

Ölüm Belirginliği ve Sağlık Davranışları: Dindarlığın Düzenleyici Rolü¹

Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Yasin ŞENYURT*

Balıkesir Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Balıkesir / Türkiye,
asinsenyurt@yahoo.com, ORCID: 0000-0003-4779-9422

Öz

Bu çalışma, ölüm belirginliği manipülasyonunun bireylerin sağlığı geliştirici davranışlarda bulunma niyetleri üzerindeki etkisini ve bu ilişkide dindarlığın düzenleyici bir rol oynayıp oynamadığını incelemektedir. Dehşet Yönetimi Kuramı (DYK) ve onun uzantısı olan Dehşet Yönetimi Sağlık Modeli (DYSM) çerçevesinde yürütülen araştırma, ölüm farkındalığının sağlık davranışlarını nasıl etkilediğini ve dini inançların bu etkiyi nasıl hafifletici veya güçlendirici yönde etkileyebileceğini ortaya koymayı amaçlamaktadır. Yarı deneysel bir desen kullanılarak 80 katılımcı rastgele şekilde ölüm belirginliği veya dış ağrısı belirginliği (kontrol) koşullarından birine atanmıştır. Katılımcılar önce Dinsel Yaşayış Ölçeğini, ardından da davranışsal niyetleri ölçmek üzere uyarlanmış Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'ni doldurmuşlardır. Sonuçlar, ölüm belirginliği koşulundaki katılımcıların sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve beslenme niyetlerinde anlamlı şekilde daha yüksek puanlar aldığını göstermiştir. Ayrıca, dindarlığın bu ilişki üzerinde düzenleyici bir rol oynadığı bulunmuştur: Etki en çok düşük dindarlık düzeyinde belirginleşmiş, yüksek dindarlıkta ise azalmıştır. Bu bulgular, ölüm belirginliğinin özellikle daha az dindar bireylerde sağlık davranışlarını motive edici bir unsur olabileceğini, yüksek dindarlığın ise bu etkiyi hafifleten bir tampon işlevi görebileceğini göstermektedir.

¹Bu çalışma, Balıkesir Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından 2024/165 numaralı proje kapsamında desteklenmiştir.

* Sorumlu Yazar. Tel: +90 266 612 10 00 | Araştırma Makalesi.

Makale Tarih Bilgisi. Gönderim: 20.04.2025, Kabul: 17.06.2025, Basım: Aralık, 2025.

© 2025. Kalem Eğitim ve Sağlık Hizmetleri Vakfı. Bütün Hakları Saklıdır. ISSN: 2146-5606, e-ISSN: 2687-6574

Anahtar Kelimeler: Ölüm belirginliği; Dindarlık; Sağlık davranışı; Dehşet Yönetimi Kuramı.

Mortality Salience and Health Behaviors: The Moderating Role of Religiosity

Abstract

This study investigated the effects of mortality salience on individuals' intentions to engage in health-promoting behaviors, and whether religiosity moderates this relationship. This study aimed to investigate the influence of death awareness on health behaviors and the potential moderating role of religious beliefs in this relationship, within the framework of Terror Management Theory (TMT) and its extension, the Terror Management Health Model (TMHM). A quasi-experimental design was employed with 80 participants randomly assigned to either a mortality salience (MS) or a dental pain salience (control) condition. Participants completed the Religious Lifestyle Scale and then responded to the Healthy Lifestyle Behavior Scale II. T-tests and moderation analyses were used to assess group differences and the moderating role of religiosity. Findings revealed that participants in the mortality salience condition reported significantly higher intentions for health responsibility, physical activity, and nutrition compared to the control group. Moderation analyses indicated that religiosity significantly moderated the effect of mortality salience on physical activity and overall health behavior; the effect was strongest among participants with low religiosity and diminished among those with high religiosity. These results suggest that mortality salience may serve as a psychological trigger for health behavior change, particularly among less religious individuals. In contrast, religiosity appears to act as a buffer, reducing the motivational impact of death awareness. The study contributes to the growing literature on existential influences on health behavior and highlights the importance of religious belief in shaping individual responses to mortality-related cues.

Keywords: Mortality salience; Religiosity; Health behavior; Terror Management Theory.

Extended Summary

Purpose

This study explores the impact of *mortality salience* and *health-related salience* on individuals' health behavior intentions within the framework of

Terror Management Theory (TMT). TMT posits that awareness of death can trigger existential anxiety, which individuals manage by clinging to cultural worldviews and self-esteem. Drawing from the Terror Management Health Model (TMHM), this research aims to experimentally examine whether reminders of death increase health-promoting behavioral intentions and whether religious belief moderates this effect. Specifically, the study tests the hypothesis that exposure to mortality salience leads to higher intentions to engage in health-promoting behaviors compared to a kontrol group and that religiosity moderates this relationship.

Method

The research employs a cross-sectional, quasi-experimental design. A total of 80 participants (22.5% male, 77.5% female; mean age=21.1) were randomly assigned to one of two conditions: mortality salience (MS) or dental pain salience (DPS). Mortality salience was induced by prompting participants to write about their emotions and thoughts regarding their own death, whereas the kontrol group wrote about dental pain. Participants then completed the Religious Lifestyle Scale, which measures belief, morality, and worship dimensions, followed by the Healthy Lifestyle Behavior Scale II, adapted to assess their intentions for the next three months.

Data were collected online via Google Forms. Between the religiosity measure and the manipulation, participants completed a filler task to reduce priming effects. Statistical analyses included t-tests, ANOVA, and moderation analyses through regression models to assess whether religiosity moderated the relationship between salience condition and health behavior intentions.

Results

Independent samples t-tests revealed significant differences between the MS and DPS groups in several health behavior domains. Participants in the MS condition scored significantly higher on the responsibility, physical activity, and nutrition subscales of the HPLP-II. These effects ranged from small to medium in size (Cohen's d between 0.46 and 0.67). The MS group also had higher total HPLP-II scores. No significant differences were found for the spirituality, interpersonal relations, or stress management subscales.

Moderation analyses showed that religiosity did not significantly moderate the effect of condition on health responsibility. However, religiosity moderated the effect of condition on physical activity and spiritual develop-

ment. Specifically, at low levels of religiosity, mortality salience led to significantly higher physical activity intentions compared to the control condition. This effect diminished at average religiosity levels and disappeared at high religiosity levels. A similar trend was observed for spiritual development, though effects were less robust.

When examining total health behavior scores, the interaction between condition and religiosity approached statistical significance. Simple slope analyses showed that mortality salience significantly increased health behavior intentions only among participants with low to moderate religiosity, while no effect was observed among highly religious participants.

Discussion

The findings support Terror Management Theory's proposition that mortality awareness can lead individuals to adopt health-protective behaviors. Participants who were reminded of death reported greater intentions to exercise, eat healthily, and take responsibility for their health. These findings align with the Terror Management Health Model, suggesting that death reminders can enhance motivation for self-preservation and growth-oriented goals.

However, not all health behaviors were equally affected. No significant differences were found for spirituality, interpersonal relationships, or stress management, indicating that death salience may primarily affect behaviors perceived as directly linked to physical survival. These patterns suggest that existential threats may selectively motivate behaviors that provide a sense of bodily control and safety, rather than broader psychosocial or emotional coping strategies.

Religiosity played a complex moderating role. Low-religiosity individuals were more responsive to mortality salience in terms of health behavior intentions, whereas highly religious individuals were largely unaffected. This may be because religious beliefs already offer psychological buffers against existential anxiety. Individuals with strong religious worldviews may rely on spiritual frameworks for meaning-making and emotional regulation, thus reducing the need to change health behaviors when confronted with thoughts of death. These results highlight the regulatory role of religion in managing existential concerns and suggest that its buffering effects may reduce the behavioral urgency triggered by mortality awareness.

The findings also resonate with prior research indicating that religious

belief systems can either amplify or neutralize the effects of existential threats, depending on cultural context and personal convictions. The study contributes to a nuanced understanding of how religious frameworks interact with psychological mechanisms underlying health behavior.

Conclusion

This study offers experimental support for the idea that mortality salience can positively influence health behavior intentions. However, this effect is moderated by the level of religiosity, with more pronounced effects observed among less religious individuals. These results enrich the theoretical framework of Terror Management Theory by emphasizing the role of religious belief as a psychological buffer in existential contexts.

The findings have practical implications for public health messaging and clinical interventions. Death-related appeals may be effective in promoting health behavior among secular populations but may have limited impact on highly religious individuals. Health professionals and policymakers might consider tailoring messages based on the religiosity of the target audience. Moreover, integrating religious values into health campaigns could enhance message receptivity among more devout populations.

Future research should further explore cultural, personality, and contextual moderators in the relationship between mortality salience and health behavior. Longitudinal and experimental designs across diverse populations could clarify the durability and generalizability of these effects.

