



**T. C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
FELSEFE VE DİN BİLİMLERİ ANABİLİM DALI
DİN PSİKOLOJİSİ BİLİM DALI**

**MEME KANSERLİ HASTALARDA AĞRI VE UZUV
KAYBINA (MASTEKTOMİ) BAĞLI
DEPRESYON DÜZEYLERİNİN YAŞAM KALİTESİ
VE DİNDARLIK İLE İLİŞKİSİ**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

Emine KURT

BURSA-2015



**T. C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
FELSEFE VE DİN BİLİMLERİ ANABİLİM DALI
DİN PSİKOLOJİSİ BİLİM DALI**

**MEME KANSERLİ HASTALARDA AĞRI VE UZUV
KAYBINA (MASTEKTOMİ) BAĞLI
DEPRESYON DÜZEYLERİNİN YAŞAM KALİTESİ
VE DİNDARLIK İLE İLİŞKİSİ**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

Emine KURT

**Danışman:
Doç. Dr. Ahmet Albayrak**

BURSA-2015

TEZ ONAY SAYFASI

T. C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı, Din Psikolojisi Bilim Dalı'nda 701221022 numaralı **Emine Kurt**'un hazırladığı "**Meme Kanserli Hastalarda Ağrı ve Uzun Kaybına (Mastektomi) Bağlı Depresyon Düzeylerinin Yaşam Kalitesi Ve Dindarlık İle İlişkisi**" konulu **Yüksek Lisans** Çalışması ile ilgili tez savunma sınavı, **06./03/2015** günü **14.30** - **17.00** saatleri arasında yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin/çalışmasının (başarılı/başarısız) olduğuna (oybirliği/oy çokluğu) ile karar verilmiştir.

Üye (Tez Danışmanı ve Sınav Komisyonu
Başkanı)
Akademik Unvanı, Adı Soyadı
Üniversitesi

Doç. Dr. Ahmet Albayrak
Uludağ Üniv.

Üye
Akademik Unvanı, Adı Soyadı
Üniversitesi

Urd. Doç. Dr. Serdet Yıldız

Prof. Dr. **Hayati HÖKELEKÇİ**
Üye
Akademik Unvanı, Adı Soyadı,
Üniversitesi

...../...../20.....

ÖZET

Yazar Adı ve Soyadı : Emine KURT
Üniversite : Uludağ Üniversitesi
Enstitü : Sosyal Bilimler Enstitüsü
Anabilim Dalı : Felsefe ve Din Bilimleri
Bilim Dalı : Din Psikolojisi
Tezin Niteliği : Yüksek Lisans Tezi
Sayfa Sayısı : xiv+409
Mezuniyet Tarihi : / / 2015
Tez Danışmanı : Doç. Dr. Ahmet ALBAYRAK

MEME KANSERLİ HASTALARDA AĞRI VE UZUV KAYBINA (MASTEKTOMİ) BAĞLI DEPRESYON DÜZEYLERİNİN YAŞAM KALİTESİ VE DİNDARLIK İLE İLİŞKİSİ

Bu araştırmanın amacı, meme kanseri kadın hastalarda, ağrı ve mastektominin neden olduğu uzuv kaybına bağlı depresyon ile yaşam kalitesi ve dindarlık arasındaki ilişkileri belirlemektir. Araştırmanın örneklemini, Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Polikliniği'nden seçilen 360 meme kanseri kadın oluşturmaktadır. Araştırmada kullanılan ölçme araçları, Beck Depresyon Envanteri, EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Ok-Dini Tutum Ölçeği ve Sayısal Ağrı Skalası'ndan oluşmaktadır.

Araştırmaya katılan hastalar arasında anlamlı farklılıklar, etkileşim ve korelasyonlar bulunduğu tespit edilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre ağrı algısı ile depresyon arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Depresyon ile yaşam kalitesinin fonksiyonel durum ve genel iyilik hali boyutları arasında negatif yönde, semptom kontrolü boyutu arasında ise pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Dini tutum ve dini tutumun davranış, duygu ve ilişki alt boyutları ile ağrı algısı arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Dini tutum ve dini tutumun tüm alt boyutlarındaki puan ortalaması, olumlu beden algısına sahip hastalarda, olumsuz beden algısına sahip hastalardan anlamlı olarak daha yüksektir.

Dini tutum (toplam) ve ayrıca dini tutumun tüm alt boyutları (davranış, duygu, ilişki) ile depresyon arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Dini tutum (toplam) ile yaşam kalitesinin Genel İyilik Hali boyutu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca dini tutumun davranış alt boyutu ile yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum ve Genel İyilik Hali boyutları arasında da pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Dini tutum ve yaşam kalitesinin diğer boyutları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler:

Meme Kanseri, Mastektomi, Ağrı Algısı, Beden Algısı, Depresyon, Yaşam Kalitesi, Dini Tutum, Dindarlık.

ABSTRACT

Name and Surname : Emine KURT
University : Uludag University
Institution : Social Science Institution
Field : Sciences of Philosophy and Religion
Branch : Psychology of Religion
Degree Awarded : Master
Page Number : xiv+409
Degree Date : / / 2015
Supervisor : Assoc. Prof. Dr. Ahmet ALBAYRAK

RELATIONSHIP BETWEEN DEPRESSION LEVELS DUE TO PAIN AND LOSS OF LIMB (MASTECTOMY) AND QUALITY OF LIFE AND RELIGIOSITY IN PATIENTS WITH BREAST CANCER

The aim of this research is to determine the relationships between depression due to pain, and loss of limbs due to mastectomy and quality of life, and religiousness of women with breast cancer. Sample of the study consisted of 360 women with breast cancer selected from Ali Osman Sönmez Oncology Hospital, Radiation Oncology Clinic. The measures used in the study included the Beck Depression Inventory (BDI), European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ C-30), the OK-Religious Attitude Scale (RA), and the Numeric Rating Scale (NRS) for pain.

The results revealed that, significant differences, relationships and correlations were found in patients that were participated in the study. According to results a significant positive correlation was between pain percepton and depression. There was a significant negative correlation between depression and a functional and the global health scales of quality of life. But a significant positive correlation was found between a depression and symptom scale of quality of life. No significant correlations were found between a religious attitude (total) or subscales of the RA (including emotion, behavior and relationship) and the pain perception. Mean scores of the RA and subscales of RA of patients with a positive body perception were higher than that of patients with a negative body perception.

There was a significant negative correlation between the religious attitude (total) or subscales of the RA and depression. A significant positive correlation was found between the RA (total) and a global health scale of quality of life. In addition, a significant positive correlation was found only between behavior behavior subscale of (RA) and a functional and the global health scales of quality of life. No other significant correlation was found between RA and other scales of quality of life.

Keywords:

Breast Cancer, Mastectomy, Pain Perception, Body Perception, Depression, Quality of Life, Religious Attitude, Religiosity.

ÖNSÖZ

İnsana var oluş sırrını açıklayan, anlamsızlık ve belirsizlik içinde iken ona yol gösteren din, aynı zamanda çaresizlik ve ümitsizlik içinde çırpınan insanın sıkıntılar karşısındaki en büyük teselli kaynağıdır. İnanan insan için en büyük rehber olan din, hayatın her anını kuşatarak her türlü zorlukların aşılmasında ona güç verir. Dinin hastalık, felaket, ölüm vb. durumları anlamlandırma ve açıklamaya yönelik bütüncül bir muhtevaya sahip olmasının, özellikle psiko-sosyal uyum ve fiziksel sağlığa olumlu katkı sağladığı da düşünülmektedir. Bu nedenle son yıllarda dinin fiziksel ve ruhsal sağlık üzerindeki etkileri, din psikolojisinin de önemli bir inceleme konusu olmuştur.

Genellikle kanser gibi hastalıklarda bireylerin; fiziksel, emosyonel, ruhsal ve sosyal ihtiyaçlarının yanında hastalıkla baş etmelerinde dini inanç ve manevi değerlerin de önemli bir ihtiyaç ve destek olduğu görülmüştür. Özellikle meme kanseri kadın hastalarda, tedavinin uzun sürmesi, yaşam kalitesinin düşmesi, fonksiyonel yetersizliğin artması, beden bütünlüğünün bozulması vb. durumlar, birçok bedensel ve ruhsal sorunlar yaşanmasına neden olabilmektedir. Yapılan araştırmalar, bu süreçte dini inancın ve manevi değerlerin hastaların yaşamış olduğu var oluşsal krizi aşmada ve hastalığa anlam vermede etkili olduğunu göstermektedir.

Konuya ilişkin Batı'da oldukça geniş bir literatür olmasına rağmen, ülkemizde oldukça sınırlı sayıda çalışma olması bizi bu konuya yöneltmiştir. Avrupalı ve Amerikalı araştırmacıların kendi dini inanç ve spiritual/manevi değerlerini esas alarak yapmış oldukları çalışmalarda, dindarlığın farklı görüntüleri ve biçimlerinin kanser hastalarında ele alındığı görülmektedir. Müslüman Türk kültürü bağlamında, meme kanseri kadın hastalarda dindarlığın yaşam kalitesine, fiziksel ve ruhsal sağlığa etkisini konu alan bu araştırmanın, ilgili alanda küçük de olsa bir boşluğu dolduracağını düşünmekteyiz. Ayrıca sadece din psikolojisinde değil, farklı alanlardaki araştırmacıların da bu önemli konuya dikkatlerini çekerek, gerek nicelik gerekse nitelik yönünden daha kapsamlı ve gelişmiş çalışmaların yapılmasında ve hız kazanmasında etkili olacağını ümit ediyoruz.

Teorik ve uygulamalı alan araştırması olarak tasarlanan bu çalışmada da her bilimsel çalışmada olduğu gibi bir takım güçlüklerle karşılaşmıştır. Özellikle araştırmanın amacına uygun ölçme araçlarının tespiti konusunda tereddüt yaşanmıştır. Araştırmanın tıbbi boyutunu oluşturan ölçeklerin seçiminde, meme kanseri kadın hastalarda sıklıkla tercih edilen ve ülkemizde de çok sayıda alan araştırmasında kullanılmış ölçekler olmasına dikkat edilmiştir. Dolayısıyla bu tereddüt daha ziyade çok boyutlu ve farklı görüntüleri olan dindarlığın ölçülmesine yönelik olmuştur. Araştırmanın örneklem grubu olarak belirlenen meme kanseri kadın hastalarda, ülkemizde daha önce dindarlık ölçeği kullanılarak yapılmış bir çalışmaya rastlanılamaması da ölçek seçimindeki zorluğu arttırmıştır. Genel olarak eğitim düzeyi yüksek olmayan, geleneksel anlamda Müslüman kimliğine oldukça bağlı fakat meme kanseri teşhisi olarak hayatının dönüm noktası sayılabilecek bir sürece girmiş bu hastalarda, dindarlık olgusunu hangi açıdan ölçmenin daha uygun olacağı problemi ortaya çıkmıştır.

Bütün zorluk ve güçlüklerle rağmen, bu araştırmanın konu seçiminden tamamlanmasına kadar her aşamasında ilgi ve desteğini esirgemeyerek değerli bilgi, tecrübe, öneri ve düşünceleriyle beni yönlendiren, bana her zaman şevk ve cesaret veren saygıdeğer hocam ve danışmanım Doç. Dr. Ahmet Albayrak'a öncelikle saygı ve

şükranlarımı arz etmek isterim. Ayrıca yüksek lisans eğitimim süresince derin bilgi ve tecrübeleri ile her zaman kendilerinden istifade ettiğim, yetişmemde büyük emek ve katkıları olan değerli hocalarım Prof. Dr. Hayati Hökelekli ve Doç. Dr. İbrahim Gürses'e en derin saygı ve şükranlarımı sunarım. Bu araştırmanın tıbbi boyutunda konunun belirlenmesi, uygun ölçme araçlarının seçimi, kanser ve hastalara ilişkin sonuçların değerlendirme ve yorumlanmasına kadar her aşamada destek veren, yoğun temposuna rağmen adeta tıbbi anlamda gönüllü ikinci danışmanlık yapan, Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Uzmanı Dr. İbrahim Yıldırım Bey'e en içten minnettarlık duygularıyla saygı ve şükranlarımı ifade etmek isterim.

Ayrıca değerli görüş ve önerileriyle araştırmaya katkı sağlayan ve kendisi tarafından geliştirilen Ok-Dini Tutum Ölçeği'nin araştırmada kullanımına izin veren İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi Psikoloji Bölümü başkanı Prof. Dr. Üzeyir Ok Bey'e; araştırmanın çeşitli aşamalarında düşünce ve önerilerine sık sık müracaat ettiğim ve her daim yanımda olan, aynı zamanda SPSS ve istatistiksel işlemlerin analiz ve yorumlanmasında yardımlarını esirgemeyen değerli ağabeyim Bursa Teknik Üniversitesi Orman Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Ramazan Kurt'a özel şükran ve saygılarımı sunarım. Araştırmanın anket uygulama sürecinde, Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi'nde Başhekimlik görevini yürüten Sayın Dr. Osman Ayyıldız Bey'e ve Ümran Sönmez Medikal Onkoloji Kliniği'nde idari sorumlu olarak görev yapan Gülcan Erk Hanımefendi'ye gösterdikleri yakın ilgi ve desteklerinden dolayı teşekkürlerimi arz ederim.

Bu araştırmanın anket uygulama aşamasında, tüm sevecenliği ve cana yakınlığı ile yanımda olan ve hastalarla iletişimde kendisinden büyük destek aldığım Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Polikliniği'nde tıbbi sekreter olarak görev yapan Ayşe Böbrekyemez Hanımefendi'ye; anket uygulamasında yardımcı olan değerli arkadaşım Nurseli Karaçavuş'a özellikle teşekkürü bir borç bilirim. Ayrıca anket uygulama sürecinde yakın ilgi ve yardımlarını esirgemeyen, gerekli kolaylık ve desteği sağlayan sağlık ordusunun kıdemli neferleri olan hemşirelerimiz Fatma Güler, Aysel Kutluk, Serpil Cantürk, Samime Saroz, Ebru Yaşar, Dilek Aslan, Ayşe Erkol, Raşide Bayraktar, Neslihan Küçükberber, Ferihan Dinç ve Nebibe Yetim Hanımefendiler'e ve Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi'nin tüm personeline gönülden teşekkür ederim.

Bu çalışmanın ortaya çıkmasında en büyük desteği veren, hayata başka bir boyuttan bakmamı sağlayan, tüm acı ve ızdırapların ötesinde büyük bir teslimiyetle abideleşerek adeta bilgelik kazanan, sanki hastane onların evi bense misafirleriymişcesine büyük bir nezaket ve samimiyetle beni karşılayan, sınırsız dualarıyla kışın ayazında gönlümü ısıtan hastalara, kalbimin sınırsız enginliğiyle şükranlarımı sunuyorum.

Sabır ve şefkatleri ile her daim yanımda olan, tüm araştırma süresince dua ve ihtiyaçlarıyla beni kucaklayan, huzur ve mutluluk kaynağım biricik anneme, maddi-manevi sınırsız desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen değerli ağabeylerim Ali Osman ve Rıza Kurt'a, kıymetli yengelerim Semiha ve Gülnur Kurt'a, ayrıca tüm dostlarıma ve sevdiklerime güzel dilek ve temennilerinden dolayı sonsuz şükranlarımı büyük bir minnettarlıkla arz ediyorum.

Bursa-2015

Emine KURT

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ	v
İÇİNDEKİLER	vii
TABLOLAR LİSTESİ	xii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiii
KISALTMALAR LİSTESİ	xiv

GİRİŞ

1. ARAŞTIRMANIN KONUSU	1
2. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ	4
3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	5
4. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ	6
5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	9
6. ARAŞTIRMANIN SAYILTI LARI	10
7. KONU İLE İLGİLİ YAPILMIŞ ÇALIŞMALAR	10
7.1. Yurt İçinde Yapılmış Çalışmalar	10
7.1.1. Kanser-Dindarlık	10
7.1.2. Depresyon-Dindarlık	13
7.1.3. Yaşam Kalitesi-Dindarlık	22
7.2. Yurt Dışında Yapılmış Çalışmalar	23
7.2.1. Kanser-Dindarlık	23
7.2.2. Ağrı-Dindarlık	27
7.2.3. Depresyon-Dindarlık	30
7.2.4. Yaşam Kalitesi-Dindarlık	35

BİRİNCİ BÖLÜM TEORİK ÇERÇEVE

1. KANSER VE MEME KANSERİ	38
1.1. MEME KANSERİNDE YAYGINLIK VE RİSK FAKTÖRLERİ	39
1.2. MEME KANSERİNDE TANI	42
1.3. MEME KANSERİNDE TEDAVİ YÖNTEMLERİ	43
1.3.1. Cerrahi Tedavi	44
1.3.2. Radyoterapi	46
1.3.3. Kemoterapi	46
1.3.4. Hormonoterapi	47
1.4. MEME KANSERİNDE FİZİKSEL VE PSİKO-SOSYAL SORUNLAR	48
2. MASTEKTOMİ (UZUV KAYBI) VE BEDEN ALGISI	52
3. AĞRI	57
3.1. AĞRININ TANIMI	57

3.2.	AĞRININ SINIFLANDIRILMASI.....	58
3.3.	AĞRI ALGISI.....	60
3.4.	KANSER AĞRISI.....	61
3.5.	KANSER AĞRISI, DEPRESYON VE PSİKO-SOSYAL SORUNLAR.....	62
3.6.	KANSER AĞRISI VE YAŞAM KALİTESİ.....	65
4.	DEPRESYON	66
4.1.	DEPRESYON TANIMI	66
4.2.	DEPRESYONDA YAYGINLIK VE SIKLIK.....	68
4.3.	DEPRESYONDA NEDENSEL ETKENLER.....	69
4.3.1.	Biyolojik Etkenler	69
4.3.2.	Psiko-Sosyal Etkenler	70
4.4.	DEPRESYONDA BELİRTİ VE BULGULAR.....	72
4.5.	DEPRESYONDA TANI ÖLÇÜTLERİ VE SINIFLANDIRMA	74
4.6.	DEPRESYON TEDAVİSİ	76
5.	YAŞAM KALİTESİ	77
5.1.	YAŞAM KALİTESİNİN TANIMLANMASI	77
5.2.	SAĞLIKTA YAŞAM KALİTESİ.....	79
5.3.	YAŞAM KALİTESİNİN BOYUTLARI	81
5.4.	YAŞAM KALİTESİ VE KANSER.....	85
5.5.	YAŞAM KALİTESİ, DEPRESYON VE PSİKO-SOSYAL SORUNLAR.....	88
6.	DİN VE DİNDARLIK	91
6.1.	DİN.....	91
6.2.	DİNDARLIK.....	94
6.3.	DİNİ TUTUM.....	101
6.3.1.	Dini Tutumun Tanımlanması	101
6.3.2.	Dini Tutumun Oluşumu ve Gelişimi.....	103
6.3.3.	Dini Tutumun Unsurları.....	107
7.	DİNDARLIK VE KANSER	109
8.	DİNDARLIK VE AĞRI İLE BAŞA ÇIKMA	119
9.	DİNDARLIK VE DEPRESYON.....	121
10.	DİNDARLIK VE YAŞAM KALİTESİ.....	134

İKİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI VE YORUMLAR

1.	ARAŞTIRMA METODU VE UYGULAMASI HAKKINDA GENEL BİLGİLER ...	141
1.1.	ARAŞTIRMA METODU	141
1.2.	ARAŞTIRMA MODELİ VE DEĞİŞKENLER.....	141
1.3.	EVREN VE ÖRNEKLEM.....	142
1.4.	ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN	143
1.5.	VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	143
1.5.1.	Hasta Bilgi Formu.....	144
1.5.2.	Beden Algısının Değerlendirilmesi.....	144
1.5.3.	Beck Depresyon Envanteri (BDE).....	144
1.5.4.	EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği	146
1.5.5.	Ok-Dini Tutum Ölçeği (ODTÖ-2011).....	149

1.5.6. Sayısal Ağrı Skalası	150
1.6. UYGULAMA VE VERİLERİN TOPLANMASI.....	151
1.7. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ	152
2. ARAŞTIRMANIN BULGULARI VE ANALİZLER.....	153
2.1. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	153
2.2. HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLER	155
2.3. AĞRI ALGISI İLE İLGİLİ BULGULAR.....	157
2.3.1. Örneklemin Sayısal Ağrı Skalası Puan Ortalaması.....	157
2.3.2. Ağrı Algısı ve Yaş İlişkisi.....	157
2.3.3. Ağrı Algısı İle Hastalık Süresi, Hastalık Evresi ve Ameliyat Tipi İlişkisi	158
2.3.4. Ağrı Algısı ve Tedavi İlişkisi.....	159
2.4. BEDEN ALGISI İLE İLGİLİ BULGULAR.....	160
2.4.1. Örneklemin Beden Algısı.....	160
2.4.2. Beden Algısı ve Yaş İlişkisi.....	160
2.4.3. Beden Algısı İle Sosyo-Demografik Özellikler ve Hastalık Özellikleri Arasındaki İlişki.....	161
2.5. DEPRESYON İLE İLGİLİ BULGULAR	163
2.5.1. Örneklemin Beck Depresyon Envanteri Puan Ortalaması ve Puan Dağılımı	163
2.5.2. Depresyon ve Antidepresan Kullanımı İlişkisi	164
2.5.3. Depresyon ve Yaş İlişkisi	165
2.5.4. Depresyon ve Sosyo-Demografik Özellikler Arasındaki İlişki	166
2.5.5. Depresyon ve Hastalık Özellikleri Arasındaki İlişki	168
2.5.6. Depresyon ve Geçmiş Psikolojik Hastalık Tanısı İlişkisi	170
2.5.7. Depresyon ve Aile Desteği İlişkisi.....	170
2.5.8. Depresyon ve Kemoterapi Süreci İlişkisi.....	171
2.6. YAŞAM KALİTESİ İLE İLGİLİ BULGULAR	171
2.6.1. Örneklemin EORTC-QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalaması	171
2.6.2. Yaşam Kalitesi ve Yaş Değişkeni Arasındaki İlişki	172
2.6.3. Yaşam Kalitesi ve Medeni Durum Arasındaki İlişki	173
2.6.4. Yaşam Kalitesi ve Meslek Arasındaki İlişki.....	174
2.6.5. Yaşam Kalitesi ve Yerleşim Yeri Arasındaki İlişki.....	176
2.6.6. Yaşam Kalitesi ve Eğitim-Öğrenim Düzeyi Arasındaki İlişki.....	177
2.6.7. Yaşam Kalitesi ve Gelir Düzeyi Arasındaki İlişki.....	179
2.6.8. Yaşam Kalitesi ve Hastalık Süresi Arasındaki İlişki	181
2.6.9. Yaşam Kalitesi ve Hastalık Evresi Arasındaki İlişki	182
2.6.10. Yaşam Kalitesi ve Tedavi Arasındaki İlişki.....	184
2.6.11. Yaşam Kalitesi ve Ameliyat Tipi Arasındaki İlişki	185
2.6.12. Yaşam Kalitesi ve Aile Desteği Arasındaki İlişki	187
2.7. DİNİ TUTUM İLE İLGİLİ BULGULAR	188
2.7.1. Örneklemin Dini Tutum Ölçeği Puan Ortalaması.....	188
2.7.2. Dini Tutum ve Yaş Değişkeni Arasındaki İlişki.....	188
2.7.3. Dini Tutum ve Medeni Durum Arasındaki İlişki.....	189
2.7.4. Dini Tutum ve Meslek Arasındaki İlişki.....	191
2.7.5. Dini Tutum ve Yerleşim Yeri Arasındaki İlişki.....	192
2.7.6. Dini Tutum ve Eğitim-Öğrenim Düzeyi Arasındaki İlişki.....	194
2.7.7. Dini Tutum ve Gelir Düzeyi Arasındaki İlişki.....	196

2.7.8. Dini Tutum ve Hastalık Süresi Arasındaki İlişki	198
2.7.9. Dini Tutum ve Hastalık Evresi Arasındaki İlişki	199
2.7.10. Dini Tutum ve Tedavi Arasındaki İlişki.....	200
2.7.11. Din Tutum ve Aile Desteği Arasındaki İlişki.....	201
2.7.12. Din Tutum ve Geçmiş Psikolojik Hastalık Tanısı Arasındaki İlişki	202
2.8. BAĞIMLI DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİLERE YÖNELİK BULGULAR	203
2.8.1. Ağrı ve Diğer Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki.....	203
2.8.2. Beden Algısı ve Diğer Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki	204
2.8.3. Dini Tutum ve Diğer Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki	206
3. ARAŞTIRMA BULGULARININ YORUMLANMASI	210
3.1. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERLE İLGİLİ BULGULARIN YORUMLANMASI	210
3.2. HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERLE İLGİLİ BULGULARIN YORUMLANMASI	215
3.3. AĞRI ALGISI İLE İLGİLİ BULGULARIN YORUMLANMASI.....	220
3.3.1. Örneklemin Sayısal Ağrı Skalası Puan Ortalaması.....	220
3.3.2. Ağrı Algısı ve Yaş İlişkisi.....	220
3.3.3. Ağrı Algısı ve Hastalık Süresi İlişkisi.....	222
3.3.4. Ağrı Algısı ve Hastalık Evresi İlişkisi	222
3.3.5. Ağrı Algısı ve Tedavi İlişkisi.....	223
3.3.6. Ağrı Algısı ve Ameliyat Tipi İlişkisi	224
3.4. BEDEN ALGISI İLE İLGİLİ BULGULARIN YORUMLANMASI	224
3.4.1. Örneklemin Beden Algısı.....	224
3.4.2. Beden Algısı ve Yaş İlişkisi.....	226
3.4.3. Beden Algısı ve Medeni Durum Arasındaki İlişki.....	227
3.4.4. Beden Algısı ve Yerleşim Yeri Arasındaki İlişki	228
3.4.5. Beden Algısı ve Meslek Arasındaki İlişki	229
3.4.6. Beden Algısı ve Eğitim-Öğrenim Düzeyi Arasındaki İlişki	229
3.4.7. Beden Algısı ve Ameliyat Tipi Arasındaki İlişki.....	230
3.5. DEPRESYON İLE İLGİLİ BULGULARIN YORUMLANMASI	232
3.5.1. Örneklemin Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalaması	232
3.5.2. Depresyon ve Antidepresan Kullanımı İlişkisi	234
3.5.3. Depresyon ve Yaş İlişkisi	235
3.5.4. Depresyon ve Medeni Durum İlişkisi	237
3.5.5. Depresyon ve Yerleşim Yeri İlişkisi	240
3.5.6. Depresyon ve Meslek İlişkisi	240
3.5.7. Depresyon ve Eğitim-Öğrenim Düzeyi İlişkisi.....	241
3.5.8. Depresyon ve Gelir Düzeyi İlişkisi	243
3.5.9. Depresyon ve Hastalık Süresi İlişkisi	245
3.5.10. Depresyon ve Hastalık Evresi İlişkisi	246
3.5.11. Depresyon ve Tedavi İlişkisi.....	247
3.5.12. Depresyon ve Ameliyat Tipi İlişkisi	249
3.5.13. Depresyon ve Geçmiş Psikolojik Hastalık Tanısı İlişkisi	251
3.5.14. Depresyon ve Aile Desteği İlişkisi.....	252
3.6. YAŞAM KALİTESİ İLE İLGİLİ BULGULARIN YORUMLANMASI	254

3.6.1. Örneklemin EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalaması....	254
3.6.2. Yaşam Kalitesi ve Yaş Değişkeni Arasındaki İlişki	255
3.6.3. Yaşam Kalitesi ve Medeni Durum Arasındaki İlişki	258
3.6.4. Yaşam Kalitesi ve Meslek Arasındaki İlişki	261
3.6.5. Yaşam Kalitesi ve Yerleşim Yeri Arasındaki İlişki	264
3.6.6. Yaşam Kalitesi ve Eğitim-Öğrenim Düzeyi Arasındaki İlişki	265
3.6.7. Yaşam Kalitesi ve Gelir Düzeyi Arasındaki İlişki	267
3.6.8. Yaşam Kalitesi ve Hastalık Süresi Arasındaki İlişki	270
3.6.9. Yaşam Kalitesi ve Hastalık Evresi Arasındaki İlişki	272
3.6.10. Yaşam Kalitesi ve Tedavi Arasındaki İlişki	275
3.6.11. Yaşam Kalitesi ve Ameliyat Tipi Arasındaki İlişki	277
3.6.12. Yaşam Kalitesi ve Aile Desteği Arasındaki İlişki	280
3.7. DİNİ TUTUM İLE İLGİLİ BULGULARIN YORUMLANMASI	283
3.7.1. Örneklemin Dini Tutum Ölçeği Puan Ortalaması	283
3.7.2. Dini Tutum ve Yaş Değişkeni Arasındaki İlişki	284
3.7.3. Dini Tutum ve Medeni Durum Arasındaki İlişki	287
3.7.4. Dini Tutum ve Meslek Arasındaki İlişki	290
3.7.5. Dini Tutum ve Yerleşim Yeri Arasındaki İlişki	292
3.7.6. Dini Tutum ve Eğitim-Öğrenim Düzeyi Arasındaki İlişki	294
3.7.7. Dini Tutum ve Gelir Düzeyi Arasındaki İlişki	299
3.7.8. Dini Tutum ve Hastalık Süresi Arasındaki İlişki	301
3.7.9. Dini Tutum ve Hastalık Evresi Arasındaki İlişki	303
3.7.10. Dini Tutum ve Tedavi Arasındaki İlişki	305
3.7.11. Din Tutum ve Aile Desteği Arasındaki İlişki	307
3.8. BAĞIMLI DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİLERE YÖNELİK BULGULAR	310
3.8.1. Ağrı ve Diğer Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki	310
3.8.2. Beden Algısı ve Diğer Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki	315
3.8.3. Depresyon ve Diğer Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki	318
3.8.4. Dini Tutum ve Diğer Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki	321
SONUÇ VE ÖNERİLER	334
SONUÇLAR	334
ÖNERİLER	357
KAYNAKLAR	361
KİTAPLAR	361
MAKALELER	365
DİĞER KAYNAKLAR	388
EKLER	398
EK-1: ANKET UYGULAMA İZİNİ	398
EK-2: ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL ONAYI	401
EK-3: GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	402
EK-4: ANKET FORMU	403
ÖZGEÇMİŞ	408

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Kanser Ağrısının Yaşam Kalitesine Etkisi.....	65
Tablo 2. Yaşam Kalitesinin Boyutları.....	83
Tablo 3. EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği	148
Tablo 4. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	153
Tablo 5. Hastalığa İlişkin Özelliklerin Dağılımı	155
Tablo 6. Örneklemin Sayısal Ağrı Skalası Puan Ortalaması.....	157
Tablo 7. Ağrı Algısı Düzeyi İle Yaş Değişkeni Arasındaki İlişki.....	157
Tablo 8. Ağrı Algısı İle Hastalık Süresi, Hastalık Evresi ve Ameliyat Tipi Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar	158
Tablo 9. Ağrı Algısı İle Tedavi Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar.....	159
Tablo 10. Örneklemin Beden Algısı	160
Tablo 11. Beden Algısı İle Yaş Değişkeni Arasındaki İlişki	160
Tablo 12. Beden Algısı İle Medeni Durum, Yerleşim Yeri, Meslek, Eğitim-Öğrenim Düzeyi ve Ameliyat Tipi Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar	161
Tablo 13. Örneklemin Beck Depresyon Envanteri Puan Ortalaması ve Puan Dağılımı	163
Tablo 14. Depresyon İle Antidepresan Kullanımı Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar	164
Tablo 15. Depresyon İle Yaş Değişkeni Arasındaki İlişki	165
Tablo 16. Depresyon İle Medeni Durum, Yerleşim Yeri, Meslek, Eğitim-Öğrenim Durumu ve Gelir Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar	166
Tablo 17. Depresyon İle Hastalık Özellikleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar	168
Tablo 18. Depresyon İle Psikolojik Hastalık Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar	170
Tablo 19. Depresyon İle Kemoterapi Süreci Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar.....	171
Tablo 20. Depresyon İle Aile Desteği Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar	170
Tablo 21. Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Boyutları Puan Ortalaması	171
Tablo 22. Yaşam Kalitesi İle Yaş Değişkeni Arasındaki İlişki.....	172
Tablo 23. Yaşam Kalitesi İle Medeni Durum Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar.....	173
Tablo 24. Yaşam Kalitesi İle Meslek Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar.....	174
Tablo 25. Yaşam Kalitesi İle Yerleşim Yeri Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar.....	176
Tablo 26. Yaşam Kalitesi İle Eğitim-Öğrenim Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar.....	177
Tablo 27. Yaşam Kalitesi İle Gelir Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar.....	179
Tablo 28. Yaşam Kalitesi İle Hastalık Süresi Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar	181
Tablo 29. Yaşam Kalitesi İle Hastalık Evresi Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar	182
Tablo 30. Yaşam Kalitesi İle Tedavi Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar	184
Tablo 31. Yaşam Kalitesi İle Ameliyat Tipi Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar	185
Tablo 32. Fonksiyonel Durum İle Aile Desteği Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar.....	187
Tablo 33. Örneklemin Dini Tutum Ölçeği ve Boyutları Puan Ortalaması.....	188

Tablo 34. Dini Tutum İle Yaş Değişkeni Arasındaki İlişki	188
Tablo 35. Dini Tutum İle Medeni Durum Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar.....	189
Tablo 36. Dini Tutum İle Meslek Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar	191
Tablo 37. Dini Tutum İle Yerleşim Yeri Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar	192
Tablo 38. Dini Tutum İle Eğitim-Öğrenim Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar	194
Tablo 39. Dini Tutum İle Gelir Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar	196
Tablo 40. Dini Tutum İle Hastalık Süresi Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar.....	198
Tablo 41. Dini Tutum İle Hastalık Evresi Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar.....	199
Tablo 42. Dini Tutum İle Tedavi Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar	200
Tablo 43. Dini Tutum İle Aile Desteği Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar	201
Tablo 44. Dini Tutum İle Geçmiş Psikolojik Hastalık Tanısı Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar	202
Tablo 45. Ağrı İle Beden Algısı Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar.....	203
Tablo 46. Ağrı-Depresyon ve Ağrı-Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki	204
Tablo 47. Beden Algısı İle Depresyon Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar.....	204
Tablo 48. Beden Algısı İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar	205
Tablo 49. Depresyon ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki	206
Tablo 50. Dini Tutum ve Ağrı Arasındaki İlişki	206
Tablo 51. Dini Tutum İle Beden Algısı Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar	207
Tablo 52. Dini Tutum ve Depresyon Arasındaki İlişki	208
Tablo 53. Dini Tutum ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki	209

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Holistik Biyopsikososyal Sağlıkta Spiritualitenin Birlikteliği İçin Model	84
Şekil 2. Spiritual/Manevi Gereksinimler Modeli	112
Şekil 3. Kansere Başa Çıkma Unsurları	115
Şekil 4. Araştırma Modeli	142

KISALTMALAR LİSTESİ

Kısaltma	Bibliyografik Bilgi
a.e.	: Aynı eser
a.g.e.	: Adı geçen eser
a.g.m.	: Adı geçen makale
a.g.tb.	: Adı geçen tebliğ/bildiri
a.g.t.	: Adı geçen tez
akt.	: Aktaran
APA	: American Psychiatric Association
Bkz.	: Bakınız
BDE	: Beck Depresyon Envanteri
C.	: Cilt
çev.	: Çeviren
der.	: Derleyen
DSM-IV	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition
DSM-V	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ed.	: Editör
et al.	: Ve diğerleri/Arkadaşları
EORTC QLQ C-30	: The European Organization for Research and Treatment of Cancer, 30- Item Core Quality of Life Questionnaire
haz.	: Hazırlayan
karş.	: Karşılaştırınız
md.	: Madde
MÖ	: Milattan Önce
No.	: Numara
p.	: Page
S.	: Sayı
s.	: Sayfa
ss.	: Sayfadan sayfaya
ty.	: Basım tarihi yok
v.dğr.	: Ve diğerleri
vb.	: Ve benzeri
vd.	: Ve devamı
Vol.	: Volume
vs.	: Vesaire
WHO	: World Health Organization
y.y.	: Basım yeri yok

GİRİŞ

1. ARAŞTIRMANIN KONUSU

İnsan, biyolojik yapısının ötesinde psikolojik, sosyolojik ve spiritual/manevi boyutları da olan kompleks bir varlıktır. Son yıllarda insan odaklı yapılan çalışmalarda, bu bütüncül yapının önemine dikkat çekilmektedir. Özellikle tıp ve sağlık alanında tedaviye yönelik girişimlerde hastalıkların bedensel etkileri yanında psikolojik ve sosyal alanlardaki olumsuz etkilerinin azaltılması ve yaşam kalitesinin en iyi düzeye çıkarılmasına ilişkin disiplinler arası yaklaşımlar gündemdedir. Ayrıca fiziksel ve psikolojik sağlık ile sosyal refahın yanında sorgulayan, hayatta anlam ve amaç arayan, var oluşsal kaygı ve korkular yaşayan insanın spiritual/manevi ya da aşkın yönünün yaşamda doyum bulma, mutluluk ve içsel huzurun sağlanmasında aktif rol üstlendiği görülmüştür. Dini inanç ve spiritual/manevi değerlerin ise insanın var oluşsal, aşkın yönünü temsil ettikleri ve fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlar ile bütüncül bir ilişki içinde oldukları anlaşılmaktadır.

