşlere sahip azınlıklar, aynı dine ait dominant gruplar tarafından uygulanan baskı ve şiddetin beraberinde getirdiği zorluktan ve stresten sağlıklarını kaybedebilirler.^{51,52} Dini liderler kendi üyelerini fiziksel, duygusal veya cinsel olarak kullanabilirler.^{53,54} Dini ve ruhsal inançlar insanda fiziksel hastalığa yol açabilir ve bu hastalığın genel tedavisi oldukça zordur.⁵⁵

Dolayısıyla dinin ve Allah'ın tasavvuru, hem kaderciliği hem kaderi etkileyerek insanların Tanrı'ya farklı imajlar vermelerine neden olmaktadır. Örneğin, insanla cezalandırıcı bir yaratan tasavvuruna inanarak, istenemeyen bir olayın sebebini Tanrı'nın cezası olarak kadere bağlayabilirler.⁵⁶ Bazı insanlar doğum, ölüm ve dünyada meydana gelen diğer doğal afetleri “Tanrı'nın planı” olarak değerlendirmektedirler. Böylece daha da çok yaptığı işleri ve davranışları İlahi takdir ya da Tanrı tarafından önceden planlanmış ve kendi kaderini buna bağlayıp, kaderci olarak davranabilirler.⁵⁷

2.2.4. Sağlık ve Denetim Odağı

Denetim odağı psikiyatri ve psikolojide sıkça karşılaşılan bir kavramdır. Rotter'ın denetim odağı kavramı, psikoloji ve ruh sağlığı ile ilgili araştırmalarda ilgi çeken konulardan biri sayılır. İlk defa Rotter tarafından ortaya konan denetim odağı kavramı kişilerin davranışları ile bu davranışlarının sonuçları arasındaki neden-sonuç ilişkisine dayalı inançlarını (beklentileri) nitelemektedir.⁵⁸ Denetim odağı bir davranışın istenilen sonuçlara ulaşp ulaşmadığı hakkında bireylerin çeşitli beklentiler içerisinde olduklarını ve bu beklentilerin, bireylerin neler yaptıklarının önemli bir göstergesi olduğunu söylemektedir.⁵⁹ Rotter'e⁶⁰⁻⁶² göre denetim odağı, insanın belli bir davranış sergilemesindeki en önemli unsur pekiştiricilerdir. İnsan kendi yaptığı bir davranış pozitif ya da negatif pekiştirici olarak kabul ederek o pekiştiricinin, bu davranış kişinin

hayatı boyunca sergilemesine neden olacaktır. Genel anlamda pekiştiriciler kişi tarafından ya “izlenir” ya da “izlenmez” anlamına gelmektedir. İnsan hayatı boyunca hangi alanda olursa olsun yaşadığı bir davranışın beklentisini oluşturur ve bu oluşuma bağlı olarak kişi, kazandırılmış pekiştiricilerin ya kendi ya da kendi dışındaki dış güçlerin kontrolünde (takdir, şans ya da kader gibi) olduğuna inanmaktadır. Birinci durumda bireyin “içten denetimliler” veya “iç kontrol” odağına, ikincisinin ağır bastığı kişilere “dıştan denetimliler” diğer bir deyişle “dış kontrol” odağına inandığı varsayılmıştır.

Dış kontrol odağına sahip kişiler başlarına gelen tüm olayların kendi dışında bir gücün (kader, kısmet, şans, talih vb.) elinde veya kontrolünde olduğunu düşünmektedirler.⁶³ Dış kontrol odağına sahip kişiler iç kontrol odağına sahip kişilere göre daha pasif, hem kendilerine hem de diğer insanlara az güvenen bireylerdir^{64,65} Dolayısıyla kendine az güvenen kişiler, genel anlamda kendilerini güçsüz ve yetersiz hissettiklerinden dolayı bu kişilerde stres ve depresyon vakaları daha yüksek oranlarda görülmektedir.⁶⁶⁻⁶⁸

İç kontrol odağına sahip kişiler ise, başlarına gelen tüm olaylardan kendilerini sorumlu tutmakta ve bütün olayların gerçekleşmesinin kendi ellerinde olduğunu düşünmektedirler.⁶³ Bu açıdan iç kontrol odaklılar, kendilerini daha etkili, başarılı, güvenli ve bağımsız kişiler olarak tanımlamaktadırlar.^{64,65,68} Bunlarla birlikte, iç kontrol odaklı bireylerin kendilerini daha sağlam ve sağlıklı hissettikleri,⁶⁹ ve sorunlarla başa çıkma becerilerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Genellikle, içten denetimlilik veya kişinin kontrolünün kendi elinde olduğuna inanması eğilimi pozitif bir bireysel özellik olarak sayılırken, dıştan denetimliliğe, yani, kontrolün dıştan farklı güçlerin elinde olduğuna inanılmasına daha olumsuz bir bireysel özellik olarak bakılmaktadır.⁷⁰

2.3. Kader Tasavvuru

Kader kelimesi (Takdir) Arapça “Qadara” kelimesinden gelmiştir ve herhangi bir dilde tek bir kelime ile net bir şekilde tercüme edilememektedir. En yakın anlamlarından: “değerini tahmin etmek”, “yargılamak”, “tartmak” veya “bir şeyin kapasitesini ölçmesi” aynı zamanda da “güç, kuvvet” anlamına da gelmektedir.⁷¹ Kader konusu eski bir konudur ve Yunan Oedipus mitolojisinde ise bunun ilk örneklerine rastlanmaktadır. Bu efsaneye göre kaderde yazılmış olan Oedipus’un babası Laios’u katletmesi ve annesiyle evlenmesi bütün gayretleri göstermesine rağmen kaderini değiştirmeyecektir.⁷²

Bendictus’un⁷³ aktardığına göre Spinoza insan Tanrının iradesiyle hareket etmektedir. Yani bir insan hayatı boyunca Tanrı’nın ezeli emrinde hareket etmesi gerektiğini görecektir ve eğer insan açık ve seçik olarak Tanrı’nın çizdiği kadere tabi olduğunu anlarsa huzura kavuşacaktır. İslam’da kader, Allah’ın bir şeyi hükmetmesi, doğaüstü bir güç ve insanın hayatındaki bütün olayları, davranışlarını önceden takdir etmesi şeklinde kabul edilmektedir yani insanın hayat akışı olumsal değildir. Dolayısıyla insanın hayatını bir şekilden başka bir şekle değiştirme imkânı azdır.^{57(s.11)} Viktor Frankl bu görüşün tersine, insanı kendi kararlarını alan, hayat çizgisini çizebilen, serbest ve kendine has iradeye sahip varlık olarak açıklamıştır. Kendine has ve özgür iradeye sahip olan insan kendi hayatında da büyük bir sorumluluk taşımaktadır. Özellikle insan bilinçdışı tarafından kendi kaderi veya kısmeti belirlenen bir varlık olmadığını ve aynı zamanda her hangi bir dini inancını da tercih ve kabul etme ya da etmeme hakkına sahip olduğunu vurgulamıştır.⁷⁴ Kur’an’a göre, insan ve kaderde dâhil her şeyi yaratan Allah’tır. Kur’an sabit bir kararname olarak; insanların davranışlarını, kaderi ve ölümü de açık bir şekilde vurgulamıştır. Allah zaten belirli insanların kalplerini mühürlemiştir, böylece belirli insanlar ahlaki ve manevi olarak kör

olmuşlardır. Bu nedenle Allah tarafından verilen ceza kararı, cehenneme gitmesinin gerektiğinin kararı da olmuştur.⁷⁵ Fakat İslam dini Orta-Doğu, Orta-Asya, Mısır vb. yayılmaya başlayınca bu toprakta yaşayanlar çeşitli dinler, farklı kültürler ile karşılaşınca yeni görüşler de ortaya çıkmaya başlamıştır. Dolayısıyla bu yeni görüşler İslam'ın temellerini ilgilendiren yeni fikirlere yol açmıştır.⁷⁵ Artık ortaçağda Müslüman filozoflar Nasir Hüsrev, Farabi, Gazali vb. takdire veya kadere yönelik din içerisinde farklı açıklamalar yapmışlardır. İslam'da kader inancının “teslimiyet” manasına geldiği, Allah'ın takdirinin bireylerin hayatında büyük bir rol oynadığı ve hayatta bazı sıkıntılı durumlarda bireyden Allah'ın daha etkin düşündüğüne inanılmaktadır. Ayrıca kaderle ilgili Kur'an'da bulunan ayetler de ayrı bir gerçektir.^{57(s.67)}

2.3.1. Sağlık Kaderciliği

Kadercilik (Fatalizm); bütün olayların, tek ve tabiatüstü bir etken tarafından değiştirilemez şekilde belirlendiğini ileri süren teoridir. Kadercilik kavramı antik mitolojiden felsefeye, psikiyatri ve psikolojiden ilahiyata, antropolojiden sosyolojiye birçok alanda rastlanan ve incelenen bir kavramdır. Kaderciliğe ait literatür incelendiğinde yukarıda adı geçen bütün alanlarda kaderciliğin ne olduğunun açıklanmaya çalışıldığı ekonomik, sosyal, psikolojik, kültürel ve dini etkilerinin tartışıldığı görülmektedir.¹⁷ Kadercilik genellikle kadere dayanarak ilahi dinlerde bir kaynak yada fikir olarak vurgulanmaktadır. Kadercilik olay ve davranışların sonuçlarıyla birlikte önceden Allah tarafından takdir edilmiş ve değiştirilmeyeceği görüşüyle hareket etmektir.^{57(s.11-22)}

Kadercilik sağlık alanında, yıllardır kronik hastalıklar bağlamında incelenmiştir. Yüksek düzeyde kadercilik eğiliminin ergenlerde risk alma davranışını arttırdığı,⁷⁶ deprem veya trafik kazalarında risk almayı arttırdığı ve önlem almayı azalttığı,⁷⁷⁻⁸⁰ emniyet kemeri kullanımı,⁸¹⁻⁸² alkol tüketimi,⁸³ sigara içme davranışları⁸⁴ ve aynı

zamanda kanser tarama ve tedavi aşamaları^{15,85} gibi çeşitli davranışlar üzerinde çalışmışlardır.

Kaderci inançlara sahip olan bireyler kendi sağlığını veya hastalıklarını kadere ya da İlahi müdahaleye bağlayıp kendi kendine başlayan bir eylem olarak değerlendirebilirler. Bunun gibi kaderci atıflar davranış değişikliklerine ve sağlığa zararlı olan davranışlara da yol açabilir. Örneğin; Unger ve ark.¹⁶ ergenlik dönemlerinde olan bireylerde daha çok görülen kadercilik anlayışı nedeniyle birçok sağlık uyarılarını göz ardı edildiği “eğer benim kaderimde bir sağlık sorunu varsa, bu sorunları önlemek için onların yapabileceği hiçbir şey yoktur” düşüncesinde olduklarını belirlemiştir. Buna benzer Powe’nin de bir hipotezi vardır. Powe’ye¹¹ göre kanser taramalarına katılmayan birey de aynı şekilde davranabilir çünkü bu insan kanserin gelişimini Allah’ın iradesini yansıtan bir olay olarak görerek insanın bunu önlemesi için hiçbir şey yapamayacağını düşünmektedir. Benzer şekilde Lange ve Piette’nin⁸⁶ çalışması bazı diyabet hastalarının zayıf glisemik kontrollerini kendilerinin yönetmesi yerine kadere bağladığını bildirmektedir. Böyle bir durumda başarılı bir müdahale yapabilmek için katılımcıların kaderci yaklaşımları da ele alınmalıdır.

Sağlık kaderciliği ile ilgili dünya literatüründeki araştırma kanser kaderciliğidir. Freeman tarafından yapılmış Yoksulluk-Kanser Modeli kaderciliği bu çalışmalardan biridir. Bu çalışmada kanser kaderciliği üzerine karmaşık yapıda bir kısır döngü olarak tespit edilmiştir. Bu model sosyoekonomik durumu kötü olan bireyler için; umutsuzluk, güçsüzlük, sosyal izolasyon, yaşam arzusunu kaybetme vb. anlamına gelmektedir. Aynı zamanda yoksulluk içinde olanlar daha kaderci olduğundan dolayı tam anlamıyla kanser taramalarından faydalanmamaktadırlar. Dolayısıyla kadercilik koruyucu sağlık hizmetlerine karşı bir engel oluşturmaktadır. Kanserde geç konulmuş tanı sonuçları hastanın hayatta kalma şansını azaltmaktadır.⁸⁷ Freeman kaderciliğin gelişmesinin

yoksullukla alakalı olduğunu gözlemlemiştir. Yoksulluk içinde yaşayanlar, ırkı ne olursa olsun sadece hayatta kalma ve kaderciliğin vermiş olduğu umutsuzluk ve güçsüzlük duygusunun eğilimindedirler. Bu tutumlar kötü ilişkili sağlık kaderciliğine yol açabilirler. Yoksulluk içinde yaşayan bireylerde bu tutumlar doğrudan sağlığı etkiler. Ayrıca Freeman kaderciliğin etkisini bilgilendirme amaçlı yapılan koruyucu bakım toplantılarına katılma oranındaki azalmaya ve özellikle bu azalmayı da kanser taramalarında gözlemlemiştir.⁸⁷ Diğer bir çalışmada ise Powe,¹⁵ bireylerin demografik özelliklerinin, bilgisinin, kadercilik anlayışının kolorektal kanser taramasına katılmaları arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Powe'nin çalışmasında bireylerde kolorektal kanser taraması için bakılması gereken gaitada gizli kan testine katılmama oranı da kaderciliğin en önemli belirleyicisi olarak belirlemiştir. Ayrıca, Powe'ye göre¹⁵ en düşük kadercilik puanları beyaz erkeklerde bulunmuştur. Gana'da Gyapong ve ark.⁸⁸ tarafından meme kanserine yönelik yapılmış bir çalışmada Ganalıların birçoğunun hayatında kadercilik anlayışının varlığını keşfettiler. Alan çalışması sırasında çoğu insan hastalık nedenlerinin “doğüstü ve manevi faktörlere bağlı” olduğunu açıklamışlardır. Eğer insan herhangi bir hastalığa yakalanırsa “Bize ne olacağını Tanrı'nın kararına bırakırız, çünkü biz başka ne yapabileceğimizi bilmiyoruz” şeklinde ifade etmişlerdir.