Acknowledgements

This study was supported by the Scientific Research Projects Unit of Balıkesir University under project number 2024/165.

Giriş

Bu çalışmanın konusu Dehşet Yönetimi Kuramı çerçevesinde ölüm belirginliği ve sağlık problemi belirginliğinin sağlık davranışlarına etkisini ve dinin düzenleyici rolünü incelemektir.

Dehşet Yönetimi Kuramı

Dehşet Yönetimi Kuramı (DYK; Terror Management Theory), insanların ölüm farkındalığı ile başa çıkma mekanizmalarını inceleyen sosyal psikoloji alanında önemli bir kuramdır. Bu kuram, 1980'lerin sonlarında Ernest Becker'in çalışmalarından esinlenen Greenberg, Solomon ve Pyszczynski (1997) tarafından geliştirilmiştir. DYK, insanların ölümlülük

bilincinin yarattığı varoluşsal kaygıyla mücadele etmek için kültürel dünya görüşlerine ve benlik saygısına sarıldıklarını öne sürer. Bu kuram, bireylerin ölüm düşüncesini bastırmak ve sembolik ölümsüzlük elde etmek için kültürel değerlere, inançlara ve grup kimliklerine bağlandıklarını savunur. DYK, sosyal davranışlar, ön yargılar, kültürler arası etkileşimler ve hatta politik tercihler gibi çeşitli alanlardaki insan davranışlarını açıklamak için de kullanılmaktadır.

Dehşet Yönetimi Kuramı, Din ve Sağlık Davranışları

Ölüm tehdidini vurgulayan mesajlar, bireylerin psikolojik tepkilerini ve davranışlarını önemli ölçüde etkileyebilir. DYT'ye göre, ölüm düşüncelerinin bilinçli aktivasyonu, kültürel dünya görüşlerini ve benlik saygısını güçlendirerek ölüm kaygısını bastırmaya yönelik savunma mekanizmalarını tetikleyebilir (Burke, Faucher ve Martens, 2010). Bu durum, grup içi kayırmacılık ve etnosentrik ön yargılar gibi davranışlara yol açabilir (Baldwin ve Wesley, 1996). Bir başka çalışmada ise ölüm düşüncelerinin belirginleşmesinin (mortality salience), hazcı (hedonik) ve faydacı tüketimi artırabileceği ve bunun da sağlıksız tüketim alışkanlıklarına yol açabileceği değerlendirilmiştir (Kasser ve Sheldon, 2000).

Ancak, ölüm tehdidinin etkisi her zaman olumsuz değildir. Bazı durumlarda, ölüm farkındalığı pro-sosyal tutumları artırabileceği ve kişinin içsel değerlerine odaklanmasını arttırabileceği ifade edilmiştir (Jonas, Schimel, Greenberg ve Pyszczynski, 2002). Ayrıca, kültürel bağlama ve dini inançlara bağlı olarak bu etkiler değişmektedir. Örneğin, Kore Budistleri arasında yapılan bir çalışma, bu Budistlerde meditasyonun ölüm tehdidinin algılanan etkisini azaltabileceğini göstermiştir (Park ve Pyszczynski, 2019). Buna karşın Nichols, Strohminger, Garfield ve Rai'nin (2018) çalışmasında Tibet Budistlerinin diğer gruplardan daha yüksek ölüm kaygısı olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Sonuç olarak, ölüm tehdidini vurgulayan mesajların etkinliği, bireylerin kişisel özellikleri, kültürel bağlamları ve mesajın sunuluş şekli gibi faktörlere bağlıdır.

Ölüm farkındalığına verilen tepkilerin, yalnızca kültürel faktörlerden değil, bireysel özelliklerden de etkilendiği çalışmalarda vurgulanmaktadır. Ölüm farkındalığının sağlık davranışları üzerindeki etkilerini yaş ve benlik saygısı düzeyleri bağlamında ele alan bir çalışmada (Taubman-Ben-Ari ve Findler, 2005), ölüm hatırlatmalarının bireylerin sağlık geliştirme niyetlerini hem yakın hem de uzak savunma süreçlerinde farklı biçimlerde etkilediği

bulunmuştur. Bu araştırmacılar ilk çalışmalarında, ölüm farkındalığının genç ve orta yaşlı bireylerde sağlık davranışlarına yönelik isteği artırırken, ileri yaş grubundaki bireylerde bu isteğin azaldığını bulmuşlardır. İkinci çalışmalarında ise dikkat dağıtıcı bir görevle ölüm farkındalığı etkisi bilinç dışı düzeye çekildiğinde, genç bireylerde anlamlı bir değişiklik gözlenmezken, orta yaşlı bireylerde sağlık davranışlarını sürdürme niyetinin arttığını bulmuşlardır. Ayrıca, yaşlı bireylerde bu etki yalnızca düşük benlik saygısına sahip bireylerde görülmüş, yüksek benlik saygısı olan bireyler ölüm farkındalığına karşı daha dirençli bulunmuştur. Bu bulgular, ölüm farkındalığına verilen tepkilerin bireysel özelliklere ve savunma düzeyine göre değiştiğini göstermektedir.

Bu bireysel farklılıkları ve savunma süreçlerini teorik olarak açıklamaya çalışan yaklaşımlardan biri de Dehşet Yönetimi Kuramı'nın sağlık bağlamındaki uzantısıdır. Dehşet Yönetimi Kuramı'nın bulgularının sağlık alanındaki uygulamaları Dehşet Yönetimi Sağlık Modelini (DYSM; Terror Management Health Model) ortaya çıkarmıştır. DYSM, sağlık davranışları ve kararları üzerinde ölüm farkındalığının etkilerini açıklayan önemli bir teorik çerçevedir. DYSM'ye göre, ölüm düşüncelerinin bilinçli ve bilinç dışı erişilebilirliği, sağlıkla ilgili motivasyonları ve davranışları farklı şekillerde etkilemektedir (Bultmann ve Arndt, 2019; Goldenberg ve Arndt, 2008). Bilinçli ölüm düşünceleri, kişileri sağlık odaklı davranışlara yönlendirirken, bilinç dışı ölüm düşünceleri benlik saygısı ve kültürel kimliği korumaya yönelik tepkilere neden olabilmektedir.

DYSM'nin uygulamaları, sağlık iletişimi ve politika geliştirme alanlarında önemli çıkarımlar sunmaktadır. Örneğin, güneşten korunma (Morris, Cooper, Goldenberg, Arndt ve Gibbons, 2014) ve sigara bırakma (Morris, Goldenberg, Arndt ve McCabe, 2018) gibi sağlık davranışlarını teşvik etmek için ölüm farkındalığı ve benlik saygısı kaynaklarını hedefleyen müdahaleler etkili olabilir. Ayrıca, sağlıklı beslenme alışkanlıklarını teşvik etmek için prototip görselleştirme ve ölüm hatırlatıcıları kullanılabilir (McCabe ve ark., 2015).

Ancak, COVID-19 pandemisi gibi hayatı tehdit eden sağlık durumlarında, DYSM'nin önerdiği mesajların psikolojik tepkiselliği tetikleyebileceği ve bu nedenle modelin genişletilmesi gerektiği de vurgulanmaktadır (Dimoff, Dao, Mitchell ve Olson, 2021).

Din ve Sağlık İlişkisi

Dini inançlar ve sağlık davranışlarının kesişimi üzerine yapılan araştırmalar, dindarlık ve sağlıkla ilgili uygulamalar arasında sürekli olarak pozitif bir korelasyon olduğunu göstermiştir. Dini uygulamalar, inançlar ile hem ruhsal hem de fiziksel sağlık arasındaki etkileşimin çeşitli boyutları kapsamlı bir şekilde incelenmiştir. Yüksek düzeyde dindarlığın hâkim olduğu toplumsal bağlamlarda, bireysel dindarlık düzeyi ile sağlık arasındaki ilişkinin önemli ölçüde farklılaştığı görülmektedir. Stroope ve Baker (2018), toplumun dini yapısının bu ilişki üzerinde belirleyici bir rol oynadığını ortaya koymuş; düşük düzeyde dindarlığa sahip bireylerin, özellikle yüksek düzeyde dindarlığın bulunduğu topluluklarda, daha olumsuz sağlık sonuçlarıyla karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Rew ve Wong (2006) ergenler arasında dindarlık ve sağlık tutumları arasındaki ilişkiye odaklanan 43 çalışmayı gözden geçirmiştir. Metodolojik eleştirilere rağmen, bu çalışmaların çoğunluğu sağlık tutumları ile dini inançlar arasında olumlu bir ilişki olduğunu bildirmiştir.