Son yıllarda yapılan araştırmalarda dini inanç ve spiritual/manevi değerlerin, bedensel ve ruhsal sağlık ile önemli ilişkiler gösterdiği tespit edilmiştir. Bu konuda yapılan ampirik çalışmalar, dindarlık düzeyi (samimi bir inanç, ibadete devam, dua etme, kutsal metinleri okuma, vs.) yüksek olan kişilerin, dindarlık düzeyi düşük olan kişilere oranla psikolojik açıdan daha iyi durumda olduklarını, hayattan daha çok mutmain olduklarını, daha iyimser bir anlayışa sahip olduklarını, buna karşılık daha az stres, depresyon ve kaygıya maruz kaldıklarını, stresle daha iyi bir şekilde başa çıktıklarını ve daha az intihara teşebbüs ettiklerini göstermektedir. Ayrıca samimi dini inanç ve uygulamaların, sadece ruh sağlığı açısından değil, beden sağlığı açısından da önemli olduğu ortaya çıkmıştır.¹

Dindarlık ve maneviyatın, beden sağlığı üzerindeki araştırmalarına; kalp ve damar sistemi hastalıkları, her tür kanser, romatoid artrit, alkol kullanım bozukluğu, çeşitli ağrı ve acılar gibi birçok fiziksel rahatsızlıklar girmektedir. Bu rahatsızlıkların önemli bir kısmının, kanser hastalığında olduğu gibi, aynı zamanda psikolojik yönleri de

¹ Mustafa Köylü, “Ruh ve Beden Sağlığı ile Din İlişkisi Üzerine Yapılan Araştırmaların Bir Değerlendirmesi”, **Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, S. 28, 2010, s. 6.

bulunmaktadır.² Hem fiziksel ve hem de ruhsal anlamda pek çok zorlukla karşılaşan kanser hastalarında, bu kriz dönemine adapte olmada, din ve maneviyatın önemli bir rol oynadığını gösteren pek çok çalışma vardır. Kanserin çeşitli tiplerinden hastalar ile yapılan bu çalışmaların büyük çoğunluğunda, dinin kanser hastaları için önemli olduğu ve hastalıkla başa çıkmada onlara yardımcı olduğu belirtilmiştir.³

Günümüzde önemli bir sağlık problemi olan ve oldukça yaygın bir şekilde görülen kanser, din psikolojisinin önemli çalışma alanlarından biri olmuştur. Kanser hastalığı, özellikle belirsizlikler içeren, ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran, suçluluk, terk edilme, kaos, panik ve kaygı uyandıran bir hastalık olarak algılanmaktadır.⁴ Son yıllarda yapılan araştırmalar, fizyolojik ve psikolojik olarak pek çok sorunlarla karşılaşan kanser hastalarının hayatın anlamını bulmada, hastalığın sıkıntı ve zorlukları karşısında sabretme ve dayanma gücü oluşturmada din ve dindarlığın çok önemli bir etkisinin olduğunu göstermektedir.

Uluslararası Kanser Ajansı'nın 2012 verilerine göre; Dünya'da toplam 14,1 milyon yeni kanser vakası gelişmiş ve 8,2 milyon kansere bağlı ölüm olmuştur. En çok tanı konulan kanserler ise sırasıyla, akciğer (%13,0), meme (%11,9) ve kolon (%9,7) olmuştur. Uluslararası Kanser Ajansı, özellikle meme kanserindeki artışa dikkat çekmiştir. Kadınlarda meme kanser insidansının bir önceki tahminlere göre %20, meme kanserinden ölümlerin ise % 14 arttığı belirtilmiştir. Meme kanseri, kadın kanserleri içinde en fazla görülen ve en fazla ölüme neden olan kanserdir. Dünyada kanser olan her 4 kadından birinin ise meme kanseri olduğu tespit edilmiştir.⁵

Meme kanseri, kadınlarda dişiliği ve cinselliği sembolize eden uzvun kaybına bağlı olarak, diğer kanser türlerine göre kadının ruhsal durumunu daha çok etkilemektedir.⁶ Meme kanseri, biyolojik, ruhsal, sosyal, çevresel, ailesel, psikososyal, psikoseksüel çok

² Ümit Horozcu, "Tecrübi Araştırmalar Işığında Dindarlık ve Maneviyat ile Ruhsal ve Bedensel Sağlık Arasındaki İlişki", **Milel ve Nihal**, C. VII, S. 1, 2010, s. 214.

³ Allen C. Sherman - Stephanie Simonton, "Religious Involvement Among Cancer Patients", **Faith and Health**, ed. Thomas G. Plante - Allen C. Sherman, The Guilford Press, New York, 2001, s. 167.

⁴ Sedat Özkan, "Meme Kanseri Hastaya Psikolojik Yaklaşım, Yaşam Kalitesi", **Meme Kanseri**, ed. Erkan Topuz, İstanbul Üniversitesi, Onkoloji Enstitüsü Yayınları, 1997, s. 502.

⁵ T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı, **2009 Kanser İnsidansları**, GLOBOCAN 2012, <http://www.kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri.html>, (07.04.2014)

⁶ Veysi Ceylan, Meme Kanseri Olan Hastalarda Tanı Sonrası Psikososyal Sorunlar, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), Diyarbakır, 2009, s. 12.

boyutlu bir olgu olduğu gibi aynı zamanda bir yaşam, kimlik ve varoluş krizi olarak da kendini göstermektedir.⁷ Yapılan araştırmalar gözden geçirildiğinde; meme kanseri tanı ve tedavisinde hastalarda anksiyete, depresyon, öfke, gelecek hakkında belirsizlik, umutsuzluk, çaresizlik, kanserin tekrarlayacağı korkusu, benlik saygısının azalması, beden imajının bozulması, dişilik özelliklerini kaybetme korkusu ve ölüm korkusu gibi pek çok psikolojik sorunların ortaya çıkabildiği görülmektedir.

Meme kanseri olan kadın hastalar, sosyal hayatlarında da pek çok problem ile karşılaşmaktadırlar. Özellikle iş çevrelerinde, toplumsal hayatta ve ev ortamında normal yaşam rollerini yerine getirmekte zorluk çekmektedirler. Bu yetersizliğin bir sonucu olarak da başkalarının yardımına ihtiyaç duymaları, ruhsal gerginlik yaşamalarına neden olmaktadır. Sürekli olarak bir başkasının yardımına muhtaç olan kanser hastasında gelişebilecek acizlik ve bağımlılık duygusu, hasta bireyin kişisel imajına etki ettiği gibi onun daha fazla ümitsizlik ve karamsarlık içine girmesine de sebep olmaktadır.⁸

Son zamanlarda yapılan araştırmalar, kanserle başa çıkmada dinin oldukça önemli faktör olduğunu ortaya koymaktadır. Bu konuda çalışma yapan Musick ve arkadaşlarına göre din hastalığın daha az zararlı algılanmasını neden olabilir. Kutsal kitaplardaki birçok kıssa, zorluk ve sıkıntı zamanlarında güçlü bir inancın önemini göstermektedir. Zor zamanlarda Allah ile beraber olan, başına gelen musibetlere sabreden kişiler, gelecek dünyada mükâfat göreceğine inanırlar. İşte dinin kanserle olan ilişkisi burada ortaya çıkar. Dindar kişi, Allah'ı zor ve sıkıntılı zamanlarda kendisi için en iyi yardımcı olarak görür ve ölümü daha rahat kabullenir.⁹ “İnsanların hemen çoğunda dua ve ibadet yapmak için en kuvvetli eğilim savaş, deprem, hastalık, kaza... gibi çok büyük maddi yıkıntılar içinde, ölümle yüz yüze bulduklarında ve özellikle asıl kendi ölümleri karşısında kendisini göstermektedir.”¹⁰ Böyle durumlarda, dindar insan merhamet edici Tanrı'dan yardım ister. Başka bir ifadeyle, Tanrı'ya sığınarak ve ondan destek alarak zorluklar karşısında sabır ve

⁷ Özkan, a.g.e., s. 501.

⁸ Köylü, a.g.m., s. 21.

⁹ M. A. Musick et al., “Religious Activity and Depression Among Community-Dwelling Elderly Persons with Cancer: The Moderating Effect of Race”, *The Journal of Gerontology*, Vol. LIII, No. 4, 1998, ss. 218-227; Köylü, a.g.m., s. 22.

¹⁰ Hayati Hökelekli, *Din Psikolojisi*, Türkiye Diyanet Vakfı Yayınları, Ankara, 2010, s.90.

metanet gösterme eğilimi içinde olan birey kendini daha güçlü hisseder ve zorluklarla daha kolay baş eder.¹¹

Kanser gibi “uç durumlarda insanda, varlığın tamamen Allah’a ait olduğu duygusu uyanmaktadır. Arzu ile tatmin arasına bir uçurum açıldığı zaman, insan faniliğini keşfedebilmektedir. Varoluşu çöktüğü anda, kendi akıbetine kendi kendisinin sahip olmadığını kuvvetle tecrübe eden”¹² insan, tek ve mutlak güce sığınır; acz ve çaresizliğini hissederken, O büyük güce teslim olur.¹³

Umutsuzluk, acziyet ve çaresizlik duygularının eşlik ettiği hastalık süreci boyunca, fiziksel ve ruhsal anlamda yaşanabilecek pek çok sıkıntının yanında beden imajının bozulması gibi önemli bir sorunla da yüzleşmek zorunda kalan meme kanseri kadın hastalarda; ağrı, uzuv kaybı, depresyon, sağlıkta yaşam kalitesi ve dini tutum ilişkisi, bu araştırmanın konusu olarak belirlenmiştir.

2. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

İnsanların beklenmedik olaylar, hastalık, ölümle yüzleşme gibi hayatın sıkıntı ve zorlukları karşısında önemli bir sığınak, büyük bir güven ve teselli kaynağı olarak dini inançlarından destek aldığı görülmektedir. Ölümü ve çaresizliği çağrıştıran kanser gibi önemli hastalıklarda da dini inancın, bireye hastalığı anlamlandırma ve bedensel ve ruhsal olarak hastalığın zorluklarıyla başa çıkmada ve mücadele etmede önemli bir rolü olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Bu çalışmada, meme kanseri kadın hastalarda ağrı algısı, beden algısı, depresyon ve yaşam kalitesi değişkenlerinin dindarlık ile ilişkisinin incelenmesi, araştırmanın temel amacını oluşturmaktadır. Araştırmada meme kanseri kadın hastalarda, dini tutum ve depresyon ilişkisinin incelenmesi ile dini tutumun psikolojik sağlık üzerindeki etkisi; dini tutum ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi ile de yaşam kalitesinin fonksiyonel durum, semptom kontrolü ve genel iyilik hali boyutları çerçevesinde, dini tutumun bedensel sağlık ve genel sağlık algısı üzerindeki etkisi

¹¹ Halil Ekşi, Başa Çıkma, Dini Başa Çıkma ve Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma: Eğitim, İlahiyat ve Mühendislik Fakültesi Öğrencilerinin Karşılaştırılması, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Bursa, 2001, s. 7; Ali Ayten ve diğerleri, “Dini Başa Çıkma, Şükür ve Hayat Memnuniyeti İlişkisi”, **Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi**, C. XII, S. 2, 2012, s. 48.

¹² Hökelekli, a.g.e., s. 91.

¹³ Nevzat Tarhan, **İnanç Psikolojisi**, Timaş Yayınları, İstanbul, 2009, s. 201.

araştırılmak istenmiştir. Yine dini tutum ve ağrı algısı arasındaki ilişkinin incelenmesi de dini tutum ve fiziksel sağlık ilişkisi kapsamında değerlendirilebilir.

Yurt dışında, dini inancın, dini başa çıkmanın ve maneviyatın kanser hastalarında fiziksel ve ruhsal sağlığa olan etkilerinin araştırıldığı birçok çalışma vardır.¹⁴ Bu çalışmaların büyük bir kısmında, dini inancın, psikolojik sağlık ve bedensel sağlık üzerindeki etkilerinin olumlu olduğu tespit edilmiştir. Ülkemizde ise kanser hastalarında dini inancın etkisini konu alan çalışmalar oldukça sınırlıdır. Dolayısıyla bu araştırmanın spesifik bir örneklem grubunda (meme kanseri kadın hastalar) dini tutumun diğer değişkenlerle (ağrı algısı, beden algısı, depresyon ve yaşam kalitesi) olan ilişkisini ele alan önemli bir çalışma olduğu ve konuya ilişkin boşluğun doldurulmasında etkili olacağı düşünülmektedir. Araştırmadan elde edilen bulguların, bu alanda yapılacak yeni araştırmalara ve bilimsel çalışmalara katkı sağlaması umulmaktadır.

3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Teorik ve ampirik olmak üzere iki temel bölümden oluşan bu araştırmanın teorik bölümünde, başlıca araştırma yöntemlerinden biri olan literatür tarama yöntemi kullanılmıştır. Literatür çalışmasında konunun içeriğine yönelik olarak, referans olabilecek kitaplar, dergiler, bültenler, tezler ve tez özetleri, çeşitli konferans, seminer, sempozyum bildirileri, on-line veri tabanları ve internet üzerinden ilgili kaynaklar taranmıştır. Elde edilen bilgiler, araştırma konusu ve amacı çerçevesinde gerekli analiz ve ayıklama işlemlerinden sonra değerlendirmeye alınmıştır.

Araştırmanın ampirik bölümünde bilgi toplama yöntemlerinden olan anket ve gözlem metotlarına başvurulmuştur. Anket formunda yer alan ölçeklerin uygulanması ise örnekleme oluşturan meme kanseri kadın hastalarla yüz yüze görüşme (mülakat) tekniğiyle gerçekleştirilmiştir. Bu yolla, hastalarla daha yakın iletişim ve empati sağlanarak arada küçük diyalogların oluşmasına fırsat tanınmıştır. Böylece, anket yöntemi ile elde edilen verilerin analizinde ve yorumlanmasında gözlem yoluyla elde edilen izlenimlere de yer verilmiştir.

¹⁴ J. Bowie et al., "The Relationship Between Religious Coping Style and Anxiety Over Breast Cancer in African American Women", **Journal of Religion and Health**, Vol. XL, No. 4, 2001, pp. 411-442; Mustafa Köylü, "Ruh ve Beden Sağlığı ile Din İlişkisi Üzerine Yapılan Araştırmaların Bir Değerlendirmesi", **Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, S. 28, 2010, s. 22.

Bu araştırmada, gerek literatür tarama gerekse uygulama aşamasında, tez danışmanının desteği ve önerisiyle ilgili konularda uzmanların görüşlerinden de istifade edilmiştir. Özellikle çalışmanın tıbbi yönü de dikkate alınarak araştırmanın planlama safhasında, konunun seçilmesinde, anket formunda hastalara ilişkin maddelerin tespit edilmesinde, kanser hastalarıyla ilgili kullanılabilir uygun ölçeklerin belirlenmesinde onkoloji uzmanı ile fikir aliş-verişinde bulunulmuştur. Ayrıca aynı onkoloji uzmanından, araştırmanın tıbbi yönüne ilişkin olarak anket uygulama aşamasında, uygulama sonrası bulguların değerlendirilmesi ve yorumlanmasında da bilgi, destek ve görüş alınmıştır.

İki bölümden oluşan araştırmanın ilk bölümünde, teorik olarak meme kanseri, ağrı algısı, beden algısı, depresyon, yaşam kalitesi ve dini tutum konuları, araştırmanın konusu ve amacı çerçevesinde ele alınmıştır. İkinci bölümde ise araştırmanın metoduna, ölme araçlarına, anket uygulamasından elde edilen bulguların analizlerine ve bu bulgulara ilişkin yorum ve değerlendirmelere yer verilmiştir.

4. ARAşTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Ana hipotez: Meme kanseri kadın hastalarda dini tutum; ağrı algısı, uzuv kaybının kabullenilmesi, depresyon ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu yönde etkide bulunur.

A. Demografik Değişkenler ve Hastalık Özellikleri ile Ağrı, Beden Algısı, Depresyon Düzeyi, Yaşam Kalitesi, Dini Tutum Arasındaki İlişkiye Dayanan Hipotezler

1. Örneklem grubunda yer alan meme kanseri kadın hastaların ağrı algı düzeyleri; yaş, hastalık süresi, hastalık evresi, uygulanan tedavi, ameliyat tipi değişkenlerine göre farklılık gösterir.
2. Meme kanseri kadın hastalarda ameliyat sonrası beden algısı; yaş, medeni durum, yerleşim yeri, meslek, eğitim-öğrenim durumu, hastalık süresi ve ameliyat tipi değişkenlerine göre farklılık gösterir.
3. Meme kanseri kadın hastalarda depresyon düzeyi; yaş, medeni durum, yerleşim yeri, meslek, eğitim-öğrenim durumu, gelir düzeyi, hastalık süresi, hastalık evresi, uygulanan tedavi, ameliyat tipi, geçmiş psikolojik hastalık tanısı, aileden ve yakınlardan algılanan sosyal destek değişkenlerine göre farklılık gösterir.

4. Örneklem grubunda yer alan meme kanseri kadın hastalarda sağlıkta yaşam kalitesi düzeyi (fonksiyonel durum, semptom kontrolü ve genel iyilik hali boyutlarında); yaş, medeni durum, yerleşim yeri, meslek, eğitim-öğrenim durumu, gelir düzeyi, hastalık süresi, hastalık evresi, uygulanan tedavi, ameliyat tipi, aileden ve yakınlardan algılanan sosyal destek değişkenlerine göre farklılık gösterir.
5. Örneklem grubunda yer alan meme kanseri kadın hastaların dini tutum ve dini tutumun davranış, duygu ve ilişki alt boyutlarındaki düzeyi; yaş, medeni durum, yerleşim yeri, meslek, eğitim-öğrenim durumu, gelir düzeyi, hastalık süresi, hastalık evresi, uygulanan tedavi, aileden ve yakınlardan algılanan sosyal destek değişkenlerine göre farklılık gösterir.

B. Ağrı, Beden Algısı, Depresyon Düzeyi ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiye Dayanan Hipotezler

1. Ağrı algısı, olumlu ve olumsuz beden algısına sahip hastalar arasında anlamlı bir farklılık gösterir.
2. Ağrı ve depresyon düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
3. Ağrı ve yaşam kalitesinin fonksiyonel durum boyutu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
4. Ağrı ve yaşam kalitesinin semptom kontrolü arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
5. Ağrı ve yaşam kalitesinin genel iyilik hali boyutu arasında negatif ve anlamlı bir ilişki vardır.
6. Olumsuz beden algısına sahip hastalarda depresyon düzeyi, olumlu beden algısına sahip hastalardan anlamlı olarak daha yüksektir.
7. Olumlu beden algısına sahip hastalarda, fonksiyonel durum boyutunda yaşam kalitesi düzeyi, olumsuz beden algısına sahip hastalardan anlamlı olarak daha yüksektir.
8. Olumlu beden algısına sahip hastalarda, semptom kontrolü boyutunda yaşam kalitesi düzeyi, olumsuz beden algısına sahip hastalardan anlamlı olarak daha yüksektir.
9. Olumlu beden algısına sahip hastalarda, genel iyilik hali boyutunda yaşam kalitesi düzeyi, olumsuz beden algısına sahip hastalardan anlamlı olarak daha yüksektir.

10. Depresyon ve yaşam kalitesinin fonksiyonel durum boyutu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
11. Depresyon ve yaşam kalitesinin semptom kontrolü arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
12. Depresyon ve yaşam kalitesinin genel iyilik hali boyutu arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır.

C. Dini Tutum ile Ağrı Algısı, Depresyon Düzeyi ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiye Dayanan Hipotezler

1. Dini tutum ve ağrı algısı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
2. Dini tutumun davranış boyutu ve ağrı algısı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
3. Dini tutumun duygu boyutu ve ağrı algısı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
4. Dini tutumun ilişki boyutu ve ağrı algısı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
5. Dini tutum düzeyi, olumlu beden algısına sahip hastalarda, olumsuz beden algısına sahip hastalara göre anlamlı olarak daha yüksektir.
6. Dini tutumun davranış boyutu düzeyi, olumlu beden algısına sahip hastalarda, olumsuz beden algısına sahip hastalara göre anlamlı olarak daha yüksektir.
7. Dini tutumun duygu boyutu düzeyi, olumlu beden algısına sahip hastalarda, olumsuz beden algısına sahip hastalara göre anlamlı olarak daha yüksektir.
8. Dini tutumun ilişki boyutu düzeyi, olumlu beden algısına sahip hastalarda, olumsuz beden algısına sahip hastalara göre anlamlı olarak daha yüksektir.
9. Dini tutum ve depresyon arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
10. Dini tutumun davranış boyutu ve depresyon arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
11. Dini tutumun duygu boyutu ve depresyon arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
12. Dini tutumun ilişki boyutu ve depresyon arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

13. Dini tutum ile yaşam kalitesi fonksiyonel durum ve genel iyilik hali boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
14. Dini tutumun davranış boyutu ile fonksiyonel durum ve genel iyilik hali boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
15. Dini tutumun duygu boyutu ile fonksiyonel durum ve genel iyilik hali boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
16. Dini tutumun ilişki boyutu ile fonksiyonel durum ve genel iyilik hali boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
17. Dini tutum ile yaşam kalitesi semptom kontrolü boyutu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
18. Dini tutumun davranış boyutu ile yaşam kalitesi semptom kontrolü boyutu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
19. Dini tutumun duygu boyutu ile yaşam kalitesi semptom kontrolü boyutu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
20. Dini tutumun ilişki boyutu ile yaşam kalitesi semptom kontrolü boyutu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

1. Bu araştırma, belli bir zaman diliminde yapıldığı için boylamsal değil, kesitsel bir çalışmadır. Dolayısıyla araştırmadan elde edilen bulgular, araştırmanın yapıldığı 28 Ocak 2014-10 Nisan 2014 zaman aralığı ile sınırlıdır.
2. Bu araştırmadan elde edilen bulgular, araştırmanın yapıldığı yer olan Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi'ndeki meme kanseri kadın hastalar ile sınırlıdır.
3. Araştırmadan elde edilen bulgular, verilerin toplanması amacıyla kullanılan ölçme araçları ile sınırlıdır.
4. Meme kanserinin erkeklerde görülme oranının çok düşük olması sebebiyle çalışmaya erkek hastalar alınmamıştır. Dolayısıyla, cinsiyet faktörünün temel değişkenler üzerindeki etkisi araştırılamamıştır. Araştırma bulguları, kadın hastalar ile sınırlıdır.

5. Örneklem grubunu oluşturan hastaların, anket formunda yer alan maddelere verdikleri cevaplar, kendi görüş, algı ve değerlendirmelerini içerdiği için araştırmadan elde edilen bulgular, verilen cevaplar ile sınırlıdır.

6. ARAŞTIRMANIN SAYILTILARI

1. Araştırmada kullanılan kaynakların yeterli ve güvenilir olduğu kabul edilmektedir.
2. Araştırma verilerinin toplanmasında kullanılan anket formu, araştırmanın amacına ve konusuna uygun hazırlanmıştır.
3. Araştırmada kullanılan ölçme araçları, psikometrik açıdan geçerli ve güvenilir özelliktedir.
4. Araştırmanın örneklemini oluşturan grup, ait olduğu evreni temsil etmektedir.
5. Örneklem grubunun, anket formundaki maddelere verdikleri cevaplar samimi, doğru ve güvenilirdir.

7. KONU İLE İLGİLİ YAPILMIŞ ÇALIŞMALAR

7.1. Yurt İçinde Yapılmış Çalışmalar

“Meme Kanseri Hastalarda Ağrı ve Uzun Kaybına Bağlı Depresyon Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Dindarlık ile İlişkisi”nin araştırıldığı bu çalışmada yer alan değişkenlerin (meme kanseri, ağrı, uzun kaybı, depresyon, yaşam kalitesi ve dindarlık), bir bütün olarak incelendiği yurt içi çalışmalara rastlanılmamıştır. Bu yüzden araştırma konusu ile yakından ilişkili olabilecek çalışmalar, bazı alt başlıklar altında gruplandırılarak aktarılmıştır. Alt başlıklar ise şöyle sıralanmıştır: Kanseri-Dindarlık, Ağrı-Dindarlık, Yaşam Kalitesi-Dindarlık, Depresyon-Dindarlık.

Araştırmada uzun kaybı (mastektomi), meme kanseri hastalarına özgü bir durum olarak ele alındığından, bu değişkene ait ayrı bir alt başlık oluşturulmamıştır.

7.1.1. Kanseri-Dindarlık

Çiftçi'nin (2007) “Hastalıklarla Başa Çıkmada Dinin Rolü: Kanseri Hastalar Örneği” çalışması kanseri hastalarında mülakat ve gözlem yöntemi kullanılarak yapılmıştır.

Hastalar, kanserle başa çıkmada Allah'a inanmanın, O'na güvenmenin ve yakınlaşmaya çalışmanın kendilerini rahatlattığını ve ümitsizlikten koruduğunu ifade etmişlerdir. Sabretmenin, dini bir referansa dayandırılmasının hastalığa tahammül etmeyi arttırdığı ve çekilen acılara anlam kattığı belirtilmiştir. Hastaların % 75'i bu zorlu süreçte dua ve ibadetlerin kendileri için bir sığınak olduğunu belirtmiştir. Araştırmaya katılan kanser hastaları için dua ve ibadetlerin iyimser düşünmeye, hayata daha sıkı tutunmaya, hastalıkla mücadelede daha güçlü olmaya, fiziksel ve ruhsal anlamda rahatlamaya olumlu yönde katkı sağladığı gözlenmiştir. Bu araştırmada, hastalığı anlamlandırma ve açıklamada dini kavramlar kullanıldığı, dini başa çıkma ve kanser hastalığıyla başa çıkma arasında olumlu yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.¹⁵

Saral'ın (2008) "Meme Kanseri Hastalarının Kansere Uyumlarının Belirlenmesi" adlı çalışmasında, meme kanseri kadın hastaların depresyon düzeylerinin düşük olduğu, ancak kadercilik tepki tarzı ile depresyon arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir.¹⁶

Ceylan'ın (2009) "Meme Kanseri Olan Hastalarda Tanı Sonrası Psikososyal Sorunlar" başlıklı araştırmasında zaman zaman intihar düşüncesinde olan hastaların, bu duruma engel olarak dini inançlarını gösterdiği ve hastalarda hastalığın gidişatında Yüce Allah'a olan bağlılığın etkin olduğu gözlenmiştir. Araştırma sonucunda, örnekleme oluşturan meme kanseri hastalarda psikolojik sorunların daha az gözlenmesinde aile desteğinin yanı sıra maneviyatın (spiritual boyutun) sağlam olması ve psikolojik stresle başa çıkmada inanç duygusunun hakim olması ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir.¹⁷

Tuncay'ın (2009) "Genç Kanser Hastalarının Hastalık Deneyimlerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi: Bir Model Örneği" başlıklı çalışmasında; Allah'a olan bağlılığın, hastalığı anlamlandırabilmenin, umudun, dua etmenin ve kadere olan inancın hastalıkla başa çıkmada oldukça güçlü kaynaklar olduğu belirtilmiştir. Genç kanser hastalarında hastalığı kabullenme, bireyin kendisine ve çevresine güven duyma ve hastalığa ilişkin anlamın zenginleştirilmesinde "düşünsel değişim sürecinin"

¹⁵ Aişe Çiftçi, Hastalıklarla Başa Çıkmada Dinin Rolü: Kanserli Hastalar Örneği, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2007, s. 66, s. 71, s. 79.

¹⁶ Esra Kabataş Saral, Meme Kanseri Hastalarının Kansere Uyumlarının Belirlenmesi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 2008, s. 64.

¹⁷ Veysi Ceylan, Meme Kanseri Olan Hastalarda Tanı Sonrası Psikososyal Sorunlar, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), Diyarbakır, 2009, s. 50, s. 53.

güçlendirilmesinin önemi vurgulanmıştır. Bunun yanı sıra umudun, tinsel bağlılığın ve pratiklerin artması, yaşama anlam atfedilmesi ve yeni amaçların oluşturulmasına ilişkin “inancı artırma ve koruma süreci”nin güçlendirilmesine de dikkat çekilmiştir. Böylece psikolojik, duygusal ve tinsel alanlarda keşfedilen güç kaynaklarından alınan desteğin, hastalığa uyum sağlamada etkili olabileceği ifade edilmiştir.¹⁸

Arda (2009) “Kanser Hastalarında Yaşamda Anlamın İncelenmesi” konulu çalışmasını sağlıklı bireylerden ve kanser hastalarından oluşan iki örneklem grubunda karşılaştırmalı olarak gerçekleştirmiştir. Araştırmada kanser hastalarında ve sağlıklı bireylerde yaşamda anlam düzeyleri açısından anlamlı bir farklılaşma olmadığı ve diğer değişkenler arasındaki ilişkilerin iki grupta da benzer olduğu tespit edilmiştir. Kanser hastalarından elde edilen bulgulara göre yaşamda anlam ile sosyal destek arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu; yaşamda anlam ile yaşam kalitesinin alt boyutları olan bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler olduğu; yaşamda anlam ile depresyon, somatizasyon ve hostilite arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu belirlenmiştir.¹⁹

Tünel’in (2011) “Meme Kanserli Hastalarda Cerrahi Tedavi Öncesi ve Sonrası Anksiyete ve Depresyon Düzeyi” isimli araştırmasında, hastaların % 70.6’sının hastalıklarını kadere bağladıkları ve bu durumun hastalıkla başetmede ve hastalığı kabullenmede kolaylık sağlayan bir faktör olabileceği ifade edilmiştir.²⁰

Çufta’nın (2014) “Kanser Hastalığı İle Başa Çıkmada Dini İnanç ve Tutumların Rolü” konulu çalışmasında, kanserle başa çıkmada hastaların % 95’inin pozitif dini başa çıkma, % 5’inin ise negatif dini başa çıkma tarzlarını kullandıkları tespit edilmiştir. Ayrıca kanserle başa çıkmalarını olanaklı kılan unsurlar olarak hastaların % 22.5’inin Allah’a olan inanç, % 32.5’inin dua, %25’inin pozitif psikolojiye sahip olmak, % 12.5’inin ilerleyen teknoloji, % 5’inin ise aile ve yakın çevre desteğini gösterdikleri belirlenmiştir. Yine

¹⁸ Tarık Tuncay, Genç Kanser Hastalarının Hastalık Deneyimlerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi: Bir Model Örneği, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Ankara, 2009, ss. 92-93.

¹⁹ Şeyda Arda, Kanser Hastalarında Yaşamda Anlamın İncelenmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2011, ss. 99-100.

²⁰ Münevver Tünel, Meme Kanserli Hastalarda Cerrahi Tedavi Öncesi ve Sonrası Anksiyete ve Depresyon Düzeyi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), Adana, 2011, s. 49.

hastaların % 90'ı bu süreçte ibadetler ve duanın kendileri için bir sığınak işlevi gördüğünü ifade etmişlerdir.²¹

7.1.2. Depresyon-Dindarlık

Önemli bir ruhsal bozukluk olan depresyon; umutsuzluk, keder, yetersizlik, değersizlik duyguları²², üzüntü, ilgi ve zevk kaybı, suçluluk hissi, özdeğer kaybı²³, neşesizlik, hüznün ve karamsarlık²⁴ mutsuzluk, olayları kontrol edememe²⁵, yaşamdan doyum alamama gibi duyguların yaşanması ile karakterize bir olgu olarak tanımlanır. Ayrıca Sevilen birinin kaybı, başarısızlık, ekonomik sıkıntılar, ciddi sağlık sorunları gibi stresli olayların²⁶, hayatın olumsuzlukları karşısında “yaşamını kontrol edemediği”²⁷ ve çaresiz kaldığı inancının ve yaşamın anlamına yönelik sorgulamaların²⁸ depresyona neden olabileceği belirtilmiştir.

Yukarıdaki açıklamadan yola çıkarak depresyon ve dindarlık ilişkisine yönelik literatür çalışmasında, depresyon ile bağlantılı olarak umutsuzluk, üzüntü, çaresizlik, yalnızlık, suçluluk, stres, mutluluk, yaşam doyumu, kader, anlam arayışı vb. konulara da yer verilmiştir.

Yaparel'in (1987) “Yirmi-Kırk Yaşlar Arası Kişilerde Dini Hayat ile Psiko-Sosyal Uyum Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma” başlıklı çalışması, 20-40 yaş aralığındaki 120 yetişkin üzerinde yapılmıştır. Araştırma sonucunda, 20-22 yaş grubunda depresyon ile dini hayatın boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. 23-28 yaş grubunda dini ibadetlere katılım ile depresyon arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki; 29-33 yaş grubunda dua etme ile depresyon arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki; 34-40 yaş

²¹ Muharrem Çufta, “Kanser Hastalığı İle Başa Çıkma Dini İnanç ve Tutumların Rolü (Kosova Örneği)”, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Bursa, 2014, ss. 135-136.

²² Rita L. Atkinson - Richard C. Atkinson - Ernest R. Hilgard, **Psikolojiye Giriş II**, çev. Kemal Atakay - Mustafa Atakay - Aysun Yavuz, Sosyal Yayınlar, İstanbul, 1995, s. 622.

²³ WHO (World Health Organization), <http://www.who.int/topics/depression/en/>, (16.12.2014).

²⁴ Hayriye E. Mete, “Kronik Hastalık ve Depresyon”, **Klinik Psikiyatri**, C. XI (Ek. 3), 2008, s. 4.

²⁵ Oğuz Karamustafaloğlu - Hüseyin Yumrukçal, “Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları”, **Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni**, C. XLV, S. 2, 2011, s. 66.

²⁶ James N. Butcher - Susan Mineka - Jill M. Hooley, **Anormal Psikoloji**, çev. Okhan Gündüz, Kaknüs Yayınları, İstanbul, 2013, ss. 441-442.

²⁷ S. Folkman - R. S. Lazarus, “An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample”, **Journal Health Soc Behav**, Vol. XXI, 1980, pp. 219-223.