Türkiye’de verem hastalığı vakalarında hastalığa teşhis koyulması ve kişilik özellikleri üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların %38’ine göre hastalık, Allah tarafından onlara verilmiştir ve bu hastalık onların ellerinde olmayan sebeplerden kaynaklanan ayrıca sonucunu insanın değiştiremeyeceği ve bu hastalığın kabullenilmesi gereken bir vaka olduğu savunulmuştur.¹⁸ Türkiye’de kaderciliğe yönelik erkeklerde prostat kanserine yönelik kaderci yaklaşımları belirlemek için kullanılan ölçeklerin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışma ile sınırlıdır. Çapık

ve ark.'ın yaptığı bu çalışmada kadercilik ve kaderci yaklaşımların prostat kanserinin erken teşhise, tanı ve tedaviye yönelik davranışları etkilediği tespit edilmiştir.¹⁹

2.4. Ölçeklerde Geçerlilik ve Güvenirlik

Araştırmacılar üç farklı durumda ölçek kullanır. Bu üç durum için farklı geçerlilik ve güvenirlilik analizleri yapması gerekmektedir;⁸⁹

1. Farklı bir toplumun kültüründe geliştirilmiş bir ölçeği kullanabilirler.
2. Türk dili için geçerlilik ve güvenirlilik analizleri yapılmış bir ölçeği kullanabilir.
3. Kendisi yeni bir ölçek geliştirebilir.

Bir kültür veya toplumda mevcut olan geliştirilmiş bir ölçeğin farklı bir toplumun kültür veya dile adapte etmesi ve uyarlanması için sistematik olarak incelenmesine 'ölçek uyarlaması' denir. Ölçek uyarlaması belirli aşamalar ile yapılmaktadır. Bu aşamalar arasında dil geçerliliği veya psikolinguistik ve psikometrik özelliklerini incelenmesi ve kültürlerarası özelliklerin karşılaştırılması yer almaktadır.^{90,91}

2.4.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi

Bir ölçek farklı bir dile çevirirken ölçeğin maddeler içerisinde meydana gelen farklılıklar kaçınılmazdır. Bunun esas sebebi de psikolinguistik veya kültürel farklılıklardan kaynaklamaktadır.⁹² Ölçek uyarlaması sırasında ölçek maddelerini iyice okuyarak, inceleyerek değişimlerin en aza indirilmesi, çevirinin anlamlılığı için net bir şekilde gereken dönüştürmelerin yapılması, çevrilen dili kullanan bireylerin normlarına göre standardize edilmesi temel koşullardan sayılmaktadırlar. Bir ölçeği başka bir dile uyarlama sırasında farklı çeviri yöntemleri kullanılır;⁹⁰

- Tek yönlü veya tek taraflı çeviri tekniği
- Grup çevirisi tekniği
- Çeviri-geri çeviri tekniği

Bu yöntemlerden en çok tercih edilen tek yönlü veya tek taraflı çeviridir. Bu çeviri yöntemi her ne kadar çok kullanırsa da başarı kişinin deneyimleri, tecrübeleri, bilgi ve becerileri bağlıdır. Çeviren birey her ne kadar tecrübeli ve becerikli olsa da tek taraflı çeviri yöntemi çevirilerle ölçeklerin geçerlik ve güvenirliği düşük olduğunu göstermektedir.⁹⁰

Ölçeklerin çeviri yöntemlerin arasında en çok kullanılan yöntemlerden bir diğeri grup çevirisidir. Bu çeviri her iki dili iyi bilen iki veya daha fazla kişi tarafından her iki kişi beraber ya da ayrı-ayrı çevrilerek ortak bir noktaya varılmaya çalışılır veya dışarıdan bağımsız bir gözlemci bu kişileri denetlemektedir.⁹²

Kültürel eşitliğini sağlamada en çok güvenilir ve tercih edilmesi gereken geri çeviri yöntemidir. Bu yöntemde orijinal, ve çevrilen dili, çok iyi tanıyan iki kişi tarafından çeviri yapılmaktadır. Çeviriden sonra metni orijinal ölçek maddeler ile mukayese ederek uyumsuz olanlar çevirileri belirlenip gerekli düzeltmeler yapılmaktadır.⁹² Geri çeviride orijinal ölçeğin dilini çok iyi bilen 3-5 kişilik birbirinden bağımsız olarak incelemelidir. En son aşamada ise orijinalinin maddeleri ortaya çıkan yeni ölçek ile tek-tek mukayese edilir. Uyumayan maddeler eğer çıkarsa gerekli değişiklikler yapılarak ölçeğin çevirisi kontrol edilir. Eğer orijinal ölçek ve ortaya çıkan yeni ölçeğin maddeleri birbirine yakın olursa o zaman ölçeğin çevirisi tamamlanmıştır ve ölçeğe son şekli verilmelidir.⁹³

2.4.2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi

Geçerlilik ve güvenirlik bir psikolojik ölçme aracının taşıması en önemli niteliğidir. Eğer bir ölçme aracı istenen düzeyde geçerli ve güvenilir değilse o zaman bu ölçeğin sonuçlarına güvenilmez. Bunun için ölçme araçları güvenilir ve geçerli kabul edilen sınırlar içerisinde olmalıdır.⁹⁴ Psikometrik yaklaşım, istatistiksel yöntemler

(faktör analizi, madde analizi ve test analizi) ile geliştirilmiş, bilimsel yöntemlerle denenmiş, geçerliliği ve güvenilirliği belirlenmiş ölçeklere önem vermektedir.⁹⁵

2.4.2.1. Geçerlilik

Geçerlilik bir ölçme aracında en evvel aranması gereken özelliği olduğu vurgulanabilir. Çünkü güvenilir bir ölçek her zaman geçerli olacak diye bir durum söz konusu değildir. Bu sebeple bir ölçme araçlarında ilk olarak geçerliliğin sağlanması gerekmektedir. Ölçme araçlarında geçerlilik kanıtlama için üç yöntem kullanılır.^{94(s.220)}

- Kapsam geçerliliği (Content Validity)
- Ölçüt- geçerliği (Criterion-Related Validity)
- Yapı geçerliliği

Kapsam geçerliliği: Yöntemin esas hedefi ise konu hakkında uzman olan bir gruba ölçek maddeleri değerlendirip inceleyerek anlamlı ve ortak bir bütünlüğünü oluşturmaktır.⁹⁶

Kapsam geçerliliğin sağlanması için söz konusu uzman sayısı 3-20 kişiden oluşur. Uzman görüşleri sonucunda hedefine uygun net ve anlaşılır düzeyde olan ölçek maddeleri değerlendirilerek veri toplama aracı yeniden düzenlenir. Kapsam geçerliliğinin sayısal değerlerle ispatlanması, araştırmacı tarafından geliştirilecek bir derecelendirme bir ölçütün uzman grubuna verilmesi ile sağlanabilir. Örneğin, Content Validity Index (CVI) gibi bir araç ile uzmanlar her bir ölçek maddesini 1-4 arasında puanlayarak değerlendirir. Puanların değerleri;

- 1 puan= uygun değil
- 2 puan= maddenin uygun şekle getirilmesi gerekir
- 3 puan= uygun ama ufak değişiklik gerekiyor
- 4 puan= çok uygun şeklindedir.

Bu değerlendirme sırasında uzmanlar her bir madde için verdikleri puanlara göre işlem yaparak 1 ve 2 puan alan maddeleri çıkarır veya yeniden düzenler. Kapsam geçerlilik indeksi (KGI) elde edilmiştir. Kapsam geçerliliği için uzman grubu incelemesinde “en az uyum sınırının” altında olan maddeler veri toplama aracından çıkarılmalı ve ya yeniden düzenlenmelidir.⁹⁷

Paralel Form Eş Değerliği: lte dayalı geçerlilik bir lme veya testin diğer bir testle elde edilen bulgularla arasındaki uyumluluk düzeyidir. Ölçüt-bağımlı geçerlik kendi içinde iki yaklaşıma sahiptir.^{94(s.221)}

Yordama Geçerliliği: Yordama geçerliliği bir anlamda, yapılan lme ile ölçülmeye çalışılan şeyin gerçek hayattaki yansımalarının mukayeselerde uyumu gösteren uygulama geçerliğidir. Yordama geçerliliği, yapılan lme aynı kültürde kullanılan ve ilgili olduğu bilinen diğer sağlam leklerden elde edilen ölçümlerle olan ilişkisinin düzeyine bakılarak da yapılabilir.^{98,99} Bir lğin yordama geçerliği veri toplama aracından ve lekten elde edilen puan ile gelecekteki gözlenecek, lmek istenen özellikleri ve davranışları arasındaki korelasyon genel olarak Pearson Momentler arpımı Korelasyonu ile hesaplanır.⁹⁵

Hemzaman/Eşzaman Geçerliliği: Hemzaman ve ya eşzamanlı lek geçerliliği olarak bilinen bu geçerlilikte aynı psikometrik özellikler ile sahip olan aynı kültürde kullanılan, önceden test edilmiş başka bir lme aracının puanları arasında korelasyon katsayıları mukayese ederek hesaplanır. Uygulanan bu iki ölçüm aracı arasındaki korelasyon bakılır ve bu korelasyon katsayısını yüksek olması beklenir.⁹⁶

Yapı Geçerliliği: Bir lek mukayese edebileğimiz herhangi bir kriter yoksa yapı geçerliliği test edilmelidir. lekteki bulunan maddelerin birbiri ile olan ilişki düzeyi olarak tanımlanabilir. lme aracını oluşturan maddelerin yapı geçerliliğinin yüksek olması beklenir bu sebeple lme aracını oluşturan maddelerin homojen yani

birbirine benzer nitelikte beklenir.^{94(s.222)} Yapı geçerliğinin hedefi belirli bir yapıyı başka yapılarla karıştırmadan ölçekbilen maddeleri seçerek kendi içinde tutarlı bir ölçek oluşturmaktır.¹⁰⁰ Burada en sık istatistiksel olarak kullanılan yöntem faktör analizinden bahsedilecektir.

Faktör Analizi: Faktör analizi, ölçekteki maddelerin farklı boyutlar altında toplanıp toplanamayacağını değerlendirmek için yapılan bir analizdir.¹⁰¹

Genel olarak iki esas hedefi bulunmaktadır, biri değişken sayısını azaltmak diğeri ise değişkenler arasındaki ilişkiden faydalanarak bazı yeni yapılar ortaya çıkarmaktır. Uygulanış şekline ve uygulama amacına göre birçok faktör analizleri türü bulunmaktadır, ama faktör analizinde açıklayıcı ve doğrulayıcı olmak üzere iki tür yaklaşım/yöntem en çok kullanılanlarıdır.¹⁰²

Açıklayıcı Faktör Analizi: Açıklayıcı faktör analizinde araştırmacı tarafından incelenen ölçeğin analiz sonuçlarına göre maddelerin, çıkarılması ve düzenlenmesi yapıldıktan sonra, uygun olmayan analiz tekrar edilerek en uygun yapıya ulaşılmaya çalışılır.¹⁰³

Örneklem büyüklüğü faktör analizinde büyük bir rol oynamaktadır. Örneklem büyüklüğü azaldıkça hesaplanan korelasyon katsayısı da daha az güvenilir olabilir. Bu nedenle örneklem büyüklüğünün yeterli düzeyde olması, değişkenler arası korelasyonun güvenilirliği için önemlidir. Örneklem büyüklüğünün yeterli olup olmadığını saptamada Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi kullanılmaktadır. Testin sonucuna göre elde edilen değer 1'e yaklaştıkça mükemmel, 0.50'nin altına düştüğünde uygunsuz olarak kabul edilmektedir. Bu testin uygulanmadığı durumlarda kural olarak örneklem büyüklüğü değişken sayısının 5-10 katı olarak alınır.⁹⁰

Doğrulayıcı faktör analizi ise, açıklayıcı faktör analizi ile belirlenen faktörlerin, hipotezle belirlenen faktör yapılarına uygun olup olmadığını test etmek üzere yapılır.

Açıklayıcı faktör analizi ile belirlenen faktörler ile veri matrisindeki değişkenlerden faydalanılarak faktörler ile değişkenler arasında bir uyum yani yüksek korelasyon olup olmadığı araştırılır.¹⁰²

2.4.2.2. Güvenirlik

Bir ölçme aracında güvenirlilik ölçümlerin kararlılık derecesidir.^{94(s.221)}

Bir skala güvenilirliğini pek çok faktör etkileyebilir.⁹¹

- Skalanın maddeleri ile alakalı yanılğı veya hatalar
- Teste veya ölçek maddelerine yanıt veren bireyler ile alakalı yanılğılar
- Ölçeğin uygulamasındaki bulunan yanılğılar
- Ölçeğin puanlamasındaki bulunan yanılğılar.

Bir ölçeğin (skalanın) güvenirlilik düzeyini artırmak için ölçek maddeleri,⁹¹

- Açık, net ve anlaşılır bir şekilde ifade edilmeli,
- Sayısı yeterli olmalı,
- İçerik yönünden homojen olmalı,
- Uygulaması ve puanlaması standart koşullarda yapılmalı,
- Dolduran veya cevap veren kişilerin gösterdiği tutarsızlıklara duyarlı olunmalıdır.