Ancak, din ve sağlık arasındaki bu ilişkinin bireylerin kişilik özelliklerine göre değişiklik gösterebileceği de çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur. Johnstone ve arkadaşları (2012) beş dini gelenekten katılımcıların yer aldığı kesitsel bir çalışma yürütmüş, dindarlığın iyi zihinsel sağlık ve olumlu kişilik özellikleri ile pozitif, olumsuz kişilik özellikleri ile ise negatif korelasyon gösterdiğini ortaya koymuştur. Ancak psikolojik özelliklerin, sağlık sonuçlarının manevi faktörlerden daha iyi belirleyicileri olduğu görülmüş, bu da kişiliğin sağlık ve din arasındaki ilişkiye aracılık edebileceğini düşündürmektedir.

Bu bağlamda, din ve sağlık arasındaki ilişkiyi etkileyen faktörlerin daha iyi anlaşılabilmesi için hem kişilik özelliklerinin hem de demografik değişkenlerin rolü üzerine yapılan çalışmalar önem kazanmaktadır. Koenig ve Al Shohaib (2024) psikolojik sağlık ve dini katılım arasındaki bağlantıyı araştırmış ve dini katılım ile iyimserlik, mutluluk ve hayat memnuniyeti gibi faktörler arasında zayıf ancak anlamlı bir pozitif korelasyon tespit etmiştir. Bulguları, kadınlara kıyasla erkeklerde gözlenen daha güçlü pozitif korelasyonlarla birlikte potansiyel cinsiyet farklılıklarına işaret etmiştir. Odaklanılan bir diğer alan ise dini bağlılık ve ölüm oranı arasındaki ilişkidir. Dini hizmetlere sık sık katılım, 7,5 yıllık bir takip süresi boyunca ölüm riskinde %30-35’lik bir azalma ile ilişkilendirilmiştir (Musick, House ve

Williams, 2004) ve dini grup faaliyetlerinin potansiyel uzun vadeli faydalarını vurgulamaktadır.

Salgado (2024) tarafından yapılan derleme çalışmasında, dinin koruyucu etkileri incelenmiş ve dinin insan sağlığı üzerindeki olumlu etkilerini gösteren çeşitli araştırma bulgularına yer verilmiştir. Derlemede yer alan makalelere göre din, bireylere bir amaç duygusu ve olumlu öz saygı kazandırmakta, aynı zamanda varoluşsal sorunlarla başa çıkmada etkili bir strateji olarak işlev görmektedir. Dini katılım, özellikle travmatik olaylar sırasında sosyal destek ve umut sunmaktadır. Araştırmalar, dini katılım ile depresyon arasında negatif bir ilişki olduğunu ve kilise katılımının daha düşük kan basıncı ile ilişkilendirildiğini ortaya koymuştur. Din, hastalık ve psikolojik stresle başa çıkmada önemli bir rol oynamakta ve affetme, iyilik, şefkat ve yardımlaşma gibi olumlu kişilik özellikleriyle bağlantılıdır. Ayrıca, dini inançlar ve uygulamalar, sağlık bakımını ve iyileşmeyi destekleyerek psikoterapi, hayat doyumu ve madde bağımlılığından iyileşme gibi olumlu etkilerle ilişkilendirilmiştir.

Özetle dini inanç ve davranışlarla sağlık davranışları ve psikolojik ve fiziksel sağlık arasındaki ilişki birçok çalışmada ortaya konmuştur. Buna karşın dinin sağlık davranışlarını yorumlayan diğer değişkenlerle etkileşimi çok az ele alınmıştır. Bu noktada dinin aracılık rolünü inceleyen çalışmalara değinmekte fayda vardır.

Dinin Düzenleyicilik ve Aracılık Rolü

Mevcut araştırmaya benzer bir çalışmada Abdul (2024), Filipinler'deki lisans öğrencileri arasında ölüm belirginliği ve ölüm kaygısı arasındaki ilişkinin yanı sıra bu ilişkide benlik saygısı ve dindarlığın düzenleyici etkilerini araştırmıştır. Bulgular, ölümlülük belirginliği ile ölüm kaygısı arasında pozitif bir korelasyon olduğunu göstermiştir. Benlik saygısı önemli bir düzenleyici faktör olarak ortaya çıkmış, düşük benlik saygısı ölüm belirginliğinin ölüm kaygısı üzerindeki etkisini artırmıştır. Beklentilerin aksine, yüksek benlik saygısı koruyucu bir faktör olarak işlev görmemiştir. Dindarlık ise önemsiz bir moderatör olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar, terör yönetimi teorisi ve dayanıklılık modelinin bu bağlamda uygulanabilirliği ile çelişkilidir.

Yine güncel bir çalışmada (Şenyurt, 2025) dini tutumların komplo inançlarıyla sağlık davranışları arasındaki ilişkide aracılık rolü incelenmiştir. Araştırma, gizli güç komplolarına olan inancın yeme alışkanlıkları üzerinde

dolaylı bir etkisi olduğunu ve dini inançların bu etkide aracı rol oynadığını ortaya koymuştur. Çalışma benzer şekilde, hükümet kompolarına olan inancın sağlık hizmetleri üzerindeki dolaylı etkisinin, ibadet tutumlarının aracılığı ile istatistiksel olarak anlamlılığa yaklaştığını tespit etmiştir. Yazar, bu bulgunun, bir dereceye kadar belirsizlik olsa da ibadet tutumlarının bu ilişkiye aracılık etmedeki potansiyel rolünü vurguladığını öne sürmektedir.

DYK Bağlamında Ölüm Belirginliği, Din ve Sağlık İlişkisi

Dehşet Yönetimi Teorisi'nde temel bir kavram olan ölüm belirginliği, kişinin kaçınılmaz ölümünün farkında olmasını ifade eder. Ampirik kanıtlar, ölümlülüğün hatırlatılmasının bireylerin tutum ve davranışlarını, özellikle de dinle ilgili olanları önemli ölçüde etkileyebileceğini göstermektedir (Greenberg ve ark., 1995). Araştırmalar, ölümün belirginleşmesinin sıklıkla dini inançların yoğunlaşmasına ve ölümün ötesinde bir anlam ve aşkınlık duygusu sağlayan kültürel dünya görüşlerine bağlılığın güçlenmesine yol açtığını göstermiştir (Gailliot, Schmeichel, Plant, Stillman ve Maner, 2008). Bu olgunun, dini inançların ölümden sonraki hayata dair açıklamalar ve kişinin evrendeki yerini anlamasına yönelik bir çerçeve sunarak varoluşsal kaygıya karşı bir tampon görevi görebilmesi nedeniyle ortaya çıktığı varsayılmaktadır.

Ancak, ölüm belirginliği ile dini tutumlar arasındaki ilişki karmaşıktır ve bireysel farklılıklara ve kültürel bağlamlara göre değişebilir. Bazıları için ölümlülüğün hatırlatılması mevcut dini inançları güçlendirebilirken, diğerleri için inançlarının sorgulanmasına veya yeniden değerlendirilmesine neden olabilir. Buna ek olarak, dini inanç sisteminin doğası ve ölüm ve ölümden sonraki hayata ilişkin özel öğretileri, bireylerin ölüm belirginliğine nasıl tepki vereceğini etkileyebilir. Genel olarak ölüm belirginliği -bireyler kendi ölümlülükleriyle yüzleşirken psikolojik güvenlik arayışına girdiklerinden- dini ve kültürel dünya görüşlerinin önemini artırma eğilimindedir.

Sonuç olarak dini tutumlar, ölüm belirginliği ile sağlık davranışları arasındaki ilişki üzerinde, inançların spesifik içeriğine, bağlılığın gücüne ve kültürel bağlama bağlı etkilerle birlikte karmaşık bir düzenleyici etkiye sahip olabilir. Dindar ve dindar olmayan bireylerin ölüm belirginliği manipülasyonlarına verdikleri sağlık davranışı tepkilerini karşılaştıran metodik olarak tasarlanmış deneysel çalışmalar bu dinamikleri aydınlatılabilir.

Araştırma Sorusu ve Hipotezler

Ölüm belirginliği durumlarında dini inançların nasıl bir rol oynadığı

literatürde geniş bir şekilde ele alınmıştır (Greenberg, Solomon ve Pyszcynski, 1997). Özellikle, dini inançların ölüm kaygısını azaltıcı bir işlev görerek bireylerin dünya görüşü savunmalarını etkileyebileceği öne sürülmüştür (Pyszcynski, Greenberg ve Solomon, 1999). Bununla birlikte, dini inancın ölüm düşüncesi karşısında nasıl bir aracı mekanizma oluşturduğu ve sağlık davranışlarına hangi yollarla etki ettiği halen tam olarak anlaşılmış değildir. Mevcut çalışma, bu boşluğu doldurmayı amaçlayarak şu soruya odaklanmaktadır:

Dini inanç, ölüm düşüncesi ile beklenen sağlık davranışları arasındaki ilişkiyi nasıl şekillendirmektedir?