²⁸ Asım Yapıcı, **Ruh Sağlığı ve Din: Psiko-Sosyal Uyum ve Dindarlık**, Karahan Kitabevi, Adana, 2007, s. 117.

grubunda dini duygu ve sürekli kaygı ile depresyon arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.²⁹

Yaparel'in (1994) "Depresyon ve Dini İnançlar ile Tabiatüstü Nedensel Yüklemeler Arasındaki İlişkiler" başlıklı çalışmasında, örneklem grubunu İlahiyat Fakültesi'nde okuyan 139 öğrenci oluşturmuştur. Beck Depresyon Ölçeği'nin uygulandığı araştırmada, depresif gruptaki kişilerin "kansere teşhisinin konulduğu farazi bir duruma", depresif olmayan gruba göre "Allah" ve "talih" etkenlerine istatistiksel anlamlılık düzeyinde daha fazla yüklem yaptıkları belirlenmiştir. Buna göre bireylerin yaşamlarını her yönüyle etkileyebilecek ve kendilerini çaresiz bırakabilecek olan olumsuz ve trajik olaylar karşısında "Allah" ve "kader" gibi tabiatüstü nedenlere atıfta buldukları veya bulunabilecekleri ifade edilmiştir.³⁰

Yapıcı'nın (2007) "Ruh Sağlığı ve Din" başlıklı ve örneklem grubunu 634 üniversite öğrencisinin oluşturduğu çalışmasında; Allah ile içsel temas kuran, O'na sığınan, O'na güvenen, O'nu sık sık hatırlayan gençlerin ruh sağlıklarının daha iyi düzeyde olduğu; kendi acizyetlerinin, çaresizliklerinin, güçsüzlüklerinin şuuruna vararak dua ile Allah'tan yardım ve destek isteyen ve O'na yönelen gençlerin, günlük hayatın akışı içerisinde maruz kaldıkları yoğun stres, depresyon ve umutsuzlukla daha rahat baş edebildikleri, dolayısıyla intihar olasılıklarının da daha düşük olduğu belirlenmiştir. Araştırmada, gençlerin namaz kılma sıklığı arttıkça, öz saygı düzeylerinin düştüğü, buna mukabil depresyon düzeylerinde ve intihar etme olasılıklarında anlamlı olarak yükselme olduğu tespit edilmiştir. Yine düzenli olarak oruç tutanlar ile hiç tutmayan bireylerin, zaman zaman oruç tutanlara göre ruhsal açıdan daha sağlıklı olduğu belirlenmiştir. Ayrıca oruç tutma ile umutsuzluk ve intihar olasılığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Gençlerde dinin etkisini hissetme düzeyi yükseldikçe öz saygı düzeyinin düştüğü, depresyon düzeyinin ve intihar olasılığının ise yükseldiği belirlenmiştir. Araştırmada gençlerin dinsel hayatı ile psiko-sosyal uyum süreçleri arasındaki ilişki ve farklılıklar

²⁹ Recep Yaparel, Yirmi-Kırk Yaşlar Arası Kişilerde Dini Hayat ile Psiko-Sosyal Uyum Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Ankara, 1987, s. 145.

³⁰ Recep Yaparel, "Depresyon ve Dini İnançlar ile Tabiatüstü Nedensel Yüklemeler Arasındaki İlişkiler", **Dokuz Eylül Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, S. 8, 1994, s. 292.

değerlendirildiğinde; din ile ruh sağlığı arasındaki ilişkilerin tek yönlü değil, eğrisel bir karakter gösterdiği sonucuna varılabileceği ifade edilmiştir.³¹

Şengül'ün (2007) “Dindarlık ve Ruh Sağlığı İlişkisi”ni konu alan çalışmasında, dindarlığın bilgi-ibadet boyutu ile depresyon arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, bilgi-ibadet boyutu arttıkça depresif belirtilerde azalma olabileceği belirtilmiştir.³²

Ergin ve arkadaşlarının (2007) “Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Depresyon Düzeyi ve Etkileyen Faktörler” başlıklı araştırmasında, ebeveynlere çocuğunun geleceği ile ilgili beklentileri sorulduğunda; ebeveynlerin % 53'ünün “gelecekte daha iyi olacağını düşünüyorum”, % 40'ının ise “Allah'tan ümit kesilmez” olarak cevap verdikleri tespit edilmiştir. Ebeveynlerin kaderci ve boyun eğici yaklaşım biçimini benimsemiş olmaları ve engelli çocuğu olan ailelerin, takdir-i İlahi olarak durumu kabullenmelerinin depresyon düzeyinin düşük olmasında etkili olabileceği belirtilmiştir.³³

Öztürk'ün (2007) “Kur'an Kursu Öğrencilerinde Depresyon Düzeyi Üzerine Bir Araştırma” adlı çalışması, 394 Kur'an Kursu öğrencisinden oluşan bir örneklem üzerinde yapılmıştır. Bu çalışmada, Kur'an kursu öğrencisini depresyona sürükleyen faktörlerin yaş, anne-babanın eğitim durumu, anne-baba durumu, ailenin kurstan uzak bir yerde ikamet ediyor olması, ekonomik durumun iyi veya kötü olması gibi etkenlerden daha çok kurs ortamından (görsel ve işitsel cihazların yetersizliği, temizlik, yeterince dış ortama çıkamama, aile ile yeterince görüşememe, derslerin ağır olması, kurs çalışanları, öğretmen davranışları, aşırı disiplinsizlik, sınıfların kalabalıklığı vs.) kaynaklanan sorunlar olduğu bulgulanmıştır. Ayrıca çalışmada, kurs eğitiminin dindarlığına olumsuz etkisi olduğunu düşünen öğrencilerin depresyon düzeyinin, olumlu etkisi olduğunu düşünenlerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.³⁴

Güven'in (2008) “Depresyon ve Dindarlık İlişkisi” adlı çalışmasında, örneklem grubunun öznel dindarlık algısı ve dini yönelimi arttıkça, depresyon düzeyinde azalma olduğu ve dindarlığın etki boyutu ile depresyon arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki

³¹ Yapıcı, a.g.e., ss. 307-316.

³² Fatma Şengül, Dindarlık ve Ruh Sağlığı İlişkisi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2007, s. 148.

³³ Dilek Ergin ve diğerleri, “Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Depresyon Düzeyi ve Etkileyen Faktörler”, **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, C. X, S. 1, 2007, ss. 41-48.

³⁴ Özlem Öztürk, Kur'an Kursu Öğrencilerinde Depresyon Düzeyi Üzerine Bir Araştırma, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Konya, 2007, ss. 142-144.

olduğu, dinden etkilenme derecesi arttıkça depresyon düzeyinde düşme olduğu tespit edilmiştir.³⁵

Gürsu'nun (2011) "Ergenlik Döneminde Psikolojik Sağlık ve Dindarlık İlişkisi" başlıklı çalışmasında, dindarlık ile psikolojik sağlığın depresyon ve diğer tüm alt boyutları arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir. Ergenlerde dindarlık düzeyi arttıkça, depresyon, anksiyete, somatizasyon, olumsuz benlik ve hostilete düzeylerinde azalma olduğu görülmüştür. Dindarlığın duygu, davranış ve bilgi boyutları ile depresyon arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu bulunmuştur. Bu durum dindarlık ve psikolojik sağlık arasındaki ilişkinin olumlu bir görüntüsü olarak yorumlanabilir.³⁶

Aydın'ın (2011) "Yaşamı Sürdürmede Dini İnancın Rolü" konulu araştırmasında depresyon düzeyinin; olumlu Tanrı algısı ile negatif yönde, olumsuz Tanrı algısı ile pozitif yönde, olumsuz dini başa çıkma tarzları ile pozitif yönde, algılanan dindarlık düzeyi ile negatif yönde, duanın algılanan olumlu etkisi ile negatif yönde anlamlı bir ilişki gösterdiği bulunmuştur.³⁷

Hayta'nın (1993) "İbadetler ve Ruh Sağlığı" başlıklı araştırması, 408 üniversite öğrencisinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucunda dini pratik boyutları olan; namaz, oruç, dua ve tevbe ile psiko-sosyal uyum boyutları olan kendini ifade etme, kendini kabullenme, kaygı, etkinlik, sosyallik ve sorumluluk arasında yüksek düzeyde anlamlı ve olumlu ilişki olduğu tespit edilmiştir. Dini hayatı ve ibadetleriyle umut tazeleyen, hayatın anlamını yakalayan gençlerin; şiddetli sıkıntı, kaygı ve öfke duygularını, büyük olumsuz düşünce değişimlerini daha az yaşamakta oldukları ifade edilmiştir.³⁸

Koç'un (2002) "Ergenlik Döneminde Dua ve İbadet Psikolojisinin Ruh Sağlığı Üzerindeki Etkileri" konulu araştırmasında, ergenlerin Allah'a olan inançları ile yaptıkları

³⁵ Hülya Güven, Depresyon ve Dindarlık İlişkisi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2008, s. 117.

³⁶ Orhan Gürsu, Ergenlik Döneminde Psikolojik Sağlık ve Dindarlık İlişkisi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Konya, 2011, s. 230, ss. 255-261.

³⁷ Özlem G. Aydın, Yaşamı Sürdürmede Dini İnancın Rolü, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Ankara, 2011, s. 110.

³⁸ Akif Hayta, "İbadetler ve Ruh Sağlığı: Dini Pratikler ile Psiko-Sosyal Uyum Arasındaki İlişki Üzerine Bir İnceleme", **Gençlik Din ve Değerler Psikolojisi**, ed. Hayati Hökelekli, Dem Yayınları, İstanbul, 2006, s. 173.

dua ve ibadetlerin hayatın zorluklarına katlanmada ve onlarla baş çıkabilmede oldukça etkili olduğuna inandıkları ve psikolojik rahatlama hissettikleri belirlenmiştir.³⁹

Kula'nın (2002) "Deprem ve Dini Başa Çıkma" adlı araştırmasında, örneklem grubunu oluşturan 200 depremzedeye "deprem anında yapılan davranışın ne olduğu" sorusu yöneltilmiştir. Verilen yanıtlardan örneklemin % 76'sının "dini başa çıkma yöntemlerine başvurduğu" belirlenmiştir. Deprem anında depremzedelerin % 58'i dua ettiğini, % 29'u Kelime-i Şehadet, Kelime-i Tevhid ve Salâvat getirdiğini, % 14'ü Kur'an-ı Kerim okuduğunu ve namaz kıldığını, % 28'i ölümü ve ahireti düşünerek rahatlama çalıştığını ifade etmiş, % 63'ü ise deprem olayını Allah'ın kendilerini cezalandırması olarak düşünmüştür. Bu bakış açısı, yaşanan olayı anlama ve anlamlandırma çabasının bir sonucu olarak değerlendirilebilir.⁴⁰

Yapıcı ve Zengin'in (2003) "İlahiyat Fakültesi Öğrencilerinin Dinin Etkisini Hissetme Düzeyleriyle Psiko-Sosyal Uyumları Arasındaki İlişki"yi araştırdığı çalışmada, öğrencilerin özsayıgı düzeyleri ile dinin etkisini hissetme düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı, ancak yalnızlık düzeyi ile dinin etkisini hissetme düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, öğrencilerde dinin etkisini hissetme düzeyi arttıkça yalnızlık düzeyinde de artış olduğu görülmüştür.⁴¹

Ayten'in (2004) "Kendini Gerçekleştirme ve Dindarlık İlişkisi" başlıklı ve örneklem grubunu 239 üniversite öğrencisinin oluşturduğu çalışmasında; toplam dindarlık ve toplam kendini gerçekleştirme düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ancak dindarlığın *etki boyutu* ile kendini gerçekleştirmenin *kendini kabul boyutu* arasında anlamlı negatif bir ilişki; *bilgi-İbadet* boyutu ile *zamanı değerlendirme* arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki; *tecrübe boyutu* ile *kendine saygı* arasında pozitif anlamlı bir ilişki; *bilgi-İbadet* boyutu ile *varoluşsal bir hayat sürme* arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.⁴²

³⁹ Mustafa Koç, Ergenlik Döneminde Dua ve İbadet Psikolojisinin Ruh Sağlığı Üzerindeki Etkileri, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Bursa, 2002, s. 144.

⁴⁰ Naci Kula, "Deprem ve Dini Başa Çıkma", **Gazi Üniversitesi Çorum İlahiyat Fakültesi Dergisi**, S. 1, 2002, ss. 234-255.

⁴¹ Asım Yapıcı-Salih Zengin, "İlahiyat Fakültesi Öğrencilerinin Dinin Etkisini Hissetme Düzeyleriyle Psiko-Sosyal Uyumları Arasındaki İlişki", **Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, C. III, S. 2, 2003, s. 65-128.

⁴² Ali Ayten, Kendini Gerçekleştirme ve Dindarlık İlişkisi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2004, ss. 95-96.

Kandemir'in (2006) "Kader İncancının Psikoterapik Açından Fonksiyonu" konulu araştırmasında, depresyon düzeyi ile dindarlık göstergeleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır fakat durumluluk kaygı düzeyi ile dini inanç, dini davranış ve içsel dindarlık arasında ve süreklilik kaygı ile dini inanç arasında negatif yönlü anlamlı ilişki olduğu, dindarlığın genel anlamda ruh sağlığına olumlu yönde etkisi olabileceği ortaya çıkmıştır.⁴³

Mutluer'in (2006) "Özgüven Oluşmasında Manevi Değerlerin Rolü"nü sorguladığı çalışmada, 18-60 yaş aralığındaki 352 kişiden oluşan örneklemin % 74.7'si ibadetlerin ve duanın ruhsal gerginliği çözdüğü ve insanı rahatlattığı önermesine kesinlikle katıldığını, "inançlı insan sıkıntı ve ızdıraplar karşısında hemen umutsuzluğa düşmez" önermesine ise % 58.23'ü kesinlikle katıldığını ifade etmiştir. Manevi değerler vasıtasıyla insanın kendisini aşacağı ve Yüce Allah'a güvenmenin huzurunu yaşayacağı gibi kendisini kemiren korku ve kaygılarından da emin olacağı belirtilmiştir. Bu çalışmada inanç, sevgi, şükür, kendini affetme ve kendini sevmeye, ibadet gibi manevi değerlerin, özgüven düzeyini belirgin şekilde yükselttiği görülmüştür.⁴⁴

Güner'in (2006) "Lise Öğrencilerinin Stresle Başa Çıkmalarında Kullandıkları Dini Motifler" başlıklı çalışmada, 914 lise öğrencisinden oluşan örnekleme, "yaşadıkları stresin etkisini azaltmak için yaptıkları faaliyet" sorulmuştur. Yanıt olarak öğrencilerin % 55.6'sı dua ettiğini, % 39.5'i başkalarıyla paylaştığını belirtmiştir. Öğrencilerin stresin etkisini azaltmak için birinci ve ikinci sırada tercih ettikleri bu yöntemler, dua ile Allah'tan güç ve yardım talebinde bulunma ve çevreden sosyal destek alma davranışları olarak değerlendirilmiştir. Sonuç olarak stresle başa çıkma stratejileri ve stresle dini başa çıkma arasında olumlu yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.⁴⁵

Kıraç'ın (2007) "Dindarlık Eğilimi, Varoluşsal Kaygı ve Psikolojik Sağlık" başlıklı çalışması üniversite öğrenci örnekleminde yapılmıştır. Araştırmada dindarlık eğilimi ile anlam duygusu arasında pozitif yönde, dindarlık eğilimi ile ölüm kaygısı ve günahkarlık duygusu arasında ise negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu; bireylerin dindarlık eğilimi

⁴³ Yusuf Kandemir, Kader İncancının Psikoterapik Açından Fonksiyonu, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Erzurum, 2006, s. 98.

⁴⁴ Sema Mutluer, Özgüven Oluşmasında Manevi Değerlerin Rolü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2006, s. 116, s. 163.

⁴⁵ Ayşe Güner, Lise Öğrencilerinin Stresle Başa Çıkmalarında Kullandıkları Dini Motifler, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Sakarya, 2006, s. 69, s. 102.

arttikça anlam duygusunun arttığı, ölüm kaygısının azaldığı ve günahkarlık duygusunun azaldığı tespit edilmiştir.⁴⁶

Güler'in (2007) "Tanrı'ya Yönelik Atıflar, Benlik Algısı ve Günahkarlık Duygusu" başlıklı ve 20-60 yaş yetişkin örnekleminde yaptığı çalışmasında, Tanrı algısı olumlu olan bireylerin benlik algılarının da olumlu olduğu ve günahkarlık duygusunu daha az yaşadıkları görülmüştür. Bireylerin dindarlık düzeyi düştükçe, Tanrı'ya yönelik algıların da daha korku yönelimli olduğu tespit edilmiştir. Sevgi yönelimli Tanrı algısı olan bireylerin kendilerini daha olumlu, korku yönelimli Tanrı algısı olan bireylerin ise kendilerini daha olumsuz algıladıkları düşüncesi belirtilmiştir.⁴⁷

Kımtar'in (2008) "Benlik Saygısı ve Dindarlık İlişkisi" adlı çalışmasında, örnekleme oluşturan üniversite öğrencilerinin dini ibadetleri yerine getirme dereceleri ile psiko-somatik belirtiler gösterme düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. İbadetlerini yerine getirmede özenli davranan bireylerde ruh sağlığının daha olumlu olduğu ve daha az psiko-somatik belirtiler görüldüğü belirlenmiştir.⁴⁸

Batman'ın (2008) "Yaşamın Zorluklarıyla Başa Çıkma Kader İnancının Rolü" adlı çalışması Kur'an Kursu öğrencilerinden oluşan bir örneklem grubu üzerinde yapılmıştır. Araştırmada "bir gün kanser hastası olsanız nasıl bir tavır takınırsınız?" sorusuna örneklemin % 70'inin "üzülürüz, ama Allah'tan ümidimizi kesmeyiz", % 30'unun ise "hemen tedavi yollarına başvururuz, bununla birlikte Allah'a dua ederiz" seçeneklerini işaretlediği belirlenmiştir. Böylece öğrenciler bir sıkıntı ve hastalık anında yönelişlerinin ve yardım isteklerinin Allah'a olacağını ifade etmişlerdir. Bu araştırmada Kur'an Kursu öğrencilerinin, hayatın zorluklarıyla başa çıkma sürecinde dini inançlarından, Allah'a ve kadere olan inançlarından kuvvetli bir şekilde destek aldıkları ve % 80'inin bir sorunla karşılaştıklarında dua ettikleri ve Allah'tan sabır dileyerek O'na sığındıkları ve tespit edilmiştir.⁴⁹

⁴⁶ Ferdi Kırac, Dindarlık Eğilimi, Varoluşsal Kaygı ve Psikolojik Sağlık, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 2007, s. 140.

⁴⁷ Özlem Güler, Tanrı'ya Yönelik Atıflar, Benlik Algısı ve Günahkarlık Duygusu (Yetişkin Örneklem), Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 2007, s. 153.

⁴⁸ Nurten Kımtar, Benlik Saygısı ve Dindarlık İlişkisi, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Bursa, 2008, s. 329.

⁴⁹ Elif Batman, Yaşamın Zorluklarıyla Başa Çıkma Kader İnancının Rolü, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Adana, 2008, ss. 44-46.

Aydemir'in (2008) "Dindarlık ve Mutluluk İlişkisi" başlıklı ve örneklem grubunu 254 yetişkinin oluşturduğu çalışmasında, dindarlık ve mutluluk arasında olumlu yönde anlamlı bir ilişki olduğu, dindarlığın mutluluğu olumlu yönde etkileyen önemli bir faktör olduğu bulunmuştur.⁵⁰

Dindarlık, her zaman olumlu ruh sağlığı ile ilişkili bulunmayabilir. Yoğurtçu'nun (2009) "Yetişkinlerde Dindarlık ve Ruh Sağlığı" adlı araştırmasında, dindarlık düzeyleri ile umutsuzluk ve kaygı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı, ancak dindarlık ve özsaygı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir.⁵¹

Koç'un (2009) "Dinsel Pratiklerin Sıklık Düzeyleri ile Dini Başa Çıkma Arasındaki İlişki: Ergenler Üzerine Ampirik Bir Araştırma" başlıklı ve örneklem sayısı 450 ergen olan çalışmasında; dinsel pratiklerin (oruç tutma, Kutsal Kitap/Kur'an okuma ve tövbe etme) sıklık düzeylerinin ruh sağlığı üzerinde olumlu psikoterapik etkileri olduğu belirlenmiştir.⁵²

Karataş'ın (2011) "Evde Bakım Hizmeti Sunan Aile Bireyi Bakıcıların Moral ve Manevi Değerlerinin Başa Çıkmadaki Etkisi"ni konu alan araştırmasında, katılımcıların % 70'inin aile fertlerinden birinin bakıma muhtaç durumda olmasını "Allah'ın sınaması, kader" şeklinde değerlendirdiği; aile bireyi bakıcıların % 23.3'ünün ise yakının bakıma muhtaç durumda olması konusunda kendisini ya da başkalarını suçladığı görülmüştür. Aile bireyi bakıcıların büyük oranda, yakınlarının bakıma muhtaç durumda olması durumunu dini ve manevi değerleri referans göstererek açıklamaya çalıştıkları gözlenmiştir. Karataş'ın (2011) çalışmasında, bakım verenlerin % 23.3'ü dua ve ibadetten, % 53.1'i ise çeşitli dini etkinlik ve düşüncelerden manevi destek aldıklarını belirtmişlerdir. Dolayısıyla dini inancın, engelli ve hastalara bakım sorumluluğunu üstlenmiş bireyleri depresyon ve ruhsal bunalımdan koruyan önemli bir destek unsuru olduğu söylenebilir.⁵³

Balcı'nın (2011) "Psikolojik ve Öznel İyi Olma Hali ile Dini İnançlar Arasındaki İlişki Üzerine Bir İnceleme" başlıklı ve örneklem grubunu 495 yetişkin bireyin

⁵⁰ Rüveyda Efdal Aydemir, Dindarlık ve Mutluluk İlişkisi (İlk Yetişkinlik Dönemi), Ondokuzmayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Samsun, 2008, s. 65.

⁵¹ Fatma Yoğurtçu, Yetişkinlerde Dindarlık ve Ruh Sağlığı, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), 2009, s. 77.

⁵² Mustafa Koç, "Dinsel Pratiklerin Sıklık Düzeyleri ile Dini Başa Çıkma Arasındaki İlişki: Ergenler Üzerine Ampirik Bir Araştırma", **Bilimname**, C. XVI, 2009, s. 178.

⁵³ Zeki Karataş, Evde Bakım Hizmeti Sunan Aile Bireyi Bakıcıların Moral ve Manevi Değerlerinin Başa Çıkmadaki Etkisi, Rize Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Rize, 2011, s. 141, s. 171.

oluşturduğu araştırmasında, ahiret inancı ile yaşam doyumu ve öznel iyi olma hali arasında ve kader inancı ile yaşam doyumu ve öznel iyi olma hali arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.⁵⁴

Gün'ün (2012) “Stresle Başa Çıkma Bilişsel Süreçler ve Dindarlık Üzerine Bir İnceleme” adlı ve teorik çerçevede yaptığı çalışmasında, stresin olumsuz etkilerine karşı dinin önemli bir başa çıkma stratejisi olduğu ve dini/manevi bağlılıkları olan bireylerin strese daha az maruz kaldıkları belirtilmiştir. Etkili ve zengin bir anlam sistemi olan dinin; inanç, dua ve ibadet, Tanrı imgesi, dini ayin ve merasim, ahlaki tutum ve davranış, cemaat ve kurumsal yapı gibi unsurlarıyla bireylerin anlama ulaşma vasıtalarına zenginlik kattığı ve bireysel olarak dini/manevi anlam algılarına da fırsat tanıyarak anlama dair çözüm yolları geliştirdiği tespiti yapılmıştır.⁵⁵

Göcen'in (2012) “Şükür ve Psikolojik İyi Olma Arasındaki İlişki Üzerine Bir Alan Araştırması” başlıklı çalışmasında, dini yönelim ile psikolojik iyi olma arasında olumlu yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yine dini yönelim ile psikolojik iyi olmanın boyutları olan hayatın anlamı, kendini kabul, olumlu ilişki kurma becerisi ve bireysel gelişim arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir. Burada dini yönelim düzeyi arttıkça psikolojik iyi olma ve özellikle hayatın anlamı ve kendini kabul boyutlarında artış olması, dinin insan için anlam ve amacın temel kaynağı olduğunu ve insanın kendi farkındalığına değer kattığı düşüncesini desteklediği görülmektedir.⁵⁶

Ayten ve arkadaşlarının (2012) “Dini Başa Çıkma, Şükür ve Hayat Memnuniyeti İlişkisi”ni inceledikleri çalışmada; hasta, hasta yakını ve hastane çalışanlarından oluşan örneklem grubunda, hayat memnuniyeti ile şükür ve olumlu dini başa çıkma arasında olumlu ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.⁵⁷

Kırman'ın (2013) “Stres ve Din: Lise Gençliği Üzerine Psikolojik Bir Araştırma” adlı çalışmasında, araştırmaya katılan ergenlerin % 93.1'inin strese girdikleri; sık stres yaşamama sebebi olarak ergenlerin % 47.5'inin “dini inançların güç vermesi”, % 29.7'si

⁵⁴ Fatma Balcı, Psikolojik ve Öznel İyi Olma Hali ile Dini İnançlar Arasındaki İlişki Üzerine Bir İnceleme, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Bursa, 2011, s. 164.

⁵⁵ Elif Gün, Stresle Başa Çıkma Bilişsel Süreçler ve Dindarlık Üzerine Bir İnceleme, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Bursa, 2012, s. 89.

⁵⁶ Gülüşan Göcen, Şükür ve Psikolojik İyi Olma Arasındaki İlişki Üzerine Bir Alan Araştırması, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmış Doktora Tezi), Ankara, 2012, s. 248.

⁵⁷ Ali Ayten ve diğerleri, “Dini Başa Çıkma, Şükür ve Hayat Memnuniyeti İlişkisi”, **Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi**, C. XII, S. 2, 2012, s. 45.

ise “çok sayıda tanıdık ve arkadaşı olma” seçeneklerini belirttikleri görülmüştür. Stresten kurtulmak için öğrencilerin % 27.5’inin dua etme, % 25.2’sinin arkadaşlarıyla konuşma, % 15.2’sinin ağlama, % 11.3’ünün namaz kılma, % 2.2’sinin Kur’an-ı Kerim okuma davranışında bulunduğu; dindarlık seviyesi yükseldikçe strese girme sıklığının azaldığı tespit edilmiştir. Dua sonrası ergenlerin % 39.7’si kendisini iyi hissettiğini, % 30.8’i Allah’a yaklaştığını, % 18.3’ü ise yalnız olmadığını hissettiğini belirtmiştir.⁵⁸

Ayten’in (2013) “Din ve Sağlık: Bireysel Dindarlık, Sağlık Davranışları ve Hayat Memnuniyeti İlişkisi Üzerine Bir Araştırma” başlıklı çalışmasında; dindarlığın hem bireylerin hayat memnuniyetini hem de sağlık davranışlarını (tütün kullanmama, sağlıklı ve düzenli beslenme, düzenli uyku, sağlık kontrolleri, sağlığını tehlikeye atacak davranışlardan kaçınma vb.) yerine getirme düzeyini etkileyen bir faktör olduğu tespit edilmiştir.⁵⁹

Altıntaş’ın (2014) “Depresyon ile Dinsel Başa Çıkma Arasında İlişki Üzerine Bir Çalışma” başlıklı araştırmasının örneklem grubunu 19-25 yaş arası 299 üniversite öğrencisi oluşturmuştur. Araştırma sonucunda depresyon ile dinsel başa çıkma arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir.⁶⁰

7.1.3. Yaşam Kalitesi-Dindarlık

Yılmaz’ın (2006) “Kronik Ağrılı Hastalarda Yaşam Kalitesi” başlıklı araştırmasında, kendini dindar olarak tanımlayan hastalarda, kendini dindar olarak tanımlamayan hastalara göre yaşam kalitesi fonksiyonel durum ve global yaşam kalitesi puanlarının düşük, esenlik ve genel sağlık puanlarının ise daha yüksek olduğu ancak anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur.⁶¹

Şentepe’nin (2009) “Yaşlılık Dönemi’nde Temel Problemler ve Dini Başa Çıkma” adlı ve örneklem grubu 60-85 yaş grubu 115 kişiden oluşan araştırmasında; sağlığını iyi ve

⁵⁸ Fatma Kırman, Stres ve Din: Lise Gençliği Üzerine Psikolojik Bir Araştırma (Kahramanmaraş Örneği), Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Kahramanmaraş, 2013, s. 61, 64.

⁵⁹ Ali Ayten, “Din ve Sağlık: Bireysel Dindarlık, Sağlık Davranışları ve Hayat Memnuniyeti İlişkisi Üzerine Bir Araştırma”, **Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi**, C. XIII, S. 3, 2013, s. 7.

⁶⁰ Süleyman Altıntaş, Depresyon ile Dinsel Başa Çıkma Arasında İlişki Üzerine Bir Çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İzmir, 2014, s. 105.

⁶¹ Eren Yılmaz, Kronik Ağrılı Hastalarda Yaşam Kalitesi, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2006, s. 70.

orta olarak değerlendirenlerin, sağlığını *kötü* olarak değerlendirenlere oranla daha dindar oldukları; sağlığını *iyi* olarak değerlendirenlerin daha çok ibadet boyutu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca olumsuz dini başa çıkma tarzını sağlığını iyi olarak değerlendirenlerin daha az kullandığı görülmüştür.⁶²

7.2. Yurt Dışında Yapılmış Çalışmalar

7.2.1. Kansere-Dindarlık

Fehring ve arkadaşları (1997) tarafından, 100 kanser hastasından oluşan örnekleme yapılan çalışmada, içe dönük dindarlık ile depresyon ve olumsuz ruhsal durum arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu bulunmuştur. Ayrıca yüksek düzeyde olumlu ruhsal durum ve umut ile iç güdümlü dindarlık eğilimi ve manevi huzur arasında da pozitif ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu durum kanser hastalarında, iç güdümlü dindarlık eğiliminin ve maneviyatın hastalıkla baş etme sürecinde oldukça etkili olduğunu göstermektedir.⁶³

Cooper ve arkadaşlarının (2001), orak hücre anemisi hastalarında spiritualitenin etkisini inceledikleri çalışmada; ölçüm aracında spiritual iyilik hali ve onun alt boyutları olarak yer alan var oluşsal iyilik hali ve dini iyilik hali ile spiritualite ve hastalığın günlük yaşamda denetlenmesi (hastaların yaşamlarında hastalığın etkisini hissetmeleri) arasında yüksek düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir. Örneklem grubunda spiritualite ve dindarlık düzeyinin yüksek olduğu ancak hastalıkla başa çıkmadaki etkilerinin değişken olduğu bulunmuştur. Spiritual iyilik halinin, ağrı şiddeti algısı ile ilişkili olmadığı ancak var oluşsal iyilik halinin, genel başa çıkma ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir.⁶⁴

Ganz ve arkadaşlarının (2002), meme kanserinde uzun dönemli yaşam kalitesi üzerine yaptığı izlem çalışmasında, 763 meme kanseri kadın hastanın hayat planları ve aktivitelerindeki değişimde kanserin etkisi olup olmadığı sorgulanmıştır. Katılımcıların yaş aralıklarına göre gruplandırılan alanlardan; dini inanç alanında anlamlılık düzeyinde olmasa da 50 yaş altı grubun % 47.2'si kanserin dini inançlarında değişime yol açmadığını

⁶² Ayşe Şentepe, Yaşlılık Dönemi'nde Temel Problemler ve Dini Başa Çıkma, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2009, s.60

⁶³ R. J. Fehring - J. F. Miller - C. Shaw, "Spiritual Well-Being, Religiosity, Hope, Depression, and Other Mood States in Elderly People Coping with Cancer", **Oncology Nursing Forum**, Vol. XXIV, No. 4, 1997, pp. 663-671.

⁶⁴ Melanie Cooper-Elfa et al., "Role of Spirituality in Patients with Sickle Cell Disease", **The Journal of the American Board Family Practice**, Vol. XIV, No. 2, 2001, pp. 116-122.

ve % 48.4'ü olumlu yönde etkisi olduğunu; 50-59 yaş grubunun % 71.3'ü dini inançlarında bir değişim olmadığını, % 25.6'sı olumlu yönde değişim olduğunu; 60 yaş ve üzeri grubun % 72.8'i dini inançlarında değişiklik olmadığını, % 24.1'i olumlu yönde değişim olduğunu belirtmiştir. Diğer spiritualite ile ilişkili aktivitelerde, 50 yaş altı grubun % 59.3'ü değişiklik olmadığını, % 38.1'i olumlu yönde değişim olduğunu; 50-59 yaş grubunun % 60.4'ü değişiklik olmadığını, % 36.4'ü olumlu yönde değişim olduğunu; 60 yaş ve üzeri grubun % 75.4'ü değişiklik olmadığını, % 21.5'i olumlu yönde değişim olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca kanserin dini aktivitelere katılıma etkisinin, anlamlılık seviyesinde olmasa da, 50 yaş altı grupta, 50 yaş ve üzeri diğer iki gruba göre olumlu yönde olduğunu belirtenlerin oranının daha yüksek olduğu gözlenmiştir.⁶⁵

Gibson ve Hendrick (2006), hayatta kalan Afriko-Amerikan meme kanseri hastalar üzerine 1994-2004 arası yapılmış çalışmalarda spiritualite etkisini incelemişlerdir. Bu literatür çalışmasında 18 yaş ve üstü hastalardan elde edilen bulgular sonucunda; koruyan ve himaye eden, kudretli ve şifa veren, karar vermede yol gösterici olan ve kendisiyle yakınlık kurulan Tanrı'ya olan inanç olarak tanımlanan durumlara ilişkin spiritualite/maneviyatın güçlü bir başa çıkma sağladığı belirlenmiştir. Bu çalışmada spiritual/manevi alanlar; inançlar, dini ibadetler ve sosyal destek olarak ele alınmıştır.⁶⁶

Jim ve arkadaşlarının (2006) kanser hastalarında başa çıkma stratejileri ve anlam bulma üzerine yaptıkları çalışmada, olumlu başa çıkma yöntemlerinin (kendini kabul/yeniden yorumlama, aktif başa çıkma/sosyal destek, dini başa çıkma); yaşamda anlam bulma duygusunu (iç huzur, şimdiki ve gelecek yaşamında doyum, spiritualite ve inanç) yordayan önemli değişkenler olduğu belirlenmiştir.⁶⁷

Perkins ve arkadaşlarının (2007), yaşlı (70 yaş üstü) meme kanseri kadın hastalarda iyilik halinde bireysel farklılıkları inceledikleri çalışmada; demografik faktörler, kansere ilişkin değişkenler ve sağlık koşulları kontrol edildikten sonra yaşam doyumu, depresyon ve genel sağlık algısı sonuçlarının en iyi yordayıcısının, psiko-sosyal kaynaklar

⁶⁵ Patricia A. Ganz et al., "Quality of Life in Long-Term, Disease-Free Survivors of Breast Cancer: a Follow-up Study", **Journal of the National Cancer Institute**, Vol. XCIV, No. 1, 2002, pp. 39-49, <http://jnci.oxfordjournals.org/>, (03.05.2014).

⁶⁶ L.M. Gibson - C. S. Hendricks, "Integrative Review of Spirituality in African American Breast Cancer Survivors", **ABNF Journal**, Vol. XVII, No. 2, 2006, pp. 67-72, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>, (28.12.2014).