Güvenirlikte iki maddeler arasında ilişki olup olmadığı korelasyon katsayısı ile belirlenir. Korelasyon katsayısı ilişkinin gücü ile ilgili malumat verir. Hesaplanan katsayı +1 olduğunda iki ölçüm arasında pozitif yönde mükemmel bir ilişkinin varlığını ve -1 olması negatif ve mükemmel bir ilişki varlığını gösterir. Korelasyon katsayısı 0 ise iki değişken arasında ilişki olmadığını gösterir.¹⁰² Güvenirlilik arttıkça hata oranı azalmaktadır. Korelasyon katsayısı $r=0.70$ 'den az olan ölçeklerin kullanılması uygun değildir.¹⁰⁴

Güvenilirlik ölçütü;

- Zamana göre değişmezlik (stability),
- Bağımsız gözlemciler arası ve gözlemciler içi uyum (equivalence),
- İç tutarlık/tutarlılık (internal consistency) olmak üzere üç başlık altında toplanır.^{99,105}

Zamana Göre Değişmezlik: Farklı zamanlarda uygulanan ölçeğin aynı koşullar altında aynı sonucu vermesidir.⁹⁷

Test Tekrar Test Yöntemi: Test tekrar test güvenirliği ölçülen niteliğin kararlı olduğu halde uygulanıp ölçme aracı da belli bir grup üzerinde ara vermeden veya belli bir zaman (en çok 1 ay) içerisinde tekrar uygulanır. Bu biçimde test tekrar test iki uygulama arasındaki korelasyona bakılarak tanımlanır. Fakat test tekrar test uygulamada zamanın aralığını iyi belirlemek gerekmektedir. Eğer zaman çok kısa tutulursa kişinin önceki cevaplarını hatırlama ihtimali yüksektir. Eğer zaman aralığı çok geniş tutulursa araştırma dışı etkenler sonuçları etkileyebilir. Bu sebeple 15 ve 30 günün arasında test tekrar test için en klasik ve ideal zaman aralığının olduğu söylenebilir.^{94(s.213)}

Paralel (Eş Değer) Form Güvenirliği: Test tekrar test ile aynı kişilerin belirli bir zaman içerisinde değerlendirilmesi ve uygulanması açısından benzerdir. Fakat ikinci oturumda ölçeğin aynısı değil de eş değer formu kullanılmasıdır. Dolayısıyla bu testin uygulanmasındaki en esas sorun eş değer olabilecek testin bulunamamasıdır. Bazı ölçeklerde eşdeğer olamadığı için araştırmacılar tarafından ölçeğe eş olan paralel form oluşturur.⁹⁴ İki benzer ölçekler için en çok kullanılan korelasyon tekniği Pearson Momentler Çarpım Korelasyonudur.^{94(s.214)}

Bağımsız Gözlemciler Arası Uyum: Bu Güvenirlik testi birkaç araştırmacı tarafından birbirinden bağımsız olarak aynı şeyleri ölçmeye çalıştıkları durumda

değerlendirir ve uygulanır. Bağımsız gözlemciler arasındaki uygunluğu ve uyumu değerlendirmek için Korelasyon Kendall's Coefficient of Concordance ile değişkenlik çözümlemelerinden yararlanılır.⁹⁹

İç Tutarlılık: Soruların kendi içindeki benzerliği (homojenliği) araştırılır.¹⁰⁴

- **Test Yarılama Yöntemi:** İç tutarlığı ölçmede kullanılan eski yöntemlerden biridir. Ölçek gruba uygulandıktan sonra ölçek maddeleri puanlama öncesi iki eşit parçaya bölünür. Ölçeği iki yarıya bölme işlemi randomize, 'birinci-ikinci yarı' ya da 'tek numaralı çift numaralı' gibi yöntemlerde kullanılır. Daha sonra iki parça arasındaki korelasyon hesaplanır.^{95,101}

- **Kuder-Richardson Güvenirlik Katsayıları:** İç tutarlığın güvenilirliğini tespitinde sık kullanılan ve ölçekteki maddeler "var-yok" veya "evet-hayır" gibi kesikli değişkenler biçimindeyse bu yöntem kullanılır. Hem maddelerin birbiriyle hem de ölçeğin tümüyle iç tutarlılığını kestirmek (tahmin etmek) için kullanılır.¹⁰¹

- **Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı:**

Cronbach alfa katsayısının bulunabileceği aralıkları ve güvenilirlik düzeyleri ve durumu aşağıdaki şekilde verilmiştir.

Tablo 2.1. Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı^{94(s.217),104}

α – Değeri	Anlamı
$0.00 < \alpha < 0.40$	Ölçek güvenilir değildir
$0.40 < \alpha < 0.60$	Düşük düzeyde güvenilir
$0.60 < \alpha < 0.80$	Ölçek oldukça güvenilir
$0.80 < \alpha < 1.00$	Ölçek yüksek düzeyde güvenilir

Bu yöntem iç tutarlılığın değerlendirilmesi ve belirlenmesinde sıkça kullanılan yöntemidir. Esas hedef ölçekte yer alan maddelerin uygunluğu veya uyum düzeylerini ortaya çıkarıp maddelerin homojenliğinin ölçütüdür. Likert tipi ölçeklerde kullanılan yöntemidir. “Cronbach Alpha” katsayısı derecelemede ne kadar yüksek olursa, ölçeğin aynı özelliğin öğelerini içeren tutarlı maddelerden oluştuğu varsayılır.^{94(s.217),104}

- Madde-Toplam Puan Korelasyon: Bu yöntemde her bir ölçek maddesinin varyansı ile ölçeğin toplam varyansı mukayese ederek arasındaki ilişki incelenir. Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonunun düzeltilmiş formülü ile bu ilişki hesaplanır. Bir maddenin kabul edilebilir olması için madde-toplam korelasyon katsayısı pozitif ve en az 0.20 olmalı. Eğer bu katsayı 0.20'den az olur ise o zaman maddelerin güvenilirliğini düşüreceğinden dolayı ölçekten çıkarılıp ölçeğin madde toplam puan korelasyonu tekrardan incelenmelidir.¹⁰¹ Eğer madde çıkarıldıktan sonra alfa katsayısını yükseltiyorsa o madde güvenilirliği azaltan bir etken anlamına gelmektedir ve o maddeyi ölçekten çıkarılmalıdır. Böylelikle bu işlevlerden sonra ölçeğin benzeşikliği yani homojenliği artırılmış olur.^{96,102}

2.4.3. Kültürlerarası Özelliklerin Karşılaştırılması

Ölçeği farklı dillere uygulama yaptıktan sonra kültürlerarası mukayese etmek ayrı bir araştırma konusudur. Kültürlerarası karşılaştırmada uyarlanan ölçeğin kültürel normları diğer dillerdeki kültürel standartlar ve normlarıyla karşılaştırması yapılır. Bu yöntemin aşamasında aşağıdaki gibidir:⁹⁶

“Uyarlanan ölçeğin puan ortalaması, standart sapması ve kesme noktası gibi özellikleri orijinal ölçeğin norm değerlerine benziyor mu?”

“Uyarlanan ölçeğin ölçme hatası, orijinal ölçeğin ölçme hatasına yakın mı?”

“Uyarlanan ve orijinal ölçeğin faktör yapıları benziyor mu?”

“Faktör-madde yükü her iki ölçekte de benzer değerde mi?” gibi sorulara cevaplar aranır. Bu tür araştırmalarda her iki kültürde benzer özellikleri ölçęi geliştiren araştırmacılar beraber çalışarak uygulanan iki ölçęin tüm psikometrik özellikleri, ölçekteki maddelere verilen cevapların ve benzeri birçok özellik karşılaştırılır.⁹⁶



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma metodolojik türde bir çalışmadır.

Araştırmanın basamakları şu şekildedir;

- Sağlık Kaderciliği Skalası'nın Türk diline ve tekrar İngilizceye çevrilmesi,
- Uzman bir grup tarafından içerik geçerliliğinin sınanması,
- Psikometrik analizlerinin (faktör analizi, geçerlilik kat sayısı ve madde toplam korelasyonu) yapılması.
- Kaderciliği etkileyebilecek çeşitli faktörlerin incelenmesi.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Erzurum Şerif Efendi Aile Sağlığı Merkezi (ASM) bölgesinde Mayıs-Aralık 2016 tarihleri arasında yıl içerisinde yapılmıştır. Araştırmanın verileri Mayıs-Eylül 2016 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın örneklem gurubunu 30 yaş ve üzeri bireyler oluşturulmuştur. Örneklem grubu, evrenden olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemine göre seçildi. Skalada 17 madde olduğu için çalışmaya en az 170 kişi alınması gerekmektedir.¹⁰⁶ Çalışmada daha kesin bulgular elde etmek için 500 kişiden veri toplanmıştır.

3.4. Çalışmaya Dâhil Edilme Koşulları

İletişim kurma becerisinde sorun olmayan, erişkin ve sağlam bireyler çalışma kapsamına almıştır.

3.5. Çeviri Süreci ve İçerik Geçerliliği

Araştırmada dört akademisyen hemşire, sağlık kaderciliği skalasını bağımsız olarak Türk diline çevirdikten sonra, skala tekrar orijinal diline çevrilmiştir. Orijinal dile

geri çevirme işlemini İngiliz Dili ve Edebiyatı Anabilim Dalı'nda öğretim elemanı olarak çalışan iki bağımsız akademisyen yapmıştır. Çevirmenlerin ana dili Türkçedir.

3.6. Kapsam Geçerliliği

Çeviri işlemi tamamlandıktan sonra skala on hemşire-ebe akademisyenden oluşan uzman grubun görüşüne sunulmuştur. Görüşleri e-mail yolu ile alınan uzmanlar skalanın maddelerini anlaşılabilirlik ve kültürel uygunluk yönünden incelemiştir (EK-2). Uzman görüşlerine dayanarak yapılan kapsam geçerliliğinde Davis Tekniği kullanmıştır.⁹⁰ Dörtlü derecelendirmenin kullanıldığı Davis Tekniğine göre uzmanlar skalanın maddelerini;

1. “Uygun değil”,
2. “Maddenin uygun şekle getirilmesi gerekiyor”,
3. “Uygun ama ufak değişiklik gerekiyor”,
4. “Çok uygun” şeklinde değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme sonrasında ilk iki

derecelendirmenin toplamı, uzman sayısına bölünerek kapsam geçerlilik indeksi (KGİ) elde edilmiştir. KGİ'nin 0.80'den büyük olduğu için maddenin kapsam geçerliliği açısından yeterli olduğu kabul edilmiştir.⁹⁰

Skalanın çeviri süreci ve kapsam geçerliliği süreci tamamlandıktan sonra skalanın son hali 30 kişilik bir grup üzerinde pilot olarak uygulanmıştır. Bu araştırmada maddelerde hiçbir değişiklik yapılmamıştır.

3.7. Faktör Yapısı ve İç Geçerliliğin İncelenmesi

Son hali verilen skala daha sonra 500 kişilik örneklem grubuna uygulanmış ve elde edilmiş verilere KMO, Bartlett testi, açıklayıcı faktör analizi, doğrulayıcı faktör analizi, iç geçerlik analizi ve madde toplam korelasyonları yapılarak ölçek geçerlilik ve güvenilirliğine ilişkin kanıtlar aranmıştır.

3.8. Veri Toplama Araçları

Çalışmada demografik tanıtım formu (EK-3) ve sağlık kaderciliği skalası (EK-4) olmak üzere iki adet form kullanmıştır.

3.8.1. Demografik Form

Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, gelir durumu, sağlık güvencesi, meslek ve kronik hastalığı sorgulayan sekiz soru bulunmaktadır (EK-3).

3.8.2. Sağlık Kaderciliği Skalası

Franklin, Schlundt ve Wallston tarafından 2008 yılında geliştirilmiştir. Araştırmacılar tarafından Sağlık Kaderciliği anketini Afro-Amerikan bir toplum üzerinde geliştirilmişlerdir. Bu skalayı geliştiren yazarlar sağlık kaderciliği ve önleyici sağlık davranışları arasında bir örüntü belirlemeyi amaçlamışlardır. Böylece sağlık hizmetleri kullanımında ve sağlıklı yaşam uygulamalarında potansiyel ve bilişsel engelleri değerlendirerek faydalı olmaya çalışmışlardır.²⁰ Skala kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum şeklinde cevaplanan Likert tiptedir. Orijinal dilinde skaladan alınan puanın artması kaderciliğin arttığını göstermektedir. Skalada 17 madde ve 3 alt boyut bulunmaktadır (EK-5). Skaladan alınabilecek puanlar 17-85 arasında değişmektedir.

Tablo 3.1. Orijinal Skalaya Ait Alt Boyutlar

Alt Boyutlar	Maddeler
1. İlahi Öngörü (Divine Provision)	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11
2. Mukadder Plan (Destined Plan)	12,13,14,15
3. Çaresizlik (Helpless Inevitablity)	16,17

Bu alt boyutlardan ilahi öngörü faktörü “Allah daha iyi bir sağığı sağlayacaktır” inancını ortaya çıkarır. Bu öngörü dua ya da inanış yollarıyla kazanılabilir ya da direkt Allah tarafından verilebilir.

Bir diğerk yapı olan mukadder plan faktörü bireyin sağık durumunun Allah'ın belirlediğı bir planın parçası olduğı inancını ölçer. Bu planın, bireyin hayatında bir amaca hizmet etmesi olduğı düşünölmektedir.