Bu soruya yanıt aramak amacıyla aşağıdaki hipotezler test edilmiştir:

H1: Ölümle manipülasyona maruz kalan bireyler, sağlık problemi manipülasyonuna maruz kalanlara göre daha fazla sağlık davranışı sergilemeyi planlayacaklardır. Genç yetişkinlerde ölüm belirginliği sağlık davranışı niyetini artırmaktadır (Taubman-Ben-Ari ve Findler, 2005); bu nedenle bizim çalışmamızda da benzer bir etki beklenmektedir.

H2: Dini inanç, ölüm düşüncesi ile beklenen sağlık davranışları arasındaki ilişkide düzenleyici bir rol oynayacaktır. Literatürde dini inançlarla sağlık davranışları arasındaki ilişkiyi gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır (ör., Koenig ve Al Shohaib, 2024). Ayrıca Alparslan ve Kuşdil'in (2024, s.301) derleme çalışmasına göre, "dini inançlar ölüm korkusuna karşı koruyucu bir işlev görerek kaygı tamponu görevi üstlenir". Bu nedenlerle, ölüm farkındalığı ile sağlık davranışları arasındaki ilişkide dini inancın düzenleyici bir rol oynaması beklenmektedir.

Bu hipotezleri test etmek için deneysel bir tasarım oluşturulmuş ve katılımcılara ölüm belirginliği manipülasyonu ve sağlık manipülasyonu uygulanarak beklenen sağlık davranışlarına yönelik niyetleri değerlendirilmiştir. Ayrıca, dini tutumların bu süreçteki rolünü belirlemek amacıyla ölçek temelli ölçüm kullanılmıştır. Bulguların, dini inançların ölüm kaygısını yönetme süreçlerine ve sağlık davranışları üzerindeki etkilerine dair literatüre katkı sağlaması beklenmektedir.

Yöntem

Araştırma Modeli

Bu çalışma, katılımcılara uygulanan ölüm belirginliği ve sağlık problemi belirginliği manipülasyonlarının gelecekteki sağlık davranışları

üzerindeki etkisini ölçmeyi amaçlayan kesitsel, yarı deneysel bir araştırmadır.

Bu çalışma için gerekli etik onay, Balıkesir Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu tarafından 30.12.2024 tarihli ve 2024/12-23 sayılı toplantısında alınan karar ile verilmiştir.

Çalışma Grubu

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Değişken	Kategori	N	% Toplam (n)	% Ölüm m. (n)	% Dişçi m. (n)
Yaş	-	80	Ort.=21.1 SS=4.98	Ort.=21.1, SS=5.08	Ort.=21.2, SS=4.95
Dindarlık	-	80	Ort.=5.39 SS=2.16	Ort.=5.16, SS=2.18	Ort.=5.60, SS=2.14
Cinsiyet	Erkek	18	%22.5(18)	%26.32(10)	%19.05 (8)
	Kadın	62	%77.5(62)	%73.68(28)	%80.95 (34)
Eğitim	Lise mezunu	7	%8.8(7)	%7.89(3)	%9.30(4)
	Üniversite mez./öğrencisi	73	%91.3(73)	%92.11(35)	%88.37(38)
Hayatının büyük kısmını geçirdiği yer	Büyükşehir	49	%61.3(49)	%71.05(27)	%52.38(22)
	Köy	1	%1.3(1)	%0(0)	%2.38(1)
	İlçe	11	%13.8(11)	%7.89(3)	%19.05(8)
	Şehir	19	%23.8(19)	%21.05(8)	%26.19(11)
Din	Müslüman	72	%90.0(72)	%92.11(35)	%86.09(37)
	Deist	8	%10.0(8)	%7.89(3)	%13.95(5)
Toplam	-	80	%100(80)	%100(38)	%100(42)

Çalışmaya toplam 80 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcıların %22.5'i (n=18) erkek, %77.5'i (n=62) ise kadındır. Ölüm manipülasyonu grubunda, erkeklerin oranı %26.32 (n=10), kadınların oranı ise %73.68 (n=28)'dir. Dişçi manipülasyonu grubunda ise erkeklerin oranı %19.05 (n=8), kadınların oranı ise %80.95 (n=34)'dir. Katılımcıların yaş ortalaması $\bar{X}=21.1$ (SS=4.98) olarak hesaplanmıştır. Ölüm manipülasyonu grubundaki katılımcıların yaş ortalaması $\bar{X}=21.1$ (SS=5.08), dişçi manipülasyonu grubundaki katılımcıların yaş ortalaması ise $\bar{X}=21.2$ (SS=4.95) olarak belirlenmiştir. Dindarlık ortalaması ise katılımcılar için $\bar{X}=5.39$ (SS=2.16) olarak bulunmuştur. Ölüm manipülasyonu grubundaki dindarlık ortalaması $\bar{X}=5.16$ (SS=2.18), dişçi manipülasyonu grubundaki dindarlık ortalaması ise $\bar{X}=5.60$ (SS=2.14)'tır. Katılımcıların diğer demografik özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur.

Manipülasyonlar

Katılımcılar rastgele iki gruba atanarak aşağıda belirtilen manipülasyonlardan birine tabi tutulmuştur.

1. Ölüm belirginliği manipülasyonu: Literatürde ölüm belirginliği manipülasyonu olarak en sık kullanılan yöntem, katılımcılara ölümleriyle ilgili iki açık uçlu soru sorarak bunların cevaplanmasının istenmesidir (Burgin, Sanders, vanDellen, ve Martin, 2012). Bu sorular şunlardır:

- Lütfen kendi ölümünüzü düşünmenin sizde uyandırdığı duyguları kısaca tarif edin.
- Ölürlen ve öldükten sonra başınıza geleceklerle ilgili neler düşündüğünüzü, olabildiğince ayrıntılı bir şekilde yazın.

2. Sağlık problemi belirginliği manipülasyonu
Bu manipülasyonda, ölüm belirginliği soruları “diş ağrısı” şeklinde değiştirilerek katılımcılara sorulmuştur. Sorular şunlardır:

- Lütfen diş ağrısı çektiğinizi düşünmenin sizde uyandırdığı duyguları kısaca tarif edin.
- Diş ağrısı çekerken veya dişçiye gittiğinizde başınıza geleceklerle ilgili neler düşündüğünüzü, olabildiğince ayrıntılı bir şekilde yazın.

Veri Toplama Araçları

Dinsel Yaşayış Ölçeği

Kayıklık ve Kalgı (2017) tarafından geliştirilen Dinsel Yaşayış Ölçeği, inanç, ahlak ve ibadet olmak üzere üç boyuttan oluşan bir ölçüm aracıdır. Yedi dereceli likert ölçeği 36 maddeden oluşmaktadır. İnanç boyutunda, “Tanrı yaptığımız her şeyi bilir.” ve “Kıyamet Günü’nde herkes yaptıklarından sorumlu tutulacaktır.” gibi ifadeler yer almaktadır. Ahlak boyutunda ise “Dinî inançlarıma aykırı olduğu için kimseyi aldatmamaya çalışırım.” gibi maddeler bulunmaktadır. İbadet boyutunda, “Namazlarımı kılarım.” gibi ifadeler yer almaktadır. Ölçek geliştirme çalışmasından elde edilen geçerlilik (RMSEA<.08, NFI>.90, CFI=.95) ve güvenilirlik (Cronbach's alfa=.93) değerleri, bu ölçeğin dini hayat tarzlarını ölçmede geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu göstermektedir. Ölçek alt boyutları bazında değerlendirilebileceği gibi toplam puanıyla da değerlendirilebilmektedir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach güvenilirlik katsayısı .98 olarak bulunmuştur.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ-II)

Bu ölçek, bireylerin sağlıklı yaşam biçimlerini ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçek olup, bireylerin sağlıklı yaşam alışkanlıklarını belirlemek için kullanılmaktadır. Ölçeği Türkçeye Bahar, Beşer, Gördes, Ersin ve Kıssal (2008) kazandırmıştır. Bu ölçek fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi, sağlık sorumluluğu, kişiler arası ilişkiler ve manevi gelişim alt boyutlarını içerir. Katılımcılar, bu boyutlarla ilgili davranışlarını belirli bir zaman dilimi içinde ne sıklıkla gerçekleştirdiklerine dair yanıtlar verirler. Bu çalışmanın amacı kapsamında ölçeğin orijinalinden farklı olarak ölçeğin başında “bu davranışları önümüzdeki 3 aylık sürede ne

kadar gerçekleştirmeyi planlıyorsunuz” sorusu sorulmuştur. Bu sayede katılımcıların geçmiş sağlık davranışlarını değil manipülasyon sonrası düşündükleri sağlık davranışlarını ölçmek amaçlanmıştır.