⁶⁷ Heather S. Jim et al., "Strategies Used in Coping With a Cancer Diagnosis Predict Meaning in Life for Survivors", **Health Psychology**, Vol. 25, No. 6, 2006, pp. 753-761.

içinde yüksek düzeyde optimizm, uyum, spiritualite ve sosyal destek olduğu belirtilmiştir.⁶⁸

Levine ve arkadaşlarının (2007) farklı etnik gruplardan meme kanseri hastalarda, kanserle başa çıkmada spiritualitenin etkisini inceledikleri çalışmada; kanser hastalarının % 83'ünün kendi spiritual yönleri hakkında konuştukları ve spiritualiteyi farklı alanlarda deneyimledikleri görülmüştür. Bu alanlar sırasıyla; Varlığı ile teselli bulunan Tanrı, inanç sorgulaması, Tanrı'yı kızgın algılama, kendi ölümlerini muhasebe ettikçe başkalarına karşı tutum değişikliği ve spiritual dönüşüm, inançta derinleşme, teslim olma, dua etme olarak belirlenmiştir. Araştırmada Afrika-Amerikan, Latin ve Hristiyan kadınların diğer gruplardan, Tanrı ile teselli bulma hislerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.⁶⁹

Vachon (2008) tarafından kanser hastalarında anlam bulma, spiritualite ve iyilik hali üzerine yapılan çalışmada, kanser hastalarında dini ve spiritual inançların; hastalık deneyimini ve yaşamı anlamlandırma sürecinde yol gösterici ve ölüm kavramı ile yüzleşme durumunda ise önemli bir başa çıkma kaynağı oldukları belirtilmiştir.⁷⁰

Yu Chan'ın (2008) Çinli meme kanseri hastalarda spiritualite ve psiko-sosyal uyum arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada; hastaların kanser sürecinde bir anlam arayışı içinde oldukları kanıtlanmıştır. Ayrıca spiritualitenin hem pozitif hem de negatif etkileri olduğu bulunmuştur. Spiritualitenin dünyaya nefretle/öfkeli bakma yönü ile stres algısı, kanseri yenilgi olarak algılama ve genel ruh sağlığı arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Buna karşılık spiritualitenin dünyaya hikmetli/aydınlık bakma yönü ile stres algısı ($r = -0.38, p < 0.01$), kanseri yenilgi olarak algılama ($r = -0.19, p < 0.01$) ve genel ruh sağlığı ($r = -0.27, p < 0.01$) arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu bulunmuştur. Yani araştırmaya katılan meme kanseri hastalarda dünyaya hikmetli/aydınlık bakma düzeyi yükseldikçe stres, kanserin yenilgi olarak algılanma ve olumsuz ruh sağlığı düzeylerinde azalma olduğu belirlenmiştir.⁷¹

⁶⁸ E. A. Perkins et al., "Individual Differences in Well-Being in Older Breast Cancer Survivors", **Critical Reviews in Oncology/Hematology**, Vol. 62, No. 1, 2007, pp. 74-83.

⁶⁹ E. G. Levine et al., "Ethnicity and Spirituality in Breast Cancer Survivors", **Journal of Cancer Survivorship**, Vol. 1, No. 3, 2007, pp. 212-225.

⁷⁰ M. L. Vachon, "Meaning, Spirituality, and Wellness in Cancer Survivors", **Seminars in Oncology Nursing**, Vol. 24, No. 3, 2008, pp. 218-225, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>, (28.12.2014).

⁷¹ Yu Chan, An Exploratory Study on Spirituality and Psychosocial Well-Being in Chinese Breast Cancer Patients, The University of Hong Kong, (A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy), 2008, p.158, p. 235.

Schreber'in (2009), erken evre meme kanseri kadın hastalarda Tanrı imajının, hastalıkla başa çıkma ve hastalığın yineleme korkusuna ilişkin etkilerini incelediği çalışmanın örneklem grubunu, yaşları 36-90 arasında değişen, 129 kadın hasta oluşturmuştur. Araştırmada, "Tanrı, muhakkak her işini yerli yerinde yapandır (hikmetli)" inancına sahip olan hastaların, bu inanca sahip olmayan hastalardan anlamlı olarak daha yüksek psikolojik iyilik hali, düşük düzeyde hastalığın yineleme korkusu ve düşük düzeyde strese sahip oldukları belirlenmiştir. "Tanrı, çok hiddetlidir" inancına sahip olan ve olmayan kadınlar arasında ise psikolojik iyilik hali, hastalığın yineleme endişesi ve psikolojik distress aarsında anlamlı farklılıklar olmadığı tespit edilmiştir.⁷²

Bussing ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan, kanser ve kronik ağrılı hastalarda spiritual ihtiyaçlara ilişkin -Spiritual İhtiyaçlar Ölçeği- geçerlilik çalışmasında; faktör analizi sonucunda 19 madde arasından varyansın % 67'sini açıklayan dört faktörün öne çıktığı belirlenmiştir: Dini ihtiyaçlar, içsel huzur ihtiyacı, var oluşsal ihtiyaçlar (yorumlama/anlama) ve aktif bağışta bulunma. Kanser hastalarında ölçekten alınan puanların, kronik ağrılı hastalardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur.⁷³

Laarhoven ve arkadaşlarının (2010), palyatif bakım alan kanser hastalarında Tanrı imajı ile başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada; "bireysel olmayan" Tanrı imajının başa çıkma stratejilerinden "nasihat ve bilgi arayışı", "moral destek arayışı" ve "kaçınma"yı anlamlı olarak pozitif yönde yordadığı; başa çıkma stratejilerinden "mizah"ı ise negatif yönde yordadığı belirlenmiştir. "Bireysel" Tanrı imajının ise başa çıkma stratejilerinden "dine dönüşü" pozitif yönde anlamlı yordayıcısı olduğu bulunmuştur. Araştırmada palyatif bakım alan kanser hastalarında farklı başa çıkma stratejilerinde "bireysel" ve "bilinemeyen" Tanrı imajlarına göre en iyi yordayıcının "bireysel olmayan" Tanrı imajı olduğu tespit edilmiştir.⁷⁴

McFarland ve arkadaşlarının (2013), uzun süreçli ve geniş katılımlı (N=3443) olarak ve veri toplamayı iki aşamada (birinci aşama; 1994-1995 ve ikinci aşama; 2004-

⁷² Judith A. Screiber, Image of God: Effect on Coping, Psycho-Spiritual Well-Being and Fear of Recurrence in Early Breast Cancer Survivors", University of Kentucky Graduate School, (Doctoral Dissertation), 2009, p. 71, p. 85.

⁷³ A. Bussing - H. Balzat-J. Heusser, "Spiritual Needs of Patients with Chronic Pain Diseases and Cancer – Validation of The Spiritual Needs Questionnaire", **European Journal of Medical Research**, Vol. XV, No. 6, 2010, pp. 266-273.

⁷⁴ H. W. Van Laarhoven et al., "Images of God in Relation to Coping Strategies of Palliative Cancer Patients", **Journal of Pain and Symptom Management**, Vol. XL, No. 4, 2010, pp. 495-501.

2005) gerçekleştirdikleri prospektif çalışmada, kanser tanısında dindarlığın etkisi incelenmiştir. Sonuçlar kanser tanısı ile dindarlık düzeyinin yüksek olması arasında ilişki olduğunu göstermiştir. Araştırmadan elde edilen bulgulara göstermiştir ki: a) Kanserin etkisinin gruplara (tanı alma yaşı ve tanı sonrası geçen yıl) göre değiştiğine ilişkin kanıt yoktur. b) Kanser tanısı alan kişilerde, dindarlık düzeyindeki büyük artışın önceki dönemlere ait olduğuna dair güçlü kanıt bulunmuştur. c) Dindarlıktaki değişimlerin, tanı sonrası geçen yıllardan etkilendiğine dair bir kanıt yoktur. Bu çalışmanın aynı zamanda kanser ve dindarlık arasındaki ilişkide psikolojik ve sosyolojik bakış açılarını birleştirdiği ifade edilmiştir.⁷⁵

Meisenhelder ve arkadaşlarının (2013), onkoloji hastalarında inanç ve ruh sağlığı üzerine yaptıkları araştırmada; ruh sağlığının, seven ve koruyan Tanrı imajı ile pozitif yönde anlamlı ilişki ve merhamet etmeyen Tanrı imajı ile de negatif yönde anlamlı ilişki gösterdiği bulunmuştur. Araştırmada ruh sağlığının, tedavi hedefleri (kür sayısı, kemoterapi, palyatif bakım vb.), dua etme sıklığı, içsel inanç motivasyonu ve fiziksel ağrı ile ilişkili olmadığı belirlenmiştir.⁷⁶

7.2.2. Ağrı-Dindarlık

Galanter (1982), Tanrı'ya güvenmenin, duanın ve inancın, ağrı toleransını arttıran etkili bir yol olduğunu açıklamıştır. Ağrıdan kurtulmada ve ağrının hafifletilmesinde bireysel yeterliliğin artırılması ve spiritual ihtiyaçların sağlanmasının önemli olduğu belirtilmiştir.⁷⁷

Rippentrop ve arkadaşlarının (2005), kronik ağrılı 122 hastada din/spiritualitenin ağrı, fiziksel ve ruhsal sağlık ile ilişkisini inceledikleri çalışmada; hiyerarşik regresyon analizinde din/spiritualite ile fiziksel ve ruhsal sağlık arasında anlamlı ilişkiler olduğu ortaya çıkmıştır. Ancak özel dini uygulamalar (dua, meditasyon, dini yayınların okunması vb.) ile fiziksel sağlık sonuçları arasında negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur. Yani fiziksel sağlığı daha kötü olan hastalarda, dini uygulamaların daha fazla olduğu

⁷⁵ Michael J. McFarland et al., "Does a Cancer Diagnosis Influence Religiosity? Integrating a Life Course Perspective", **Social Science Research**, Vol.XLII, 2013, pp. 311-320.

⁷⁶ J. B. Meisenhelder et al., "Faith and Mental Health in an Oncology Population", **Journal of Religion and Health**, Vol. LII, No. 2, 2013, pp. 505-513.

⁷⁷ M. Galanter, "Charismatic Religious Sects and Psychiatric Overview", **Am J Psychiatry**, Vol. 139, 1982, pp. 1539-1548.

belirlenmiştir. Bu durumun ise hastalığın şiddeti arttıkça dinden destek alma ihtiyacının ve dini başa çıkmanın daha fazla kullanılması ile ilişkili olabileceği ifade edilmiştir. Yine bu çalışmada affetmenin, olumsuz dini başa çıkmanın, günlük spiritual deneyimlerin, dini desteğin ve din/spiritualite yoğunluğunun kişisel düzeyinin ruhsal sağlığı anlamlı olarak yordadığı tespit edilmiştir. Ancak din/spiritualitenin, ağrı nedeniyle yaşamın kısıtlanması ve ağrı şiddeti ile ilişkili olmadığı bulunmuştur.⁷⁸

Unruh (2007), spiritualite ve ağrı ilişkisini ele alan literatür inceleme çalışmasında; spiritual durumların hastaların ağrı algısı ve ağrı yönetiminde önemli bir etkisi olduğu sonucuna ulaşmıştır.⁷⁹

Wachholtz, Pearce ve Koenig (2007), spiritualite, başa çıkma ve ağrı arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında ağrı algısının biyolojik, psikolojik, sosyal ve spiritual faktörlere bağlı çok yönlü bir deneyim olduğunu bildirmişlerdir. Bazı insanların ağrı ile başa çıkmada yalnızca inançlarına güvendikleri ancak din/spiritualitenin ağrı ile başa çıkma sürecinde yardımcı veya önleyici etkisinin olabileceği belirtilmiştir.⁸⁰

Babgi'nin (2010), Suudi kanser hastalarında ağrı ve başa çıkma davranışları üzerine yaptığı araştırmasında, ağrıyla başa çıkmada en fazla adaptif ve aktif davranış olarak dua etme (% 99.2), Kur'an-ı Kerim okuma veya dinleme (% 98.5) gibi dini pratiklerin yer aldığı tespit edilmiştir.⁸¹

Dezutter ve arkadaşlarının (2011), Flaman hastalarda dua ve ağrı arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, korelasyon analizinde dua ile ağrı toleransı arasında anlamlı bir ilişki olduğu ancak ağrı şiddeti ile anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur. Yapılan yan analizlerde ise ağrı toleransının yanı sıra ağrı şiddeti ile dua arasındaki ilişkinin ortaya

⁷⁸ E. A. Rippentrop et. el., "The Relationship Between Religion/Spirituality and Physical Health, Mental Health, and Pain in a Chronic Pain Population", **Pain**, Vol. CXVI, No. 3, pp. 311-321, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>, (28.12.2014).

⁷⁹ A. M. Unruh, "Spirituality, Religion, and Pain", **Canadian Journal of Nursing Research**, Vol. XXXIX, No. 2, 200, pp. 66-86; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>, (28.12.2014).

⁸⁰ A.B. Wachholtz-M. J. Pearce-H. G. Koenig, "Exploring the Relationship Between Spirituality, Coping, and Pain", **Journal of Behavioral Medicine**, Vol. XXX, No. 4, 2007, pp. 311-318, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>, (28.12.2014).

⁸¹ Amani A Babgi, "Pain Coping Behaviors of Saudi Patients Suffering from Advanced Cancer: A Revisited Experience", **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, Vol. XI (MECC Supplement), 2010, pp. 103-106.

çıkmasında dini eğilimin moderatör etkisi olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada duanın, ağrı yönetiminde önemli bir rol oynadığı belirlenmiştir.⁸²

Guay ve arkadaşlarının (2011), kanser hastalarında spiritual ağrı ile spiritualite ve dindarlık arasındaki ilişkiyi ele aldıkları çalışmada; spiritual ağrı ile düşük dindarlık algısı arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda spiritual ağrının fiziksel ve emosyonel semptomları da olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir. Spiritual ağrı için “fiziksel olmayan fakat varlığımızın derinliğinde hissettiğiniz ağrı”, “total ağrının bir parçası”, “spiritual iyiliğin tersine spiritual ıstırap” gibi tanımlamalar yapılmıştır. Araştırmada ayıca tüm hastalarda ve onların bakımıyla ilgilenen hasta yakınlarında spiritalite ve dindarlığın, hastalıkla başa çıkmada büyük bir güç kaynağı ve destek olduğu tespit edilmiştir.⁸³

Lucchetti ve arkadaşlarının (2011), yaşlı hastalarda (60 yaş üstü) dindarlık ile ruh sağlığı, ağrı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki üzerine yaptıkları çalışmada; hastaların % 80.7’sinin ağrı tanımlaması yaptıkları belirlenmiştir. Araştırmada dindarlığın; düşük düzeyde ağrı algısı, düşük düzeyde depresif semptomlar, daha iyi yaşam kalitesi ve düşük düzeyde bilişsel bozukluklar ile anlamlı ilişki gösterdiği bulunmuştur.⁸⁴

Buck ve Meghani’nin (2012), kanser ağrısında spiritualiteyi inceledikleri çalışmada; spiritual pratiklerin kanser ağrısı ile başa çıkmada kullanılan bir yöntem oldukları belirtilmiştir. Araştırmada spiritualiteye ilişkin üç durumun ortaya çıktığı ifade edilmiştir: Ağrı ve distressin, spiritualitenin kullanımına yol açtığı; spiritualitenin kullanımında aktif ve var oluşsal özellikler; hastalıkla başa çıkmada içsel ve dışsal kaynakların mobilize edilmesi.⁸⁵

Svalina ve Webb (2012), ayaktan fizik tedavi gören hastalarda affedicilik ve sağlık arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada; kendini affetmenin genel sağlık, fiziksel sağlık durumları ve mevcut ağrı ile dolaylı yoldan ilişkili olduğu; ruhsal sağlık durumları ve kronik ağrı ile de doğrudan ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca Tanrı tarafından affedilmiş

⁸² J. Dezutter - A. Wachholtz - J. Corveleyn, “Prayer and Pain: The Mediating Role of Positive Re-Appraisal”, **Journal of Behavioral Medicine**, Vol. XXXIV, No. 6, 2011, pp. 542-549.

⁸³ M. O. Delgado-Guay et al., “Spirituality, Religiosity, and Spiritual Pain in Advanced Cancer Patients”, **Journal of Pain and Symptom Management**, Vol. XLI, No. 6, 2011, pp. 986-994.

⁸⁴ G. Lucchetti et al., “Religiousness Affects Mental Health, Pain, and Quality of Life in Older People in an Outpatient Rehabilitation Setting”, **Journal of Rehabilitation Medicine**, Vol. XLIII, No. 4, pp. 316-322.

⁸⁵ H. G. Buck - S. H. Meghani, “Spiritual Expressions of African Americans and Whites in Cancer Pain”, **Journal of Holistic Nursing**, Vol. XXX, No. 2, 2012, pp. 107-116.

olma duygusunun, sağlığa ilişkin sosyal fonksiyon ile doğrudan ilişkili olduğu belirlenmiştir.⁸⁶

King ve arkadaşlarının (2013), kan ve kemik iliği transplantasyonu yapılmış hastalarda dini/spiritual acı çekme (Tanrı tarafından terk edilmişlik ve cezalandırılmışlık duygusu) etkilerini inceledikleri çalışmada; dini/spiritual acı çekme ile ağrı, yaşam kalitesi ve depresif semptomlar arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur.⁸⁷

Rawdin ve arkadaşlarının (2013), onkoloji hastalarında umut, ağrı, psikolojik distress ve spiritual iyilik hali arasındaki ilişkileri inceledikleri çalışmada; umut indeksi skorlarının ortalama ağrı şiddeti, şiddetli ağrı, ağrının işevselliğe etki düzeyi, anksiyete ve depresyon ile negatif yönde; spiritual iyilik hali skorları ile de pozitif yönde anlamlı ilişkiler gösterdiği belirlenmiştir.⁸⁸

7.2.3. Depresyon-Dindarlık

Koenig ve arkadaşları⁸⁹ (1992) tarafından yapılan çalışmada, demografik ve sağlığa ilişkin değişkenlerin kontrolünden sonra dini başa çıkma ve depresyon arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Olson ve arkadaşlarının⁹⁰ (2012) yaptığı araştırmada, olumlu dini başa çıkmanın, daha iyi ruh sağlığını yordayıcı olduğu aksine olarak olumsuz dini başa çıkmanın ise ruh sağlığı için karıştırıcı bir faktör olduğu bildirilmiştir.

Koenig (1998), 455 yaşlı hastanın dini katılım ve davranışlarından elde ettiği verilerde, dini inancın hastalıkla başetmede oldukça önemli bir faktör olduğunu bulmuştur.

⁸⁶ S. S. Svalina - J. R. Webb, "Forgiveness and Health Among People in Outpatient Physical Therapy", **Disability and Rehabilitation**, Vol. XXXIV, No. 5, 2012, pp. 383-392.

⁸⁷ S. D. King - G. Fitchett - D. L. Berry, "Screening for Religious/Spiritual Struggle in Blood and Marrow Transplant Patients", **Supportive Care in Cancer**, Vol. XXI, No. 4, 2013, pp. 993-1001.

⁸⁸ B. Rawdin - C. Evans - M. W. Rabow, "The Relationships Among Hope, Pain, Psychological Distress, and Spiritual Well-Being in Oncology Outpatients", **Journal of Palliative Medicine**, Vol. XVI, No. 2, 2013, pp. 167-172.

⁸⁹ H. G. Koenig et al., "Religious Coping and Depression Among Elderly, Hospitalized Medically Ill Men", **The American Journal of Psychiatry**, Vol. CXLIX, 1992, pp. 1693-1700.

⁹⁰ M. M. Olson et al., "Religious Coping and Mental Health Outcomes: An Exploratory Study of Socio-Economically Disadvantaged Patients", **Explore (NY)**, Vol. VIII, 2012, pp. 172-176.

Araştırma grubunda yer alan hastalarda dini katılımın, hastalık yükünün azalması ve depresif belirtilerin daha düşük düzeyde görülmesi ile ilişkili olduğu saptanmıştır.⁹¹

Koenig ve Larson (2001), dindarlık ve depresyon konusunu empirik olarak ele alan 101 çalışmanın 65'inde (% 64) bu iki olgu arasında negatif yönlü bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir.⁹² Johnson, Tompkins ve Webb'in (2002) konu üzerine inceledikleri 30 çalışmanın 25'inde (% 83), dindarların iyimserlik ve pozitif düşünme düzeylerinin anlamlılık seviyesinde yüksek; 103 çalışmanın 70'inde (% 68) ise dindarlığın depresyona karşı koruyucu olduğu belirlenmiştir.⁹³

Braam ve arkadaşlarının (2004), yaşlılar üzerinde dini bağlılık ve ibadetlere devamlılık ile depresif belirtiler arasındaki ilişkiyi boylamsal olarak (6 yıl) inceledikleri çalışmada; kiliseye devamlılık ile depresif semptomların görülmesi arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Yine kiliseye devam etmenin yaşlıların psiko-sosyal uyumlarını olumlu etkilediği; çeşitli sağlık problemi yaşayan yaşlılar arasında dindar olanların, dindar olmayanlara göre daha az depresif belirtiler gösterdiği bulunmuştur.⁹⁴

Baetz ve arkadaşlarının (2004), Kanada'da ulusal düzeyde 15 yaş üstü 70.884 katılımcının yer aldığı ve survey yöntemi kullanılarak yapılan çalışmada; dini uygulama (kilise ibadetine katılım), spiritualite ve dindarlıkta öznel algı ile belirgin depresif semptomlar arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırmada demografik, sosyal ve sağlık değişkenleri kontrol edilerek logistik regresyon analizi yapılmıştır. Sonuç olarak kilise ibadetlerine sık katılım ile düşük düzeyde depresif semptomlar arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Diğer taraftan "spiritual değerleri veya inançları önemli görme" ve "spiritualite ve dindarlıkta öznel algı" ile yüksek düzeyde depresif semptomlar arasında ilişki belirlenmiştir. Yani katılımcıların kendilerini dindar veya spiritual değerleri benimsemiş olarak kabul etme düzeyi yükseldikçe, depresif belirtilerin de arttığı tespit

⁹¹ H. G. Koenig, "Religious Attitudes and Practices of Hospitalized Medically Ill Older Adults", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Vol. XIII, No. 4, 1998, pp. 213-224, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>, (07.05.2014).

⁹² H. G. Koenig - D. B. Larson, "Religion and Mental Health: Evidence for an Association", *International Review of Psychiatry*, Vol. XIII, No. 2, 2001, pp. 67-68; (akt.) Asım Yapıcı, **Ruh Sağlığı ve Din: Psiko-Sosyal Uyum ve Dindarlık**, Karahan Kitabevi, Adana, 2007, s. 118.

⁹³ B. R. Johnson - R. B. Tompkins - D. Webb, "Objective Hope Assessing the Effectiveness of Faith-Based Organisations: A Review of the Literature", **Center for Research on Religion and Urban Civil Society**, 2002; (akt.) Yapıcı, a.g.e., s. 118.

⁹⁴ A. W. Braam et al., "Religious Involvement and 6-year Course of Depressive Symptoms in Older Dutch Citizens: Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam", **Journal of Aging and Health**, Vol. XVI, No. 4, pp. 467-489; (akt.) Yapıcı, a.g.e., s. 120.

edilmiştir. Bu çalışmada kilise ibadetlerine sık katılan bireylerde depresif belirtilerin daha az görüldüğü tespit edilmiştir.⁹⁵

Wink, Dillon ve Larsen (2005), yaşlılarda dindarlık ve maneviyatla depresyon ve fiziksel sağlık arasındaki ilişkileri inceledikleri çalışmada; yüksek düzeyde dindarlığın (kurumsal anlamda kiliseye devamlılık, ibadet ve dua) fiziksel sağlığa ilişkin problemlerin yol açtığı depresyona karşı koruyucu bir rol üstlendiğini tespit etmişlerdir. Dindarlık düzeyi düşük olan bireylerde ise depresif belirtilerin daha yüksek çıktığı görülmüştür. Ayrıca bu çalışmada, kurumsal olmayan dini inanç ve pratikler olarak kavramlaştırılan maneviyat ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.⁹⁶

Koenig'in (2007) çeşitli rahatsızlıklardan dolayı ayaktan tedavi gören 50 yaş üstü hastalarla yaptığı çalışmada; demografik ve fiziksel sağlık faktörleri kontrol edilmiştir. Depresif hastalar arasında din ve depresyon türleri (bu çalışmada major ve minor depresyon) bir ilişki bulunmamıştır ancak depresyon şiddetinin; düşük düzeyde dini eğilimler (ibadete katılım, dua etme, Kutsal Kitap okuma) ve düşük düzeyde iç yönelimli dindarlık ile ilişkili olduğu belirlenmiştir.⁹⁷

Murphy ve arkadaşlarının (2007), Amerika'da 271 klinik depresyon hastasından oluşan örneklem grubunda yapmış olduğu araştırma sonucunda; dini inancın "daha düşük depresyonla" ve "düşük umutsuzluk" ile ilişkili olduğu bulunmuştur.⁹⁸

Banner'ın (2009), metastatik olmayan meme kanseri kadın hastalarda anksiyete ve depresyon üzerine spiritualitenin etkilerini incelediği çalışmada; spiritualite ile anksiyete ($r = -0.26, p < 0.05$) ve depresyon ($r = -0.35, p < 0.01$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Araştırmada kullanılan Spiritual Değerlendirme Skalası'nda yaşamda anlam ve amaç, içsellik ve iç kaynaklara yönelim, bütünlük arzusu ve aşkınlık

⁹⁵ M. Baetz et al., "The Association Between Spiritual and Religious Involvement and Depressive Symptoms in a Canadian Population", **The Journal of Nervous and Mental Disease**, Vol. CXCII, No. 12, 2004, pp. 818-822, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>. (28.12.2014).

⁹⁶ P. Wink - M. Dillon - B. Larsen, "Religion as Moderator of the Depression-Health Connection: Findings from a Longitudinal Study", **Research on Aging**, Vol. CXXVII, No. 2, 2005, pp. 197-220; (akt.) Yapıcı, a.g.e., s. 120.

⁹⁷ H. G. Koenig, "Religion and Depression in Older Medical Impatients", **American Journal Geriatric Psychiatry**, Vol. XV, pp. 282-291.

⁹⁸ Patricia E. Murphy et al., "Klinik Depresyon Hastalarında Dini İnanç ve Uygulamaların Depresyon ve Umutsuzlukla İlişkisi", çev. Özlem Güler, **Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, C. XLVIII, S. 2, 2007, s. 166.

gibi konulara ilişkin yargılar yer almıştır. Bu çalışmada iyilik hali bağlamında spiritualitenin geniş olarak incelenmesinin önemli olduğuna vurgu yapılmıştır.⁹⁹

Lavin ve Park'ın (2011), opioid (morfin ve benzeri olan doğal, yapay, yarı yapay güçlü ağrı kesiciler) terapi alan kronik ağrılı yaşlı hastalarda depresif semptomlara ilişkin yaptıkları çalışmada; yüksek düzeyde ağrı şiddetinin, yüksek düzeyde depresif semptomlarla ilişkili olduğu bulunmuştur. Yapılan analizlerde yüksek düzeyde depresif semptomlarla anlamlı ilişki gösteren dört risk faktörü ortaya çıkmıştır; yüksek düzeyde şiddetli ağrı, azalmış fonksiyonel durum, düşük düzeyde spiritualite ve düşük düzeyde sosyal destek. Araştırmada yaş, cinsiyet, yalnız yaşama ve sağlık algısı durumlarının depresif semptomlarla ilişkili olmadığı bulunmuştur.¹⁰⁰

Holt ve arkadaşlarının (2011), Afrika-Amerikan ve beyaz ırktan oluşan 269 kolorektal ve akciğer kanserli hastada dindarlık, fiziksel ve emosyonel fonksiyonlar arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada; örneklemin genelinde düşük düzeyde de olsa dini davranışlar ile ruh sağlığı arasında pozitif yönde, depresif semptomlar ile negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir. Kadınlar arasında dini davranışlar ile ruh sağlığı arasında pozitif yönde, depresif semptomlar ile de negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu ancak erkeklerde dindarlığın incelenen sonuçları yordamadığı bulunmuştur. Afrika-Amerikanlar arasında dini davranışlar ile ruh sağlığı arasında pozitif yönde ilişki olduğu ve dindarlığın onlar için dayanma gücü olduğu belirlenmiştir. Beyazlar arasında da dini davranışlar ile depresif semptomlar arasında negatif yönlü ilişkiler olduğu saptanmıştır.¹⁰¹

Ramirez ve arkadaşlarının¹⁰² (2012) hemodiyaliz hastalarında yaptığı çalışmada, olumlu ve olumsuz dini başa çıkmanın, böbrek yetmezliği ile başa çıkmada sıklıkla kullanıldığı bulunmuştur. Bu hastalarda, dini başa çıkma ile depresyon ve anksiyete arasında ve dini başa çıkma ile yaşam kalitesinin çok boyutlu yönleri arasında ilişki olduğu

⁹⁹ Amy T. Banner, The Effects of Spirituality on Anxiety and Depression among Breast Cancer Patients: The Moderating Effects of Alexithymia and Mindfulness, The University of North Carolina, (A Dissertation Submitted to Faculty of the Graduate School), Greensboro, 2009, p. 79, p. 217.

¹⁰⁰ R. Lavin - J. Park, "Depressive Symptoms in Community-Dwelling Older Adults Receiving Opioid Therapy for Chronic Pain", **Journal of Opioid Management**, Vol. VII, No. 4, 2011, pp. 309-319.

¹⁰¹ Cheryl Holth et al., "Religiosity and Physical and Emotional Functioning Among African American and White Colorectal and Lung Cancer Patients", **Journal of Psychosocial Oncology**, Vol. XXIX, No. 4, 2011, pp. 372-393.

¹⁰² S. P. Ramirez et al., "The Relationship Between Religious Coping, Psychological Distress and Quality of Life in Hemodialysis Patients", **Journal of Psychosomatic Research**, Vol. LXXII, 2012, pp. 129-135.

ancak olumlu dini başa çıkma ve psikolojik distress arasında bir ilişki olmadığı görülmüştür.

Miller ve arkadaşlarının (2012), major depresyona karşı din ve maneviyatın etkisini araştırdıkları 10 yıllık izlem çalışmasında; din ve maneviyata bireysel olarak yüksek düzeyde önem vermenin, depresyona karşı uzun süreli koruyucu bir etkisi olduğu bulunmuştur. Yaklaşık 10 yıllık izlem periyodunda depresyon atağı görülme riskinin; din ve maneviyatın bireysel önemi yüksek olan katılımcılarda, diğerleri ile karşılaştırıldığında dörtte bir (1/4) oranında daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ailesinde depresyon olan yüksek riskli katılımcılar arasında da din ve maneviyatın önemi yüksek olan bireylerde, diğerleri (önem vermeyenler) ile karşılaştırıldığında yaklaşık 10 yıllık izlem periyodunda depresyon atağı görülme riskinin onda bir (1/10) daha az olduğu tespit edilmiştir.¹⁰³

Barton ve arkadaşlarının (2013), dini katılım ve sosyal uyumun depresyona karşı koruyucu olup olmadığını araştırdıkları 10 yıllık prospektif çalışmada; örneklem grubu ailesinde depresyon olan ve olmayan katılımcılardan oluşan 25 yaş üstü 173 yetişkinden oluşmuştur. Araştırmada kilise ibadetlerine sık katılımın, yineleyici depresyona karşı koruyucu olduğu bulunmuştur. Ailesinde depresyon görülmeyen ve ayda bir kez kilise ibadetine katılan yetişkinlerde, yineleyici depresyon olasılığının daha düşük olduğu rapor edilmiştir.¹⁰⁴

Haghighi'nin (2013), İranlı kanser hastalarında dini başa çıkma ve depresyon ilişkisini araştırdığı çalışmasında, Tanrı ile ilişki kurmayı dini başa çıkma metodu olarak kullanmanın depresyon düzeyinin düşük olmasında etkili olduğu ve ailesinin dini tutum düzeyi yüksek olan hastaların depresyon oranlarının düşük seviyede olduğu bulunmuştur.¹⁰⁵

¹⁰³ Lisa Miller et al., "Religiosity and Major Depression in Adults at High Risk: A Ten Year Prospective Study", **The American Journal of Psychiatry**, Vol. CLXIX, No. 1, 2012, pp. 89-94, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>, (28.12.2014).

¹⁰⁴ Yakov A. Barton et al., "Religious Attendance and Social Adjustment as Protective Against Depression: A 10-Year Prospective Study", **Journal of Affective Disorders**, Vol. CXLVI, No. 1, 2013, p. 5, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>, (28.12.2014).

¹⁰⁵ Fatemeh Haghighi, "Correlation Between Religious Coping and Depression in Cancer Patients", **Psychiatria Danubina**, Vol. XXV, No. 3, 2013, pp. 236-240.

7.2.4. Yaşam Kalitesi-Dindarlık

Koenig, George ve Titus'un (2004), 50 yaş üstü 838 hastada, sosyal destek, psikolojik sağlık ve fiziksel sağlık üzerine din ve spiritualitenin etkisini inceledikleri çalışmada; din ve spiritualitenin güçlü sosyal destek, düşük depresif semptomlar, daha iyi bilişsel fonksiyon ve güçlü yardımseverliğin tutarlı bir yordayıcısı olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca kurumsal dini aktivitelere katılımın da daha iyi fiziksel sağlığı ve düşük düzeyde hastalığı yordadığı belirlenmiştir.¹⁰⁶

Morgan ve arkadaşlarının (2006), Afrika-Amerikan meme kanseri kadın hastalarda yaşam kalitesi ile spiritual iyilik hali ve dini başa çıkma arasındaki ilişkiyi inceledikleri kesitsel araştırmada; hastaların pozitif dini başa çıkmayı, negatif dini başa çıkmadan daha fazla kullandıkları bulunmuştur. Ayrıca spiritual iyilik hali ile yaşam kalitesinin fiziksel, emosyonel ve fonksiyonel iyilik hali boyutları arasında anlamlı ilişkiler olduğu belirlenmiştir. Elde edilen bulgulardan yola çıkılarak meme kanseri kadın hastalarda, spiritual ve dini uygulamaların tedavi aşamasında destekleyici bir girişim olarak değerlendirilmesinin önemine dikkat çekilmiştir.¹⁰⁷

Loerzel'in (2007) meme kanseri yaşlı hastalarda yaşam kalitesini incelediği araştırmada, yaşlı meme kanseri kadın hastalarda spiritualitenin, inanç ve dinin hastalığı anlamlandırma ve hastalıkla başa çıkma sürecinde oldukça önemli olduğu belirtilmiştir. Bu araştırmada, 65 yaş üstü meme kanseri kadın hastalarda tedavi sonrası ilk yıl, genel yaşam kalitesi ve yaşam kalitesinin (fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritual iyilik hali) dört alanında puan ortalamalarının iyi düzeyde olduğu ancak daha sonraki süreçte genel yaşam kalitesi ve yaşam kalitesinin fiziksel ve psikolojik iyilik hali düzeylerinde azalma olduğu saptanmıştır. Sosyal iyilik hali ve spiritual iyilik halinin ise ilk yıldan sonra gerilediği fakat daha sonraki ölçümlerde tekrar yükseldiği tespit edilmiştir.¹⁰⁸

¹⁰⁶ H. G. Koenig - L. K. George - P. Titus, "Religion, Spirituality, and Health in Medically Ill Hospitalized Older Patients", **Journal of the American Geriatrics Society**, Vol. XLII, No. 4, 2004, pp. 554-562, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>, (28.12.2014).

¹⁰⁷ P. D. Morgan - F. G. Johansson-Vol. Mock, "Spiritual Well-Being, Religious Coping, and the Quality of Life African-American Breast Cancer Treatment: A Pilot Study", **ABNF Journal**, Vol. XVUU, No. 2, pp. 73-77.

¹⁰⁸ Viktoria W. Loerzel, Quality of Life in Older Breast Cancer Survivors, University of Central Florida, (A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy in the College of Nursing), Florida, 2007, p. 35, p. 74.