Son olarak ise çaresizlik faktörü bir kişinin kendi sağığı üzerinde az ya da hiç kontrole sahip olup olmadığı inancını ölçer. Ayrıca sağık sonuçlarının kaçınılmaz olduğunu ve kişisel olarak yapabileceğı fazla bir şeyin olmadığını düşünmektedir. Skala 5-10 dakikada doldurulabilmektedir (EK-4). Bu skala bütün sosyal sınıflar için uygundur.

3.9. İç Tutarlılık

Sağık Kaderciliğı Skalası'nın iç tutarlılığını (homojenliğini) belirlemek için madde-toplam puan korelasyon katsayılarına ve Cronbach's Alfa katsayısı bakılmıştır.

3.10. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından Mayıs-Eylöl 2016 tarihleri arasında yüz yüze görüşme tekniğı ile toplanmıştır.

3.11. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS (versiyon 11.5, SPSS Inc.) ve Lisrel 8.50 paket programı ile analiz edilmiştir. Bireylerin demografik özellikleri tanımlayıcı istatistikler kullanılarak incelenmiştir. Kategorik verilerde yüzdellikler, sürekli verilerde ortalama ve standart sapmalardan yararlanmıştır. Çalışmada daha kesin bulgular sağlamak için temel bileşenler analizi yapılmıştır. Faktör analizinden önce örneklem yeterliliğini ve faktör analizine uygunluğunu belirlemek için Kaiser–Meyer–Olkin (KMO) ve Bartlett testleri uygulanmıştır. Tüm bu işlemlerden sonra Lisrel programı ile modelin teorik yapıya

uygun olup olmadığı değerlendirilmiştir. Bu aşamada GFI, RMSEA, SRMR, CFI gibi uyum indekslerinden yararlanmıştır. İç geçerliliği saptamak için Cronbach alfa kat sayısı ve madde toplam puan korelasyonları kullanmıştır. Skala Türk Dilinde tek boyutlu yapı gösterdiği için veriye herhangi bir döndürme metodu uygulanmamıştır.

3.12. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları

Bu çalışmanın tek ASM bölgesinde yürütülüyor olması sınırlılık olarak kabul edilebilir. Ayrıca skalanın Türkçe versiyonunu tek alt boyutlu olması uluslararası karşılaştırmada engel teşkil edebilir. Çalışmanın verileri sadece Türkiye'nin doğusunda bulunan bir ilde toplanmıştır. Batı kültüründe veri toplanması bir sınırlılıktır.

3.13. Araştırma Etiği

Çalışmaya başlayabilmek için ilk olarak Ken Wallston ve arkadaşlarından e-mail yolu ile 07.09.2015 tarihinde yazılı izin alındı (Ek-6). Çalışmada ayrıca Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi etik kurul komitesinden etik kurul izni (Ek-7) ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumundan yazılı izni alındı (Ek-8). Veri toplanırken bütün katılımcılardan sözlü/yazılı onam alınmış ve istedikleri anda çalışmadan ayrılacakları bildirilmiştir. Çalışmada Helsinki Deklarasyona uygun davranılmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

		n	%
Cinsiyet	Kadın	287	57.4
	Erkek	213	42.6
Eğitim Düzeyi	Okuryazar Değil	31	6.2
	Okuryazar	24	4.8
	İlkokul	162	32.4
	Orta Okul	69	13.8
	Lise	94	18.8
	Üniversite ve Üstü	120	24.0
Medeni Durumu	Evli	436	87.2
	Bekar	64	12.8
Sağlık Güvencesi	Var	455	91.0
	Yok	45	9.0
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	211	42.2
	Gelir Gidere Eşit	232	46.4
	Gelir Giderden Fazla	57	11.4
Meslek	İşsiz	15	3.0
	Memur	58	11.6
	İşçi	31	6.2
	Emekli	56	11.2
	Ev Hanımı	206	41.2
	Diğer	134	26.8
Kronik Hastalığı	Var	132	26.4
	Yok	368	73.6
	Min-Max	Ort.	SS.
Yaş	30-80	44.06	11.76

Tablo 4.1.'de görüldüğü gibi, katılımcıların %57.4'ünün kadın, %32.4'ünün ilkokul mezunu, %87.2'sinin evli, %91'nin sağlık güvencesinin olduğu, %46.4'ünün gelirinin giderine eşit olduğu, %41.2'sinin ev hanımı olduğu, %73.6'sinde her hangi bir kronik hastalık olmadığı ve katılımcıların yaş ortalamasının 44.06 ± 11.76 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Ölçek Maddelerine Ait KGİ Skorları

Maddeler	4	3	2	1	KGİ Skoru
1. Eğer sağlığım için yalnızca Allaha dua edersem o beni iyileştirir.	4	4	2	-	0.8
2. Hasta olduğum zaman dertlerimi Allaha havale ederim ve çözümünü ondan beklerim.	7	1	2	-	0.8
3. Huzurunda lütfâ sahip olduğum için Allah benim sağlığımı korur.	5	3	2	-	0.8
4. Allah, daha sağlıklı olmamı isterse bunu sağlar.	5	4	1	-	0.9
5. Sağlığım hakkında endişelenmiyorum çünkü bu Allah'ın elinde olan bir şeydir.	6	4	-	-	1.0
6. Hastalandığımda, Allah iyileşmemi isteyene kadar beklemek zorundayım.	6	3	1	-	0.9
7. Bir sağlık problemim olduğumda, iyileşmek için Allah'a dua ederim.	8	2	-	-	1.0
8. İbadetlerime devam ettiğim sürece, her türlü hastalıktan korunurum.	5	4	-	1	0.9
9. Dindar insanlar Allah onlar için ne takdir ettiyse kabul etmelidir.	7	1	2	-	0.8
10. Bana şifa vermesi için insana değil Allah'a güvenirim.	7	2	1	-	0.9
11. Bir insanda iman varsa, doktorlar hiçbir şey yapmasa bile şifa bulur.	7	3	-	-	1.0
12. Allah bazen insanların bir sebepten dolayı hasta olmasına izin verir.	7	2	1	-	0.9
13. Eğer hasta olursam Allah'ın iradesiyle olmuştur.	7	1	2	-	0.8
14. Her hangi bir hastalığa yakalanacaksam, bunu daha önceden Allah planlamıştır.	6	2	2	-	0.8
15. Bazen bir insan Allah'a itaat etmediği için hastalanabilir.	7	2	-	1	0.9
16. Daha sağlıklı olmam için çabalamama gerek yok çünkü bu Allah'ın elindedir.	6	2	1	1	0.8
17. Küçük sağlık problemlerini kendim kontrol edebilirim ama büyük olanları sadece Allah kontrol eder.	7	3	-	-	1.0
Kapsam Geçerlilik İndeksi	0.88				

Davis tekniği kullanılarak kapsam geçerliliği değerlendirilen skalaya ait maddelerin KGİ skorları Tablo 4.2’de görülmektedir. Skalaya ait bütün maddelerin KGİ skorları 0.8-1.0 arasında değişmektedir. Dolayısıyla kapsam/içerik geçerliliği yönünden herhangi bir madde ölçekten çıkarılmamıştır.

Sağlık Kaderciliği Skalası’nın Geçerliliğine İlişkin Bulgular

Kapsam geçerliliği sonrasında, çalışmada daha net ve kesin bulgular bulabilmek ve sağlamak için Sağlık Kaderciliği Skalası’nın (SKS) yapı geçerliliğini belirlemek üzere faktör yapıları incelenmiştir. İlk önce KMO (Kaiser-Mayer Olkin) analizi örneklemin büyüklüğünün yeterli olup olmadığını belirlenmesi için kullanılmıştır. Verinin faktör analizine uygunluğunu belirlemek için ise Barlett Testi yapılmıştır. Daha sonra ise ölçeğin faktör yapısı hem Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA), hem Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.3. KMO ve Barlett Testi Sonuçları

Testler	Sonuçlar	p
KMO	0.940	-
Bartlett Testi	$\chi^2=3778.877$	0.000

Tablo 4.3. incelendiğinde KMO katsayısının değeri 0.940 olduğu görülmektedir. Bartlett’s Test of Sphericity değeri ise $\chi^2=3778.877$, $p=0.000$ olarak tespit edilmiştir. Bu bulgular verilerin birbiri ile ilişki gösterdiğini ve veri setinin faktör analizi için uygun olduğu göstermektedir.

Barlett testleri ve KMO sonrasında açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır (Tablo 4.4. ve Tablo 4.5.). Açıklayıcı faktör analizideğişken sayısını azaltmak ve değişkenler arasındaki ilişkiden faydalanarak bazı yeni yapılar ortaya çıkarmak amacıyla yapılır.

Tablo 4.4. Sağlık Kaderciliği Skalası Maddelerinin Faktör Yüğü (Orijinal Yapı)

Madde No	Sağlık Kaderciliği Skalası Maddeleri	Alt Boyutun Faktör Yüğü		
		İlahi Öngörü	Mukadder Plan	Çaresizlik
1.	Eğer sağlığım için yalnızca Allaha dua edersem o beni iyileştirir.	0.787	0.189	0.308
2.	Hasta olduğum zaman dertlerimi Allaha havale ederim ve çözümünü ondan beklerim.	0.790	0.253	0.249
3.	Huzurunda lütfâ sahip olduğum için Allah benim sağlığımı korur.	0.738	0.373	0.094
4.	Allah, daha sağlıklı olmamı isterse bunu sağlar.	0.353	0.661	0.042
5.	Sağlığım hakkında endişelenmiyorum çünkü bu Allah'ın elinde olan bir şeydir.	0.510	0.550	0.119
6.	Hastalandığımda, Allah iyileşmemi isteyene kadar beklemek zorundayım.	0.577	0.210	0.477
7.	Bir sağlık problemim olduğumda, iyileşmek için Allah'a dua ederim.	0.271	0.262	0.337
8.	İbadetlerime devam ettiğim sürece, her türlü hastalıktan korunurum.	0.559	0.309	0.414
9.	Dindar insanlar Allah onlar için ne takdir ettiyse kabul etmelidir.	0.164	0.697	0.056
10.	Bana şifa vermesi için insana değil Allah'a güvenirim.	0.229	0.668	0.155
11.	Bir insanda iman varsa, doktorlar hiçbir şey yapmasa bile şifa bulur.	0.510	0.284	0.514
12.	Allah bazen insanların bir sebepten dolayı hasta olmasına izin verir.	0.202	0.454	0.642
13.	Eğer hasta olursam Allah'ın iradesiyle olmuştur.	0.169	0.605	0.276
14.	Her hangi bir hastalığa yakalanacaksam, bunu daha önceden Allah planlamıştır.	0.177	0.683	0.292
15.	Bazen bir insan Allah'a itaat etmediği için hastalanabilir.	0.233	0.209	0.688
16.	Daha sağlıklı olmam için çabalamama gerek yok çünkü bu Allah'ın elindedir.	0.405	0.097	0.715
17.	Küçük sağlık problemlerini kendim kontrol edebilirim ama büyük olanları sadece Allah kontrol eder.	0.235	0.006	0.631
Açıklayan Varyans				% 42.70

Orijinal dilinde üç boyutlu yapıya sahip olan sağlık kaderciliği skalasının Türkçe versiyonunda 4,7,9,10,12,14 maddeler, İlahi öngörü ve mukadder planı alt boyutlarına kaydığı belirlenmiştir (Tablo 4.4.). Bu nedenle skalanın Türk Dilinde tek boyutlu incelenmesine karar verilmiştir.

Tablo 4.5. Tek Faktörlü Sağlık Kaderciliği Skalasına Ait Faktör Yapısının İncelenmesi

Madde No	Sağlık Kaderciliği Skalası Maddeleri	Faktör Yüğü
1.	Eğer sağılığım için yalnızca Allaha dua edersem o beni iyileştirir.	0.766
2.	Hasta olduğum zaman dertlerimi Allaha havale ederim ve çözümüğü ondan beklerim.	0.773
3.	Huzurunda lütfä sahip olduğum için Allah benim sağılığımı korur.	0.726
4.	Allah, daha sağılıklı olmamı isterse bunu sağılar.	0.621
5.	Sağılığım hakkında endişelenmiyorum çünkü bu Allah'ın elinde olan bir şeydir.	0.697
6.	Hastalandığımda, Allah iyileşmemi isteyene kadar beklemek zorundayım.	0.735
7.	Bir sağılık problemim olduğumda, iyileşmek için Allah'a dua ederim.	0.498
8.	İbadetlerime devam ettiğim sürece, her türlü hastalıktan korunurum.	0.747
9.	Dindar insanlar Allah onlar için ne takdir ettiyse kabul etmelidir.	0.530
10.	Bana şifa vermesi için insana değıil Allah'a güvenirim.	0.607
11.	Bir insanda iman varsa, doktorlar hiçbir şey yapmasa bile şifa bulur.	0.755
12.	Allah bazen insanların bir sebepten dolayı hasta olmasına izin verir.	0.471
13.	Eğer hasta olursam Allah'ın iradesiyle olmuştur.	0.597
14.	Her hangi bir hastalığa yakalanacaksam, bunu daha önceden Allah planlamıştır.	0.655
15.	Bazen bir insan Allah'a itaat etmediğı için hastalanabilir.	0.630
16.	Daha sağılıklı olmam için çabalamama gerek yok çünkü bu Allah'ın elindedir.	0.688

Tablo 4.5. (Devamı)

17.	Küçük sağlık problemlerini kendim kontrol edebilirim ama büyük olanları sadece Allah kontrol eder.	0.485
Açıklayan Varyans		%42.70