Türkçeye uyarlama çalışmasında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II’nin Cronbach alfa katsayısı .92 olarak bulunmuştur. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II’nin alt boyutlarının güvenilirlik katsayıları ise şu şekildedir: Sağlık sorumluluğu boyutunun Cronbach alfa katsayısı .77, fiziksel aktivite boyutunun .79, beslenme boyutunun .68, manevi gelişim boyutunun .79, kişiler arası ilişkiler boyutunun .80 ve stres yönetimi boyutunun ise .64 olarak saptanmıştır. Bu değerler ölçeğin alt boyutlarının ve tüm ölçeğin sağlık davranışlarına ilişkin güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada da tüm ölçeğin güvenilirlik katsayısı .94 olarak bulunmuştur.

Veri Toplanması ve Analiz

Veriler, Google Forms üzerinden online olarak toplanmıştır. Katılımcılara ulaşmak için ulaşılabilir örnekleme yöntemi kullanılarak çeşitli online kanallar aracılığıyla iletişime geçilmiştir. Katılımcılar uygulamaya girdiklerinde ilk olarak bir Gönüllü Onam Formu ile karşılaşmışlardır. Bu formu okuduktan sonra çalışmaya katılmayı kabul edenler, “Kabul ediyorum” seçeneğini işaretleyerek çalışmaya başlamışlardır. İlk merhalede katılımcılar, Dini Yaşam Ölçeği’ni doldurmuşlardır. Bu ölçeği tamamladıktan sonra, ölçeğin etkilerini azaltmak amacıyla basit matematik sorularından oluşan kısa bir ara görev yapmışlardır. Ardından, çeşitli meyveler arasından hangilerini sevdiklerini soran bir ekran karşısına çıkmıştır. Katılımcılar bu soruya cevap verdikten sonra rastgele olarak iki manipülasyon koşulundan birine atanmışlardır. Manipülasyon ekranında yer alan iki soruyu cevapladıktan sonra katılımcılar Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II’yi doldurmuşlardır. Son merhalede ise katılımcılar yaş, cinsiyet ve eğitim durumu gibi demografik bilgileri içeren soruları yanıtlamışlardır.

Gruplar arası farklar Student t-test ve ANOVA kullanılarak incelenmiştir. Ölüm manipülasyonun sağlık davranışları üzerindeki etkisinde dinin düzenleyicilik rolü ise regresyon modelleriyle test edilmiştir. Düzenleyici değişken analizleri SBYD ölçeğinin her bir alt boyutunun bağımsız değişken olarak ele alındığı 6 ayrı analiz olarak gerçekleştirilmiştir. Her analizde araştırmanın bağımsız değişken koşulları (ölüm manipülasyonu ve dışçı manipülasyonu) yordayan değişken olarak, Dinsel Yaşayış Ölçeği

toplam puanları düzenleyici değişken olarak analize sokulmuştur.

Bulgular

Bağımsız örneklem t-test sonuçları, Ölüm manipülasyonu ve Dişçi manipülasyonu alan gruplar arasında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBD) alt boyutlarında bazı anlamlı farklar olduğunu ortaya koymuştur. İlk olarak, SYBD sağlık sorumluluğu alt boyutunda, ölüm manipülasyonu grubunun dişçi manipülasyonu grubuna göre daha yüksek puanlar aldığı ve bu farkın orta derecede anlamlı olduğu bulunmuştur ($t(78)=2.67, p=.01$, Cohen's $d=0.60$). Aynı şekilde, SYBD fiziksel aktivite alt boyutunda da Ölüm manipülasyonu grubunun daha yüksek puan aldığı ve bu farkın küçük ile orta arasında bir etki büyüklüğüne sahip olduğu tespit edilmiştir ($t(78)=2.06, p=.04$, Cohen's $d=0.46$). SYBD ölçeğinin beslenme alt boyutunda da benzer şekilde, ölüm manipülasyonu grubunun daha yüksek puan aldığı ve farkın orta büyüklükte olduğu görülmüştür, $t(78)=3, p=.004$, Cohen's $d=0.67$. Ayrıca, SYBD toplam puanında da ölüm manipülasyonu grubunun daha yüksek bir skor elde ettiği ve bu farkın küçük ile orta derecede bir etki büyüklüğüne sahip olduğu gözlemlenmiştir, $t(78)=1.96, p=.05$, Cohen's $d=0.44$. Diğer taraftan, SYBD manevi gelişim ve SYBD kişiler arası ilişkiler alt boyutlarında koşullar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ölüm manipülasyonu ve dişçi manipülasyonu grupları arasındaki farklar, her iki alt boyuta da istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır, sırasıyla, $t(78)=0.14, p=.89$ ve $t(78)=0.73, p=.47$. Ayrıca, SYBD stres alt boyutunda da gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır, $t(78)=0.77, p=.44$.

Tablo 2. Ölüm Manipülasyonu ve Dişçi Manipülasyonu Gruplarına Ait Ortalamalar

	Grup	Ort.	SS	Student's t	Cohen d	p
SYBD-Sorumluluk	Ölüm	23.5	5.77	2.67	0.60	.009
	Diş	20.1	5.69			
SYBD-FA	Ölüm	18.9	6.9	2.06	0.46	.042
	Diş	16	5.52			
SYBD-Beslenme	Ölüm	22.2	5.81	3	0.67	.004
	Diş	18.9	4.13			
SYBD_Manevi	Ölüm	27.1	4.94	0.14	0.03	.89
	Diş	27	5.04			
SYBD-İlişki	Ölüm	27.9	4.28	0.73	0.16	.468
	Diş	27.1	5.15			
SYBD-Stres	Ölüm	21.3	5.79	0.77	0.17	.443
	Diş	20.4	5.09			
SYBD-Toplam	Ölüm	141	28.17	1.96	0.44	.053
	Diş	129.5	24.3			

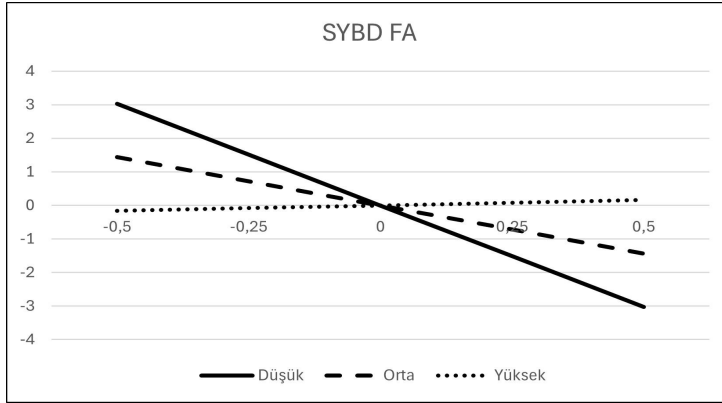
Düzenleyicilik Analizleri ve Bulgular

Bu çalışmada bağımsız değişken olarak manipülasyon türü (katılımcıların ölüm manipülasyonu veya dışçı manipülasyonu koşullarına atanması), bağımlı değişken olarak ise Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) ölçeğinin alt boyutlarından elde edilen puanlar kullanılmıştır. Moderasyon analizleri, manipülasyon türü ile Dinsel Yaşayış Ölçeğinden alınan toplam puanlar (DYÖ-Toplam) arasındaki etkileşimin, *SYBD* alt boyutları üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Analiz sonuçları, manipülasyonun etkisinin negatif olduğu durumlarda ölüm manipülasyonu koşulundaki (analizde 1 olarak kodlanan) katılımcıların, dışçı manipülasyonu koşulundaki (analizde 2 olarak kodlanan) katılımcılardan daha yüksek puanlar aldığını göstermektedir. Bu bağlamda, “negatif etki” ifadesi ölüm manipülasyonunun puanları artırıcı etkisini, “pozitif etki” ise bu grubun puanlarının dışçı manipülasyonu grubuna kıyasla daha düşük olduğunu belirtmektedir.

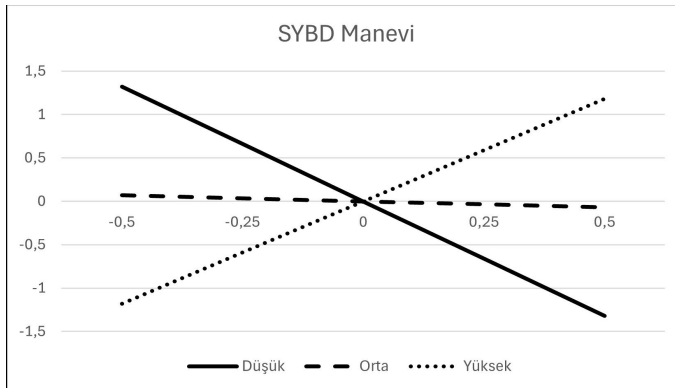
Sağlık sorumluluğu alt boyutuna ilişkin düzenleyicilik analizinde, Dinsel Yaşayış Ölçeği’nden alınan toplam puanın manipülasyon türü ile etkileşimi anlamlı bulunmamıştır ($B=0.007$, $SH=0.02$, $p=.742$). Bu bulgu, dini hayat düzeyinin deneysel koşullarla sağlık sorumluluğu arasında düzenleyici bir rol oynamadığını göstermektedir.