O'Connor ve arkadaşlarının (2007), Avustralya'da 40 lösemi hastasında yaşam kalitesi, spiritual iyi olma ve psikolojik uyum tarzları arasındaki ilişkiyi inceledikleri araştırmada; spiritual iyi olma ve yaşam kalitesi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, ümitsizlik ve çaresizliğin ise hem yaşam kalitesi hem de spiritual iyi olma ile negatif yönde anlamlı bir ilişki gösterdiği bulunmuştur. Araştırmada yaşamak için bir nedeni olan, hayatını daha üretken hale getiren, yaşamda anlam, huzur, uyum, amaç ve güven duygusuna sahip olan, dini ve manevi inançlarında teselli bulan hastalarda, bu faktörlerin daha iyi bir yaşam kalitesine katkı sağladığı ifade edilmiştir.¹⁰⁹

Leak ve arkadaşlarının (2008), yaş ortalaması 56 ve sağ kalım ortalaması 6 yıl olan 30 meme kanseri Afriko-Amerikan hastada yaşam kalitesi ile distress semptomları ve spiritualite ilişkisini inceledikleri araştırmada; semptomlar ile yaşam kalitesi arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki, spiritualite ile yaşam kalitesi arasında ise pozitif yönlü anlamlı bir ilişki ($r=0.70$, $p<0.05$) olduğu bulunmuştur.¹¹⁰

Levin ve arkadaşlarının (2009), meme kanseri kadın hastalarda duanın, iyilik hali ve ruhsal durum üzerindeki etkilerini inceledikleri araştırmada; katılımcıların % 81'inin dua ettiklerini; dua etmenin kanser yaşantısında kadınlara yüksek düzeyde olumlu destek sağladığı belirlenmiştir. Araştırmada spiritualiteyi değerlendirmede kullanılan ölçme aracının; anlam ve amaç bulma, uyum ve huzur hissi, Tanrı'ya veya aşkın bir varlığa yakınlık gibi duyguların ifade edilmesine yönelik olduğu bildirilmiştir. Örneklemin anlam ve huzur bulma skorlarının diğerlerinden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Genel spiritualitenin; yüksek düzeyde yaşam kalitesi (fiziksel iyilik hali, emosyonel iyilik hali, fonksiyonel iyilik hali) ve yüksek düzeyde sosyal destek ile pozitif yönde anlamlı ilişki ve yine depresyon ve anksiyete ile de negatif yönde anlamlı ilişki gösterdiği tespit edilmiştir.¹¹¹

Cleaver'ın (2012), kanser hastalarında cinsiyet, dindarlık, spiritualite, sağlık davranışları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkileri incelediği çalışmada; dindarlığın yaşam kalitesini etkilemediği ancak spiritual aktivitelerin fiziksel sağlık üzerinde olumsuz etkisi

¹⁰⁹ M. O'Connor et al., "Relationships Between Quality of Life, Spiritual Well-Being, and Psychological Adjustment Styles for People Living with Leukaemia: An Exploratory Study", **Mental Health, Religion and Culture**, Vol. X, 2007, pp. 631-647.

¹¹⁰ A. Leak-J. Hu - C. R. King, "Symptom Distress, Spirituality, and Quality of Life in African American Breast Cancer Survivors", **Cancer Nursing**, Vol. XXXI, No. 1, 2008, pp. 15-21.

¹¹¹ Ellen G. Levine, "The Benefits of Prayer on Mood and Well-Being of Breast Cancer Survivors", **Support Care Cancer**, Vol. XVII, No. 3, 2009, pp. 295-306.

olduğu bulunmuştur. Ancak zamanla din ve spiritualitenin ruhsal sağlığın gelişimine katkı sağladıkları belirlenmiştir. Araştırmada din ve spiritualitenin (kilise ibadetlerine katılım, dinin önemi, spiritual aktiviteler vb.) alkol kullanımı ile negatif yönde anlamlı ilişki gösterdiği ancak sigara kullanımı ile ilişkili olmadığı bulunmuştur.¹¹²

Nes ve arkadaşlarının (2012), akciğer kanseri hastalarda uzun süreli yaşam kalitesinde fiziksel aktivitenin etkisini inceledikleri çalışmada; azalmış fiziksel aktivitenin yaşam kalitesinin genel, ruhsal, emosyonel, sosyal ve spiritual boyutlarındaki azalmayla ilişkili olduğu belirlenmiştir.¹¹³

Jang ve arkadaşlarının (2013) Koreli meme kanseri 284 hastada dindarlık, depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada; ameliyatın üzerinden bir yıl geçmiş Protestan hasta grubunda, dindarlık ölçeği (Duke Dindarlık İndeksi) puanları ile anksiyete ve depresyon skalasının tüm skorları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Buna karşılık yeni ameliyat olmuş ve ameliyatın üzerinden bir yıl geçmiş Katolik hastalarda, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği puanları ile dindarlık ölçeğinin “dini aktivitelere katılım” alt boyutu puanları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Araştırma sonucunda Koreli meme kanseri kadın hastalarda emosyonel durum ve yaşam kalitesi üzerinde dindarlığın önemli bir rol oynadığı belirlenmiştir. Ancak bu durumun klinik olarak hastalığın evresine ve dini eğilimin çeşidine göre farklılık gösterebileceği ifade edilmiştir.¹¹⁴

¹¹² Bridget Cleaver, Cancer Survivorship, Massey University, (A Thesis Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the Master of Arts in Psychology), Palmerston North (New Zealand), 2012, p. 61, p.81.

¹¹³ Solberg Nes et al., “Physical Activity Level and Quality of Life in Long Term Lung Cancer Survivors”, **Lung Cancer**, Vol. LXXVII, No. 3, 2012, pp. 611-616.

¹¹⁴ J. E. Jang et al., “Religiosity, Depression, and Quality of Life in Korean Patients with Breast Cancer: A 1-Year Prospective Longitudinal Study”, **Psychooncology**, Vol. XXIII, 2013, pp. 922-929.

BİRİNCİ BÖLÜM

TEORİK ÇERÇEVE

“Meme Kanseri Hastalarda Ağrı ve Uzun Kaybına Bağlı Depresyon Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Dindarlık ile İlişkisi” konulu araştırmanın bu bölümünde, teorik çerçevede konuya ilişkin temel kavramların farklı bakış açılarından tanım ve değerlendirmelerine yer verilmiştir. Bölümün sonunda ise bu kavramların, dindarlık ile ilişkisi tartışılmıştır.

1. KANSER VE MEME KANSERİ

2012’de yayınlanan “Dünya Kanseri Bülteni”nde, dünya çapındaki ölümlerin önde gelen sebeplerinden biri olarak gösterilen kanser¹, organizmanın temel birimi olan hücrelerin kontrolsüz bir şekilde çoğalması olarak tanımlanmaktadır.² Hücrelerin anormal büyümesi ve çoğalması sonucunda tümörler oluşur. İyi huylu (benign) ve kötü huylu (malign) olarak adlandırılan tümörlerden iyi huylu olan benign tümörlerin büyüme potansiyelleri sınırlı olup uzak organ ve dokulara metastaz yapmazlar.³ Kötü huylu tümörler (malign) ise anormal, kontrolsüz ve düzensiz bir şekilde bölünen kanser hücrelerinden oluşurlar. Bu tümörler, normal dokuların içine sızarak tahribata neden olurlar. Malign özellikli kanser hücrelerinin, kan ya da lenf dolaşımı aracılığıyla oluştukları tümörden ayrılarak vücudun diğer doku ve organlarına yayılması olayına metastaz adı verilir.⁴

Kanserler, köken aldıkları doku ve organlara göre adlandırılırlar. Deri, akciğer, meme, sindirim ve üreme sistemlerinden kaynaklanan kanserler, en sık görülen kanser türleridir. Gelişen teknoloji ile birlikte kanserojen maddelere insanların daha çok maruz

¹ World Cancer Factsheet, **Cancer Research UK**, August 2012, p. 1.

² Mehmet Aliustaoglu, “Temel Kanseri Fizyopatolojisi”, www.klinikgelisim.org.tr/eskisayi/kg22_3/8.pdf, (19.08.2014), s. 46.

³ Ferda Şenel - Beyazıt Çırakoğlu, “Kanseri Savaş”, **Bilim ve Teknik**, Şubat 2003 (Ek Sayısı), s. 3.

⁴ T.C. Sağlık Bakanlığı Kanseri ve Savaş Daire Başkanlığı, **Kanseri Nedir?**, <http://www.kanseri.gov.tr//kanseri/kanseri-nedir>, (07.04.2014).

kalmasının, kanser sıklığını arttırdığı düşünülmektedir.⁵ Kansere neden olan faktör her ne olursa olsun tüm kanserler, hücrenin DNA dizisinde meydana gelen bozulmalar sonucunda oluşur. Genetik faktörlerin yanısıra çeşitli bakteri ve virüsler, radyasyon, beslenme alışkanlıkları (iyottan fakir diyet, kırmızı etten zengin beslenme tarzı vb.), çevresel olarak maruz kalınan kimyasallar (benzen, kömür tozu, zift, madeni yağlar, asbestos, arsenik vb.), yanmış yağlar, sigara ve alkol gibi birçok faktör kanserin nedenleri arasında sayılmaktadır.⁶

GLOBOCAN 2012 verilerine göre, 2012 yılında dünyada 14.1 milyon yeni kanser vakası oluşmuş ve 8.2 milyon kişi kansere bağlı olarak hayatını kaybetmiştir. Dünyada en çok tanı konulan kanserler ise akciğer (% 13.0), meme (% 11.9) ve kolon (% 9.7) olduğu; kansere bağlı ölümlerin ise en çok akciğer (% 19.4), karaciğer (% 9.1) ve mide (% 8.8) kanserlerinde gerçekleştiği belirlenmiştir. Kansere artış hızının devam etmesi, dünya nüfusunun artması ve yaşlanmasına bağlı olarak 2025 yılında toplam 19.3 milyon yeni kanser vakasının olacağı tahmin edilmektedir. Uluslararası Kansere Ajansı, özellikle meme kanserindeki artışa dikkat çekerek, kadınlarda meme kanser insidansının* önceki tahminlere göre % 20, meme kanserine bağlı ölümlerin ise % 14 arttığını açıklamıştır.⁷

1.1. MEME KANSERİNDE YAYGINLIK VE RİSK FAKTÖRLERİ

Meme kanseri, kadınlarda en fazla görülen ve ölüme yol açan kanser türüdür. Dünyada her dört kadından birinin meme kanseri olduğu belirlenmiştir. Meme kanseri insidansının gelişmiş ve endüstrileşmiş ülkelerde daha yüksek olduğu, gelişmekte olan ülkelerde ise meme kanserine bağlı ölümlerin daha fazla görüldüğü bildirilmiştir.⁸

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, 2008 yılı itibarıyla insidans yönünden dünyada en yaygın kanserlerin akciğer (1.52 milyon), meme (1.29 milyon) ve kolorektal

⁵ Tezer Kutluk - Ayşe Kars, **Kanser Konusunda Genel Bilgiler**, T.C. Sağlık Bakanlığı Kansere ve Savaş Daire Başkanlığı, 2001, ss. 14-15.

⁶ Beran Yokuş - Dilek Ü. Çakır, "Kansere Biyokimyası", **Dicle Üniversitesi Veteriner Fakültesi Dergisi**, C. I, S. 2, 2012, ss. 7-18.

* **İnsidans**: Sağlıklı olan kişilerin belli bir zaman birimi içinde (kansere olguları için genellikle bir yıl) belirli bir hastalığa yakalanma olasılığıdır. Yani, risk altındaki toplumda bir yıl içinde gelişen yeni kansere vakaları sayısıdır. (Türkiye Kansere İstatistikleri, ed. Murat Gültekin - Güledal Boztaş, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014, s. 9.)

⁷ T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kansere Daire Başkanlığı, **Dünya Kansere İstatistikleri**, <http://www.kansere.gov.tr/daire-faaliyetleri/kansere-istatistikleri.html>, (07.04.2014).

⁸ T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kansere Daire Başkanlığı, **Dünya Kansere İstatistikleri**, <http://www.kansere.gov.tr/daire-faaliyetleri/kansere-istatistikleri.html>, (07.04.2014).

(1.15 milyon) kanserler olduğu belirlenmiştir. Kadınlarda meme kanserinin, gelişmiş ülkelerde tüm kanserler içinde tahmini olarak 715.000 (% 26.5) ve az gelişmiş ülkelerde de 577.000 (% 18.8) yeni vaka ile dünya genelinde en yaygın kanser türü olduğu belirtilmiştir. Dolayısıyla her yıl 1.1 milyondan fazla kadında rastlanan meme kanserinden 411.000 kadın hayatını kaybetmektedir ve bu durum tüm nedenlerden kaynaklı kadın ölümlerinin % 1.6'sını oluşturmaktadır.⁹

Türkiye’de, 2004 yılında 2129 meme kanseri vakası tespit edilmiş iken bu sayı 2006’da 2363’e, 2008’de 3942’ye ve 2009 yılında 4053’e yükselmiştir.¹⁰ 2012 verilerine göre ise Türkiye’de her yıl yaklaşık 148 bin kanser vakasının görüldüğü ve bunların içinde ilk sırayı 25 bin vaka ile akciğer kanserinin, ikinci sırayı da 15 bin vaka ile meme kanserinin aldığı açıklanmıştır.¹¹

Meme kanseri insidansının yaşla birlikte yükseldiği görülmektedir. Meme kanserlerinin kadınlarda yaklaşık % 50’sinin, 50-64 yaş aralığında; % 30’unun ise 70 yaş üzerinde ortaya çıktığı saptanmıştır. Ancak insidansta, coğrafi varyasyonların ve genetik faktörlerin de etkili olduğu bilinmektedir.¹² Türkiye’de meme kanseri görülme yaşının, Batı ülkelerine göre daha genç (% 40’ı 50 yaş altı) olduğu ve kanserli olguların genelde ileri evrede teşhis edilebildiği belirlenmiştir.¹³ 2009 Türkiye Kanser İstatistikleri’ne göre, tüm yaş gruplarında kadınlarda en sık görülen kanserler içinde meme kanserinin (% 23.4) en yüksek dağılım oranına sahip olduğu ve tüm kanserler içinde görülme oranının, 25-49 yaş aralığında % 34.4, 50-69 yaş aralığında % 23.9 ve 70 yaş ve üzeri gruplarda ise % 12.8 olduğu tespit edilmiştir.¹⁴

İnsanlarda meme kanserinin nedeni tam olarak bilinmemektedir. Genetik, çevresel, hormonal, sosyobiyojik ve psikolojik birçok faktörün meme kanseri oluşumunda rol aldığı, ancak meme kanserli kadınların % 70-80’inin bu risk faktörlerine sahip olmadığı görülmüştür.¹⁵

⁹ Boyle - Levin, a.g.e., s. 42, s. 100.

¹⁰ Murat Gültekin - Güledal Boztaş, **Türkiye Kanser İstatistikleri**, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı, 2014, s. 12.

¹¹ Tezer Kutluk, “Dünya Genelinde Kanser Sıklığı Yüzde 11 Arttı”, 1-7 Nisan Kanser Haftası Basın Açıklaması, <http://gundem.milliyet.com.tr/dunya-genelinde-kanser-sikligi/gundem/detay/1860824/default.html>, (07.04.2014).

¹² Michael Baum - Harvey Schipper, **Meme Kanseri**, çev. Türkes Ülker, And Yayıncılık, 2007, s. 7.

¹³ T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı, **Meme Kanseri ve Mamografi**, <http://www.kanser.gov.tr>, (07.04.2014), s. 6.

¹⁴ Gültekin - Boztaş, a.g.e., ss. 23-25.

¹⁵ Emin Darendeliler, “Meme Kanserinin Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi”, **Meme Kanseri**, ed. Erkan Topuz, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Yayınları 3, İstanbul, 1997, s. 17.

Meme kanseri vakalarının büyük bir kısmında etiyoloji bilinmemesine rağmen hastalık için çok sayıda risk faktörünün olduğu belirlenmiştir.¹⁶ Bunlar şöyle sıralanabilir:

Cinsiyet ve yaş; kadınlarda meme kanserinin erkeklere göre 146 kat daha fazla görüldüğü¹⁷ ve görülme oranının kadınlarda % 99, erkeklerde ise % 1 olduğu belirlenmiştir.¹⁸ Yapılan çalışmalarda, meme kanseri tanısı konan kadınların % 70.0'nının 50 yaş ve üzerinde olduğu ve bu yaş grubunda meme kanseri görülme sıklığının 50 yaş altı kadınlara göre 4 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir.¹⁹

Aile öyküsü ve genetik faktörler; birinci dereceden akrabasında (anne, kız kardeş gibi) meme kanseri olan kadınlarda meme kanseri riskinin 2-3 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir.²⁰ Yapılan araştırmalarda, BRCA1 genini taşıdığı kabul edilen bireylerde 70 yıllık yaşam boyunca, meme kanseri oluşum riskinin % 56-85 olduğu bildirilmiştir.²¹

Menarş ve menapoz yaşı; erken yaşta adet görme (<12) ve ileri yaşta (>55) menapoz girme, kadınlarda meme kanseri için yüksek risk faktörleri olarak görülmektedir.²² Bu durumda kanser oluşumunda etkili olan östrojen hormonu daha uzun süre meme dokusunu etkilemiş olur.²³

İlk doğum yaşı ve emzirme; meme kanseri riskinin, ilk doğumunu 18 yaşından önce veya 30 yaşından sonra yapan kadınlarda arttığı²⁴, emzirme süresine bağlı olarak ise azaldığını gösteren araştırma sonuçları vardır.²⁵

¹⁶ Adnan Aydın - Erkan Topuz, **Meme Kanseri** (İstanbul Konsensüsü 2006), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2007, s. 1.

¹⁷ Tuba Uçar, Meme Kanseri Kadınlar da Mastektominin Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Eş Uyumu Üzerine Etkisinin İncelenmesi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Malatya, 2008, s. 4.

¹⁸ Nurdan O. Gültekin, Kadınların Meme Kanseri ile İlişkin Algıları: Bir Fokus Grup Çalışması, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İzmir, 2009, s. 13.

¹⁹ Sinem Somunoğlu, "Meme Kanseri Risk Faktörleri", **Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi**, C. II, S. 5, 2007, ss. 2-12.

²⁰ Baum - Schipper, a.g.e., s. 8.

²¹ Meral Garip, Meme Kanseri Nedeniyle Opere Olan Hastalarda Meme Koruyucu Cerrahi veya Radikal Mastektomi Kararını Etkileyen Faktörler ve Cerrahi Türünün Hasta Üzerindeki Etkileri, Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), İstanbul, 2008, s. 21.

²² Baum - Schipper, a.g.e., s. 10.

²³ Somunoğlu, a.g.m., ss. 2-12.

²⁴ T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı, **Meme Kanseri** <http://www.kanser.gov.tr/kanser/kanser-turleri/49-meme-kanseri.html>, (07.04.2014).

²⁵ Darendeliler, a.g.e., s. 21.

Hormon replasman tedavisi; menapoz döneminde kadınların uzun süreli (15 yıl ve üzeri) östrojen hormonu (hormon replasman tedavisi) kullanmasının meme kanseri riskini arttırdığı yönünde bulgular elde edilmiştir.²⁶

Kişisel meme kanseri hikayesi ve memenin selim lezyonları; meme kanseri geçirmiş kadınlarda kanser gelişme olasılığının, diğer kadınlara göre 3-4 kat daha fazla olduğu ve iyi huylu (benign) tümörlerin de meme kanserinde risk faktörü olduğu bildirilmektedir.²⁷

Obezite ve beslenme; menapoz sonrası kadınlarda yağ dokusu, östrojenin ana kaynağı olarak kullanılmaktadır. Bu durum ise östrojen seviyesini ve östrojenin neoplazmi uyarıcı etkisini arttırmaktadır. Yağ dokusunun vücut için zararlı olan toksinleri, ilaçları ve vitaminleri depolama özelliğinin de bazı kanserojen maddelerin oluşumuna katkı sağladığı düşünülmektedir.²⁸ Amerika’da yapılan bir araştırmada, meme kanserlerinin % 50’ye yakın bir oranından yağdan zengin beslenmenin sorumlu olduğu ileri sürülmüştür.²⁹

Radyasyon; kadınlarda özellikle erken yaşlarda (30 yaş öncesi) göğüs bölgesinin yoğun radyasyona maruz kalmasının, risk faktörü olduğu belirlenmiştir.³⁰

Alkol ve sigara; çeşitli araştırmalarda alınan alkol miktarına bağlı olarak kanser riskinin arttığı³¹ pasif sigara dumanının da önemli bir risk faktörü olduğu tespit edilmiştir.³²

1.2. MEME KANSERİNDE TANI

Meme kanserinin gelişimi yavaştır. Tümör hücrelerinin 1 cm’lik çapa ulaşması 5-8 yıl sürebilmektedir. İlerleyen süreçte meme kanserinde bazı belirti ve bulgulara rastlanabilmektedir.³³ Memede kitle, ağrı, memenin şekli veya büyüklüğünde değişiklikler, kolda şişme (lenfödem), meme cildinde çukurlaşma, meme başının ters dönmesi, koltuk

²⁶ Uçar, a.g.t., s. 5.

²⁷ Somunoğlu, a.g.m., ss. 2-12.

²⁸ Zeyno Bayram, Meme Kanseri Kemoterapi Alan Hastalarda Semptomların ve Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2012, s. 12.

²⁹ Darendeliler, a.g.e., ss. 26-27.

³⁰ Kutlu - Kars, a.g.e., s. 68; <http://www.breastcancer.org/risk/factors>, (02.09.2014).

³¹ Peter Boyle - Bernard Levin, **Dünya Sağlık Örgütü Dünya Kanser Raporu 2008**, Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu (IARC), Lyon , 2008, s. 33.

³² Tümay Aydoğan ve diğerleri, “Güncel Çevresel Risk Faktörlerinin Meme Kanserine Etkisi”, **Bakırköy Tıp Dergisi**, C. IX, S. 4, 2013, ss. 176-182.

³³ Kutluk - Kars, a.g.e., s. 68.

altında kitle, meme başında kanama veya akıntı, ciltte ülserasyon gibi belirti ve bulgular meme kanserinin işareti olarak dikkate alınmaktadır.³⁴

Meme kanserinde erken evrede tanı konması, mortalitenin azalmasını ve tedavinin başarıya ulaşmasını sağlar. Erken tanıda kadınların meme kanseri konusunda bilgilendirilmesi, eğitilmesi ve tarama programlarının uygulanması önemlidir.³⁵ Meme kanseri taramasında; KKM (kendi kendine meme muayenesi), KMM (klinik meme muayenesi) ve mamografi sıklıkla kullanılan yöntemlerdir. Mamografi günümüzde, meme kanserinde hem tanı hem de tarama amacı ile en etkin olarak kullanılan bir radyografi tekniğidir.³⁶

1.3. MEME KANSERİNDE TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Meme kanseri tedavisi günümüzde alanında uzmanlaşmış cerrah, tıbbi onkolog ve radyasyon onkoloğundan oluşan bir ekip tarafından yapılmaktadır.³⁷ Meme kanserinde temel tedavi şekli cerrahi uygulamadır. Bunun yanısıra kemoterapi, radyoterapi ve hormon tedavi yöntemleri de kullanılmaktadır.³⁸ Bazı durumlarda kemik iliği nakli veya kök hücre nakli ve immünoterapi tedavileri de uygulanmaktadır. Meme kanserinde tedavi şekilleri, lokal ve sistemik olarak ikiye ayrılır. Lokal tedavide, tümörün ortadan kaldırılması amacıyla cerrahi işlem ve radyoterapi ayrı ayrı ya da birlikte uygulanır. Sistemik tedavi ise meme dışına yayılmış kanser hücrelerinin yok edilmesi amacıyla uygulanan kemoterapi, hormonal tedavi ve immünoterapi tedavilerini içerir.³⁹ Cerrahi uygulamalar ve radyoterapi, primer tümörün lokal kontrolünün sağlanmasında etkili olur iken sistemik tedaviler, uzak metastazların önlenmesi ve geciktirilmesini hedeflemektedir.⁴⁰

³⁴ Baum - Schipper, a.g.e., s. 49.

³⁵ Abdullah İğci, "Meme Kanserinin Erken Tanısında Tarama Yöntemleri", **Meme Kanseri**, ed. Erkan Topuz, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Yayınları 3, İstanbul, 1997, s. 118.

³⁶ T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı, **Meme Kanseri ve Mamografi**, <http://www.kanser.gov.tr>, (07.04.2014), ss. 2-3.

³⁷ T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı, **Meme Kanseri**, <http://www.kanser.gov.tr/kanser/kanser-turleri/49-meme-kanseri.html>, (07.04.2014).

³⁸ Meryem Yavuz ve diğerleri, "Meme Kanseri Hastalarının Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerini Kullanma Durumlarının İncelenmesi", **Türkiye Klinikleri J Med Sci**, C. XXVII, S. 5, 2007, ss. 680-686.

³⁹ Nejlâ Canbulat, Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri, Kendi Kendine Meme Muayenesi ve Mamografiye İlişkin Sağlık İnançlarının İncelenmesi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Erzurum, 2006, s. 17.

⁴⁰ Baum - Schipper, a.g.e., s. 81.

1.3.1. Cerrahi Tedavi

Meme kanserinde erken evrede (Evre 0-I-II), cerrahi yöntem uygulanmaktadır. Cerrahi tedavide genel olarak tercih edilen yöntem, meme dokusunun tamamen çıkarıldığı “mastektomi” ameliyatıdır. Erken evre küçük tümörlerde ise “meme koruyucu cerrahi” yapılması uygun görülmektedir. Meme koruyucu cerrahi, Batı ülkelerinde mastektomiye tercih edilen bir uygulamadır. Ancak son yıllarda ülkemizde de giderek yaygınlaşmaktadır.⁴¹

1.3.1.1. Meme Koruyucu Cerrahi

Tümörün etrafında bulunan bir miktar sağlam doku ile alınması işlemidir. Lumpektomi adı da verilen bu uygulamada, koltuk altı lenf nodları da alınabilmektedir.⁴² Meme koruyucu cerrahi kararında; hastanın tercihi, tıbbi nedenler, kozmetik sonuçlar, tümörün boyutu ve sayısı, aksiller lenf düğümlerinin durumu, mammografik bulgular, radyoterapi olanağı gibi faktörlerin etkili olduğu söylenebilir.⁴³

Meme koruyucu cerrahi ile tedavi edilen hastalarda, koltuk altında bulunan lenf nodlarının bir kısmı biyopsi amacıyla çıkarılabilir. Bu uygulamaya “lenf nodu disseksiyonu” adı verilir. Ayrı bir kesi ile yapılan lenf nodu disseksiyonu, meme koruyucu cerrahi ile aynı zamanda veya daha sonra uygulanabilir.⁴⁴

1.3.1.2. Mastektomi

Memenin tümüyle alındığı cerrahi yöntemdir. Meme dokusunun tümü bazen yakınındaki diğer dokularla birlikte çıkarılır.⁴⁵ Meme kanserinde uygulanmakta olan mastektomiler; basit (total) mastektomi, modifiye radikal mastektomi, radikal mastektomi ve subkutanöz mastektomi şeklinde sıralanabilir.⁴⁶

⁴¹ T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı, **Meme Kanseri**, <http://www.kanser.gov.tr/kanser/kanser-turleri/49-meme-kanseri.html>, (07.04.2014).

⁴² <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/breast/Patient/page5>, (06.09.2014).

⁴³ Cemalettin Topuzlu, “Meme Koruyucu Cerrahi ve Endikasyonları”, **Meme Kanseri**, ed. Erkan Topuz, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Yayınları 3, İstanbul, 1997, ss. 255-256.

⁴⁴ <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/breast/Patient/page5>, (06.09.2014).

⁴⁵ <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-treating-surgery>, (06.09.2014).

⁴⁶ http://www.breastcancer.org/treatment/surgery/mastectomy/what_is, (06.09.2014).

Basit (Total) Mastektomi; bu yöntemde memebaşı, areola, meme cildinin büyük bir bölümü, tüm meme dokusu ve göğüs kaslarından Muskulus Pectoralis Major fasiası (yüzeysel bağ dokusu) çıkarılır. İşlem esnasında birkaç tane lenf bezi de alınabilir.⁴⁷

Modifiye Radikal Mastektomi; meme kanserinde yaygın olarak kullanılan cerrahi yöntemdir. Tüm meme, aynı taraftaki koltuk altı lenf bezleri, göğüs kaslarını saran ince zar, göğüs kaslarından Muskulus Pectoralis Minör ile birlikte çıkarılır.⁴⁸ Modifiye radikal mastektomi; rekonstrüksiyon için uygun olması, morbiditenin düşük olması, kozmetik yönden iyi sonuçlar vermesi, ameliyat süresinin kısa olması ve hayatta kalım açısından diğer radikal girişimlerle eşdeğer sonuçlar vermesi açısından popüler olarak tercih edilen bir yöntemdir.⁴⁹

Radikal Mastektomi; en kapsamlı mastektomi uygulamasıdır. Bu işlemde tüm meme, aksiller lenf nodları ve memenin altında bulunan göğüs duvarı kasları cerrahi olarak alınır. Geçmişte yaygın olarak kullanılmasına rağmen şimdilerde nadir olarak kullanılan bir yöntemdir.⁵⁰

Subkutanöz (meme koruyucu) Mastektomi; az sayıda kadında uygulanan bir yöntemdir. Bu işlemde, cilt ve meme başına dokunmadan meme dokusunun büyük bir kısmının çıkarılması mümkündür. Ardından meme bir implantla rekonstrükte edilebilir.⁵¹ Subkutan mastektomi, basit ve total mastektomiye göre geride kalan meme dokusunda, sonradan kanser gelişme riski nedeniyle daha az tercih edilmektedir.⁵²

Rekonstrüktif Cerrahi; mastektomiden sonra veya bazı meme koruyucu ameliyatlardan sonra kaybedilen meme hacminin yeniden yerine konulması “meme rekonstrüksiyonu” olarak adlandırılır. Rekonstrüktif cerrahide tuzlu su veya silikon implantlar, bir kısmında ise vücudun diğer bölümlerinden alınan dokular (otolog doku rekonstrüksiyonu) kullanılmaktadır.⁵³ Meme rekonstrüksiyonunun, mastektominin kadınlarda neden olduğu depresyon, özgüven eksikliği, kadınlık duygusunun kaybı gibi

⁴⁷ Mustafa Keçer, “Meme Kanserinin Tedavisinde Mastektomiler Endikasyon ve Teknikleri”, **Meme Kanseri**, ed. Erkan Topuz, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Yayınları 3, İstanbul, 1997, s. 249.

⁴⁸ Burcu Çakar - Rüçhan Uslu, **Meme Kanseri Hastaları İçin El Kitabı**, Meta Basım, İzmir, 2013, s. 19.

⁴⁹ Keçer, a.g.e., s. 245.

⁵⁰ http://www.breastcancer.org/treatment/surgery/mastectomy/what_is, (06.09.2014).

⁵¹ Baum-Schipper, a.g.e., s. 69.

⁵² http://www.breastcancer.org/treatment/surgery/mastectomy/what_is, (06.09.2014).

⁵³ **Breast Cancer**, American Cancer Society, 2013, www.cancer.org/acs/groups/.../003090-pdf.pdf, (08.09.2014), s. 80.

psikolojik sorunların azalmasında, vücut bütünlüğü hissini yeniden kazanılmasında, sosyal uyumda ve normal yaşama dönüşte etkili olduğu gözlenmiştir.⁵⁴

1.3.2. Radyoterapi

Radyoterapi, kanser tedavisinde X ışınları, gamma ışınları, elektronlar gibi iyonize ışınlar kullanılması ile uygulanan tedavidir.⁵⁵ Tümöre uygulanan yüksek enerjili ışınlar ile kanserin büyümesi, üremesi ve kanserli hücrelerin yayılması önlenmiş olur. Radyasyon tedavisi ile “tümörün yok edilmesi, çevredeki dokulara en az zararla belirlenen tümör volümüne verilmek istenen dozun doğru bir biçimde verilmesi, kabul edilebilir bir bedel ile yaşamın uzatılması ve yüksek bir yaşam niteliği sağlanması” hedeflenmektedir. Radyoterapi, küratif (hastalığı tedavi etmek) ve paliyatif (hastalığın tümünden yok edilmesinin mümkün olmadığı ancak hastalığa ait birtakım şikayetlerin azaltılması) amaçlı olarak uygulanmaktadır. Günümüzde radyoterapide gelişmiş cihaz ve teknikler kullanılarak sağlam organ ve dokuların radyasyondan daha az zarar görmesi ve korunması hedeflenir.⁵⁶

Meme kanserinde radyoterapi, primer ve adjuvan tedavi olarak önemli görülmekte ve yaygın olarak kullanılmaktadır. Radyasyon onkologları günümüzde standart meme koruyucu tedavide, radyoterapiyi mutlak bir tedavi uygulaması olarak görmektedirler. Mastektomi sonrasında radyoterapi, lokorejyonel kontrol oranını artırmak ve sağkalımı uzatmak amacıyla uygulanmaktadır.⁵⁷

1.3.3. Kemoterapi

Kemoterapi; kanser hücrelerini yok etmek, çoğalmasını önlemek ve yayılmasını yavaşlatmak amacıyla antikanser ilaçlar kullanılarak uygulanan tedavidir. Kemoterapi ile hastalığa bağlı şikayet ve belirtilerin ortadan kaldırılarak yaşam kalitesinin artırılması,

⁵⁴ Sonay Baltacı Gökaş, Meme Kanserinde Mastektomi Sonrası Uygulanan Erken ve Geç Rekonstrüksiyonun Hastanın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İstanbul, 2008, ss. 19-20.

⁵⁵ Kutluk - Kars, a.g.e., s. 28.

⁵⁶ İbrahim Yıldırım, “Radyoterapi Nedir?”, **Onkoloji Postası**, Y. I, S. 3, 2010, ss. 7-9.

⁵⁷ Maktav Dinçer, “Meme Koruyucu Cerrahi ve Mastektomi Sonrası Adjuvan Radyoterapi”, **Meme Kanseri**, ed. Erkan Topuz, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Yayınları 3, İstanbul, 1997, ss. 262-263, s. 280.

cerrahi veya radyoterapi sonrası uygulamada hastalık nüksünün azaltılması, cerrahi veya radyoterapi öncesi uygulamada lokal tedavinin kolaylaştırılması hedeflenir.⁵⁸

Meme kanserinde kemoterapi ilaçları, damar yoluyla ve hedefe yönelik olarak da verilebilmektedir. Ayrıca sıvı veya tablet şeklinde alınan ilaçlar da vardır. Bu ilaçların, kan dolaşımı ile vücudun büyük bir bölümüne ulaşabilmesi dolayısıyla kemoterapi, uzak organlara yayılmış olan kanserlerin tedavisinde etkili olarak kullanılmaktadır. Ancak kemoterapi ilaçları kanser hücrelerini öldürürken normal hücrelerin bir kısmına da zarar vermekte ve çeşitli yan etkilere neden olabilmektedir.⁵⁹ Kemoterapinin yan etkileri ilacın türüne, miktarına ve tedavinin uzunluğuna bağlı olarak değişebilmektedir. Yaygın olarak görülen olası yan etkiler; saç dökülmesi, ağız yaraları, iştah kaybı veya iştah artışı, bulantı ve kusma, düşük kan hücre sayımı şeklinde sıralanabilir. Kemoterapi kan hücrelerini oluşturan kemik iliğini de etkileyebilir. Bunun sonucunda; enfeksiyon olasılığında artma (beyaz kan hücre sayımının düşmesine bağlı olarak), kolay morarma veya kanama (kandaki trombosit sayımının düşmesine bağlı olarak), yorgunluk (kırmızı kan hücre sayımının düşmesine ve diğer nedenlere bağlı olarak) görülebilir. Kemoterapinin yan etkileri genellikle kısa sürelidir ve tedavinin bitiminden sonra kaybolurlar.⁶⁰

1.3.4. Hormonoterapi

Bazı meme tümörlerinin büyümesi için gerekli hormonlar vardır. Hormonoterapi, kanser hücreleri için gerekli doğal hormonların kullanımını engelleyerek koruyucu etki gösterir. Bu hormonlar östrojen ve progesterondur. Laboratuvar testleri ile eğer bir meme tümörünün ilgili hormon reseptörlerine sahip olduğu görülür ise hormonoterapi uygulanabilmektedir.⁶¹ Hormonoterapide kullanılan çeşitli ilaçlar vardır. Bunlar arasında östrojen reseptörlerini bloke eden “Tamoksifen”, yağ dokudaki östrojen hormon oluşumunu azaltan çeşitli aromatoz inhibitörler sayılabilir.⁶²

⁵⁸ T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı, **Kemoterapi**, <http://www.kanser.gov.tr/kanser/kanser-tedavisi/37-kemoterapi.html>, (07.04.2014).