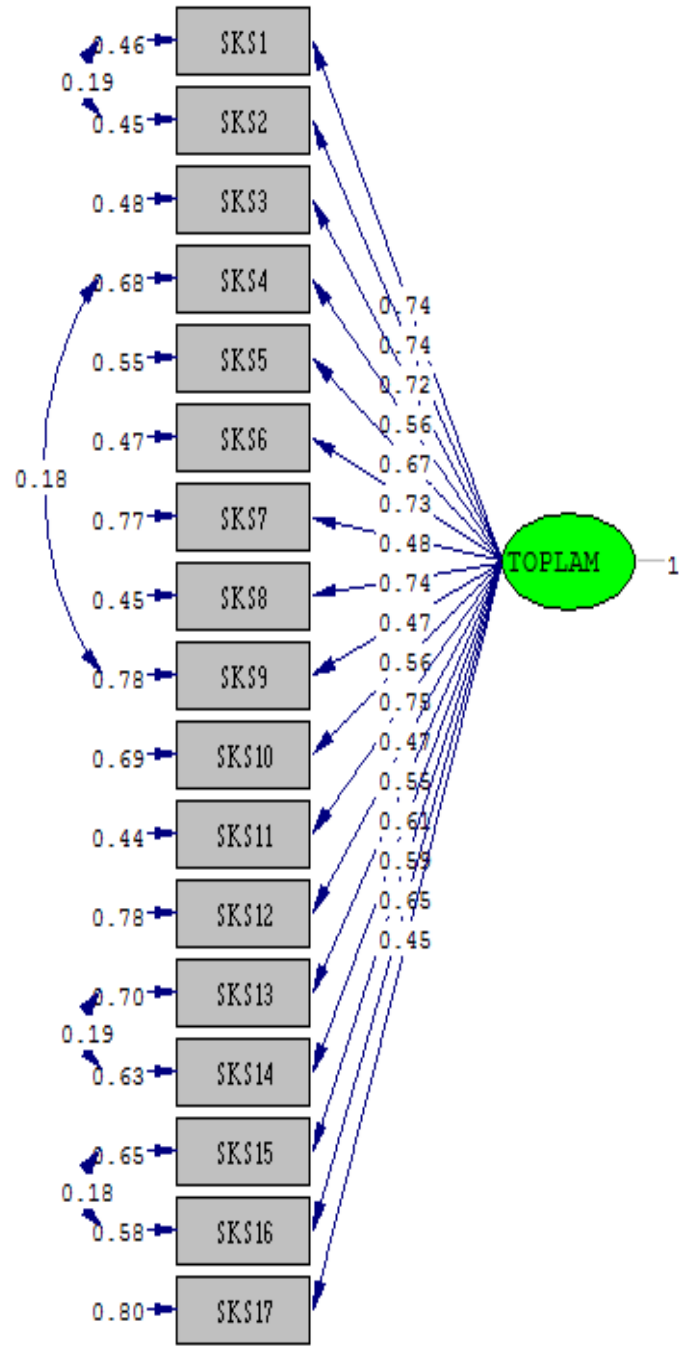
Tablo 4.5'te görüldüğü gibi incelenen SKS Türkçe versiyonunun tek boyutlu olarak incelendiğinde faktör yüklerinin 0.47-0.77 arasında değiştiği görülmektedir. Toplam varyans ise %42.7'dir. Tüm maddelerin faktör yükleri 0.30'un üstünde olduğu için ölçekten madde çıkarılmamıştır ve Türkçe versiyonu tek alt boyutlu olarak kabul edilmesine karar verilmiştir. Çalışmada daha kesin bulgular elde etmek için AFA'dan sonra DFA yapılmıştır.

DFA sonucu saptanan Sağlık Kaderciliği Skalasına yönelik uyum indeksi değerleri Tablo 4.6'da sunulmuştur.

Tablo 4.6. Uyum İndeksi Sonuçları

İndex	Normal değer	Kabul edilebilir değer	Bu çalışmada Bulunan değer
χ^2/SD	<2	<5	3.87
GFI	>0.95	>0.90	0.98
AGFI	>0.95	>0.90	0.98
CFI	>0.95	>0.90	0.97
RMSEA	<0.05	<0.08	0.076
SRMR	<0.05	<0.08	0.056

Tablo 4.6'te ölçeğe ait model uyumunu incelemek için bir çok uyum indeksinden faydalanıldı. Bunlardan; χ^2/SD değeri 3.87, GFI 0.98, AGFI 0.98, CFI 0.97, RMSEA 0.076 ve SRMR 0.056 olarak saptandı. İlgili uyum indeks değerleri sonucunda modelin bu hali ile (tek alt boyutlu) kabul edilebilir olduğuna karar verildi.



Chi-Square=445.52, df=115, P-value=0.00000, RMSEA=0.076

Şekil 4.1. Ölçeğe Ait PATH Diyagramı

Şekil 4.1.'de Sağlık Kaderciliği Skalasına yönelik tek alt boyut ve maddelerine ait faktör yükleri sunulmuştur. Yapılan açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi bulgularına göre 17 maddelik Sağlık Kaderciliği Skalası'nın Türk Dilinde tek faktörlü şekilde uygun olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.7. Sağlık Kaderciliği Skalası'nın Cronbach α Katsayısı

Madde No	Aritmetik Ortalama			Düzeltilmiş Madde-Toplam Puan Korelasyonu	Madde Silinirse Ölçeğin Cronbach α Katsayısı
	Orijinal Ölçek	Türkçe Versiyonu	Standart Sapma		
1.	3.69	3.39	1.060	0.708	0.905
2.	3.77	3.48	1.128	0.712	0.905
3.	3.74	3.91	1.057	0.660	0.906
4.	3.63	4.42	0.868	0.558	0.910
5.	3.43	3.87	1.194	0.635	0.907
6.	3.57	3.12	1.238	0.681	0.906
7.	4.05	4.08	0.882	0.440	0.912
8.	3.42	3.39	1.213	0.693	0.905
9.	3.86	4.28	1.013	0.470	0.912
10.	4.12	4.28	0.953	0.547	0.910
11.	3.33	2.99	1.329	0.705	0.905
12.	3.87	3.78	0.940	0.430	0.912
13.	2.63	3.92	1.143	0.539	0.910
14.	3.25	4.11	1.154	0.601	0.908
15.	3.78	2.94	1.261	0.580	0.909
16.	2.07	2.33	1.282	0.643	0.907
17.	2.78	2.90	1.272	0.435	0.913
Cronbach α					0.913

Şerif Efendi ASM bölgesinde 30 yaş üzere toplam 500 sağlam bireyler üzerinde yapılan SKS'nın iç tutarlılığının ve homojenliğini belirlemek için Cronbach Alfa katsayı ve madde-toplam puan korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Skalanın Cronbach Alfa katsayısı 0,91 olup madde toplam puan korelasyonları 0.43- 0.71 arasında değişmektedir (Tablo 4.7.)

Tablo 4.8. Katılımcıların Sağlık Kaderciliği Sakalasından Alınabilecek En Düşük- En Yüksek Puanlar İle Ölçek Toplam Puan Ortalaması

Sağlık Kaderciliği Skalası	Ölçekten Alınabilecek En Düşük-En Yüksek Puanlar	Ölçekten Alınan En Düşük-En Yüksek Puanlar	Ortalama±SS
Toplam	17-85	17-85	61.27±12.39

Sağlık Kaderciliği Skalası'nın Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi

Tablo 4.9. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Sağlık Kaderciliği Skalası Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	Ort.±SS	Test ve p Değeri
Cinsiyet		
Kadın	63.32±12.47	U= 24231.5
Erkek	58.72±11.44	p=0.000
Eğitim Düzeyi		
Okuryazar Değil	77.87±7.72	
Okuryazar	74.91±8.96	
İlkokul	64.85±9.09	$\chi^2_{KW}= 176.725$
Orta Okul	61.73±9.98	p=0.000
Lise	58.79±11.01	
Üniversite ve üstü	51.37±10.22	
Medeni Durumu		
Evli	62.10±12.24	U= 9884.000
Bekar	56.19±11.01	p=0.000
Sağlık Güvencesi		
Var	60.95±12.37	U= 7828.500
Yok	65.42±10.08	p=0.009

Tablo 4.9. (Devamı)

Gelir Durumu		
Gelir Giderden Az	65.30±12.31	$\chi^2_{KW}= 50.775$ p=0.000
Gelir Gidere Eşit	59.85±10.92	
Gelir Giderden Fazla	52.96±11.67	
Meslek		
İşsiz	62.46±13.71	$\chi^2_{KW}= 67.247$ p=0.000
Memur	52.00±9.87	
İşçi	61.64±12.49	
Emekli	61.08±11.85	
Ev Hamımı	65.95±11.12	
Diğer	58.24±11.66	
Kronik Hastalığı		
Var	65.77±11.77	U= 16994.0 p=0.000
Yok	59.79±12.03	
SKS Puanı		
Yaş	r= 0.170	p=0.000

İstatistiksel açıdan katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre SKS puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde tüm değişkenler ve ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 4.9).

Katılımcıların cinsiyete göre SKS puan ortalamalarına bakıldığında kadınların 63.32±12.47, erkeklerin 58.72±11.44 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Kadınların puan ortalaması daha yüksektir.

Katılımcıların eğitim düzeyine göre SKS puan ortalamalarına bakıldığında; okuryazar olmayanların 77.87±7.72, okuryazarların 74.91±8.96, ilkokul mezunlarının 64.85±9.09, ortaokul mezunlarının 61.73±9.98, lise mezunlarının 58.79±11.01 ve üniversite ve üstü mezunu olanların ise 51.37±10.22 olduğu, ve aradaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde okuryazar olmayan katılımcıların puan ortalaması daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Medeni durumuna göre SKS puan ortalamalarına bakıldığında evli olanların 62.10 ± 12.24 ve evli olmayanların 56.19 ± 11.01 olduğu ve aradaki fark anlamlı olarak değişmektedir ($p < 0.05$). Evli olan katılımcıların puan ortalaması daha yüksektir.

Sağlık güvencesine göre SKS puan ortalamalarının karşılaştırılmasına bakıldığında sağlık güvencesi olmayanların 65.42 ± 10.08 , olanların ise 60.95 ± 12.37 olduğu ve arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). SKS puan ortalaması sağlık güvencesi olmayan katılımcıların olanlardan daha yüksektir.

Ekonomik durumu gelir giderden az olanların SKS puan ortalamasının 65.30 ± 12.31 , gelir gidere eşit olanların 59.85 ± 10.92 ve gelir giderden fazla ise 52.96 ± 11.67 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Yapılan ileri analiz sonuçlarda gelir durumu az olanların puan ortalamasının eşit ve fazla olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların mesleklerine göre SKS puan ortalamaları karşılaştırıldığında; işsiz olanların 62.46 ± 13.7 , memur olanların 52.00 ± 9.87 , işçi olanların 61.64 ± 12.49 , emekli olanların 61.08 ± 11.85 , bayanlar arasında ev hanımı olanların 65.95 ± 11.12 ve diğer meslekler ise 58.24 ± 11.66 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Yapılan ileri sonuçlarında bütün meslek gruplarının anlamlı olarak birbirinden farklı puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir.

Kronik hastalıklarına göre SKS puan ortalamalarının karşılaştırılmasına bakıldığında kronik hastalık ile olanların 65.77 ± 11.77 ve hasta olmayanların ise 59.79 ± 12.03 olduğu ve arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Katılımcılarda kronik hastalığı olanların SKS puan ortalaması olmayanlarından daha yüksektir.

Katılımcıların yaş grubuna göre SKS puan ortalamalarına bakıldığında 44.06 ± 11.76 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edildi ($p < 0.05$).

5. TARTIŞMA

Bu araştırma, Sağlık Kaderciliği Skalası'nın geçerlilik güvenirlik çalışmasının yapılarak, Türk toplumuna sağlık kaderciliği ile ilgili yeni bir ölçek kazandırılması ve bu ölçeğin Türkiye'ye kültürel ve sosyal açıdan uyarlanması amaçlanmıştır. Bu bölümde, elde edilen 17 madde ve tek faktörlü Sağlık Kaderciliği Skalası'nın Türk Dilinde geçerlilik ve güvenirlik analizlerine ilişkin bulguları tartışılmıştır.

Skala uyarlama çalışmalarının ilk aşaması orijinal skalanın dil uyarlamasıdır. Sağlık Kadercilik Skalası'nın dil uyarlamasında günümüzde en çok kullanılan çeviri-geri-çeviri yönteminden faydalanılmıştır.^{90,91} Çeviri-geri-çeviri yönteminde ilk olarak iki İngilizce dil ve edebiyat uzmanı tarafından Sağlık Kadercilik Skalası'nı İngilizce'den Türk Diline tercüme edilmiştir. Elde edilmiş Türkçe versiyonuyla araştırmacının tez danışmanı araştırmacı ile beraber düzeltmeler yaptıktan sonra yeni ortak tek bir form elde etmişlerdir. Skalayı tekrar orijinal diline çevirmesi için elde edilen Türkçe versiyonu her iki dile (Türkçe-İngilizce) ve kültüre aşina olan aynı zamanda iyi anlayan ve konuşan bir İngilizce dil bilim uzmanı tarafından geri çevrilmiştir. Tüm çeviriler farklı uzmanlar tarafından yapılmıştır. Orijinal skala maddelerinin Türk dilinden İngilizceye geri çeviri maddelerine yakın olduğu ve anlam bozuklukları olmadığı belirlenmiştir.