Fiziksel aktivite alt boyutuna ilişkin analizde ise manipülasyon türü ile DYÖ-Toplam arasındaki etkileşim anlamlı bulunmuştur ($z(78)=-2.40$, $p=.016$) (Şekil 1). Bu sonuç, manipülasyon türünün fiziksel aktivite puanları üzerindeki etkisinin, katılımcıların dini hayat düzeyine bağlı olarak farklılaştığını göstermektedir. DYÖ puanları düşük düzeydeyken (-1 SD) manipülasyon etkisi anlamlı ve negatiftir ($B=-6.01$, $SH=1.93$, %95 GA $[-9.84, -3.15]$, $z=-3.15$, $p=.002$). Ortalama düzeydeki dini hayat puanlarında da etki anlamlıdır ($B=-2.87$, $SH=1.37$, %95 GA $[-5.56, -0.1]$, $z=-2.09$, $p=.037$). Ancak yüksek düzeyde dini hayat puanı ($+1$ SD) söz konusu olduğunda manipülasyon türünün fiziksel aktivite üzerindeki etkisi anlamlı değildir ($B=0.32$, $SH=1.92$, %95 GA $[-3.45, 4.1]$, $z=0.17$, $p=.87$). Bu bulgular, manipülasyon türünün fiziksel aktivite üzerindeki etkisinin yalnızca dini hayat düzeyi düşük olan bireylerde belirgin olduğunu ortaya koymaktadır.



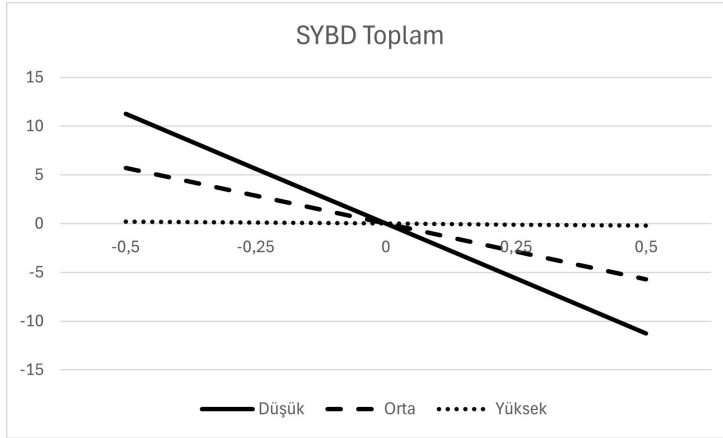
Şekil 1. Manipülasyon Türü ile Fiziksel Aktivite Arasındaki İlişkide Dini Tutumun Düzenleyici Rolü

Maneviyat alt boyutuna ilişkin analizde de benzer şekilde, manipülasyon türü ile DYÖ-Toplam etkileşimi anlamlı bulunmuştur ($z=2.38$, $p=.017$) (Şekil 2). Dini hayat puanları düşük olduğunda (-1 SD) bu etki negatif yönde ve sınırdan anlamlıdır ($B=-2.64$, $SH=1.52$, %95 GA $[-5.62, 0.35]$, $z=-1.73$, $p=.083$). Ortalama dini hayat düzeyinde (0 SD) etki anlamsızdır ($B=-0.14$, $SH=1.08$, %95 GA $[-2.26, 1.99]$, $z=-0.13$, $p=.90$). Yüksek düzeyde dini hayat puanı ($+1$ SD) olan katılımcılarda ise etki pozitif yönde olmasına rağmen anlamlı değildir ($B=2.36$, $SH=1.52$, %95 GA $[-0.62, 5.35]$, $z=1.55$, $p=.12$). Bu bulgular, dini hayat puanları düşük bireylerde manipülasyon türünün maneviyat algısını olumsuz etkileyebileceğini, yüksek düzeylerde ise bu etkinin yön değiştirdiğini ancak istatistiksel olarak anlamlı hale gelmediğini göstermektedir.



Şekil 2. Manipülasyon Türü ile Maneviyat Arasındaki İlişkide Dini Tutumun Düzenleyici Rolü

Son olarak, SYBD toplam puanının bağımlı değişken olarak ele alındığı analizde, manipülasyon türü ile DYÖ-Toplam etkileşimi sınırda anlamlı bulunmuştur, ($B=.18$, $SH=.09$, $z=1.97$, $p=.049$) (Şekil 3). DYÖ puanları düşük düzeydeyken (-1 SD) manipülasyonun etkisi güçlü ve anlamlıdır, $B=-22.030$, $SH=8.08$, %95 GA $[-38.3, -6.67]$, $z=-2.79$, $p=.005$. Ortalama düzeyde de bu etki anlamlıdır, $B=-11.45$, $SH=5.74$, %95 GA $[-22.7, -0.21]$, $z=-2.00$, $p=.046$. Ancak yüksek düzeyde dini hayat puanı ($+1$ SD) olan bireylerde, manipülasyonun toplam sağlıklı hayat biçimi davranışları üzerindeki etkisi anlamlı değildir, $B=-0.41$, $SH=8.07$, %95 GA $[-16.2, 15.40]$, $z=-0.05$, $p=.96$. Bu sonuçlar, manipülasyonun SYBD üzerindeki etkisinin dini hayat düzeyi düşük olan bireylerde belirgin olduğunu ancak bu etki düzey arttıkça zayıfladığını ve ortadan kalktığını göstermektedir.



Şekil 3. Manipülasyon Türü ile SYBDÖ Toplam Puanı Arasındaki İlişkide Dini Tutumun Düzenleyici Rolü

Genel olarak bu bulgular, Dinsel Yaşayış Ölçeğinden alınan puanların, manipülasyon türü ile sağlıklı yaşam davranışları arasındaki ilişkide düzenleyici bir rol oynayabileceğini ve bu rolün alt boyutlara göre farklılık gösterebileceğini ortaya koymaktadır.

Tartışma

Bu çalışma, ölüm belirginliğinin bireylerin sağlık davranışları üzerindeki etkilerini incelemiş ve bazı önemli bulgular ortaya koymuştur. Elde edilen bulgular, H_1 hipotezini desteklemektedir: “Ölümle manipülasyonuna maruz kalan bireyler, sağlık problemi manipülasyonuna maruz kalanlara göre daha fazla sağlık davranışı sergilemeyi planlayacaklardır.” Ölüm manipülasyonu ve sağlık manipülasyonu grupları

arasında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBD) alt boyutlarında anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Özellikle, Ölüm manipülasyonu grubunun SYBD-Sorumluluk, SYBD-Fiziksel Aktivite (FA) ve SYBD-Beslenme alt boyutlarında daha yüksek puanlar aldığı gözlemlenmiştir. Bu bulgu, ölüm farkındalığının bireyleri sağlıklarına daha fazla dikkat etmeye yönlendirdiğini düşündürmektedir. Ölüm manipülasyonunun, özellikle beslenme alışkanlıkları üzerinde güçlü bir etkisi olduğu görülmüş, bireylerin ölüm korkusu ile başa çıkarken daha sağlıklı yaşam biçimlerine yönelme eğiliminde olduklarını ortaya koymuştur.