⁵⁹ **Breast Cancer Overview**, American Cancer Society, 2013, www.cancer.org, (08.09.2014), s. 24.

⁶⁰ **Breast Cancer**, American Cancer Society, 2013, www.cancer.org, (08.09.2014), s. 90.

⁶¹ What You Need To Know About “Breast Cancer”, **National Cancer Institute**, NIH Publication, No. 05-1556, 2005, s. 35.

⁶² Çakar - Uslu, a.g.e., ss. 33-34.

1.4. MEME KANSERİNDE FİZİKSEL VE PSİKO-SOSYAL SORUNLAR

Günümüzde önemli bir sağlık problemi olan kanser, ölümü çağrıştıran ve korku uyandıran bir hastalık olarak görülmektedir. Gylensköld'e göre kanserin diğer hastalıklardan daha korkunç ve tehdit edici olarak algılanmasında; doğrudan ölümle ilişkili olması, sebebinin bilinmemesi, sinsi bir şekilde zamanla kontrolden çıkması, büyük acılara neden olması ve kişinin sosyal yönden damgalanarak toplumdan izole edilmesi gibi faktörler etkilidir.⁶³

Kanser, fiziksel olduğu kadar psikososyal sorunların da en fazla yaşandığı bir hastalıktır. Kanser tanısı almak varoluşuna ilişkin soruları da beraberinde getirerek psikolojik açıdan önemli problemlerin yaşanmasına neden olur. Hastalarda tedavi sürecinde ve sonrasında ortaya çıkan semptomlara bağlı olarak fonksiyonel yetersizlik, psikolojik bozukluk, bilişsel ve işlevsel alanda sınırlılık vb. yaşanması, hastaların yaşam kalitesini, aile, meslek ve sosyal hayatını olumsuz yönde etkiler.⁶⁴

Meme kanseri tanısı almak bir kadın için yıkıcı ve stres verici bir olay olarak değerlendirilir. Geleceğe yönelik belirsizlikler, tedavi sürecine ve sonrasına ait zorluklar hastaların iyilik hali, sosyal ve psikolojik uyumları üzerinde olumsuz bir etki oluşturur.⁶⁵ Meme kanserinde kadınlar, fiziksel olarak meydana gelen kayıplar ve duygusal sıkıntılar yaşadığı gibi aile, iş ve sosyal rollerdeki değişim sebebiyle de çeşitli sorunlar yaşarlar. Ayrıca meme kanserinin yoğun ve uzun süreli tedavisinde görülen yan etkilerin de kadınların günlük yaşamlarını olumsuz yönde etkilediği ve birçok psikososyal problemlere neden olduğu belirlenmiştir.⁶⁶

Fiziksel Sorunlar

Meme kanseri hastalarında yürütülen çeşitli araştırmalarda, tedavi sürecinde ve sonrasında fiziksel ve fonksiyonel birçok problemlerin yaşandığı belirlenmiştir. En yaygın yaşanan problemler; yorgunluk, ağrı, lenfödem, osteoporoz, kilo alma, bulantı-kusma, fertilite ve seksüel problemler, menapozal semptomlar, endokrin problemler, terleme, ateş

⁶³ Gül Şendil, "Mastektomi Geçirmiş Kadınların Psikolojik Yönden İncelenmesi", **İstanbul Üniversitesi Tecrübi Psikoloji Çalışmaları**, C. XXI, 1999, <http://journals.istanbul.edu.tr/>, (01.05.2014), s. 112.

⁶⁴ Beyhan Bağ, "Kanser Hastalarında Uzun Dönemde Görülen Psikososyal Sorunlar", **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, C. V, S. 1, 2013, ss. 109-126.

⁶⁵ Olcay Çam - Şenay Saka - Aysun B. Gümüş, "Meme Kanseri Hastalarının Psikososyal Uyumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi", **Meme Sağlığı Dergisi**, C. V, S. 2, 2009, ss.73-81.

⁶⁶ Aysun Babacan Gümüş, "Meme Kanserinde Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler", **Meme Sağlığı Dergisi**, C. II, S. 3, 2006, ss. 108-114.

basması, uyku problemleri, kolda güçsüzlük ve uyuşma, fiziksel fonksiyonda azalma, kolu kullanmada kısıtlılık, hafıza ve konsantrasyon problemleri olarak sıralanabilir.⁶⁷

Psikolojik Sorunlar

Kanser hastalarında tanı, tedavi ve palyatif dönemlerde duygusal, ruhsal ve davranışsal çeşitli reaksiyonlar geliştiği görülür. Kanser tanısının ilk aşamasında, şok tepkisi yaşanır. Kişi kendi bedenine yabancılaşır, yaşam krizi içine girer. Bu dönemde en yaygın uyum stiline, inkar olduğu belirlenmiştir. İnkâr, katlanılması zor olan bir gerçeğin bilinç dışında tutulması, benlik bütünlüğünün korunması gayretidir. İnkâr döneminde hastalar, genellikle ayrıştırma, yansıtma gibi psikolojik savunma tepkileri geliştirmektedirler. İkinci aşamada, tepkinin arttığı, hastanın gerçeği kabule yöneldiği fakat emosyonel tepkilerin ortaya çıktığı gözlenir. Bu aşamada temel tepki, kaygı (anksiyete) olarak kendini gösterir ve hastada yok olma tehdidi, kayıp algısı, bedene yabancılaşma, ayrılık ve ölüm gibi duygu ve düşünceler yoğun olarak yaşanabilir. Üçüncü aşamada ise hastanın gerçeği kabullendiği, enerjisini ve ruhsal gücünü yeni yaşamına yönlendirdiği uyum dönemi başlar. Bu dönemde kişi; hastalığı ile birlikte yaşamayı öğrenir, hayatını, geçmişini, geleceğini ve varoluşunu yeniden yorumlamaya, kendini ve hayattaki amacını sorgulamaya, güven ve denge arayışı içine girmeye başlar. Elisabeth Kübler Ross da kanser hastalarında tanı sonrası psikolojik tepki sürecini beş aşamada tanımlamıştır⁶⁸:

1. İnkâr
2. Öfke
3. Pazarlık
4. Depresyon
5. Kabullenme

Yapılan araştırmalarda meme kanserinin tanı ve tedavi sürecinde hastalarda uyum bozukluğu, depresyon ve anksiyete bozuklukları başta olmak üzere gelecek hakkında belirsizlik, umutsuzluk, öfke, kızgınlık, özkıyım, çaresizlik, ölüm korkusu, suçluluk gibi

⁶⁷ Figen Ş. İnan - Besti Üstün, "Meme Kanserinde Tedavi Sonrası Dönemde Biyopsikososyal Değişimler", **Meme Sağlığı Dergisi**, C. IX, S. 2, 2013, ss. 48-51.

⁶⁸ Elisabeth Kübler-Ross, **Ölüm ve Ölmek Üzerine**, çev. Banu Büyükkal, Boyner Holding Yayınları, İstanbul, 1997, ss. 61-141; Sedat Özkan, "Meme Kanserli Hastaya Psikolojik Yaklaşım, Yaşam Kalitesi", **Meme Kanseri**, ed. Erkan Topuz, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Yayınları 3, İstanbul, 1997, ss. 502-503.

psikolojik sorunların ortaya çıktığı belirlenmiştir. Genellikle kanser hastalığına karşı gösterilen tepkilerin altında yatan temel duygunun korku olduğu gözlenmiştir. Hastalarda aciz duruma düşme, özgüveni kaybetme, kontrolü yitirme, şiddetli ağrı, terk edilme, hastalığın yayılması ve ölüm korkularının sıklıkla yaşandığı tespit edilmiştir.⁶⁹

Meme kanserinde kadınlar, özellikle mastektomiye bağlı olarak duygusal sorunlar yaşadıkları gibi hastalığın tekrarlaması korkusu ve endişesini de yaşarlar.⁷⁰ Hastaların, tanıyı ilk öğrendiklerinde inanamama, kızgınlık, kısmi inkar gibi ruhsal tepkiler yaşadıkları belirlenmiştir. Tanıyı kabullendikten sonra hastalarda, özellikle geleceğe dönük endişeler ortaya çıkmaya başlar. Meme kanserinde gelecekteki sağlığa ait endişe ve belirsizliğin, hastanın tedavi süresince yaşadığı fiziksel ve psikososyal sorunlarla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.⁷¹

Literatürde meme kanserinde sağ kalım döneminde genellikle ortaya çıkan olumsuz değişimler ve sorunlar açıklanmaya çalışılmıştır. Ancak meme kanserinde tanı sonrası; post-travmatik gelişme, yaşamın anlam kazanması, hayata bakış açısında değişim, empati yeteneğinde gelişme, manevi gelişim, daha sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazanılması, ilişkilerde güçlenme gibi olumlu değişim ve dönüşümlerin de yaşandığı belirtilmiştir.⁷²

Beden İmajı, Benlik Saygısı ve Cinsellikle İlgili Sorunlar

Meme kanseri tanısı fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi yönden kadınların yaşamını önemli düzeyde etkileyen ciddi bir kriz durumu oluşturur. Bu önemli krizde yaş, etnik grup veya hastalık evresinden bağımsız olarak hastalarda bazı tepkilerin evrensel olduğu görülür. İlk tepkilerin kanserin yayılma olasılığı, belirsizlik, acı çekme ve ölümle ilgili olduğu, sonraki tepkilerin ise meme kaybına bağlı olarak beden imajı, benlik saygısı ve cinsellik üzerinde yoğunlaştığı görülür.⁷³

Kadınlarda meme kanseri, yaşamı tehdit eden bir hastalık olmasının yanısıra kadınlık kimliği için de bir tehdit olarak algılanır. Hastalarda memeyi kaybetme düşüncesi

⁶⁹ Olcay Çam - Aysun B. Gümüş, "Meme Kanserli Kadınlar İçin Duygusal Destek Odaklı Hemşirelik Girişimleri", **Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, C. X, S. 3, 2006, ss. 52-60.

⁷⁰ İlknur Çalışkan, Mastektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Beden Algıları ve Eş Uyumlarının İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İzmir, 2009, s. 53.

⁷¹ Sonay Baltacı Gökteş, Meme Kanserinde Mastektomi Sonrası Uygulanan Erken ve Geç Rekonstrüksiyonun Hastanın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İstanbul, 2008, ss. 89-90.

⁷² İnan - Üstün, a.g.m., ss. 48-51.

⁷³ Gümüş, a.g.m., ss. 108-114.

ile şok, inkar, kızgınlık, depresyon, yansıtma, psikolojik gerileme, umutsuzluk-çaresizlik, bezginlik, patolojik bağımlılık gibi çeşitli psikolojik tepkiler ortaya çıkabilir. Hasta için memenin benlik ve kadınlık kavramındaki yeri ve meme kaybının kişisel anlamı, meme kanserine karşı verilen psikolojik yanıtta belirleyici rol oynar.⁷⁴

Dişiliği ve cinselliği sembolize eden bir organın kaybı nedeniyle meme kanserinin kadınlarda, diğer kanser türlerine göre ruhsal durumu daha çok etkilediği belirlenmiştir. Özellikle total mastektomi yapılmış kadınların meme koruyucu ve rekonstrüksiyon uygulanmış kadınlara göre beden algılarının daha olumsuz olduğu ve genç yaşta kadınlar mastektomiye bağlı ruhsal sorunların daha fazla olduğu görülmüştür.⁷⁵ Genç yaşta meme kanseri hastalarında (50 yaş altı) cinsellikle ilgili endişelerin yoğun olarak yaşanmasının, dişiliği kaybetme korkusu ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir.⁷⁶

Aile ve Sosyal Hayat ile İlgili Sorunlar

Meme kanserinin, aile ve sosyal yaşam üzerinde de rol ve sorumluluklarla ilgili bazı değişimlere neden olduğu görülmektedir. Hastalık sürecinde hastanın yaşamış olduğu belirsizlik, çaresizlik, korku, anksiyete, depresyon, öfke gibi psikolojik sorunları hastanın eşi ve yakınları da yaşayabilmektedir. Özellikle meme kanseri hastanın eşi, ev içinde artan sorumluluk ve rol değişimi karşısında kendisini aciz ve yetersiz hissederek yoğun stres ve kaygı içine girebilmektedir. Çocukların gelişimsel düzeylerine bağlı olarak etkilenme düzeylerinin değiştiği, ailede bakıma muhtaç küçük çocukların olmasının ise ebeveynlerde korku ve gelecek kaygısının artmasına neden olduğu gözlenmiştir.⁷⁷

Bazı hastaların günlük sosyal yaşamlarında da kendilerini rahat ve güvende hissetmedikleri, yalnız olarak evden çıkma ve tek başına yolculuk yapmaktan endişe duyma gibi problemler yaşadıkları belirlenmiştir.⁷⁸

Mesleki ve Ekonomik Sorunlar

Kanser tedavisi nedeniyle hastalar, yeniden çalışma hayatına dönüşlerinde ve mesleki alanlarında çeşitli sıkıntılarla karşılaşmaktadırlar. Yapılan araştırmalar kanser

⁷⁴ Sedat Özkan - Nilüfer Alçalar, "Meme Kanserinin Cerrahi Tedavisine Psikolojik Tepkiler", **Meme Sağlığı Dergisi**, C. V, S. 2, 2009, ss. 60-64.

⁷⁵ Veysi Ceylan, Meme Kanseri Olan Hastalarda Tanı Sonrası Psikososyal Sorunlar, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), Diyarbakır, 2009, s. 12.

⁷⁶ Şendil, a.g.m., s. 121.

⁷⁷ Çam - Gümüş, a.g.m., ss. 52-60.

⁷⁸ Şendil, a.g.m., s. 121.

hastalarının tedavi sonrası yaklaşık % 64'ünün iş yaşamına geri döndüğünü göstermektedir. Ancak hastaların tedaviye bağlı olarak fiziksel ve bilişsel alanda yaşadıkları problemlerin çalışma verimliliklerini düşürdüğü belirlenmiştir. Tedavi sonrası yeniden iş yaşamına dönen kanser hastaları uzun çalışma saatlerine tahammül edememe, işini kaybetme tehlikesi veya erken emekli edilme gibi sorunlar yaşayabilmektedir.⁷⁹

Meme kanseri olan çalışan kadınlarda sağlık güvencesi, tekrar iş yaşamına girememe, çalışma aktivitesinde azalma, damgalanma ve iş ayrımcılığı gibi mesleki ve ekonomik problemlerin anksiyete düzeyini arttırdığı gözlenmiştir.⁸⁰

2. MASTEKTOMİ (UZUV KAYBI) VE BEDEN ALGISI

Kadın kimliği için büyük önem taşıyan bir organın kaybına yol açan mastektomi⁸¹, bireyde zorlanma oluşturan ve psikososyal krize neden olan, bireyin narsistik bütünlüğünü tehdit eden, bedensel-ruhsal özgüvenini zedeleyen, işlevlerini, imajını, kendi vücudunu algılayışını, ruhsal durumunu ve çevresel ilişkilerini etkileyen önemli bir durumdur.⁸²

Mastektomi ve gerek cerrahi gerekse başka nedenlerle meydana gelen uzuv kaybı, bireyin kendini bir bütün olarak hissetmesini ve beden algısını etkilemektedir. İnsanın insan olarak varlığını ortaya koyan beden; kontrol, arzu, ötekilerle ilişkili olma ve kendisiyle ilişkili olma vasıtası olarak değerlendirilebilir.⁸³ Bu durumda insan, bedeni ile kendi üzerinde iktidar sahibi olmanın, çeşitli eylem ve isteklerini gerçekleştirmenin, arzu ve heveslerini gidermenin, kendi iç dünyası ve kendi dışında varolan tüm varlıklar ve evrenle bağlantı halinde olmanın mücadelesini verir. Dolayısıyla mastektomi ve uzuv kaybı, kadınlarda hem psikolojik hem de varoluşsal anlamda beden algısını etkiler.

Beden algısı ya da beden imajı; bireyin kendi dış görünüşü, bedensel işlevleri ve diğer özellikleri hakkındaki algıların toplamıdır. Bu algının oluşumunda ve şekillenmesinde bireyin içsel duyuları, deneyimleri, fantezileri ve diğer insanlardan almış

⁷⁹ Bag, a.g.m., ss. 109-126.

⁸⁰ Göksenin Ebru Turgut ve diğerleri, "Meme Yakınması ile Başvuran Kadınlardaki Kaygıyı (Anksiyeteyi) Etkileyen Faktörler", **Meme Sağlığı Dergisi**, C. V, S. 2, 2009, ss. 92-97.

⁸¹ Ruşen Nur Arıkan, "Travmatik Bir Yaşantı: Meme Kanseri ve Mastektomi", **Kriz Dergisi**, C. IX, S. 1, 2001, ss. 39-46.

⁸² Özkan, a.g.e., ss. 501-502.

⁸³ Aylin Nazlı, "Sosyolojik Bakışın Eşiğindeki Beden", **Toplumbilim Dergisi** (Beden Sosyolojisi Özel Sayısı), S. 24, İstanbul, 2009, ss. 62-63.

olduğu geri bildirimler etkilidir. Beden algısı, farklı kültürlerin ve toplumların bedene yüklediği anlam ve özelliklere göre zaman içinde değişim gösterir.⁸⁴ Bireyin kendi bedenine ilişkin tanımlama ve değerlendirme biçimi, çocukluğun ilk dönemlerinde ve diğer özelliklerinden daha önce ortaya çıkmaktadır. Beden algısı, sahip olunan gerçek beden yapısıyla uyumlu veya uyumsuz olabilir. Ancak beden biçimi ne olursa olsun bireyin kendi bedenine karşı gerçekçi bir bakış açısına sahip olması ve bununla mutlu olması önemlidir.⁸⁵ Beden algısı, özgüven duygusuyla da yakından ilişkili olup kişinin inançlarına, tutumlarına ve toplumdaki ideallere göre de şekillenir.⁸⁶

Etnik ve kültürel yapı farklılıklarına rağmen çoğu kültürde, beden algısının cinsiyete göre değiştiği, erkeklere nazaran kadınların kilolarından ve vücut ölçülerinden daha fazla rahatsızlık duyduğu ve beden algılarının daha olumsuz olduğu bildirilmektedir. Toplumsal cinsiyet rollerinin oluşturduğu kalıp yargılar içinde kadın, güzelliğin merkezi ve fiziksel görünümü de kadınsılığın temel özelliği olarak değerlendirilir. Kadınların, toplumsal cinsiyet rolü ile başa çıkamadıklarında beden doyumsuzluğu yaşadıkları ve bu durumun da ruh sağlıklarını olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir.⁸⁷ Mastektomi, doğrudan kadın kimliğinin sembolü bir organa müdahaleyi içerdiğinden özellikle toplumsal kalıp yargıların etkisiyle meme kanseri kadınlarda, depresyon ve anksiyeteye neden olduğu gibi benlik saygısının azalmasında da rol oynar.

Benlik, “ben”i karakterize eden düşünceler, algılar ve değerler toplamıdır. “Neyim?” ve “ne yapabilirim?” farkındalığını içeren benlik, bireyin hem dünyayı hem de kendi davranışını algılamasında etkilidir. Rogers’a göre birey, her yaşantıyı benlik kavramıyla ilişkili olarak değerlendirmekte ve benlik imgesiyle tutarlı bir davranış içinde olmayı istemektedir. Kişinin benlik imgesi ve gerçekliği arasındaki uçurum ne kadar genişse anksiyete potansiyeli de o kadar büyük olacaktır. İdeal ve gerçek benlik birbirine yaklaştıkça daha mutlu ve daha tatminkar bir insan ortaya çıkacaktır.⁸⁸ Benlik saygısı, bireyin kendini değerlendirmesi sonucunda ulaştığı benlik kavramını onaylaması ile oluşan

⁸⁴ Murat Beyazyüz - Erol Göka, “Psikoloji ve Tıp Açısından Beden”, **Beden Sosyolojisi**, ed. Kadir Canatan, Açılım Kitap, İstanbul, 2011, s. 375.

⁸⁵ Vesile Oktan, “Beden İmajı ve Reddedilme Duyarlılığının Öznel İyi Oluşu Yordama Gücü”, **Eğitim Bilimleri ve Uygulama**, C. XI, S. 22, 2012, ss. 119-134.

⁸⁶ Fahri Çakı, “Batı Dışı Toplumlarda Gençlik ve Beden İmajı”, **Beden Sosyolojisi**, ed. Kadir Canatan, Açılım Kitap, İstanbul, 2011, s. 309.

⁸⁷ Zehra Yaşın Dökmen, “Menapoz, Beden İmgesi ve Ruh Sağlığı”, **Türk Psikoloji Yazıları**, C. XII, S. 24, 2009, ss. 41-55.

⁸⁸ Rita L. Atkinson - Richard C. Atkinson - Ernest R. Hilgard, **Psikolojiye Giriş II**, çev. Kemal Atakay - Mustafa Atakay - Aysun Yavuz, Sosyal Yayınlar, İstanbul, 1995, ss. 543-544.

beğeni hali olup kendini olduğundan aşağı ya da yüksek görmeksizin kendinden memnun olma, kendini beğenilmeye, sevmeye değer bulma ve kendi özüne güvenmeyi sağlayan olumlu bir ruh hali olarak tanımlanmaktadır. Benlik saygısı duygusal, zihinsel, toplumsal ve bedensel unsurları içerir. Kendini değerli hissetme, yeteneklerini ortaya koyabilme, başarıma, kendi bedensel özelliklerini kabul ve benimseme benlik saygısının oluşum ve gelişiminde önemli faktörler olarak görülür.⁸⁹ Dolayısıyla beden imajından hoşnut olan bireylerin, benlik saygısının da yüksek olduğu söylenebilir. Yapılan araştırmalar olumsuz beden algısının, azalmış benlik saygısı ile ilişkili olduğunu göstermektedir.⁹⁰

Mastektomi, meme kanseri kadın hastalarda benlik saygısını, beden imajını, özgüveni, psikolojik durumu, cinsel yaşamı ve sosyal çevre ile olan ilişkileri olumsuz yönde etkileyen önemli bir problemdir.⁹¹ Mastektomi geçiren kadınlarda çekiciliğin kaybı ve özürlü olma duygularının genel olarak evrensel olduğu, duygusal ve psikososyal tepkilerin ise bireysel olarak değiştiği görülmektedir.⁹² Dolayısıyla mastektominin hasta üzerindeki etkisinin; hastalığı algılama şekli, hastanın kişisel başa çıkma yöntemleri, sorumlulukları ve destek sistemleri ile yakından ilişkili olduğu söylenebilir.⁹³

Meme kanseri tedavisinde önemli bir cerrahi girişim olan mastektomi, birçok kültürde cinselliği, kadınlığı, estetiği, bebeğin beslenmesini, sevgiyi ve anneliği sembolize eden bir uzvun kaybı anlamını taşımaktadır. Bu nedenle kadınlarda memenin kaybı düşüncesi, psikolojik yönden ciddi sorunlar yaşanmasına neden olmaktadır. Bir kadın çocukluğundan beri kendini fiziksel yönleriyle algılamış ve toplum tarafından güzel bir kadın olduğu imajı verilmişse, bu kadın için meme kaybına karşı gösterilen psikolojik tepkinin derecesi de büyük olacaktır.⁹⁴ Ruhsal anormalliklerin, insanın yaşam modeli ve üslubunun çocukluk çağındaki ruhsal yaşamla bağlantılı olduğunu ve çocukluktan gelen bir devinim çizgisi izlediğini belirten Adler, “bir insanı anlamak istiyorsak, onun yaşamla

⁸⁹ Halil Özcan ve diğerleri, “Ergenlik ve Genç Yetişkinlik Dönemindeki Kadınlarda Benlik Saygısı, Sosyal Görünüş Kaygısı, Depresyon ve Anksiyete İlişkisi”, **Journal of Mood Disorders**, Vol. III, No. 3, 2013, pp. 107-113.

⁹⁰ Vesile Oktan - Mustafa Şahin, “Kız Ergenlerde Beden İmajı ile Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, **Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi**, C. VII, S. 2, 2010, ss. 543-556.

⁹¹ Özkan - Alçalar, a.g.m., ss. 60-64.

⁹² Şendil, a.g.m., s. 112.

⁹³ Deniz Öztekin, “Meme Kanseri Tanı ve Tedavi Sürecinde Karşılaşılan Sorunlarla Mücadele Yolları”, **Meme Sağlığı Dergisi**, C. II, S. 2, 2006, ss. 67-70.

⁹⁴ Ayşe Okanlı, “Kadınlarda Mastektominin Psikososyal Etkileri”, **Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi**, C. I, S. 1, 2004, www.InsanBilimleri.com, (16.09.2014), ss. 1-6.

ilişkinin en çok hangi organa dayanarak kurduğunu bilmemiz gerekir”, der.⁹⁵ Çünkü aynı zamanda sosyal bir varlık olan insanın dünyaya bakışı ve çevresi ile olan ilişkilerini şekillendirmesi, biyolojik kökenli bedeninin duyuşsal ve algısal yönelimleri ile gerçekleşir.

Uygulanan cerrahi girişime bağılı olarak memenin tümünü ya da bir kısmını kaybeden meme kanserli kadın hastalarda bu durum cinsel kimliğe tehdit olarak algılandığı gibi kadınlarda yetersizlik ve eksiklik hissi, evliliklerinin ve eşleriyle olan duyuşsal ilişkilerinin tehlikeye girmesi, reddedilme gibi korkular da oluşturmaktadır.⁹⁶ Yapılan çalışmalarda, meme kanseri kadın hastalarda ameliyat şeklinin, psikososyal uyumdan çok beden imajı ve cinsel uyumu etkilediğı bulunmuştur.⁹⁷ Total mastektomi ve meme koruyucu tedavi geçirmiş hasta grupları arasında kaygı, depresyon, yaşam kalitesi ve psikolojik uyum değışkenleri açısından yapılan karşılaştırmalı bir çalışmada; total mastektomi grubunda meme koruyucu tedavi grubuna oranla daha yüksek seviyede bedensel eksiklik duygusu, fiziksel görünümünden rahatsızlık, giyim tarzında değışiklik ve yakınların ilgisinde eksiklik hissini yaşandığı bulgularına ulaşılmıştır.⁹⁸

Meme kanseri genç kadınlarda görülen psikososyal sorunların arasında bedenlerinde oluşan fiziksel değışimden hoşnutsuzluğun ve eş ilişkilerinde problem yaşamının daha belirgin olduğı⁹⁹, mastektomi uygulanmış genç yaştaki kadın hastalarda olumsuz beden algısı ve yetersizlik duygusu ile ilgili problemlerin daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir.¹⁰⁰

Mastektomi dolayısıyla kadınlarda oluşan yetersizlik ve eksiklik duygusunun şiddeti, kaybedilen organa yüklenen anlamın büyüklüğü ile ölçülebilir. Organ yetersizliği

⁹⁵ Alfred Adler, **İnsanı Tanıma Sanatı**, Say Yayınları, İstanbul, 2013, s. 26, s. 69.

⁹⁶ Neriman Akyolcu, “Meme Kanserinde Cerrahi Girişim Sonrası Cinsel Yaşam”, **Meme Sağığı Dergisi**, C. IV, S. 2, 2008, s. 79.

⁹⁷ Esra Kabataş Saral, Meme Kanseri Hastalarının Kansere Uyumlarının Belirlenmesi, Gazi Üniversitesi Sağıık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 2008, s. 69.

⁹⁸ Selma İşğüzar, Total Mastektomi Yapılmış Kadınlarda Kaygı, Depresyon ve Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2002.

⁹⁹ N. Avisa - S. Crawford - J. Manuela, “Psychosocial Problems Among Younger Women with Breast Cancer”, **Psycho-Oncology**, V. XIII, 2004, pp. 295–308.

¹⁰⁰ S. K. Al Ghazal - L. Fallowfield - R. W. Blamey, “Comparison of Psychological Aspects and Patient Satisfaction Following Breast Conserving Surgery, Simple Mastectomy and Breast Reconstruction”, **Eur J Cancer**, Vol. XXXVI, 2000, pp. 1938-1943; S. K. Al Ghazal - L. Fallowfield - R. W. Blamey, “Does Cosmetic Outcome from Treatment of Primary Breast Cancer Influence Psychosocial Morbidity?”, **European Journal of Surgical Oncology**, Vol. XXV, 1999, pp. 571-573; Aysun B. Gümüş, “Meme Kanserinde Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler”, **Meme Sağığı Dergisi**, C. II, S. 3, 2006, ss. 108-113.

ya da yetersizlik duygusu bireyi, yaşamla savaşa tutuşmaya ve toplumsallık duygusunu sınırlandırmaya zorlayabilir. Bu durum çevrenin dışlayıcı davranışlarıyla da birleşince, yetersizlik duygusuna sahip bireyde çevreye karşı düşmanca tutumlar takınmaya ve aşağılık duygusuna dönüşebilir. Ancak çaresizlikten kaynaklanan aşağılık duygusu, bazen öyle bir itici güç oluşturur ki bireyi, gelecekte kendisine huzur ve güvenlik sağlayacağını umduğu bir amaç belirlemeye ve bu amaca ulaştıracak yollar aramaya sevk eder. Eğer aşağılık duygusu çok şiddetli ise bu huzur ve güvenlik arayışı bireyin içinde bir güçlülük eğiliminin doğmasına yol açarak çevresi üzerinde üstünlük kurmasını sağlayacak bir amaca yöneltir. Yetersizlik duygusu karşısında insan ruhu, bu duyguyu ortadan kaldırmaya ve denetim altına almaya yönelik olarak bir yanıt niteliğinde ruhsal denge mekanizması oluşturur. Benzer bir durum, organizmanın bir yetersizliği durumunda hayati önem taşıyan organların faaliyetlerini hızlandırarak olumsuzluğu gidermeye ve denge kurmaya çalışmalarında da görülür. Örneğin kalp, bir dolaşım güçlüğü karşısında çalışmasını artırır ve hatta bazı durumlarda büyüme ve genişleme göstererek organizmanın işlerliğini ve dengesini sağlamaya çalışır.¹⁰¹

Adler, insan ruhunun durağan olmadığını, devingen bir yapıda olduğunu ve ruhsal yaşamın da bu devinime bağlı olduğunu ifade eder. Dolayısıyla ruhsal yeteneklerin gelişimi de organizmanın devinim özgürlüğü ile yakından ilişkilidir. Ruhsal yaşamı, “çevreyi etkileyerek insan organizmasının kalıcılığını sağlayıp gelişimini garanti altına alacak saldırı ve güvenlik önlemlerinden oluşmuş bir yapılar bütünü” olarak tanımlayan Adler, ruhsal yaşamın bir amaca yönelik bir devinim içinde olduğunu vurgular. İnsan ruhunu devingen güçler şeklinde tasvir eden Adler, aynı zamanda bu güçlerin birlik ve bütünlük oluşturan bir amaca varmaya çalıştığını ifade eder. Bu ise insanın “ruhsal yaşam amacı”dır ve insanın ruhsal yaşamını belirler. “Bir kimsenin düşünebilmesi, hissedebilmesi, bir istekte bulunabilmesi, hatta düş görebilmesi için bütün bunların bir amaca dayanması, bir amaçla sınırlandırılması ve belirli bir yöne yöneltilmesi gerekir.”¹⁰²

Herhangi bir organın üstün veya kusurlu sayılmasının ve herhangi bir yetersizliğin dezavantaj olarak görülmesinin, bireyin içinde bulunduğu durumla ilişkili olduğunu belirten Adler, yetersizliğin insan için sürekli bir uyarı kaynağı olduğunu ve insanı yaşama uyum sağlamak, gerekli önlemleri almak ve içinde bulunduğu durumun olumsuzluğunu

¹⁰¹ Adler, a.g.e., ss. 93-100.

¹⁰² Adler, a.g.e., ss. 37-41.

gidermek için bir arayış içine sokabileceğini ifade eder. Bu arayışta uyum ve güvenliği sağlama yeteneği, ruhsal organın elindedir. Ruhsal organ, ileriye görerek bireyin çevresiyle uyum içinde istek ve arzularını yerine getirmesini ve katlanılır bir yaşam sürmesini temin etmeye çalışır. İstemek ve arzu etmek, insanın yetersizlik duygusundan kendini sıyrıp yeterlilik duygusuna ulaşma yolundaki ruhsal çırpınışlarıdır. Dolayısıyla her isteyiş, bir yetersizlik duygusunun yansımasıdır ve insanda bir doyum, bir hoşnutluk, bir yeterlilik sağlama eğilim ve dürtüsünün oluşmasına neden olur.¹⁰³

Sonuç olarak insanda varolan herhangi bir eksiklik ve yetersizliğin dezavantaj veya üstünlüğe dönüşmesi ruhsal yaşamın devingenliğine; devingenlik ve mücadele ise “ruhsal yaşam amacı”nın varlığına bağlıdır. Dolayısıyla kanser ve mastektominin getirdiği olumsuzluklar ve zorluklar ile baş edebilme sürecinde, bireyin kendine özgü “ruhsal yaşam amacı”, aktif bir rol üstlenecektir.

3. AĞRI

3.1. AĞRININ TANIMI

Birçok hastalığın yaygın semptomu olarak görülen ağrı, IASP (International Association for the Study of Pain) tarafından “varolan veya potansiyel bir doku hasarı ile ilişkili veya bu hasar ile de ifade edilen, hoş olmayan duysal ve emosyonel bir deneyim” olarak tanımlanmıştır. Ağrı, her zaman öznelidir. Herbir birey, hayatın erken dönemlerinde yaralanma ile ilgili deneyimleri vasıtasıyla, bu kelimeyi uygulamalı olarak öğrenir.¹⁰⁴

IASP’ın tanımında ağrı fiziksel, duysal ve davranışsal olarak çok boyutlu bir şekilde ele alınmıştır. Modern tıp, ağrıyı biyopsikososyal perspektifle ve multidisipliner bir yaklaşımla değerlendirmektedir. Ağrı deneyimi bireyin inançları, beklentileri, önceki hastalık deneyimleri, ağrı ya da hastalık hakkındaki bilgi düzeyi, çevresel ilişkileri ve kişisel özellikleri ile yakından ilişkilidir.¹⁰⁵ Duysal yani sinir lifleriyle taşınan objektif bir olgu olması ve yukarıda sözü edilen birçok faktörden etkilenmesi dolayısıyla da emosyonel

¹⁰³ Adler, a.g.e., ss. 39-56.

¹⁰⁴ <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576>, (24.09.2014).