Orijinal dilden tercüme işleminden sonra skala e-mail yoluyla 10 uzman akademisyene gönderilmiştir. Akademisyenler Davis tekniğine göre her maddeyi 1-4 arasında değerlendirmiştir. Araştırmada toplam maddelerin KGİ indeksi 0.88 olarak saptanmıştır. Ayrıca bütün Davis tekniği ile değerlendirilen maddelerin KGİ skorları 0.80'in üzerindedir. Dolayısıyla skala kapsam geçerliliği yönünden yeterli olduğu varsayılmaktadır.⁹⁰

Yapı geçerliliğinde de skalanın maddelerinin birbirine homojen veya benzer nitelikte olması gerekmektedir ve bunun istatistiksel değerlendirilmesi için en iyi yol faktör analizidir.⁹⁴ Faktör analizinin esas hedefi skala maddelerinin hangi alt boyutlar altında toplanacağını belirlenmesidir.⁹⁰

Sağlık Kadercilik Skalası'nın faktör analizi yapılmadan önce örneklem grubunun yeterli olup olmadığını belirlemek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) ve örneklem grubunun faktör analizi için uygunluğunu belirlemek için Barlett's Test of Sphericity analizleri yapılmıştır.

KMO değeri, 0.90-1.00: mükemmel; 0.80-0.89: çok iyi; 0.70-0.79: iyi; 0.60-0.69: orta; 0.50-0.59: zayıf; 0.50'dan az ise kabul edilemez olarak yorumlanır.⁹¹ Bu araştırmada KMO değeri 0.94 olarak belirlenmiştir ve sonuç olarak mükemmel olarak yorumlanmaktadır. KMO neticeleri faktör analizi yapması için örneklem büyüklüğünün yeterli varsaymaktadır.

Barlett's Test of Sphericity testin sonucuna göre $\chi^2=3778,877$, $p<0.000$ olarak bulunmuştur. Bu bulgunun anlamlı çıkması faktör analizi için örneklem büyüklüğünün iyi ve korelasyon matrisinin uygun olduğunu göstermektedir.¹⁰⁷

Orijinal skala 3 alt boyutluyken yapılan faktör analizi sonucunda 4,7,9,10,12 ve 14. maddelerinin farklı alt boyutlara kayması nedeniyle ölçeğin Türkçe versiyonunun tek boyutlu olmasını karar verilmiştir. Ölçeğin Türkçe versiyonunda tüm maddelerin faktör yüklerinin 0.30'un üzerinde olduğu ve toplam varyansın %42.70 olduğu bulunmuştur. Araştırmada açıklayıcı faktör analizi neticelerinde toplam varyansın % 42'sini ve madde faktör yüklerinin yeterli düzeyde olduğu varsayılmıştır.

DFA sonucu saptanan Sağlık Kaderciliği Skalasına yönelik uyum indeksi değerleri χ^2/SD değeri 3.87, GFI 0.98, AGFI 0.98, CFI 0.97, RMSEA 0.076 ve SRMR

0.056 olarak saptandı. İlgili uyum indeks değerleri sonucunda modelin bu hali ile (tek alt boyutlu) kabul edilebilir olduğuna karar verildi.

Orijinal skalada iç geçerlilik katsayısı üç alt boyut için ayrı ayrı hesaplanmıştır. Alt boyutlardan İlahi Öngörünün Cronbach's α katsayısının 0.89 (11 madde), Mukadder Planının 0.64 (4 madde) ve Çaresizliğin 0.52 (2 madde) olduğu belirlenmiştir.²⁰ Bizim çalışmamızda ise tek boyutlu Sağlık Kadercilik Skalası'nın Cronbach's α katsayısının 0.913 olduğu bulundu. Dolayısıyla skalanın katsayısının $0.80 < \alpha < 1.00$ aralığında olduğu ve yüksek derecede güvenilir olduğunu belirlenmiştir.

Madde toplam korelasyonu iç tutarlılığın diğer ölçütü sayılmaktadır. Bir maddenin kabul edilebilir olması için madde-toplam korelasyon katsayısı pozitif ve en az 0.20 olmalıdır.¹⁰⁵ Bu çalışmada skalanın madde toplam korelasyonunun 0.430- 0.713 arasında değişmektedir. Madde analizi için bütün maddelerin toplam puan korelasyonları yeterli düzeydedir. Bu bulgular 17 maddeden oluşan Sağlık Kaderciliği Skalası'nın Türk Dilinde sorunlu maddesinin olmadığını ve iç tutarlılığına sahip olduğunu göstermektedir.

Orijinal skalaya ait makalede açıklanan varyans, KMO, Barlett's Test of Sphericity testi sonuçları verilmemiştir. Cronbach's α katsayıları ise toplam ölçek puanına göre değil, alt boyutlar için ayrı ayrı vermiştir. Bu nedenle tartışmada bu değerler karşılaştırılmamıştır.

Orijinal skaladaki birçok maddenin aritmetik ortalaması Türkçe versiyonuyla benzer olduğu, ancak 3 maddesinde büyük farklılıklar olduğu gözlemlendi. 4,13,15 maddelerin orijinal ölçekte aritmetik ortalaması 3.63, 2.63 ve 3.78 iken Türkçe versiyonunda 4.42, 3.92 ve 2.94 olduğu tespit edildi. Bu maddelerin arasında 13. maddenin; "Eğer hasta olursam Allah'ın iradesiyle olmuştur" ifadesi en büyük farklılık

olarak gözlendi. Bu bulgu bize toplumlar arasındaki dini, kültürel, kadercilik ve bunlara bağlı inanış, yaşam ve yaklaşımlar arasında büyük farklılıklar olduğunu göstermektedir.

Geçerlilik ve güvenilirliği tamamlanan Sağlık Kadercilik Skalasından, katılımcıların aldıkları puan, ölçeğin toplamından alınabilecek puan ile aynıdır, en düşük puanın 17, en yüksek puanın 85 ve toplam puan ortalamasının 61.27 ± 12.39 olduğu bulundu.

Geçerli ve güvenilir olduğu belirlenen skala için elde edilen veri tabanıyla sonradan kaderciliği etkileyen bazı değişkenler incelendi.

Kadınların kadercilik puan ortalaması erkeklere göre anlamlı olarak yüksektir ($p < 0,05$). Bu bulgu bize kadınlarda kadercilik inancının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bizim çalışmamıza benzer bir çalışma Guido ve ark.¹⁰⁸ tarafından koroner kalp hastalığına yönelik yapılmış ve bu çalışmada kaderciliğin İspanyol kadın ve erkeklerinin yaşam kalitesini farklı etkilediğini tespit etmişlerdir ve bu çalışmaya göre kaderciliğin İspanyol kadınları üzerinde daha büyük bir negatif etki yaptığı ileri sürülmüştür. Yaptığımız çalışmada kadın katılımcıların oranı erkeklere göre daha fazladır ve kadın katılımcıların eğitim düzeyi erkek katılımcılara göre daha düşüktür. Dolayısıyla kadınların kadercilik inancının yüksek olmasının eğitim ve ekonomik durumlarının iyi olmaması gibi sebepler ile ilişkili olabilir.

Okuryazar olmayanların sağlık kaderciliği puan ortalamaları okuryazar olanlardan, ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite mezunu katılımcılara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Powe ve Çapık kadercilik puan ve eğitim düzeyi arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir. Katılımcıların eğitim düzeyinin düşükçe, kadercilik puanının arttığını söylemektedir.¹⁹

Evli olan katılımcıların sağlık kaderciliği puan ortalamasının bekar olanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu bulundu ($p < 0,05$). Evli olmayan katılımcıların evli

olanlardan daha genç olduğu tespit edildi. Dolayısıyla sağlık kaderciliğinin yaşı daha ileri olan katılımcılarda daha yüksek olduğu söylenebilir.

Katılımcıların çok büyük bir oranın sağlık güvencesine sahip olduğu bulundu. Sağlık güvencesi olmayan katılımcıların sağlık kaderciliğinin puan ortalamasının olanlara göre anlamlı şekilde yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$). Sağlık güvencesi olmayanlarda kadercilik inancının daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz. Çalışmamızda sağlık güvencesi olmayanların genellikle yoksul ailelerden olduğunu ve sağlık güvencesi olmayan bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanmasının oldukça sınırlı olduğu düşünülmektedir. Freeman'a⁸⁷ göre kaderciliğinin gelişmesinin yoksullukla alakalı olduğu varsayılmıştır.

Geliri az olan katılımcıların sağlık kaderciliği puan ortalamasının gelir giderine eşit ve fazla olanlara göre daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$). Çalışmamıza benzer şekilde Powe çalışmasında gelir düzeyi ile kadercilik arasında negatif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızın tersine Çapık ve ark.¹⁹ prostat kanser kaderciliğine yönelik çalışmasında gelir durumunun kaderciliği etkilemediğini belirlenmiştir. Orijinal skalayı geliştirirken yazarlar kadercilik ile ilgili daha öncelerde yapılmış olan çalışmaları inceleyerek sosyodemografik olaylara dayalı inançlar ile kaderci inanç arasında önemli farklılıklar olduğunu bildirmişlerdir. Franklin ve ark.²⁰ kaderciliğinin yaşlı, düşük eğitilmiş ve ekonomik durumu iyi olmayan katılımcıların diğerlerine oranla önemli ölçüde puanlarının daha yüksek olacağını varsaymışlardır.

Bu çalışmada bütün meslek gruplarının anlamlı olarak birbirinden farklı puan ortalamasına sahip olduğu belirlendi ($p<0,05$). Memurların ve diğer mesleklere sahip olanların sağlık kaderciliği puan ortalaması en düşüktür. Ev hanımlarının diğer meslek gruplarına göre sağlık kaderciliği puan ortalaması önemli bir şekilde yüksek olduğu tespit edildi. Bizim çalışmamızın tersine Franklin ve ark.²⁰ çalışmasında kadınların

eğitim düzeyi yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada ev hanımı sağlık kaderciliğinin puan ortalaması yüksek olmasının nedeni, eğitim durumun düşüklüğü, ekonomik durumu iyi olmaması gibi sebeplerle ilgili olabilir.

Kronik hastalığa sahip olan katılımcıların toplam puan ortalaması hasta olmayanlara göre daha yüksek ve anlamlı olarak bulundu ($p<0,05$). Depresif semptomları daha yüksek olan ve şiddetli koroner kalp hastalığı olan bireylerde daha yüksek kadercilik eğilimi vardır.¹⁰⁸ Kaderciliğe yönelik yapılacak yeni çalışmalarda sosyodemografik olayların, toplumun sağlık durumunda ve kaderci inançları arasında ciddi farklılıklar ortaya çıkarabilir. Bu kaderci inançlar kronik hastalığa sahip veya kötü sağlık durumunda olan bireylerde önemi farklılıklar gösterebilir.²⁰

Katılımcıların yaşları ile sağlık kaderciliği puanı pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu bulundu ($p<0,05$). Benzer şekilde Çapık ve ark.¹⁹ çalışmasında da yaş ile kadercilik puanı arasında pozitif yönlü ilişki olduğunu tespit edilmiştir. Daha önce orijinal ölçeği geliştirme yönelik yapılmış çalışmada yaşlı bireylerin kadercilik inançlarının diğerlerine göre oranının yüksek olduğu hipotez olarak kurulmuştur.²⁰ Bu sonuç bize yaş artıkça kaderciliğin de arttığını göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma sonucunda;

- Sağlık Kaderciliği Skalası'nın Türk Dilinde orijinal skaladaki gibi 3 alt boyutlu değil, tek alt boyutlu uygun bulunmuştur.
- Açıklayıcı faktör analizi neticelerine göre maddelerin faktör yükleri (0.47-0.77) arasında olduğu ve toplam varyansın da (%42.70) yeterli düzeyde olduğu bulunmuştur.
- Skalanın Cronbach Alfa Katsayısının 0.91 olduğu ve bu bulgu tüm maddelerin sorunlu olmadığı tespit edilip iç tutarlılık güvenilir olduğu belirlenmiştir.
- Skalanın 17 maddesinin de madde toplam korelasyon değerleri 0.43- 0.71 değiştiği madde analizi için uygun ve kabul edilebilir düzeyde olduğu bulunmuştur.
- Sağlık Kaderciliği Skalası'ndan katılımcıların aldıkları en düşük puanın 17, en yüksek puanın 85 ve toplam puan ortalamasının $61,27 \pm 12,39$ olduğu bulunmuştur. Bu neticeler katılımcıların sağlık kaderciliği yüksek olduğu göstermektedir.
- Sağlık Kaderciliği Skalası'nın Türk dilinde geçerli ve güvenilir göstergelere sahip bir araç olduğu saptanmıştır. Bu skala herhangi bir hastalıkta kaderci tutumu belirlemek için kullanılabilir.

İleri yaştakilerin, kadınların cinsiyette ve ev hanımlarının meslekte, okuryazar olmayanların ve sağlık güvencesi olmayanların, evli olanların, düşük gelire sahip olanların ve kronik hastalığa sahip olanların daha kaderci oldukları belirlenmiştir.

Öneriler:

Skalanın başka çalışmalarda kullanılırken iç geçerliliğinin tekrar değerlendirilmesi tavsiye edilmektedir. Kaderci sorulara evet demek imana ters düştüğü

düşünülebileceği için evet yanıtı çok alınmış olabilir, bu nedenle çalışmanın farklı örneklerde tekrar incelenmesi önerilir.