Bulgular, ölüm belirginliğinin sağlık davranışlarını şekillendiren önemli bir faktör olabileceğini ortaya koymaktadır. Bu etki, Ölüm Düşüncesi Yönetimi Kuramı (Terror Management Theory, TMT) ile açıklanabilir. TMT'ye göre, bireyler ölümle yüzleşme kaygısını azaltmak amacıyla hayatta kalma stratejileri geliştirmektedir (Greenberg, Solomon ve Pyszczynski, 1997). Bu bağlamda, ölüm farkındalığı, bireylerin sağlık odaklı motivasyonlarını güçlendirebilir ve ölümle ilgili düşünceler, kişileri daha sağlıklı yaşam biçimlerine yönleltebilir. Ancak, tüm sağlık davranışı boyutları üzerinde benzer etkiler gözlemlenmemiştir. SYBD-Manevi, SYBD-İlişki ve SYBD-Stres alt boyutlarında anlamlı farklar bulunmamıştır. Bu durum, ölüm farkındalığının bazı sağlık davranışlarını etkileyebileceğini ancak manevi ve ilişkisel alanlarda benzer bir etki yaratmadığını göstermektedir. Ölüm farkındalığı ile manevi değerler arasındaki ilişki, kişisel inançlara dayalı karmaşık bir dinamik olabilir; bu nedenle, bazı alt boyutlarda anlamlı etkiler gözlemlenmemiş olabilir. Ayrıca, stresle ilgili farkların ortaya çıkmaması, stresin bireylerin sağlık davranışlarını şekillendirmedeki rolünün ölüm kaygısından farklı bir boyutta olabileceğini düşündürmektedir. Ölüm farkındalığının sağlık davranışları üzerindeki etkisinin yalnızca fiziksel sağlıkla sınırlı kalmayıp aynı zamanda psikolojik ve manevi sağlık boyutlarını da etkileyebileceği düşünülmelidir. Özellikle, SYBD-Manevi, SYBD-İlişki ve SYBD-Stres alt boyutlarında anlamlı farkların bulunmaması, ölüm farkındalığının bireylerin psikolojik ve sosyal sağlıkları üzerinde sınırlı bir etkisi olabileceğini düşündürülebilir. Bununla birlikte, bu alt boyutların etkilenmemesinin nedeni, ölüm farkındalığının sadece bireylerin fiziksel sağlıklarına yönelik bir tepkiyi tetiklemesi olabilir. Gelecek araştırmalar, ölüm farkındalığının bu alt boyutlar üzerinde nasıl bir etki yarattığını daha kapsamlı bir şekilde inceleyebilir ve psikolojik sağlıkla ilişkili faktörleri göz önünde bulundurabilir. Ayrıca, katılımcıların kişilik özellikleri, hayat tarzları

ve sosyal bağlam gibi değişkenler de bu ilişkilerde önemli bir rol oynayabilir ve bu tür faktörlerin incelenmesi, daha ayrıntılı sonuçlar elde edilmesine olanak sağlayacaktır.

Bir diğer dikkat çeken bulgu, dini inançların ölüm farkındalığı üzerindeki düzenleyici rolüdür. Bu bulgu “H₂: Dini inanç, ölüm düşüncesi ile beklenen sağlık davranışları arasındaki ilişkide düzenleyici bir rol oynayacaktır.” hipotezinin kısmen desteklendiğine işaret etmektedir. Önceki araştırmalar, dini inançların bireylere hayatın anlamı ve ölümün doğası hakkında bir çerçeve sunduğunu ve ölüm düşüncesinin yarattığı varoluşsal kaygıyı hafifletebileceğini öne sürmektedir (Holland ve ark., 1999). Bizim bulgularımız da dini eğilimleri güçlü olan bireylerin ölüm manipülasyonuna maruz kaldıklarında sağlık davranışlarında önemli bir değişiklik göstermediğini ortaya koymaktadır. Bu durum, dini inançların bireylerin ölüm kaygısıyla başa çıkma stratejilerini nasıl şekillendirdiğine dair önemli ipuçları sunmaktadır. Dini inançlar, bireylere ölüm sonrası hayat inancı gibi psikolojik bir tampon sağlayabilir, bu da onların ölümle ilgili düşüncelere karşı daha az duyarlı olmalarına yol açabilir. Dini inançların güçlü olduğu bireylerde, ölüm farkındalığı genellikle daha az kaygıya neden olur ve bu bireyler, sağlık davranışlarında radikal değişiklikler yapma ihtiyacı hissetmezler.

Öte yandan, dini inançların zayıf olduğu bireylerde, ölüm farkındalığı daha yoğun bir kaygı kaynağı olabilir. Bu durum, bu bireylerin sağlıklarını koruma konusunda daha proaktif davranışlar sergilemelerine neden olabilir. Bu bulgu, ölüm farkındalığı ile sağlık davranışları arasındaki ilişkinin kişisel inançlara ve hayat felsefesine göre şekillendiğini göstermektedir. Dini inançların etkisi, yalnızca bireylerin ölümle ilgili kaygıları yönetmelerine değil, aynı zamanda sağlıklarına yönelik tutumlarına da yön verebilir.

Sonuç

Sonuç olarak, bu çalışma, ölüm farkındalığının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyebileceğini ancak bu etkinin tüm sağlık davranışı alanlarında aynı şekilde gözlemlenmediğini göstermektedir. Ölümle ilgili düşünceler, sağlık davranışlarını şekillendiren önemli bir faktör olsa da bu etkinin hangi koşullarda ortaya çıktığını daha iyi anlamak için daha derinlemesine araştırmalara ihtiyaç vardır. Özellikle, dini inançların ve kültürel faktörlerin ölüm farkındalığı ile sağlık davranışları arasındaki etkileşimini inceleyen çalışmalar, bu alandaki bilgi birikimine önemli katkılar sağlayacaktır.

Bu alandaki araştırmalar, yalnızca akademik perspektif açısından değil, aynı zamanda pratik uygulamalar açısından da önemli katkılar sağlayabilir. Örneğin, sağlık profesyonelleri ve psikologlar, hastaların dini inançlarını göz önünde bulundurarak, ölümcül hastalıklarla başa çıkma stratejileri geliştirmede veya yaşam sonu bakımında daha etkili yaklaşımlar sunabilirler. Ayrıca, halk sağlığı kampanyalarının tasarımında, hedef kitlenin dini eğilimlerinin dikkate alınması, mesajların etkinliğini artırabilir.

Gelecekteki araştırmalar, ölüm farkındalığının sağlık davranışları üzerindeki etkilerini daha derinlemesine incelemeli ve dini inançların bu süreçteki rolünü daha iyi anlamak için karşılaştırmalı çalışmalar yapmalıdır. Kültürel farklılıkların bu ilişki üzerindeki etkisi de araştırılmalı. Çünkü ölüm algısı ve dini inançların işlevi kültürden kültüre değişebilir. Ayrıca ölüm farkındalığının neden sağlık davranışlarından bazılarını etkilediğini de inceleyebilir ve psikolojik sağlıkla ilişkili faktörleri göz önünde bulundurabilir. Ayrıca, katılımcıların kişilik özellikleri, hayat tarzları ve sosyal bağlam gibi değişkenlerin de bu ilişkilerde önemli bir rol oynayabileceği değerlendirilmeli ve bu tür faktörlerin incelenmesi gereklidir.

Sınırlılıklar

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. İlk olarak örneklemin büyük bir kısmı üniversite öğrencilerinden oluşmakta ve yaş ortalaması oldukça düşüktür. Bu durum, bulguların daha geniş yaş gruplarına ve farklı sosyo-kültürel arka planlara genellenebilirliğini sınırlamaktadır. Genç ve eğitimli bireylerin ölüm farkındalığına verdikleri tepkiler, farklı yaş ve sosyo-kültürel özelliklere sahip bireylerden farklılık gösterebilir. İkinci olarak çalışmada kullanılan manipölasyonların etkisi, yalnızca katılımcıların verdikleri yazılı yanıtlar üzerinden varsayılmış; ölüm farkındalığının gerçekten tetiklenip tetiklenmediği bağımsız bir ölçüm aracıyla (örneğin ölüm kaygısı ya da duygu derecelendirme ölçekleri) doğrulanmamıştır. Bu durum, manipölasyon geçerliliği açısından bir belirsizlik yaratmakta ve sonuçların güvenilirliğini etkilemektedir. Üçüncü olarak ise araştırma kesitsel ve tek zamanlı bir ölçümle sınırlı olup elde edilen sağlık davranışı niyetlerinin zaman içinde kalıcılığı ya da gerçek davranışlara dönüşüp dönüşmediği değerlendirilmemiştir.

Bunlara ek olarak elde edilen bulgulara ilişkin bazı alternatif açıklamalar da dikkate alınmalıdır. Çalışmanın çevrimiçi ve özbildirim temelli yürütölmesi, katılımcıların sosyal onay ihtiyaıyla yanıt vermesine neden

olmuş olabilir. Özellikle ölüm gibi hassas bir manipülasyon sonrasında, bireyler daha sosyal olarak kabul görecektir yanıtlar verme eğiliminde olmuş olabilirler. Bu durum, bildirilen niyetlerin gerçek davranışları ne ölçüde yansıttığı konusunda soru işaretleri doğurmaktadır. Ayrıca, ölüm farkındalığının etkisinin kısa vadeli olması da göz önünde bulundurulmalıdır. Mevcut çalışmada yalnızca manipülasyonu takiben ölçülen anlık sağlık davranışı niyetleri değerlendirilmiş, bu etkinin zamanla sürüp sürmediği incelenmemiştir. Literatürde ölüm farkındalığının hem olumlu (örneğin sağlık davranışları) hem de olumsuz (örneğin savunmacı önyargılar, riskli tüketim) sonuçlara yol açabildiği gösterilmiştir. Bu bağlamda, çalışmanın sadece olumlu etkiler üzerine odaklanması, ölüm farkındalığının daha karmaşık etkilerini gözden kaçırma riski taşımaktadır. Gelecek araştırmalarda daha çeşitli ve temsili örneklerle çalışılması, manipülasyonların geçerliliğinin bağımsız ölçümlerle test edilmesi ve uzunlamasına veri toplama tasarımlarının tercih edilmesi önerilmektedir.