¹⁰⁵ Aslihan Kurt, Kanser Ağrılı ve Kanser Dışı Kronik Ağrılı Hastaların Psikolojik Faktörler (Depresyon, Kaygı, Başa Çıkma) Açısından Karşılaştırılması, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2005, s. 4.

bir özellik taşıması, ağrıya diğer semptomlardan farklı olarak öznel bir nitelik kazandırır.¹⁰⁶

Ağrının uyarıcı fonksiyonu, koruyucu tepkilere yol açar ve böylece doku hasarının minimum düzeyde kalması sağlanır. Eğer doku hasarı kaçınılmaz ise ağrı algısından sorumlu merkezi ve çevresel sinir sisteminde bir dizi değişiklik meydana gelir.¹⁰⁷ Ağrı nörofizyolojik, biyokimyasal, psikolojik, etnokültürel, dinsel, bilişsel, ruhsal ve çevresel faktörleri içeren çok boyutlu bir deneyim olarak görülmektedir.¹⁰⁸ İnsanların hayatlarının değişik dönemlerinde tecrübe etmek zorunda kaldıkları ağrı, dikkat gerektiren, bireyi bunaltan, davranış ve düşünceleri bozan, ağrıyı dindirmek için farklı aktivitelere yönelten davranışsal tepkilere ve otonomik değişikliklere neden olan kompleks bir algı mekanizması içerir.¹⁰⁹

3.2. AĞRININ SINIFLANDIRILMASI

AMA (American Medical Association-Amerikan Tıp Birliği) Süreğen Bozukluğu Değerlendirme Kılavuzu'nda (Guides to the Evaluation of Permanent Impairment), ağrının öznel olduğunu, varlığının kanıtlanamayacağını ve nesnel olarak ölçülemeyeceğini bildirmiştir.¹¹⁰

IASP Taksonomi Alt Komitesi, ağrıyı beş eksenli taksonomi şeklinde değerlendirmiştir. Buna göre birinci eksen, ağrının yer aldığı vücut bölgesi; ikinci eksen, ağrının etkilediği sistemler; üçüncü eksen, oluşum süresi; dördüncü eksen, hastanın ifadesine göre ağrı şiddeti ve başlangıcından itibaren geçen süre; beşinci eksen ise ağrının etiyojisi olarak belirlenmiştir.¹¹¹ Günümüzde en sık kullanılan Tıbbi Ağrı Sınıflaması¹¹² ise aşağıda verilmiştir.

¹⁰⁶ Serdar Erdine, **Ağrı Sendromları**, <http://www.agritr.com/books/agrisendromlari.zip>, (22.10.2014), s. 2.

¹⁰⁷ A. Paez Borda et al., **Pain Management and Palliative Care**, European Association of Urology, Update March 2013, p. 7.

¹⁰⁸ P. Prithvi Raj, "Ağrı Taksonomisi", **Ağrı**, ed. Serdar Erdine, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2002, ss. 12-19.

¹⁰⁹ M. Tulunay - F. C. Tulunay, "Ağrı Değerlendirilmesi ve Ölçümü", **Ağrı**, ed. Serdar Erdine, Alemdar Ofset, İstanbul, 2000, ss. 91-110.

¹¹⁰ Didem S. Peker, Ağrı Yakınması Olan Hastalarda Yaşam Kalitesi, Başa Çıkma Tutumları ve Depresif Belirtilerin Ağrı Algısı ile İlişkisi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), Aydın, 2007, s. 4.

¹¹¹ O. Nuri Aydın, "Ağrı ve Ağrı Mekanizmalarına Güncel Bakış", **Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, C. III, S. 2, 2002, ss. 37-48.

¹¹² Raj, a.g.e., ss. 12-19.

1. Nörofizyolojik Mekanizmalar: a) Nosiseptif, b) Somatik, c) Visseral, d) Nöropatik (Nonnosiseptif) *i. Nöropatik, ii. Merkezi, iii. Periferik, e) Psikojenik*
2. Süreye Bağlı: a) Akut, b) Kronik
3. Etiyolojik: a) Kansere ağrısı, b) Postherpetik nevralji, c) Orak hücre anemisine bağlı ağrı, d) Artrit ağrısı
4. Bölgesel Ağrı: a) Baş ağrısı, b) Yüz ağrısı, c) Bel ağrısı, d) Pelvik ağrı.

Nöropatik ağrı, periferik ya da merkezi sinir sisteminde ya da her ikisinde bulunan bir lezyondan kaynaklanan, duyuşsal semptom ve bulgulara yol açan ağrı olarak tanımlanır. Genellikle hastalar tarafından yanma, oyulma, kesilme, zonklama, elektrik şokuna benzeyen ağrı şeklinde tarif edilir.¹¹³

Nosiseptif ağrı; kemik ağrısı ve yumuşak doku ağrısını içerir. Tipik olarak ağır, sızlayan bir ağrı olarak değerlendirilir.¹¹⁴ Nosiseptif ağrı, somatik ve visseral olarak iki alt grupta ele alınır:

Somatik ağrı; daha çok somatik sinir lifleriyle taşınan ve sinirlerin yayılım bölgesinde algılanan ağrıdır. Ani olarak başlar, keskindir, iyi lokalize edillir, batma, sızlama, zonklama şeklinde hissedilir. Travma, kırık, çıkık gibi durumlarda görülen ağrılar, bu grupta tanımlanır.¹¹⁵

Visseral ağrı; iç organlardan kaynaklı, iyi lokalize edilemeyen kolik, kramp ve sıkışma tarzında hissedilen ağrıdır.¹¹⁶ Visseral ağrıda kimyasal, iskemik (dokulara gelen kan damarlarında tıkanma), enfeksiyon, sıkışma, genişleme-daralma gibi durumlar, ilgili organlarda uyarıcı etkenler olarak rol alabilir.¹¹⁷

Psikojenik ağrı; psikosomatik ağrı olarak da tanımlanır. Anksiyete, depresyon gibi psikolojik problemlerde ağrı hissinin oluşması durumudur. Bu tip ağrının görüldüğü hastalarda küçük ve önemsiz bir doku hasarının dahi nörofizyolojik duyarlılığı arttırdığı ve ağrı duyusunun abartılı bir şekilde algılanmasına yol açtığı gözlenmiştir.¹¹⁸

¹¹³ Saime Ay - Deniz Evcik, "Nöropatik Ağrı ve Tedavisi", www.anamnez.net/article.php?id=89, (29.10.2014), s. 74.

¹¹⁴ Borda et al., a.g.e., p. 8.

¹¹⁵ Erdine, a.g.e., s. 5.

¹¹⁶ Sernaz Uzunoğlu - İrfan Çiçin, "Kanser Hastalarında Ağrıya Yaklaşım", **Klinik Gelişim**, S. 24, 2011, ss. 14-20.

¹¹⁷ Jon Raphael, **Cancer Pain Management**, The British Pain Society, 2010, p. 19.

¹¹⁸ Sarıhan - Kadioğlu - İğde, a.g.m., ss. 5-15.

Akut ağrı; nosiseptif nitelikte olup, vücuda zarar veren bir durumun varlığına işaret eder. Ağrıya neden olan lezyon ile ağrı arasında yer, şiddet ve zaman bakımından yakın bir ilişki görülür. Akut ağrı; travma, enfeksiyon, doku hipoksisi gibi durumlarda ortaya çıkabilir. Postoperatif ağrı, buna örnek olarak verilebilir. Akut ağrı, üzerinden 3-6 ay geçtikten sonra kronik ağrı özellikleri göstermeye başlar.¹¹⁹

Kronik ağrı; 3-6 aydan daha uzun süren ve uzun süreli tedavi gerektiren, öznel ve çok boyutlu yaşantısı olan, duyuşsal, duygusal, davranışsal ve bilişsel boyutlara sahip ağrı olarak ifade edilebilir.¹²⁰ Kronik ağrılı hastalarda sürekli ağrı algısının depresyona, ağrı toleransının düşmesine ve günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanmasına neden olduğu gözlenmiştir.¹²¹

3.3. AĞRI ALGISI

Günümüzde ağrı algısı, birçok faktörden etkilenen ağrının nöromatriks teorisi ile ele alınmaktadır. Bu teoriye göre ağrı deneyimi, beynin birçok bölgesinden kaynaklanan bilişsel, duyuşsal ve algısal bir kompleks olarak yaşanmaktadır.¹²²

Ağrı algısı eşiği kişiye göre değişmektedir. Mide ağrısı, migren ağrısı gibi organik ağrıların ruhsal stresle artabildiği ya da uyarılabildiği belirlenmiştir. Yine organik kaynaklı ağrıların telkin, hipnoz, akupunktur gibi yöntemlerle azaltılabildiği veya kontrol altına alınabildiği görülmektedir.¹²³

Dolayısıyla subjektif olan ağrı algısının, psikososyal ve spiritual faktörlere bağlı olarak değişebilen anlamları vardır.¹²⁴ Fiziksel ve ruhsal bir deneyim olan ağrı algısının; yaş, cinsiyet, kültürel yapı, geçmiş deneyimler, kişisel özellikler, ağrıyı oluşturan durumun anlam ve önemini; ağrı algılama eşiği ve tolerans düzeyini etkilediği ve ağrıya yönelik

¹¹⁹ Aydın, a.g.e., ss. 37-48.

¹²⁰ Recep Tütüncü - Hüseyin Günay, "Kronik Ağrı, Psikolojik Etmenler ve Depresyon", **Dicle Tıp Dergisi**, C. XXXVIII, S. 2, 2011, ss. 257-262.

¹²¹ Özlem Altındağ - Abdurrahman Altındağ - Neslihan Soran, "Kronik Ağrılı Hastalarda Depresyon Düzeyinin Ağrı Şiddeti ve Süresi ile İlişkisinin Araştırılması", **Yeni Symposium Journal**, C. XLIV, S. 4, 2006, ss. 178-181.

¹²² Sarıhan - Kadioğlu - İğde, a.g.e., ss. 5-15.

¹²³ Orhan Öztürk, **Ruh Sağlığı ve Bozuklukları**, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997, s. 309.

¹²⁴ Roger Woodruff, "Evidence-Based Symptomatic and Supportive Care for Patients with Advanced Cancer", **Palliative Medicine**, Fourth Edition, Oxford, United Kingdom, 2004, p. 54.

fizyolojik tepki ve davranışların oluşmasında önemli rol oynadığı belirlenmiştir.¹²⁵ Ağrıya karşı verilen yanıtta kültürel ve çevresel faktörler de belirleyici rol üstlenmektedir. Yapılan çalışmalar, bireyin ağrı hafızasına bağlı olarak yaptığı değerlendirme ve yargılamada, ağrının süresinden çok şiddetinin etkili olduğunu göstermektedir.¹²⁶

Ağrı algısı emosyonel, bilişsel ve aynı zamanda duygusal unsurların çoklu etkileşimi ile meydana gelir. Ağrı algısı ve ağrıya ilişkin davranışların sosyokültürel şartlardan etkilendiğini göstermektedir. Herbir kültürün ağrı deneyimlendiğinde oluşan distressi, kendi dilince ifade ettiği görülmektedir. Ağrı, ağrı reaksiyonu ve ağrı ile başa çıkmada görülen kültürel farklılıkların, ağrının anlamına göre şekillendiği belirlenmiştir.¹²⁷

3.4. KANSER AĞRISI

Ağrı, kanser hastalarında yaygın olarak görülen ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir semptomdur.¹²⁸ Hem evrensel hem de toplumsal olarak sıklıkla karşılaşılan önemli bir problem olan kanser ağrısının, oransal olarak terminal dönemdeki kanser hastalarında % 90'lara ulaştığı tespit edilmiştir.¹²⁹

Kanserde ağrı yaygınlığı kanserin tipi, evresi, metastatik lokasyonu ve eşlik eden diğer hastalığa göre değişmektedir.¹³⁰ Ağrı, kanser hastalarının % 77'sinde ağrıya hassas yapıların tümörle invazyonuna veya kompresyonuna; % 19'unda cerrahi, kemoterapi, radyoterapi gibi tedavi yöntemlerine; % 4'ünde ise kanser dışı nedenlere bağlı olarak oluşmaktadır.¹³¹

Kanser ağrı sendromları somatik, visseral veya nöropatik orjinli olarak sınıflandırılabilir. Kanser hastalarında periferik nöropatik ağrı, tümörün sinire yayılması veya baskı yapması ile veya dolaylı olarak radyoterapi ve kemoterapi gibi kanser tedavileri

¹²⁵ Fatma Eti Aslan, "Travmada Acil", **Acil Bakım**, ed. Deniz Şelimen, Yüce Yayın, İstanbul, 2004, ss. 384-392; Fatma Eti Aslan, "Ağrı Değerlendirme Yöntemleri", **Cumhuriyet Üniveristesini Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, C. VI, S. 1, 2002, ss. 9-16.

¹²⁶ Erdine, a.g.e., s. 318.

¹²⁷ L. Clark Callister, "Cultürel Influences on Pain Perceptions and Behaviors", **Home Health Care Management and Practice**, Vol. XV, No. 3, 2003, pp. 207-211.

¹²⁸ Paul J. Christo - Danesh Mazloomdoost, "Interventional Pain Treatments for Cancer Pain", **Annals of the New York Academy of Sciences**, Vol. MCXXXVIII, 2008, pp. 299-328.

¹²⁹ Sarıhan - Kadioğlu - İğde, a.g.m., ss. 5-15.

¹³⁰ Mellar P. Davis - Declan Walsh, "Epidemiology of Cancer Pain and Factors Influencing Poor Pain Control", **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, Vol. XXI, No. 2, 2004, pp. 137-142.

¹³¹ Erdine, a.g.e., s. 182.

nedeniyle oluşabilir.¹³² Kanserde somatik ağrı, kemik ve kas yapılarının tutulumu ile ortaya çıkar. Kanser hastalarında kemik metastazının en yaygın sendromu, ağrıdır.¹³³ Visseral ağrı, tümörün yumuşak doku veya iç organlara infiltrasyonu nedeniyle afferent sinirlerin doğrudan uyarılması sonucu görülür. İç organlarda gerilme, şişme veya iskemi (dokulara giden kan damarlarında tıkanma) visseral ağrı nedeni olabilir. Kanser hastalarında visseral ağrı yalnızca tümör infiltrasyonuna bağlı olarak değil radyasyon veya kemoterapi gibi durumlarda da ortaya çıkabilir.¹³⁴

Kanser ağrısının bir de psikojenik boyutu vardır. Psikojenik ağrı, genel olarak kanser tanısının vermiş olduğu sıkıntıya veya diğer komorbid psikiyatrik hastalıklara bağlı olarak görülebilir. Ağrının tek nedeni olarak görülmesi nadirdir ancak diğer sebeplere bağlı ağrının şiddetlenmesinde etkili olabilir. Bu durumun tersi olarak bazı kanser hastalarında, depresyonu da içeren psikolojik çöküntü genelde ağrıya sekonder olarak da gelişme gösterebilmektedir. Ağrı tipinin tespit edilmesi ve ağrının primer hastalığa bağlı ya da tedaviye sekonder olarak gelişip gelişmediğinin bilinmesi, tedavi şeklinin ve prognozunu doğru olarak belirlenmesi açısından önemlidir.¹³⁵

3.5. KANSER AĞRISI, DEPRESYON VE PSİKO-SOSYAL SORUNLAR

İnsanın duyuşsal, bilişsel ve psiko-sosyal boyutları ile fiziksel hastalıkları arasında etkileşimler bulunmaktadır. Herhangi bir hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan ağrının, bireyler üzerinde ruhsal iyilik durumunu etkilemesinin yanısıra birtakım psikolojik sorunlara da neden olarak yaşamı etkileyen yaygın bir şikâyet olduğu görülmektedir. Ağrı, kısaca bir organizmanın biyopsikososyal denge ve uyumunun bozulması olarak özetlenebilir. Uzun süre devam eden ve kronikleşen ağrı neticesinde ruhsal bozuklukların oluştuğu ve sekonder olarak depresyon gelişebildiği bildirilmektedir.¹³⁶

¹³² Joan M. Regan - Philip Peng, "Neurophysiology of Cancer Pain", **Cancer Control**, Vol. VII, No. 2, 2000, pp. 111-119.

¹³³ Suresh K. Reddy - C. Stratton Hill, "Assessment and Management of Cancer Pain", 2002, www.soc-neuro-onc.org/files/162/, (27.10.2014), p. 497.

¹³⁴ Vincent Perron - Ronald S. Schonwetter, "Assesment and Management of Pain in Palliative Care Patients", **Cancer Control**, Vol. VIII, No. 1, 2001, pp. 15-24.

¹³⁵ Sernaz Uzunoğlu - İrfan Çiçin, "Kanser Hastalarında Ağrıya Yaklaşım", **Klinik Gelişim**, S. 24, 2011, ss. 14-20.

¹³⁶ Sedat Özkan, **Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi**, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 1993, ss. 117-134.

Psikiyatrik belirti veya klinik durumların varlığı ağrının şiddeti ve tedavisini olumsuz etkileyebilmektedir. Akut ağrılı hastalarda anksiyeteye daha fazla rastlanırken, kronik ağrılı hastaların depresif belirtilere daha yatkın olduğu saptanmıştır. Özellikle yaşlılarda, kadınlarda, yalnız yaşayanlarda, öğrenim düzeyi düşük olanlarda, şiddetli ağrısı ve uzun süreli ağrı deneyimi olanlarda depresyonun daha kolay gelişebildiği belirlenmiştir.¹³⁷

Kronik ağrılı hastalarda yapılan bir çalışmada, psikososyal durumun özellikle depresyonun ağrıdan sonra hastalık şiddetinin en önemli belirleyicisi olduğu bildirilmiştir. Ağrının erken dönemde tedavi edilmesinin, hastaların günlük yaşam aktivitelerine dönmesiyle birlikte bağımlı yaşam ve yetersizlik duygularını azaltarak depresif semptomların görülme olasılığını azaltabileceği düşünülmektedir.¹³⁸ Dünya Sağlık Örgütü tarafından yürütülen bir diğer çalışmada, sürekli ağrı yakınması olan hastalarda psikolojik bozukluk oranının, ağrısı olmayan bireylerden dört kat fazla olduğu tespit edilmiştir. Kronik ağrılı hastalarda depresyon insidansı ve prevalansının, normal nüfusa göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.¹³⁹

Ağrı ve psikolojik iyilik hali arasında karmaşık ve ters orantılı bir ilişki vardır. Kişinin ruh hali ve ağrı algılaması ile ilgili deneyimleri ağrının yoğunluğunu etkilediği gibi ağrının varlığı da ruh halinin önemli bir belirleyicisi olabilmektedir. Özellikle kanser hastalarında kontrol altına alınmayan ağrı, intihar girişimi için ciddi bir risk olarak görülmektedir. Yapılan araştırmalarda, hastalarda ağrının giderilmesi ile birlikte psikiyatrik semptomların da ortadan kaybolduğu belirlenmiştir.¹⁴⁰

Kanser hastalarında tüm ağrıların fiziksel olmadığı bilinmektedir. Çok merkezli olarak yapılan bir çalışmada kanser hastalarının % 53'ü psikiyatrik olarak normal bulunurken % 47'sinde çeşitli psikiyatrik bozuklukların olduğu tespit edilmiştir. Bu hastaların % 68'inde reaktif anksiyete ve depresyon, % 13'ünde majör depresyon ve % 8'inde organik mental bozukluk (delirium) olduğu belirlenmiştir. Psikolojik

¹³⁷ Yeliz Karateke, Yanıklı Hastalarda Ağrı, Anksiyete ve Depresyon İlişkisinin İncelenmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2010, s. 26.

¹³⁸ Özlem Altındağ - Abdurrahman Altındağ - Neslihan Soran, "Kronik Ağrılı Hastalarda Depresyon Düzeyinin Ağrı Şiddeti ve Süresi ile İlişkisinin Araştırılması", **Yeni Symposium Journal**, C. XLIV, S. 4, 2006, ss. 178-181.

¹³⁹ Eren Yılmaz, Kronik Ağrılı Hastalarda Yaşam Kalitesi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2006, s. 17.

¹⁴⁰ Erdine, a.g.e., s. 104.

gereksinimlerin iyi bilinmesi ile geçmeyeceği düşünülen ağrılarının kontrol altına alındığı vakalara rastlanmaktadır. Ağrı, bireyin kısır bir döngü içine girmesine neden olur. Bu döngüde öfke, depresyon, sosyal ilişkilerde azalma ya da tümüyle kaybolma, arkadaşların eskisi kadar aramaması, iş ve prestij kaybı, kronik yorgunluk, çaresizlik, tedirginlik, ağrı korkusunun gittikçe artması, ailevi kaygılar, maddi sorunlar ve ölüm korkusu gibi faktörlerin ağrının şiddetinin artmasında etkili olduğu belirlenmiştir.¹⁴¹

Kanser, beden imgesinde bozulmaya neden olarak bireyin kendini bir bütün olarak algılamasını olumsuz yönde etkilediği gibi kontrol edilemeyen kanser ağrısı da anksiyete, stres, ve depresyonu arttırarak ruh halini bozar. Kanser hastası için ağrı, herşeyin kötüye gittiği, tedaviye yanıt alınmadığı ve ölümün yakın olduğu gibi durumların habercisi olarak görülmektedir. Bu hastaların içe dönük, sessiz ve huzursuz olduğu, sosyal izolasyon sebebi ile emosyonel tepkiler gösterebildikleri izlenmiştir. Kanser ağrısı sempatik sinir sistemini uyararak kas gerginliğinin, kan damarlarının büzülmesinin ve strese neden olan hormonların salınımının artması gibi fizyolojik değişimlere yol açarak anksiyete, öfke ve depresyon oluşturur. Fiziksel ve ruhsal olarak meydana gelen bu karşılıklı etkileşimler hastada kısır bir döngü oluşturarak ağrı toleransını düşürür ve tedaviyi olumsuz etkiler.¹⁴²

Ağrı çeken insanın beyni farklı çalışır, olayları farklı algılar hatta bu durum yaşam biçimini değiştirmeye, toplumdan uzaklaşmaya ve sosyal etkinliklerini kısıtlamaya neden olur. Kronik ağrı bireyin uzun süre hareketsiz kalmasına bağlı olarak fonksiyonel aktiviteyi ve gücü azaltır. Ağrı çeken bireyde oluşan hayata karşı isteksizlik, amaçların azalması, özlemlerin kısıtlanması, yeterince üretken olamama, ihtiyaçlarını yerine getirememe ve eskisi gibi olamama gibi duygu ve düşüncelerin öfkeye, bezginliğe ve depresyona yol açtığı gözlenmiştir. Böyle hastalarda ağrının şiddeti fazla olmasa bile ağrı algısının arttığı ve geçmişte ağrılı olmayan birçok uyarının ağrı duygusu oluşturduğu belirlenmiştir. Kronik ağrılı hastaların kendilerini önce ailelerinden daha sonra da toplumdan soyutladıkları ve sonuçta çaresiz, yalnız ve depresif kişilik sergiledikleri görülmektedir.¹⁴³

¹⁴¹ Erdine, a.g.e., s. 183, 341.

¹⁴² Özden Dedeli - Gülten Karadeniz, “Kanser Ağrısının Kontrolü ile Psikososyal-Spiritüel Modelin Birleştirilmesi”, **Ağrı**, C. XXI, S. 2, 2009, ss. 45-53.

¹⁴³ Yılmaz, a.g.t., s. 17.

3.6. KANSER AĞRISI VE YAŞAM KALİTESİ

Ağrı ve yaşam kalitesi çeşitli temel özellikleri paylaşan fenomenler olarak değerlendirilir. Kanser ağrısı kognitif, motivasyonel, affektif, davranışsal, psikolojik ve fiziksel boyutları ile yaşam kalitesini etkilemektedir. Hastaların tamamında kanser ağrısının başarılı olarak yönetilememesi fonksiyonel durumun azalmasına, yorgunluğun artmasına ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. Yaşam kalitesi genel olarak fiziksel, fonksiyonel, sosyal ve psikolojik boyutları içerir. Bireyin fiziksel ve psikososyal boyutları arasında önemli bir etkileşim vardır. Dolayısıyla ağrı kontrolünün sağlanması, yaşam kalitesinin belirlenmesinde anahtar bir role sahiptir. Devam eden ve dindirilemeyen kanser ağrısı anksiyete ve duygusal sıkıntı oluşturur; iyilik haline zarar verir ve hastanın fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal (spiritual) fonksiyonlarını kısıtlayarak, yaşam kalitesini tüm boyutlarıyla olumsuz yönde etkiler.¹⁴⁴ (Bkz. Tablo 1)

a. Fiziksel	1) Fonksiyonel kapasitede azalma	2) Güç ve dayanıklılık kaybı	3) Yetersiz veya bölünmüş uyku	
b. Psikolojik	1) Boş zaman aktivitelerinde azalma	2) Anksiyete, korku, depresyon ve kişisel distress artışı	3) Konsantrasyon zorluğu	4) Kontrol kaybı
c. Sosyal	1) Sosyal ilişkilerde azalma	2) Cinsel fonksiyonda ve eğilimde azalma	3) Fiziksel görünümde değişim	4) Bakım verenin yükünde artma
d. Spiritual	1) Acının artması	2) Anlam dönüşümü	3) Dini vb. inançların yeniden değerlendirilmesi	

Çözülemeyen ya da giderilemeyen ağrının, bireyde yetersizlik hissine de neden olduğu, bireyin fiziksel aktiviteleri ve sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkileyerek psikolojik gerginliği arttırdığı belirlenmiştir. Kronik ağrı yemek yeme alışkanlıkları, uyku düzeni ve sosyal hayat üzerinde etkili olmakta ve bireylerin yaşam kalitesini düşürmektedir.¹⁴⁶ Kronik ağrı çeken hastalarda, depresyon bulgularının ortaya çıkmasının da ağrı toleransını düşürdüğü ve yaşam kalitesini azalttığı belirlenmiştir. Bu hastalarda depresif duygudurum ile birlikte yaşamın, görev ve sorumluluklara karşı ilgiyi azalttığı ve günlük hayat rollerini yerine getirmeyi kısıtladığı görülmektedir.¹⁴⁷

Kanser hastalarında fonksiyonel kapasiteyi değerlendirme amacıyla yapılan bir çalışmada, ağrı nedeniyle hastaların % 30'unda günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık, %

¹⁴⁴ Yasemin K. Yıldırım - Meltem Uyar - Çiçek Fadıllıoğlu, "Kanser Ağrısı ve Yaşam Kalitesine Etkisi", **Ağrı**, C. XVII, S. 4, 2005, ss. 17-22.

¹⁴⁵ R. P. Gehdoo, "Cancer Pain Management", **Indian J. Anaesth**, Vol. L, No. 5, 2006, pp. 375-390.

¹⁴⁶ Erdine, a.g.e., s. 104.

¹⁴⁷ Altındağ - Altındağ - Soran, a.g.m., ss. 178-181.

25'inde solunum güçlüğü, % 7'sinde ise transferlerde ve iletişim becerilerinde problem yaşandığı belirlenmiştir. Yine Fransa'da yapılan benzer bir araştırmada, olguların % 69'unda ağrının fonksiyonel yeteneklerde kısıtlılığa yol açtığı tespit edilmiştir. Evre II ve Evre III kanser hastalarıyla yapılan bir diğer çalışmada, sağlıklı gruba göre hastaların ağrıya bağlı olarak önemli düzeyde fonksiyon kaybına uğradıkları, mobilite, kişisel bakım el aktiviteleri, ev işleri, sosyal durum ve mesleki yönden daha bağımlı oldukları bulunmuştur.¹⁴⁸

4. DEPRESYON

4.1. DEPRESYON TANIMI

İnsan yaşamında bilişsel (cognitive) ve duygusal (emotive) süreçler birbirini takip eder. Bilişsel denildiğinde algılamak, tanımak, değerlendirmek, zamana ve yere oturtmak, neden sonuç bağlantıları kurmak, belleğe yerleştirmek gibi zihinsel yetiler anlaşılmaktadır. Duygulanım (affect) ise neşe, üzüntü, öfke, kin, nefret, korku, bunaltı, kaygı gibi duygusal tepkilerin yaşanması durumudur. En yalın ve etkisiz gibi görünen uyaranlar karşısında bile insanda farklı derecelerde de olsa bilinçli veya bilinç dışı duygusal tepkiler bir arada görülebilmektedir. Bireyin bir süre neşeli, üzüntülü, sıkıntılı, taşkın ya da çökkün bir duygulanım içinde bulunması “duygu durum (mood, mizaç)” olarak ifade edilir. Normalde bir insan, sürekli aynı duygu durumunda kalmaz, belli sınırlar içinde dalgalanmalar yaşar. Ancak ortada belirgin bir neden yokken ya da bilinç dışı nedenlerle ağır ve uzun süreli bir üzüntüye kapılmak, çöşkulu bir duruma girmek veya uygunsuz tepkiler vermek normal kabul edilmez. Böyle durumlar, duygulanım bozukluğu olarak adlandırılır.¹⁴⁹

Duygu durum bozuklukları genellikle mani ve depresyon olmak üzere iki başlık altında incelenir. Manide, yoğun ve gerçek dışı heyecan ve öfori duyguları yaşanırken depresyonda olağan dışı üzüntü ve keder duygularının yaşandığı gözlenir. Yalnızca depresif duygu durumlarının yaşanmasına “tek kutuplu (unipolar) bozukluk”; hem mani hem de depresif duyguların görülmesine ise “çift kutuplu (bipolar) bozukluk” denir.¹⁵⁰

¹⁴⁸ Didem Karadibak - Mehtap Özdirenc, “Kanser Ağrısının Fonksiyonel Kapasiteye Etkisi”, **Fizyoterapi Rehabilitasyon**, C. XIII, S. 3, 2002, ss. 113-116.

¹⁴⁹ Orhan Öztürk, **Ruh Sağlığı ve Bozuklukları**, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007, ss. 223-224.

¹⁵⁰ James N. Butcher - Susan Mineka - Jill M. Hooley, **Anormal Psikoloji**, çev. Okhan Gündüz, Kaknüs Yayınları, İstanbul, 2013, ss. 412-413.

Depresyon, Latince “depressus” kelimesinden köken almaktadır. Sözcük olarak “aşağı doğru bastırmak, çekmek, bitkin, gamlı, kederli, meyus etmek, cesaretini kırmak, donuklaştırmak, durgunlaştırmak” gibi anlamlara gelmektedir. Türkçe’deki karşılığı ise “ruhsal çöküntü ya da çökkünlük”tür.¹⁵¹

Türk Dil Kurumu tarafından depresyon kelimesine, “bunalım, çöküntü”, “sensomotorik duyarlılığın azalmasının en hafif biçimi, ruhsal veya bedensel düşkünlük durumu, genel davranışların hafif derecede azalması”¹⁵², “uzun süreli devam eden mutsuzluk ve umutsuzluk hissi, çöküntü”¹⁵³ anlamları verilmiştir.

Mutsuzluk, olumsuz gelişmeler neticesinde insanın verdiği olağan bir tepkidir. Eğer bu durum, beklenenden uzun sürerse, şartların zorluğuyla orantısızsa veya bireyin kontrolünün ötesine geçmişse çökkün duygu duruma ilişkin bir semptom olarak görülebilir.¹⁵⁴ Umutsuzluk ve keder, depresyonun iki temel özelliğidir. Kişi, bunaltıcı bir atalet hissine kapılır ve karar vermekte, bir işi başlatmakta ya da birşeye ilgi duymakta acizlik yaşar. Yetersizlik ve değersizlik duyguları içindedir ve sık sık ağlama nöbetlerine girer hatta intihar düşüncesine girebilir.¹⁵⁵

Normal bir duygu (mood), bir semptom ve sendrom grubu olarak ele alınabilecek olan depresyon, psikolojide bilişsel, algısal veya motor performanstaki azalmayı ifade etmek için kullanılan bir terimdir. Klinik psikiyatride ise normal duygu oynamalarından melankoliye (psikotik) kadar uzanan geniş bir yelpazede meydana gelen affektif değişiklikleri içermektedir.¹⁵⁶

Birçok bedensel ve ruhsal hastalıkta ortaya çıkabilen, bazen de belirli bir nedene bağlı olmadan kendini gösterebilen depresyon, temelinde elem doğrultusunda artmış olan duygu durumunun bulunduğu, bedensel, ruhsal ve toplumsal belirti ve yakınmaların tümünü içeren önemli bir sendromdur.¹⁵⁷

¹⁵¹ Özcan Köknel, **Depresyon**, Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul, 1989, s. 14.

¹⁵² Büyük Türkçe Sözlük, “Depresyon maddesi”, **Türk Dil Kurumu**, <http://www.tdk.gov.tr/>, (11.12.2014)

¹⁵³ Bilim ve Sanat Terimleri Ana Sözlüğü, “Depresyon maddesi”, **Türk Dil Kurumu**, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bilimsanat&view=bilimsanat, (11.12.2014).

¹⁵⁴ Oğuz Karamustafaloğlu - Hüseyin Yumrukçal, “Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları”, **Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni**, C. XLV, S. 2, 2011, s. 66.

¹⁵⁵ Atkinson - Atkinson - Hilgard, a.g.e., s. 622.

¹⁵⁶ Ömer Tunçer, “Depresyon ve Somatizasyon”, **İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri** (Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu), İstanbul, 1999, s. 48.

¹⁵⁷ Köknel, a.g.e., s. 15.

Depresyon, bireyde hormonal bozukluklar, kalıtsal ve çevresel faktörlere bağlı olarak gelişebilen bir çökkünlük halidir.¹⁵⁸ Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) depresyonu; üzüntü, ilgi ve zevk kaybı, suçluluk ve düşük özdeğer duyguları, uyku ve iştahta bozulma, yorgunluk hissi ve konsantrasyon kaybı ile karakterize yaygın bir ruhsal bozukluk olarak tanımlamıştır.¹⁵⁹

Depresyon, herkesin her zaman yaşayabileceği bir olgudur ve yaşamın birçok stresine karşı verilen normal bir tepkidir. Okul ve iş yaşamında başarısızlık, sevilen birinin kaybı, hastalık ya da yaşlılığın kişinin öz kaynaklarını tükettiği düşüncesi gibi durumlarda depresyon yaşanabilmektedir. Ancak depresyon, ilgili olayla orantısız ise ve çoğu kişinin kendini tekrar iyi hissetmeye başlayacağı noktadan sonra da halen devam ediyorsa anormallik düşünülür.¹⁶⁰

4.2. DEPRESYONDA YAYGINLIK VE SIKLIK

Tek kutuplu depresyon olarak da adlandırılan major depresyonun son zamanlarda belirgin bir şekilde arttığı ve yaşam boyu görülme oranının % 17 olduğu belirlenmiştir.¹⁶¹ Major depresyonda yaygınlık oranının cinsiyete göre değiştiği, erkeklerde % 3, kadınlarda ise % 5-9 aralığında olduğu tespit edilmiştir. Yaşam boyu depresyon görülme oranının ise erkekler için % 8-12, kadınlar için de % 20-26 olduğu bildirilmiştir. Depresyonun kadınlarda 35-45 yaş aralığında, erkeklerde ise 55 yaş sonrası daha sık görüldüğü belirlenmiştir.¹⁶²

Son yıllarda yapılan araştırmalar, sosyo-kültürel yapının değişimiyle birlikte depresyon görülme oranının, yaşlılarda yükseldiğini göstermektedir. Yine çeşitli araştırmalardan elde edilen verilere göre depresyonun en çok eşinden ayrılmış kişilerde görüldüğü belirlenmiştir. Düşük sosyo-ekonomik düzeydeki çalışan kadınlarda, yüksek

¹⁵⁸ Rasim Adasal, **Ruh Hastalıkları**, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, Ankara, 1976, s. 223.

¹⁵⁹ WHO (World Health Organization), <http://www.who.int/topics/depression/en/>, (16.12.2014).

¹⁶⁰ Atkinson - Atkinson – Hilgard, a.g.e., s. 622.

¹⁶¹ Butcher - Mineka - Hooley, a.g.e., s. 417.