KAYNAKLAR

1. Öz F. *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*, 2. Baskı. Ankara: Mattek Matbaacılık, 2010: 10-11.
2. Kasapoğlu A. Kur'an açısından fatalizm-inkârcıların bir tutumu olarak kadercilik. *Hikmet Yurdu*, 2008, 1: 87-107.
3. Rougier C. Cultural Values Religiosity and Spirituality as Predictors of Professional Psychological Help-Seeking Behavior of Black Adults in the United States. School of Arts and Sciences. PhD thesis, USA: Columbia University, 2011.
4. Sobol-Kwapinska M. Hedonism, fatalism and 'carpe diem': Profiles of attitudes towards the present time. *Time & Society*, 2013, 22: 271–290.
5. Holton R. *From Determinism to Resignation; and How to Stop it*. In *Decomposing the Will*, edited by Andy Clark, Julian Kiverstein, and Tillmann Vierkant, 87–100. Oxford: Oxford University Press, 2013.
6. Sinanoğlu A. İslam'ın ilk siyasallaştırılma sürecinde "kader" inancı. *AÜİFD*, 2012, 2: 249-276.
7. Öztürk Y. Kader'le alakalı yeni yorumlara eleştirel bir bakış. *Ekev Akademi Dergisi*, 2013, 7: 125-143.
8. Kandemir Y. Kader inancının psikoterapik açıdan fonksiyonu. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2006.
9. Levin J. How religion influences morbidity and health: Reflections on natural history, salutogenesis and host resistance. *Social Science Medicine*, 1996, 43: 849–864.

10. Sharf BF, Stellies LA, Gordon HS. ‘A little bitty spot and I’m a big man’: Patients’ perspectives on refusing diagnosis or treatment for lung cancer. *Psycho-Oncology*, 2005, 14: 636–646.
11. Powe BD. Cancer fatalism among elderly Caucasians and African Americans. *Oncology Nursing Forum*, 1995, 22: 1355–1359.
12. Powe BD, Finnie R. Cancer fatalism: The state of the science. *Cancer Nursing*, 2003, 26: 454–466.
13. Myers RE, Hyslop T, Jennings-Dozier K, Wolf TA, Burgh DY, Diehl JA, & Chodak GW. Intention to be tested for prostate cancer risk among African-American men. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 2000, 9:1323-1328.
14. Mayo RM, Ureda JR, & Parker VG. Importance of fatalism in understanding mammography screening in rural elderly women. *Journal of women & aging*, 2001, 13: 57-72.
15. Powe BD. Fatalism among elderly African Americans: Effects on colorectal cancer screening. *Cancer Nursing*, 1995, 18: 385–392.
16. Unger JB, Ritt-Olson LA, Terán T, Huang BR, Hoffman & Palmer P. Cultural values and substance use in a multiethnic sample of California adolescents. *Addiction Research & Theory*, 2002, 10: 260.
17. Kaya A, Bozkur B. Kadercilik eğilimi ölçeğinin geliştirilmesi: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2015, 11: 935-946.
18. Arıkan Z, Aslı Ç, Kuruoğlu ve ark. Tüberküloz olgularında hastalığın algılanması ve kişilik özellikleri. *Kriz Dergisi*, 2000, 8: 39-45.

19. Çapık C, Ersin F, Aydoğdu NG, Kıssal A, Bahar Z. The reliability and validity of prostate cancer fatalism inventory in Turkish language. *Journal of Religion and Health*, 2016,(Inpress): 1-13.
20. Franklin MD, Schlundt DG, & Wallston KA. Development and validation of a religious health fatalism measure for the African American faith community. *Journal of Health Psychology*, 2008, 13: 323-335.
21. Tekin A. Sağlık-Hastalık Olgusu ve Toplumsal Kökenleri. Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Isparta: Süleyman Demiral Üniversitesi, 2007.
22. Akça F. *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler*, İstanbul, Nobel Matbaacılık, 2010: 7-8.
23. Potter P, Perry A. *Fundamentals of Nursing Concepts, Process and Practice*, Third Edition, Mosby Year Book, 1993: 39.
24. Hacıoğlu N. *Hemşirelikte Öğretim Öğrenme ve Eğitim*, 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2013: 10.
25. Hulki MU. Sağlığı Tanımlamak, dünya sağlık örgütü'nün tanımı üzerine düşünceler, *Yeni Türkiye*, 2001, 39: 321-322.
26. Illyich İ. *Sağlığın Gaspı*. İstanbul, Ayrıntı Yay, 1995: 190.
27. Barbara WS. *Community Health Nursing Concepts and Practice*, Boston, Little Brown and Company, 1981: 78.
28. Park K. *Preventive and Social Medicine*, 20th ed. India Jabalpur, M/s Banarsidas Bhanot, Prem Nagar Publishers, 2009: 12-13.
29. Er İ. *Din Sosyolojisi*, 1. Baskı. Ankara, Akçağ Yayınları, 1998: 3-4.
30. Cousineau M. *Religion in a Changing World*, Westport CT, Greenwood Publishing Group, 1998: 1-2.

31. Ayten A. *Psikoloji ve Din*, 2. Baskı. İstanbul, Alemdar Ofset Matbaacılık, 2010: 53-62.
32. Spilka, Bernard, Shaver Ph, Lee A. Kirkpatrick: A general attribution theory for the psychology of religion, *Journal for the Scientific Study of Religion*, 1985, 24: 7-8.
33. Fromm E. *Psychoanalysis and Religion*, New Haven, Yale University Press, 1978: 26-28.
34. Allport G, Ross J. Personal religious orientation and prejudice. *J Personal Social Psychology*, 1967, 5: 432-443.
35. Dein S, Kimter N. Din, maneviyat ve depresyon: tetkik ve tedavi için öneriler. *Ekev Akademi Dergisi*, 2014, 58: 740-741.
36. Chopra D. How to Know God. Çeviri: Koç S. *Tanrı'yı Tanımak*. İstanbul, İnkılap Kitapevi, 2003: 9-15.
37. Aydınli Y. *Farabi'de Tanrı-İnsan İlişkisi*, 2. Baskı. İstanbul, Şenyıldız Matbaası, 2008: 11-40.
38. William J. *Essays on Faith and Morals*, Cleveland, The World Publishing Company, 1962: 483-493.
39. Dawkins R. The God Delusion. Çeviri: Tuncay T. *Tanrı Yanılgısı*, 8. Baskı. İstanbul, Kuzey Yayınları, 2008: 24.
40. Charles H, Hackney S. Religiosity and mental health: A meta- analysis of recent studies. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 2003, 42: 43-55.
41. Christopher G. Ellison ve ark. Religious involvement, stress and mental health. *Social Forces*, 2001, 80: 216-223.
42. Elifson KW, Klein H. Sterk CE. Religiosity and HIV risk behavior involvement among 'at risk' women. *Journal of Religion and Health*, 2003, 42: 47-66.

43. Simmerman SR. The Mormon health traditions: An evolving view of modern medicine. *Journal of Religion and Health*, 1993, 32: 189.
44. Hummer RA, Rogers RG, Nam CB, Ellison CG. Religious involvement and U.S. adult Mortality. *Demography*, 1999, 36: 273–285.
45. Seeman TE, Dubin LF, Seeman M. Religiosity/spirituality and health. A critical review of the evidence for biological pathways. *American Psychologist*, 2003, 58: 53-63.
46. Lee BY, Newberg AB. Religion and health: a review and critical analysis. *Zygon* 2005, 40: 443-468.
47. Chatters LM. Religion and health: public health research and practice. *Annual Review of Public Health* 2000, 21: 335-367.
48. Trenholm P, Trent J, Compton WC. Negative religious conflict as a predictor of panic disorder. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 1998, 54: 59-65.
49. Koenig HG. *Spirituality in Patient Care: Why, How, When, and What*. 1st ed. Philadelphia, PA, Templeton Foundation Press, 2002.
50. Koenig HG. Religion, Spirituality, and medicine: Research findings and implications for clinical practice. *Southern Medical Association*, 2004: 1196.
51. Bywaters P, Ali Z, Fazil Q, Wallace LM, and Singh G. Attitudes towards disability amongst Pakistani and Bangladeshi parents of disabled children in the UK: Considerations for service providers and the disability movement. *Health and Social Care in the Community*, 2003, 11: 502–509.
52. Walls P, and Williams R. Accounting for Irish catholic ill health in Scotland: A qualitative exploration of some links between ‘Religion’, class and health. *Sociology of Health and Illness*, 2004, 26: 527–56.

53. Rossetti, SJ. The impact of child sexual abuse on attitudes toward God and the catholic church. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19: 1469–1481.
54. Tieman J. Priest scandal hits hospitals. As pedophilia reports grow, church officials suspend at least six hospital chaplains in an effort to address alleged sexual abuse. *Modern Healthcare*, 2002, 32: 6–7, 14.
55. Bruce YL, Andrew BN. Religion and health: A review and critical analysis. *Zygon*, 2005, 40: 443-468.
56. Newman JS, Kenneth IP. The role of religion in the problem-solving process. *Review of Religious Research*, 1990, 31: 391
57. Macit M. *Boyun Eğme-Başa Çıkma Sarkacında Kadercilik*, İstanbul, Yaylacık Matbaası, 2014: 66.
58. Brandt JO. Internal versus external locus of control and performance in controlled and motivated reading-rate improvement instruction. *Journal of Counseling Psychology*, 1975, 22: 377-383.
59. Rossier J, Dahourou D, Mccrae RR. Structural and mean-level analyses of the five-factor model and locus of control: Further evidence from Africa. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 2005, 36: 227-246.
60. Rotter JB. Generalized expectancies for internal vs. external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 1966, 80: 1-28.
61. Rotter JB. Some problems and misconceptions related to the construct of internal vs. external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1975, 40: 313-321.
62. Rotter JB. Internal vs. external control of reinforcement: A case history of a variable. *American Psychologist*, 1990, 45: 489-493.

63. Rotter JB. *Social Learning and Clinical Psychology*. New York, Prentice-Hall, 1954: 478.
64. Loosemore M, Lam ASY. The locus of control: A determinant of opportunistic behavior in construction health and safety. *Construction Management and Economics*, 2004, 22: 385-394.
65. Silvester J, Anderson-Gough FM, Anderson NR. Locus of control, attributions and impression management in the selection interview, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 2002, 75: 59-76.
66. Ashby JS, Kottman T, Draper K ve ark. Social interest and locus of control: Relationship and implications. *Journal of Individual Psychology*, 2002, 58: 52-61.
67. Yağışan N, Sünbül AM, Yücalan ÖB ve ark. Müzik bölümü öğrencilerinin benlik imgeleri ve denetim odaklarının incelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2007, 22: 243-262.
68. Yeşilyaprak B. *Eğitimde Rehberlik Hizmetleri*, Ankara, Nobel Yayın Dağıtım, 2000: 379.
69. Ozolins AR, Stenstrom U. Validation of health locus of control patterns in Swedish adolescent. *Adolescence*, 2003, 38: 650-658.
70. Elise RH, Bryan H, Kathleen C ve ark. Adolescent health: The relationships between health locus of control, beliefs and behaviors. *Guidance & Counseling*, 1998, 13: 23-30.
71. Muhammad A. *The Theology of Unity*, London, Ruskin House, 1966. Munir R. *Fate and Fatalism in Islam a Philosophical Appraisal*. Department of Philosophy. PhD thesis, Lahor: University of the Punjab, 1999

72. Holton R. From determinism to resignation; and how to stop it. In decomposing the will, edited by Andy Clark, Julian Kiverstein, and Tillmann Vierkant. *Oxford University Press*, 2013: 87–100.
73. Benedictus BS. Ethics. Çeviri: Ülken HZ. *Etika*, Ankara, Dost Kitabevi Yayınları, 2004:127.
74. Frankl VE. *Psychotherapy and Existentialism: Selected Papers on Logotherapy*. New York, Washington Square Press, 1985: 126.
75. Munir R. Fate and Fatalism in Islam a Philolophical Appraisal. Department of Philosophy. PhD thesis, Lahor: University of the Punjab, 1999.
76. Haynie DL, Soller B, Williams K. Anticipating early fatality: friends, schoolmates and individual perceptions of fatality on adolescent risk behaviors. *Journal Youth Adolescence*, 2014, 43: 175–192.
77. Kayani A, King MJ, Fleiter Judy J. Fatalism and road safety in developing countries, with a focus on Pakistan. *Journal of the Australasian College of Road Safety*, 2011, 22: 41-47.
78. McClure J, Allen MW, Walkey FH. Countering fatalism: Causal information in news reports affects judgments about earthquake damage. *Basic and Applied Social Psychology*, 2001, 23: 109–121.
79. Şimşekoğlu Ö, Nordfjarn T, Zavareh MF, Hezaveh A M, Mamdoohi AR, Rundmo T. Risk perceptions, fatalism and driver behaviors in Turkey and Iran. *Safety Science*, 2013, 59: 187–192.
80. Türküm SA. Are fatalism and optimism an obstacle to developing self protecting behaviors Study with a Turkish sample. *Social Behavior and Personality*, 2006, 34: 51-58.

81. Byrd C, Gonzalez P, Cortes T, Cohn LD, Gonzalez E, Parada M, Cortes M. Seatbelt use and belief in destiny among Hispanic and non-Hispanic drivers. *Accident Analysis & Prevention*, 1988, 31: 63–65.
82. Colón I. Race, belief in destiny, and seat belt usage: A pilot study. *American Journal of Public Health*, 1992, 82: 875-877.
83. Natera G, Herrejon ME, Casco M. Locus of control in couples with different patterns of alcohol consumption. *Drug and Alcohol Dependence*, 1988, 22: 179–186.
84. Schnoll RA, Malstrom M, James C, Rothman RL, Miller SM, Ridge JA. et al. Correlates of tobacco use among smokers and recent quitters diagnosed with cancer. *Patient Education and Counseling*, 2002, 46: 137–145.
85. Classen C, Koopman C, Angell K, Spiegel D. Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology*, 1996, 15: 434–437.
86. Lange LJ. & Piette JD. Personal models for diabetes in context and patients' health status. *Journal of Behavioral Medicine*, 2006, 29: 239-253.
87. Freeman HP. Cancer and the socioeconomically disadvantaged. *CA-A Journal for Clinicians*, 1989, 22: 263-295.
88. Gyapong M, Gyapong JO, Adjei S, Vlassoff C & Weiss M. Filariasis in Northern Ghana: Some cultural beliefs and practices and their implications for disease control. *Social Science & Medicine*, 1996 43: 235–242.
89. Esin MN, Veri Toplama Yöntem ve Araçları ve Veri Toplama Araçlarının Güvenirlik ve Geçerliği. İçinde: Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN (editörler). *Hemşirelikte Araştırma Süreci, Uygulama ve Kritik*, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2014: 195-231.