Son olarak literatürdeki bazı tutarsız bulguların, dindarlık değişkeninin ölçümündeki yöntemsel çeşitlilikten kaynaklanabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır. Alparlan'a (2022) göre, dindarlık farklı araştırmalarda ahiret inancı, dini yönelim, doğaüstü varlıklara inanç, örtük inanç ya da genel inanç düzeyi gibi farklı yönleriyle ele alınmıştır. Bu farklı kavramsallaştırmalar ve ölçüm araçları, dindarlık ile ölüm kaygısı ya da sağlık davranışları arasındaki ilişkilerdeki tutarsızlıkları açıklamada etkili olabilir.

Kaynakça

- Abdul, M. H. O. (2024). Mortality salience and death anxiety: The moderating roles of self-esteem and religiosity. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. Erken çevrimiçi yayın.
Doi:10.1177/00302228241272498
- Alparlan, K. (2022). Ölüm kaygısı ve dindarlık arasındaki ilişki üzerine bir değerlendirme. *Dini Araştırmalar*, 25(63), 529-552.
Doi:10.15745/da.1171650
- Alparlan, K. ve Kuşdil, M. E. (2024). A review of research on the role of different types of religiosity in terror management. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 16(2), 298-305.
Doi: 10.18863/pgy.1328993
- Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F. ve Kıssal, A. (2008). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1), 1-13.
- Baldwin, M. W. ve Wesley, R. (1996). Effects of existential anxiety and self-esteem on the perception of others. *Basic and Applied Social Psychology*, 18(1), 75-95.

- Doi:10.1207/s15324834basp1801_7
- Bultmann, M. N. ve Arndt, J. (2019). Physical health under the shadow of mortality: The Terror Management Health Model. C. Routledge ve M. Vess, (Ed.), *Handbook of terror management theory* içinde (369–390). Oxfordshire: Academic Press.
- Doi:10.1016/B978-0-12-811844-3.00016-0
- Burgin, C. J., Sanders, M. A., vanDellen, M. R. ve Martin, L. L. (2012). Breaking apart the typical mortality salience manipulation: Two questions, two outcomes. *European Journal of Social Psychology*, 42(4), 521–532.
- Doi:10.1002/ejsp.1845
- Burke, B. L., Faucher, E. H. ve Martens, A. (2010). Two decades of Terror Management Theory: A meta-analysis of mortality salience research. *Personality and Social Psychology Review*, 14(2), 155-195.
- Doi:10.1177/1088868309352321
- Dimoff, J. D., Dao, A. N., Mitchell, J. ve Olson, A. (2021). Live free and die: Expanding the terror management health model for pandemics to account for psychological reactance. *Social and Personality Psychology Compass*, 15(3), e12585.
- Doi.org/10.1111/spc3.12585
- Gailliot, M. T., Schmeichel, B. J., Plant, E. A., Stillman, T. F. ve Maner, J. K. (2008). Mortality salience increases adherence to salient norms and values. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34(7), 993–1003.
- Doi:10.1177/0146167208316791
- Goldenberg, J. L. ve Arndt, J. (2008). The implications of death for health: a terror management health model for behavioral health promotion. *Psychological Review*, 115(4), 1032–1053.
- Doi:10.1037/a0013326
- Greenberg, J., Solomon, S., Harmon-Jones, E., Pyszczynski, T., Lyon, D. ve Simon, L. (1995). Testing alternative explanations for mortality salience effects: Terror management, value accessibility, or worrisome thoughts? *European Journal of Social Psychology*, 25(4), 417–433.
- Doi:10.1002/ejsp.2420250406
- Greenberg, J., Solomon, S. ve Pyszczynski, T. (1997). Terror management theory of self-esteem and cultural worldviews: Empirical assessments and conceptual refinements. J. M. Olson, M. P. Zanna ve C. P. Herman, (Ed.), *The social psychology of knowledge* içinde (37-61). Cambridge: Psychology Press.
- Holland, J. C., Passik, S., Russak, S. M., Fox, B., Lederberg, M., Baider, L., Gronert, M. K., Sison, A. ve Kash, K. M. (1999). The role of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma. *Psycho-Oncology*, 8(1), 14–26.
- Doi:10.1002/(sici)1099-1611(199901/02)8:1<14::aid-pon321>3.0.co;2-e
- Johnstone, B., Yoon, D. P., Cohen, D., Schopp, L. H., McCormack, G., Campbell, J. ve Smith, M. (2012). Relationships among spirituality, religious practices, personality factors, and health for five different faith traditions. *Journal of Religion and Health*, 51(4), 1017–1041.
- Doi:10.1007/s10943-012-9615-8
- Jonas, E., Schimel, J., Greenberg, J. ve Pyszczynski, T. (2002). The scrooge effect: evidence that mortality salience increases prosocial attitudes and

- behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(10), 1342-1353.
Doi: 10.1177/014616702236834
- Kasser, T. ve Sheldon, K. M. (2000). Of wealth and death: materialism, mortality salience and consumption behavior. *Psychological Science*, 11(4), 348-351.
Doi: 10.1111/1467-9280.00269
- Kayıklık, H. ve Kalgı, M. E. (2017). Dinsel Yaşayış Ölçeği: Geçerlik güvenirlik çalışması. *Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi (ÇÜİFD)*, 17(1), 1-19.
Doi:10.30627/cuilah.325986
- Koenig, H. G. ve Al Shohaib, S. (2024). Religious involvement and psychological well-being in the Middle East. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 59(3), 341-359.
Doi:10.1177/00912174231197548
- McCabe, S., Arndt, J., Vess, M., Gibbons, F. X., Goldenberg, J. L., Vail, K. E. ve Rogers, R. (2015). The effect of visualizing healthy eaters and mortality reminders on nutritious grocery purchases: an integrative terror management and prototype willingness analysis. *Health Psychology*, 34(3), 279-282.
Doi:10.1037/hea0000154
- Morris, K. L., Cooper, D. P., Goldenberg, J. L., Arndt, J. ve Gibbons, F. X. (2014). Improving the efficacy of appearance-based sun exposure interventions with the terror management health model. *Psychology & Health*, 29(11), 1245-1264. Doi:10.1080/08870446.2014.922184
- Morris, K. L., Goldenberg, J. L., Arndt, J. ve McCabe, S. (2018). The enduring influence of death on health: Insights from the terror management health model. *Self and Identity*, 18(4), 378-404.
Doi:10.1080/15298868.2018.1458644
- Musick, M. A., House, J. S. ve Williams, D. R. (2004). Attendance at religious services and mortality in a national sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 45(2), 198-213.
Doi.org/10.1177/002214650404500206
- Nichols, S., Strohminger, N., Garfield, J. ve Rai, A. (2018). Death and the self. *Cognitive Science*, 42(S1), 314-332.
Doi:10.1111/cogs.12590
- Park, Y. C. ve Pyszczynski, T. (2019). Reducing defensive responses to thoughts of death: Meditation, mindfulness, and Buddhism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 116(1), 101-118.
Doi:10.1037/pspp0000163
- Pyszczynski, T., Greenberg, J. ve Solomon, S. (1999). A dual-process model of defense against conscious and unconscious death-related thoughts: An extension of terror management theory. *Psychological Review*, 106(4), 835-845.
Doi:10.1037/0033-295X.106.4.835
- Rew, L. ve Wong, Y. J. (2006). A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 38, 433-442.
Doi: 10.1016/j.jadohealth.2005.02.004
- Salgado, A. C. (2014). Review of empirical studies on the impact of religion,

- religiosity, and spirituality as protective factors. *Journal of Educational Psychology - Propósitos y Representaciones*, 2(1), 141–159.
- Stroope, S. ve Baker, J. O. (2018). Whose moral community? Religiosity, secularity, and self-rated health across communal religious contexts. *Journal of Health and Social Behavior*, 59(2), 185–199.
Doi:10.1177/0022146518755698
- Şenyurt, A. Y. (2025). Religious beliefs as a mediator between conspiracy beliefs and health behaviors. *Abant Sosyal Bilimler Dergisi*, 25(1), 334-346.
Doi:10.11616/asbi.1585793
- Taubman-Ben-Ari, O. ve Findler, L. (2005). Proximal and distal effects of mortality salience on willingness to engage in health promoting behavior along the life span. *Psychology & Health*, 20(3), 303–318.
Doi:10.1080/08870440512331317661