90. Gözüm S, Aksayan S. Kùltùrlerarası òlçek uyarlaması için rehber I. Òlçek uyarlama aşamaları ve dil aşamaları. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2002, 4: 9-20.
91. Öner N. *Tùrkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler, Bir Başvuru Kaynağı*, 2. Baskı. İstanbul, Boğaziçi Matbaası, 2009: 520-525.
92. Wood G, Haber J. Reliability and validity. In: Polit D, Beck C (eds). *Essentials of Nursing Research, Methods, Appraisal and Utilization*, 1th ed. USA, Mosby, 2002:311-330.
93. Şeker H, Gençdoğan B. *Psikolojide ve Eğitimde Òlçek Aracı Geliştirme*, 2. Baskı. Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık, 2014: 23-29.
94. Seçer İ. *SPSS ve LISLER ile Pratik Veri Analizi*, 2. Baskı. Ankara, Anı Yayıncılık, 2015: 210-211.
95. Özgüven İ. *Psikolojik Testler*, 1. Baskı. Ankara, Sistem Ofset, 2004: 110-113.
96. Gözüm S, Aksayan S. Kùltùrlerarası òlçek uyarlaması için rehber II: psikometrik özellikler ve kùltùrlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2003, 5: 3-14.
97. Erefe İ. Veri Toplama Araçlarının Niteliği. İçinde: Erefe İ (editör). *Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri*, 1. Baskı. İstanbul, Odak Ofset, 2002: 169-187.
98. Carlson ED. A case study in translation methodology using the health-promotion lifestyle profile 2. *Public Health Nurse*, 2000, 17: 61-70.
99. Karasar N. *Bilimsel Araştırma Yöntemi: Kavramlar, İlkeler, Teknikler*, 25. Baskı. Ankara, Nobel Basım Evi, 2008: 125-133.
100. Tezbaşaran A. *Likert Tipi Òlçek Geliştirme Klavuzu*, Psikoloji Derneği Yayınları, Ankara, Özyurt Matbaası, 1996: 45-51.

101. Öner N. *Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler, Bir Başvuru Kaynağı*, İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, 1997: 30-9.
102. Özdamar K. *Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi*, 5. Baskı. Eskişehir, Kaan Kitabevi, 2004:235-237, 450-455, 661-673.
103. Hair JF, Black B, Babin B, Anderson RE, Tatham R. *Multivariate Data Analysis*, 5nd ed. Upper Saddle River, Prentice Hall, 2006: 29-35.
104. Akgül A. *İstatistiksel Analiz Teknikleri*, 3.Baskı. Ankara, Emek Ofset, 2003: 86-92.
105. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2004, 30: 211-16.
106. Şencan H. *Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik*. Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2005: 135-136.
107. Büyüköztürk Ş. *Veri Analizi El Kitabı*, 8. Baskı. Ankara, Pegem Ak Yayıncılık, 2007:167-182.
108. Guido G, Urizar and Samuel F. Sears psychosocial and cultural influences on cardiovascular health and quality of life among Hispanic cardiac patients in South Florida. *Journal of Behavioral Medicine*, 2006, 29: 255-268.

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
Adı Soyadı: Gulruz BOBOV Doğum tarihi: 08.11.1988 Doğum yeri: Khorog /Tacikistan Medeni hali: Bekâr Uyruğu: Tacik Adres: Palandöken Erkek Yurdu A. Blok. (7. Erkek Yurdu) Terminal Cad. Tel: 0539 259 1766 E-mail: gulruz88@yahoo.com
Eğitim
Lise: Khorog Ağa Han Lisesi (1995-2006) Lisans: Tacikistan'ın Devlet Abuali İbni Sina Tıp Üniversitesi Halk Sağlığı ve Epidemioloji Fakültesi (2006-2012) Yüksek lisans: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı (2013-2016)
Yabancı Dil Bilgisi
Türkçe: (İyi Derecede) İngilizce: (İyi Derecede) Rusça: (İyi Derecede) Farsça: (İyi Derecede)
İlgi Alanları ve Hobiler
Sağlık, felsefe, kitap okuma, müzik ve spor.

EK-2. ÖLÇEK DİL GEÇERLİLİĞİ İÇİN GÖRÜŞÜ ALINAN

UZMANLAR*

1. Doç. Dr. Ayşe PARLAK GÜROL
2. Doç. Dr. Rabia HACIHASANOĞLU
3. Doç. Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL
4. Doç. Dr. Serap EJDER
5. Doç. Dr. Yeliz AKKUS
6. Yrd. Doç. Dr. Aygöl KISSAL
7. Yrd. Doç. Dr. Elif DİRİMEŞE
8. Yrd. Doç. Dr. Fatma ERSİN
9. Yrd. Doç. Dr. Nihal GÖRDES
10. Yrd. Doç. Dr. Yalcın KANBAY

*Uzmanların isimleri unvan ve alfabetik sıraya göre sıralanmıştır.

EK-3. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Sayın katılımcı,

Aşağıdaki soruların doğru veya yanlış bir cevabı yoktur, sadece sizin konu hakkındaki görüşünüzü öğrenmek için sorulmaktadır. Lütfen soruları okuyarak sizin düşüncenizi en iyi yansıtan cevaba “X” işaretini koyunuz.

Zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

1. Yaşınız _____
2. Cinsiyet
 - a. Kadın
 - b. Erkek
3. Eğitim Durumunuz
 - a. Okuryazar değil
 - b. Okuryazar
 - c. İlkokul
 - d. Ortaokul
 - e. Lise
 - f. Üniversite ve üstü
4. Medeni Durumunuz
 - a. Evli
 - b. Bekar
5. Sağlık Güvenceniz
 - a. Var
 - b. Yok
6. Gelir Durumunuz
 - a. Gelir giderden az
 - b. Gelir gidere eşit
 - c. Gelir giderden fazla
7. Mesleğiniz,
 - a. İşsiz
 - b. Memur
 - c. İşçi
 - d. Emekli
 - e. Ev hanımı
 - f. Diğer...
8. Kronik hastalığınız var mı
 - a. Var
 - b. Yok

EK-4. SAĞLIK KADERCİLİĞİ SKALASI

Tutum İfadeleri		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Eğer sağlığım için yalnızca Allaha dua edersem o beni iyileştirir.					
2	Hasta olduğum zaman dertlerimi Allaha havale ederim ve çözümünü ondan beklerim.					
3	Huzurunda lütfen sahip olduğum için Allah benim sağlığımı korur.					
4	Allah, daha sağlıklı olmamı isterse bunu sağlar.					
5	Sağlığım hakkında endişelenmiyorum çünkü bu Allah'ın elinde olan bir şeydir.					
6	Hastalandığımda, Allah iyileşmemi isteyene kadar beklemek zorundayım.					
7	Bir sağlık problemim olduğumda, iyileşmek için Allah'a dua ederim.					
8	İbadetlerime devam ettiğim sürece, her türlü hastalıktan korunurum.					
9	Dindar insanlar Allah onlar için ne takdir ettiyse kabul etmelidir.					
10	Bana şifa vermesi için insana değil Allah'a güvenirim.					
11	Bir insanda iman varsa, doktorlar hiçbir şey yapmasa bile şifa bulur.					
12	Allah bazen insanların bir sebepten dolayı hasta olmasına izin verir.					
13	Eğer hasta olursam Allah'ın iradesiyle olmuştur.					
14	Her hangi bir hastalığa yakalanacaksam, bunu daha önceden Allah planlamıştır.					
15	Bazen bir insan Allah'a itaat etmediği için hastalanabilir.					
16	Daha sağlıklı olmam için çabalamama gerek yok çünkü bu Allah'ın elindedir.					
17	Küçük sağlık problemlerini kendim kontrol edebilirim ama büyük olanları sadece Allah kontrol eder.					

EK-5. HEATH FATALISM SCALE

Tutum İfadeleri		Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
1	If I just pray to God about my health, He will work it out					
2	When I am sick I give my burdens to God and let Him handle it					
3	God will take care of my health because I have found favor in his sight					
4	If God wants me to have better health, He will provide					
5	I don't worry about my health because it is in God's hands					
6	If I am sick, I have to wait until it is God's time for me to be healed					
7	When I have a health problem, I pray for God's will to be done					
8	As long as I stay focused in prayer, I will be healed of any sickness					
9	Spiritual people should accept whatever God has meant for them					
10	I trust God, not man, to heal me					
11	If a person has enough faith, healing will occur without doctors having to do anything					
12	Sometimes, God allows people to be sick for a reason					
13	If I become ill, God intended that to happen					
14	Whatever illnesses I will have, God has already planned it					
15	Sometimes someone can be ill because of disobedience to God					
16	I don't need to try to improve my health because I know it is up to God					
17	I can control a small health issue, but only God can control a big health issue					

EK-6. ÖLÇEĞİN YAZARINDAN ALINAN İZİN MAİL YAZISI

Yazardan izin

From: Wallston, Ken [mailto:ken.wallston@Vanderbilt.Edu]

Sent: Monday, September 7, 2015 6:11 PM

To: Cantürk Çapık <c_capik36@hotmail.com>

Subject: Re: permit for your scale from turkey

Dear Canturk Capik,

You have our permission to translate the fatalism scale that we published in the Journal of Health Psychology in 2008 into Turkish for use in your research.

Best wishes,

Ken Wallston (on behalf of co-authors Monica Friedman and David Schlundt)

On Sep 7, 2015, at 9:49 AM, Cantürk Çapık <c_capik36@hotmail.com> wrote:

Dear WALLSTON

I am Cantürk Çapık from Turkey. I am an assit.prof in public healt nursing in school of health sciences in ataturk university.

I and my student want to work on your fatalism scale (the article is publised in 2008 Journal of Health Psychology)

Can you permit us for work reability and validity for tuskish version of your scale. Thank you

Assit.prof.Canturk Capik

Ataturk University

Faculty of Health Sciences

EK-7. ETİK KURUL KARARI



Sağlık Bilimleri Fakültesi
ETİK KURUL SONUÇ FORMU



Sayı:7

Tarih:09/11/2015

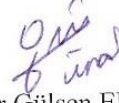
Araştırmanın Adı: “Sağlık Kaderciliği Skalası’nın Türk Dilinde Geçerlik ve Güvenirliği ”

Araştırmanın Yürütülmesi Uygundur (X)
Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygundur ()
Araştırmanın Yürütülmesi Uygun Değildir ()

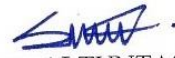
Açıklamalar (Uygun değil ya da düzeltme gerekiyorsa): Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu’nun 13.07.2015 tarihinde yapılan toplantısında “Sağlık Kaderciliği Skalası’nın Türk Dilinde Geçerlik ve Güvenirliği ” konulu Epidemolog Gulruz BOBOV ve Yrd.Doç.Dr.Cantürk ÇAPIK’ın çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.


Prof.Dr. Mehtap TAN
Başkan


Prof.Dr.Duygu ARIKAN
Üye


Prof.Dr.Gülşen ERYILMAZ
Üye

Doç. Dr. Nadiye ÖZER
Katılmadı


Doç. Dr. Serap ALTUNTAŞ
Sekreter/Raportör

EK-8. HALK SAĞLIĞI KURUM İZNİ



T.C.
ERZURUM VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

ERZURUM HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - ERZURUM
AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMA VE EĞİTİM ŞUBE
MÜDÜRLÜĞÜ
23.03/2016 10.16 - 38940367 - 772.99 - E.144



00021066006

Sayı : 38940367/772.99
Konu : Araştırma İzin Talebi
(Doç.Dr.Cantürk ÇAPIK)

İlgi: 01/03/2016 tarihli ve 38940367/605.99/105 sayılı yazı

İlgi tarih ve sayılı yazıda, Atatürk Üniversitesi Öğretim Üyesi Doç.Dr.Cantürk ÇAPIK sorumluluğunda, Yüksek Lisans Öğrencisi Gulruz BOBOV tarafından yapılması planlanan "Sağlık Kaderciliği Skalası'nın Türk Dilinde Geçerlik ve Güvenirliği" konulu çalışmanın Şerifefendi Aile Sağlığı Merkezi çevresinde yapmaları için izin talebinde bulunulmuştur.

THSK Aile Hekimliği Eğitim ve Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından yapılan değerlendirme doğrultusunda ekte bulunan komisyon karar yazısına bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi Müdürlüğümüzce uygun bulunmuş olup, çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren rapor örneğinin tarafımıza gönderilmesi gerekmektedir.İlgili kişiye durumun bildirilmesi hususunda;

Gereğini arz ederim.

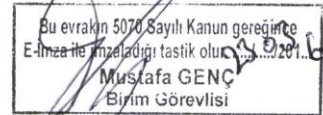
Dr.Mahmut UÇAR
Halk Sağlığı Müdürü

EK:

1-Komisyon Kararı

Dağıtım :
Gereği:
Atatürk Üniversitesi Rektörlüğü

Bilgi:
Erzurum Yakutiye Toplum Sağlığı Merkezi



Hastaneler Caddesi Halk Sağlığı Müdürlüğü A blok Yakutiye /ERZURUM TEL:444 34 76
Emine ŞAT CANCAN

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 81c65ffa-1733-4ed8-b913-df2d24795410 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.