¹⁶² Öztürk, a.g.e., s. 226.

sosyo-ekonomik düzeyde çalışan kadınlara göre ve işsiz kişilerde çalışanlara göre daha fazla depresyon görüldüğü tespit edilmiştir.¹⁶³

Kanser hastalarında major depresyon görülme sıklığının % 1.5-50 aralığında değiştiği belirlenmiştir. Bu farklılıkta kanser evresinin ve türünün etkili olduğu söylenebilir.¹⁶⁴ Kanser hastalarında yaygın olarak görülen major depresyon yaşam kalitesini, tedaviye uyumu, hastalığın şiddetini ve tedaviye yanıtı olumsuz etkileyen önemli bir psikiyatrik bozukluktur. Araştırmalara göre kanserde depresyon açısından belirlenen risk faktörleri şöyle sıralanabilir: Psikiyatrik hastalık öyküsü, düşük benlik saygısı, tanı sırasında duygusal stres ve yetersiz sosyal destek, fonksiyonel kapasite düşüklüğü, kötü fiziksel şartlar, eş veya yakın akraba kaybı, alkol bağımlılığı, ilerlemiş kanser, yetersiz ağrı kontrolü, eşlik eden fiziksel hastalıklar ve depresyon yan etkisine sahip kemoterapötiklerin kullanımı.¹⁶⁵

4.3. DEPRESYONDA NEDENSEL ETKENLER

Depresyon oluşumuna neden olan faktörler; biyolojik ve psiko-sosyal etkenler olarak iki başlık altında incelenebilir.

4.3.1. Biyolojik Etkenler

Kalıtım

Aile çalışmaları, unipolar depresyon tanısı konan kişiler ile aralarında kan bağı olanlarda duygu durum bozukluklarının görülme olasılığının genel nüfusa göre 2-3 kat daha fazla olduğunu göstermektedir.¹⁶⁶

Biyokimyasal Etkenler

Depresyonun, beyindeki sinir hücrelerinin etkinliğini düzenleyen ve iletişimini kuran nörotransmitter maddelerin (norepinefrin, serotonin vb.), kolektif olarak davranışsal etkinliğin, stresin, duygusal ifadenin ve istem dışı fonksiyonların (iştah, uyku, uyarılma

¹⁶³ B. Mert Savrun, “Depresyonun Tanımı ve Epidemiyolojisi”, **İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri** (Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu), İstanbul, 1999, ss. 13-15.

¹⁶⁴ Sibel Çakır, “Genel Tıpta Depresyon”, **Klinik Gelişim**, C. XXII, S. 4, 2009, s. 62.

¹⁶⁵ Ümit Aydoğan ve diğerleri, “Kanser Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ve Hastalıkla Başa Çıkma Tutumlarının İlişkisi”, **Türk Aile Hekimliği Dergisi**, C. XVI, S. 2, 2012, s. 56.

¹⁶⁶ Butcher - Mineka - Hooley, a.g.e., ss. 431-432.

vb.) düzenlenmesinde önemli rol oynadığı, duygu durum bozukluklarında ise bu fonksiyonlarda bir takım aksamalar olduğu belirlenmiştir.¹⁶⁷ Nörotransmitter maddelerden dopaminin de depresyonda azaldığı¹⁶⁸ ve hareketlerde yavaşlamanın ön planda olduğu retarde depresyona ve öğrenme yetersizliğine yol açtığı da bilinmektedir.¹⁶⁹ Depresyonlu hastalarda, kortizol seviyesinin oldukça yüksek olduğu ve uykunun indüklediği büyüme hormonu salgılanmasının azaldığı belirlenmiştir. Ayrıca tiroid hastalıklarında % 5-10 oranında depresyon görülme sıklığı bildirilmiştir.¹⁷⁰

Uyku ve Diğer Biyolojik Ritimler (Circadian Rhytm, Gün Işığı ve Mevsimler)

Depresyonlu hastaların yaklaşık % 80-85'inin uykusuzluktan, % 15-20'sinin de fazla uyumaktan yakındığı tespit edilmiştir. Araştırmalarda depresyondaki nörokimyasal, nörohormonal ve metabolik değişimlerin uyku örüntüsünü de etkilediğini gösteren bulgular elde edilmiştir.¹⁷¹ Depresyonlu hastanın uykudaki bu düzensizliklere bağlı olarak yaşadığı beden saati bozukluğu günün 24 saatine yansır. Ayrıca beden saati düzeninin mevsimlere göre de bir ayarlama sistemine sahip olduğu ve bu düzenlenmede melatonin miktarının etkili olduğu tahmin edilmektedir. Melatoninin geceleri ve öncelikle uyku esnasında arttığı, gündüz ise daha az salgılandığı tespit edilmiştir.¹⁷²

4.3.2. Psiko-Sosyal Etkenler

Hastalık Öncesi Kişilik

Yapılan araştırmalarda depresyona duyarlı özel bir kişilik tipi veya kişilik özelliği saptanamamıştır. Ancak bağımlı, obsesif ve histriyonik kişiliklerin depresyona yatkın olduğu ifade edilmektedir.¹⁷³ Beck, depresyona yatkınlığın temelinde bilişsel bozukluğun bulunduğu görüşünü savunmuştur. Ona göre depresyona yatkın kişiler kendi benliklerini, çevrelerini ve geleceklerini karamsar ve olumsuz bir biçimde algırlar. Bu kişilerde yaşanan zorlanmalar karşısında depresyon görülme olasılığı da artar. Depresyona yatkın

¹⁶⁷ Butcher - Mineka - Hooley, a.g.e., s. 434.

¹⁶⁸ Beyazıt Yemez - Köksal Alptekin, "Depresyon Etiyolojisi", **Psikiyatri Dünyası**, C. I, 1998, s. 23.

¹⁶⁹ İbrahim Balcıoğlu, "Depresyon Etiyopatogenezi", **İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri** (Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu), İstanbul, 1999, s. 22.

¹⁷⁰ Karamustafalıoğlu - Yumrukçal, a.g.m., s. 66.

¹⁷¹ Hamdullah Aydın - Fuat Özgen, "Psikiyatrik Bozukluklarda Uyku Çalışmaları", **Klinik Psikiyatri**, C. II, 1998, ss. 91-92.

¹⁷² Öztürk, a.g.e., s. 230.

¹⁷³ Yemez - Alptekin, a.g.m., s. 22.

kişilik yapısının özellikleri şu şekilde sıralanmıştır: Kuvvetli bağımlılık duyguları; terkedilmeye karşı aşırı duyarlılık; acımasız, cezalandırıcı, katı üst benlik; sevgi nesnelere karşı etkili duygu; gerçek ya da düş ürünü sevgi nesnesi yitimi; bilinç dışında kuvvetli kızgınlık, kin, nefret gibi saldırganlık dürtülerinin varlığı; saldırgan dürtülerin bireyin benliğine yöneltilmesi.¹⁷⁴

Diğer taraftan, genellikle kimseyi incitmemeye, herkesi hoşnut etmeye, iyiliksever, aşırı duyarlı, titiz, sorumluluk duygusu güçlü, yakınlarına aşırı bağımlı, kendisinden ve yakınlarından yüksek beklentileri olan, mükemmeli arayan, onurlarına düşkün, öfke duygularını dışa vurmayan, çabuk etkilenen ve üzülen, meraklı kişilerin de depresyona yatkın olduğu belirtilmektedir. Bu özelliklere sahip olan kişilerin zamanla çeşitli yaşam olayları, baskılar, örseleyici durumlar, yaşlanma, beklentilerin gerçekleşmemesi gibi durumlar karşısında hayır diyememe, hep vermeye çalışma, aşırı sorumluluk alma vb. duyarlılıkların zamanla eziyet haline gelmesi söz konusudur. Sonuçta kişi, kendini ezilmiş, yenik düşmüş, birçok doyum ve uyum kaynaklarını yitirmiş hissederek depresyona eğilimli hale gelebilmektedir.¹⁷⁵

Yaşanan Stresli Olaylar

Psikolojik stres kaynaklarının, anksiyeteden şizofreniye değin bir çok ruhsal bozukluğun ortaya çıkmasında etkili olduğu saptanmıştır. Sevilen birinin kaybı, önemli yakın ilişkilere ya da kişinin mesleğine yönelik tehditler ya da şiddetli ekonomik sıkıntılar, ciddi sağlık sorunları gibi stresli olayların, depresyonun başlangıcında rol oynadığı belirlenmiştir. Bunların dışında hayatta karşılaşılan çeşitli karmaşık ve içinden çıkılmaz sanılan olaylarda sorun çözme yeteneğinin düşük olmasının, kişiler arası stres düzeyinin yükselmesine ve dolayısıyla daha fazla depresyon belirtisinin görülmesine neden olduğu da tespit edilmiştir. Yine stresli bir olay yaşamış depresif kişilerin, stresli bir olay yaşamamış depresif kişilere göre daha şiddetli depresif belirtiler gösterme eğiliminde oldukları belirlenmiştir.¹⁷⁶

Yeterli şiddette bir stresin beyinde yapısal ve işlevsel uzun süreli hatta kalıcı değişikliklere (nöron kaybı, nörotransmitter düzeyleri, reseptör sayısı ve duyarlılığı,

¹⁷⁴ Köknel, a.g.e., ss. 53-54.

¹⁷⁵ Öztürk, a.g.e., s. 231.

¹⁷⁶ Butcher - Mineka - Hooley, a.g.e., ss. 441-442.

sinaptik bileşkede değişiklikler) neden olabildiği saptanmıştır. Bu değişikliklerin ise bireyi, depresyona duyarlı hale getirdiği görülmüştür.¹⁷⁷

4.4. DEPRESYONDA BELİRTİ VE BULGULAR

Depresyonda ortaya çıkan belirtiler; genel görünüm ve dışa vuran davranış, konuşma ve ilişki kurma, duygulanım ve duygu durum, bilişsel yetiler, düşünce akımı ve içeriği, hareket, fizik ve fizyolojik belirtiler¹⁷⁸ başlıkları altında gruplandırılabilir.

Genel görünüm ve dışa vuran davranış; hastanın kendine bakımına, giyimine ve kişisel hijyenine gösterdiği özende azalma dikkat çeker.¹⁷⁹ Ayrıca depresyonlu kişide yüz çizgileri belirgin, alın çizgileri derinleşmiş bir görünümün yanı sıra durgunluk, sıkıntı ve tedirginlik hali gözlenir.¹⁸⁰ Çarpıtılmış beden imgesi de depresif hastalarda ortaya çıkan önemli bir belirtidir. Hasta bedeninin dış görünüşünde ve yüzünde çirkinleşme olduğu düşüncesine sahiptir. Aynı zamanda kendisini şişman veya zayıf, hastalıklı ve sakat bir görünümde algılar. Bu belirtilere kadınlarda daha sık rastlanmaktadır.¹⁸¹

Konuşma ve ilişki kurma; depresif hastada konuşmanın tempo ve ritmi yavaşlayabilir. Soru sorulduğunda geç ve kısa cevaplar verebilir.¹⁸² İnsanlar arası ilişkilerde zorlanma görülür. Sözlü ve sözsüz iletişim biçiminde elem doğrultusunda artmış bir duygu durum söz konusudur. Hastanın ailesiyle, çevresiyle olan ilişkilerinde azalma hatta tümüyle kopmalar olabilir. Herşeyden ve herkesten kaçıp uzaklaşma isteği ortaya çıkabilir.¹⁸³ Eskiden zevkle yapılan işlere, hobilere ve günlük yaşam olaylarına karşı ilgi ve isteğin azaldığı görülür. Ayrıca sosyal ilişkilerden uzaklaşma ve izolasyon da göze çarpar.¹⁸⁴

Duygulanım ve duygu durum; depresif hastalarda duygulanım olarak üzüntü ve acı duyma, sık ağlama kimilerinde ise üzüntünün yanında ağır bunaltı (anksiyete) yaşanır.¹⁸⁵ Bir sendrom olarak depresyonda değersizlik, ümitsizlik, çaresizlik, ilgisizlik, anksiyete gibi

¹⁷⁷ Yemez - Alptekin, a.g.m., s. 22.

¹⁷⁸ Öztürk, a.g.e., ss. 235-37.

¹⁷⁹ Ali K. Göğüş, "Depresyonun Klinik Belirtileri", **Duygudurum Dizisi**, C. I, 2000, s. 41.

¹⁸⁰ Öztürk, a.g.e., s. 235.

¹⁸¹ Köknel, a.g.e., s. 62.

¹⁸² Göğüş, a.g.m., s. 40.

¹⁸³ Köknel, a.g.e., s. 60.

¹⁸⁴ Göğüş, a.g.m., s. 40.

¹⁸⁵ Öztürk, a.g.e., s. 235.

belirtilerin¹⁸⁶ yanı sıra çökkün ruh hali, aktivitelerde ilgi ve zevkin kaybı, özgüven azalması, suçluluk, karamsarlık¹⁸⁷ duyguları hakimdir. Karamsarlıkla ilgili semptomlar ise üç döneme ayrılabilir. Hastanın şimdiki zaman karamsarlığında, yaşadığı her olayın “kötü ve olumsuz” tarafını görme, her yaptığı işte başarısız olduğunu düşünme, kendini beceriksiz ve işe yaramaz hissetme ve başkalarının da kendisini böyle gördüğüne inanma gibi duygular içindedir. Özgüven kaybı ve benlik saygısında belirgin bir azalma söz konusudur. Geçmişle ilgili karamsarlıkta üzüntülü, mutsuz anları hatırlama ve kendini geçmişte yapılan küçük hatalarda bile suçlama görülür. Geleceğe yönelik karamsarlıkta ise herşeyin kötüye gideceğini, iş yaşamının, ekonomik durumunun, aile ilişkilerinin, sağlık durumunun vb. giderek bozulacağını düşünür.¹⁸⁸

Bilişsel yetiler; dikkatsizlik, dikkatin odaklaştırılmaması, dalgınlık, unutkanlık, düşüncenin dağılması gibi zihinsel işlev bozuklukları da depresyonlarda en sık ortaya çıkan bilişsel belirtilerdir.¹⁸⁹ Ciddi depresyonlu hastalarda, karar verme yeteneğine azalma söz konusudur. Böyle hastaların herhangi bir durum karşısında karar vermekten kaçındıkları, hatta söyleyecekleri sözde, yapacakları harekette bile kararsız davrandıkları gözlenir.¹⁹⁰

Düşünce akımı ve içeriği; depresyonda olan bir kişide genel olarak düşüncede yavaşlama vardır. Düşünce içeriğinin geçmiş pişmanlıklar ve acı veren olumsuz hatıralarla dolu olduğu, geleceğin karanlık ve umutsuz olarak tahayyül edildiği gözlenir. Hastada kendini suçlama, değersizlik ve işe yaramazlık düşüncelerinin yer etmesiyle cezalandırılma beklentisi oluşabilir.¹⁹¹

Hareket; depresif kişilerde kederli ve tedirgin duygu durum, zihinsel işlevlerin yanı sıra hareketlerde de azalma ve yavaşlamaya neden olur. Hasta zamanla günlük aktiviteleri gerçekleştirilmede zorluk çeker.¹⁹² Psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon, şiddetli depresyonun önemli bulgularındandır.¹⁹³ Ajitasyon, hasta tarafından dinmek bilmeyen bir

¹⁸⁶ Tunçer, a.g.tb., s. 48.

¹⁸⁷ Karamustafalıoğlu - Yumrukçal, a.g.m., s. 66.

¹⁸⁸ Göğüş, a.g.m., ss. 39-41.

¹⁸⁹ Köknel, a.g.e., ss. 16-17.

¹⁹⁰ Köknel, a.g.e., ss. 64-65.

¹⁹¹ Öztürk, a.g.e., s. 236.

¹⁹² Köknel, a.g.e., s. 59.

¹⁹³ Aylin Uluşahin, “Depresyona Genel Yaklaşım”, **Türkiye Tıp Dergisi**, C. X, S. 2, 2003, s. 81.

huzursuzluk ve rahatlayamama durumu, çevresindekiler tarafından ise süreklilik gösteren amaçsız bir aktivite olarak algılanır.¹⁹⁴

Fizik ve fizyolojik belirtiler; günlük yaşamda sıklıkla karşılaşılan bedensel ağrılar, baş dönmesi, iştahsızlık, bulantı, uykusuzluk, çarpıntı, cinsel işlev bozuklukları gibi belirtilerin¹⁹⁵ yanı sıra kilo değişiklikleri, kabızlık, baş ağrısı vb. bedensel rahatsızlıklar¹⁹⁶ da depresyonda görülebilmektedir. Hastalar genellikle enerji azlığı, güçsüzlük, halsizlik ve çabuk yorulmadan şikayet ederler.¹⁹⁷ Uykusuzluk, uykuya dalma güçlüğü, sık uyanma ya da erken uyanma da depresyonda sıklıkla karşılaşılan durumlardır.¹⁹⁸

4.5. DEPRESYONDA TANI ÖLÇÜTLERİ VE SINIFLANDIRMA

Depresyonun klinik tanısında Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) hazırladığı ICD ve Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından hazırlanan DSM kriterleri, tüm dünyada yaygın olarak kabul gören iki sistemdir. Ancak iki sistem arasında benzerlikler olduğu gibi farklılıklar da vardır. Örneğin DSM sisteminde depresyonun bilişsel belirtilerinde “konsantrasyon bozukluğu ve kararsızlık” ifadesi tercih edilirken, ICD sisteminde “dikkat azalması” ve konsantrasyon bozukluğu yerine de “dikkatini toparlayamama” ifadesi kullanılmıştır.¹⁹⁹

Dünya Sağlık Örgütü, bir depresyon epizotunu (atak), semptomların sayısı ve şiddetine bağlı olarak hafif, orta ve şiddetli olarak üçe ayırmıştır. Kişinin geçmişinde manik atakların olup olmasının depresyon açısından önemli olduğu belirtilerek “unipolar depresyon” ve “bipolar duygu durum bozukluğu” ayrımı yapılmıştır.²⁰⁰ DSÖ, ICD 10'da (Classification of Mental and Behavioral Disorders) depresif epizotların genel özellikleri; ilgi ve zevk kaybı, artmış yorgunluk ve aktivite kaybına yol açan azalmış enerji olarak belirtilmiştir. Ayrıca depresif durumda görülen diğer yaygın semptomlar ise ; azalmış konsantrasyon ve dikkat, azalmış özdeğer ve özgüven, suçluluk ve değersizlik

¹⁹⁴ Göğüş, a.g.m., s. 40.

¹⁹⁵ Köknel, a.g.e., ss. 16-17.

¹⁹⁶ Tunçer, a.g.tb., s. 48.

¹⁹⁷ Öztürk, a.g.e., s. 237.

¹⁹⁸ Uluşahin, a.g.m., s. 81.

¹⁹⁹ Selçuk Kırılı, “Depresyon”, **Güncel Klinik Psikiyatri**, ed. Erdal Işık - Ender Taner - Umut Işık, Ankara, 2008, ss. 131-155.

²⁰⁰ WHO (World Health Organization), Fact Sheet N°369, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>, 2012, (16.12.2014).

duyguları, geleceğe umutsuz ve kötümser bakma, kendine zarar verme veya intihar düşüncesi ve eylemi, bozulmuş uyku, azalmış iştah şeklinde sıralanmıştır.²⁰¹

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) tüm dünyada en fazla kabul gören sınıflandırma sistemi olan DSM IV-TR'de (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) depresyon, duygu durum bozuklukları altında ele alınmış ve şöyle sınıflandırılmıştır²⁰²:

1. Major Depresif Bozukluk (a.Tek epizot b.Tekrarlayan epizot)²⁰³
2. Distimik Bozukluk²⁰⁴
3. Başka Türü Adlandırılmayan Depresif Bozukluk²⁰⁵

APA, 2013 yılında yayınladığı DSM V²⁰⁶'te depresif bozuklukları şu şekilde sınıflandırmıştır²⁰⁷:

1. Major Depresif Bozukluk (a.Tek dönem b.Yineleyici)
2. Yıkıcı Duygu Durum Disregülasyon Bozukluğu
3. Süreğen Depresif Bozukluklar
4. Premenstrüel Disforik Bozukluk
5. Başka Türü Adlandırılmayan Depresif Bozukluk

DSM V sınıflandırmasında, DSM IV'te yer alan "distimik bozukluk" kaldırılarak hem "kronik depresyon" hem de "distimik bozukluk" ölçütlerini karşılayan "süreğen depresif bozukluk" getirilmiştir. "Yıkıcı duygu durum bozukluğu" ise DSM V

²⁰¹ WHO (World Health Organization), **The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders** (Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines), <http://www.who.int/classifications/icd/en/>, (16.12.2014), pp. 100-103.

²⁰² APA (American Psychiatric Association), **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, Forth Edition, Text Revision (DSM IV), Washington, DC, 2000; **DSM IV-TR Classification**, www.acsw.ab.ca/pdfs/workshop_5_handout.pdf, (17.12.2014), p. 8.

²⁰³ (Bkz.) APA (American Psychiatric Association), **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth Edition**, Text Revision (DSM IV), Washington, DC, 2000, p. 356; Richard N. Rosenthal, **Managing Depressive Symptoms in Substance Abuse Clients During Early Recovery**, Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, 48, U.S. Department of Health and Human Services, Rockville, 2009, <http://www.kap.samhsa.gov>, (17.12.2014), p. 143.

²⁰⁴ (Bkz.) APA, (DSM IV-TR), p. 380; Rosenthal, a.g.e., <http://www.kap.samhsa.gov>, (17.12.2014), pp. 143-144.

²⁰⁵ (Bkz.) Ertuğrul Köroğlu, **Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri**, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2004, ss. 253-325;

²⁰⁶ American Psychiatric Association, **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th (DSM V)**, ed. V. A. Arlington, American Psychiatric Association, 2013.

²⁰⁷ Kürşat Altınbaş, "Duygu Durum Bozukluklarında Gelecek Sınıflandırma ve Tedaviler", **17. Klinik Eğitim Sempozyumu**, Antalya, 2013, 78.189.53.61/-/TPD17/12.pdf, (18.12.2014), s. 10.

yayınlanmadan önce “çocukluk bipolar bozukluğu” olarak işaret edilen ve 18 yaş öncesi çocuklarda; sürekli sinirlilik hali ve taşkınlığın sık ataklar gösterdiği, kontrol dışı davranışların ortaya çıktığı bir bozukluktur. “Premenstrüel disforik bozukluk” regl öncesi artmış duyarlılık, ani üzüntü, kişiler arası çatışmalar, sinirlilik, kızgınlık, ümitsizlik, çökkünlük durumu, anksiyete, aktivitelerde (iş, okul, arkadaşlar, hobiler vb.) ilgi azalması, konsantrasyon güçlüğü, yorgunluk, uykusuzluk veya aşırı uyku, iştahsızlık veya aşırı yeme, eklem ya da kas ağrısı gibi fiziksel semptomlarla kendini gösteren bir bozukluk olarak sınıflandırmaya dahil edilmiştir.²⁰⁸

Depresyonun; kronik depresyon, mevsimsel affektif bozukluk, postpartum depresyon (doğum sonrası depresyon), psikotik özellikli depresyon, katatonik depresyon, atipik depresyon, melankolik depresyon gibi çeşitli alt tipleri de tanımlanmıştır.²⁰⁹

4.6. DEPRESYON TEDAVİSİ

Depresyonun tedavisinde, tanıyı doğru koymak ve kanıta dayalı prensipler doğrultusunda amaca yönelik müdahalelerin yapılması önemlidir. Tedavide temel prensipler; eşlik eden tıbbi durumu saptamak ve tedavi etmek, hastayla terapötik uzlaşma sağlamak, uygun tedaviyi belirlemek, tedaviye yanıtı sağlamak ve nüksü engellemek şeklinde sıralanabilir.²¹⁰

Depresyon tedavi edilmediği takdirde sosyal, akademik, ailesel işlevsellikte ciddi sorunların yaşanmasının yanı sıra intihar ile de sonuçlanabilen önemli bir bozukluktur.²¹¹ Depresyon tedavisinin düzenlenmesinde iki ana faz söz konusudur. Bunlardan birincisi 8-12 hafta süren akut faz, diğeri ise bunu takiben 6-12 aylık idame fazıdır. Akut dönem tedavisi, depresyonlu hastanın remisyona ulaşmasını (düzelme) sağlamak amacıyla 6-8 hafta sürebilmektedir. İdame tedavisi ise remisyona ulaştıktan (düzelme) sonra genellikle 6 ay süren bir uygulamadır. Bu dönemde hastalık belirtilerinin ortaya çıkması relaps (nüks) olarak adlandırılır. Ancak relaps (nüks), yeni bir depresyon atağı değil, tedavi edilen atağın yeniden belirmesi olarak kabul edilir. Eğer bu 6 aylık idame tedavisinin sonrasında, hasta

²⁰⁸ John M. Grohol, “DSM-5 Changes: Depression and Depressive Disorders”, <http://pro.psychcentral.com/dsm-5-changes-depressive-disorders/004259.html>, (15.12.2014).

²⁰⁹ Karamustafalıoğlu - Yumrukçal, a.g.m., s. 66.

²¹⁰ Karamustafalıoğlu - Yumrukçal, a.g.m., s. 67.

²¹¹ Mustafa D. Tutkunkardaş - Ayşe Kılınçaslan, “Çocuk ve Ergenlerde Depresyonun İlaçla Tedavisi: Bir Gözden Geçirme”, **Journal of Mood Disorders**, Vol. I, No. 1, 2011, p. 34.

düzelmiş halini semptomatik ve fonksiyonel olarak sürdürebiliyorsa iyileşme (re-recovery) olduğu ve depresyon atağının sona erdiği düşünülür. Bu aşamadan sonra yeni bir depresyon atağı ortaya çıkarsa buna yineleme (rekürrens) adı verilir.²¹²

Tüm depresyon türlerinde ilaç tedavileri ve yapılandırılmış psikoterapilerin etkili olduğu ve iki tedavinin birlikte uygulanması durumunda etkinliğin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.²¹³

Depresyon orta ya da ağır derecede ise kısa destekleyici tedaviye yanıt vermiyorsa, kronik ya da tekrarlayıcı özellikteyse, belirgin psiko-sosyal bozulma, ajitasyon ya da intihara eğilim mevcut ise yatarak tedavi, özelleşmiş psikoterapiler, ilaçlı ya da bu iki yöntemin kombinasyonundan oluşan tedavi seçenekleri uygulanabilmektedir.²¹⁴

5. YAŞAM KALİTESİ

5.1. YAŞAM KALİTESİNİN TANIMLANMASI

Yaşam kalitesi; bireysel ve toplumsal refahın, çevre koşullarının kalitesine ve ekolojik yapıların yaşanabilirliğine dek birçok alanda kullanılan ve çok boyutlu değişkenleri içeren önemli bir kavramdır. 1960'lı yıllardan önce sosyoloji ve ekonomi bilimlerinde, sonraki yıllarda ise psikoloji ve tıp alanında bu kavrama ilgi gösterilmeye başlanmıştır.²¹⁵ Yaşam kalitesi kavramı ilk kez Thorndike (1939) tarafından kullanılmış ve "sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi" olarak tanımlanmıştır.²¹⁶

Yaşam kalitesi kavramına farklı bilimsel disiplinler, farklı tanım ve yorumlamalar getirmiştir. Dolayısıyla bu kavram için ortak bir tanımdan ya da parametreden söz etmek mümkün değildir. Melson²¹⁷ (1980) yaşam kalitesini; geleceğe ilişkin umut, yeterli gıda, giyecek, barınma koşulları, gelir düzeyi, işle ilgili beklentilerin karşılanması, anne ve çocuk sağlığı, aile ve toplumsal refahın sağlanması olarak görmektedir.

²¹² Karamustafalıoğlu - Yumrukçal, a.g.m., s. 67.

²¹³ Çakır, a.g.m., s. 63.

²¹⁴ Tutkunkardaş - Kılınçaslan, a.g.m., s. 40.

²¹⁵ Sevban Arslan - Nurgül Bölükbaş, "Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi", **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, C. VI, S. 3, 2003, ss. 38-47.

²¹⁶ Asiye Akyol, "Yaşam Kalitesinin Hemşirelik Yönünden Önemi", **Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, C. IX, S. 3, 1993, ss. 71-75.

²¹⁷ F. Gail Melson, **Family and Environment: An Ecosystem Perspective**, Burgess, Minneapolis, 1980; Emine Özmete, "Aile yaşam Kalitesi Dinamikleri: Aile İletişimi, Ebeveyn Sorumlulukları, Duygusal Refah, Fiziksel/Materyal Refahın Algılanması", **Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi**, C. III, S. 11, 2010, s. 455

Çeşitli tanımlamalarda yaşam kalitesinin mutluluk, uyum, doyum, memnuniyet gibi kavramlarla ifade edildiği görülmektedir.²¹⁸ Patrick ve Erichson (1993)²¹⁹ yaşam kalitesini, ölüm ve yaşam süresi, özürllük, fonksiyonel durum, sosyal, psikolojik veya fiziksel sağlığın algılanması ve sosyo-kültürel dezavantajları içeren temel bir kavram olarak tanımlamışlardır. Fayos ve arkadaşları²²⁰, “kişilerin yaşamlarını değerli buldukları şekilde sürdürme yetileri” olarak; Maeland (1993)²²¹ ise “mutluluk, doyum, gereksinim duyulan memnuniyet ve kendini gerçekleştirme” kavramları ile açıklamıştır.²²² Ayrıca “bireyin sahip olduğu kendine saygı ve yaşam amacı”²²³ olarak da ele alınmıştır.

Hoernquist (1989)²²⁴ yaşam kalitesini; “fiziksel, psikolojik, sosyal aktivite, maddi ve yapısal alanda tatmin olma ihtiyacının derecesi”; Cella (1992)²²⁵ ise fiziksel, fonksiyonel, emosyonel ve sosyal faktörlerin kombinasyonundan oluşan bir iyilik hali olarak tanımlamıştır. Szalai’ne göre ise yaşam kalitesi, bireyin yaşamının iyi ve tatminkar özelliklerinin genel bir değerlendirmesidir.²²⁶ Campell ve arkadaşları (1976), yaşam kalitesinin en iyi belirleyicisi olarak “yaşam doyumunu” kavramı ile ifade edilebileceğini belirtmişlerdir.²²⁷

Yaşam doyumunu ve yaşam kalitesi kavramlarının birbirlerinden farklı oldukları fakat yaşam doyumunun, yaşam kalitesinin içerisinde yer alan bir kavram olduğu belirtilmektedir. Yaşam doyumunu, “bir insanın istedikleri ile elde ettiklerinin karşılaştırılması ile oluşan sonuç” olup bireyin tüm yaşam süreci içinde yer alan ve

²¹⁸ Arslan - Bölükbaş, a.g.m., s. 39.

²¹⁹ D. L. Patrick - P. Erichson, “Health Status and Health Policy”, **Oxford University Press**, New York, 1993.

²²⁰ J. C. J. De Haes - F. C. E. Van Knippenberg, “The Quality of Life and Survival: The Role of Multidimensional Symptom Assessment”, **Cancer**, Vol. LXXXIII, 1993, pp. 173-179.

²²¹ Allen Hutchinson et al., **Health Outcome Measures in Primary and Out-Patient Care**, Harwood Academic Publishers, Amsterdam, 1996, p. 189.

²²² Aysun Perim, “Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi”, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Edirne, 2007, s. 10.

²²³ F. M. Lewis, “Experienced Personal Control and Quality of Life in Late Stage Cancer Patients”, **Nursing Research**, Vol. XXXI, No. 2, 1982, pp. 113-119.

²²⁴ J. O. Hornquist, “Quality of Life: Concept and Assessment”, **Scandinavian Journal of Social Medicine**, Vol. XVIII, 1989, pp. 69-79.

²²⁵ D. F. Cella, “Quality of Life: The Concept”, **J. Palliative Care**, Vol. III, pp. 8-13.

²²⁶ Şule Arslan - Yeşim G. Kutsal, “Geriatride Yaşam Kalitesinin Değerlendirmesi”, **Geriatrici**, C. II, S. 4, 1999, s. 174.

²²⁷ A. Campell - P. E. Converse - W. L. Rodgers, **The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations and Satisfactions**, ed. Russel Sage, New York, 1976; G. V. Padilla - M. M. Grant - B. Ferell, “Nursing Research into Quality of Life”, **Quality of Life Research**, Vol. I, 1992, pp. 341-348; Hutchinson et al., a.g.e., s. 190.

psikolojik durumuna ilişkin subjektif bir kavramdır.²²⁸ Yaşam kalitesi bir iş ve hobilere sahip olmak ya da sosyal bir çevrede bulunmaktan öte “kişisel doyum”u ifade eden ve kişinin hayat görüşü ve değer yargıları ile bağlantılı bir anlam içerir. Yaşam kalitesini etkileyen bireysel iyilik hali ise öznel bir durum olup; bireyden bireye, şartlara ve ruh haline göre değişim gösterebilir. Bireysel iyilik halinin en önemli belirleyicilerinden biri olan yaşam alanı, bir kişi için işinden aldığı doyum iken bir başkası için yakınlarıyla kurduğu ilişkidir. Ani hastalıklar, haksızlığa uğramak, sevmek, saygı görmek vb. durumlar, bireysel iyilik halinde değişime neden olabilmektedir.²²⁹

5.2. SAĞLIKTA YAŞAM KALİTESİ

“Yaşam kalitesi” kavramı, gerek toplumsal gerekse tıbbi anlamda tarihin eski dönemlerine dayanan uzun bir geçmişe sahiptir. Ancak modern anlamda ve terimsel olarak kullanımının 20. yüzyılın ortalarında olduğu söylenebilir. Antik Yunan filozofu Aristo’nun (MÖ 384-322) eserlerinde mutluluğun doğasına ve “iyi bir yaşam” için gerekli olan konulara değindiği ve Aristo’nun ardından gelen birçok filozofun da, en yüksek düzeye ve yaşamın izin verdiği en iyi duruma ulaşmayı, yaşamın temel amacı olarak öne sürdüğü görülmektedir. Tıp alanında ise Hipokrat (MÖ 460-370) döneminde hekimlere, hastaların iyileştirilmesi ve şikayetlerinin giderilmesi için mümkün olduğunca iyilik halinin en yüksek düzeye çıkarılmasının önemine vurgu yapıldığı bilinmektedir.²³⁰

DSÖ’nün (Dünya Sağlık Örgütü) 1946 yılında sağlığı, “yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali”²³¹ olarak tanımlamasının ardından “yaşam kalitesi” kavramına ilginin arttığı ancak tıp literatüründe terim olarak ilk defa Long’un 1960 yılında yayınlanan “On the Quantity and Quality of Life”²³² başlıklı makalesinde geçtiği görülmektedir.²³³

²²⁸ Nurgün Oktik ve diğerleri, **Huzurevinde Yaşam ve Yaşam Kalitesi: Muğla Örneği**, Muğla Üniversitesi Yayınları, Muğla, 2004, ss. 61-79; Aylin G. Baran, “Yaşlılıkta Sosyalizasyon ve Yaşam Kalitesi”, **Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi**, C. II, 2008, ss. 86-97.

²²⁹ Mehmet Ş. Top - Salih Y. Özden - Meltem E. Sevim, “Psikiyatride Yaşam Kalitesi”, **Düşünen Adam**, C. XVI, S. 1, 2003, s.19.

²³⁰ Talha Müezzinoğlu, “Yaşam Kalitesi”, **Üroonkoloji Bülteni**, S. 1, 2005, s. 25.

²³¹ **WHO** (World Health Organization), The Constitution of the WHO, WHO Chronicle, No. 1, 1947, p. 29.

²³² P. H. Long, “On the Quantity and Quality of Life”, **Med Times**, No. 88, 1960, pp. 613-619.

²³³ Müezzinoğlu, a.g.m., s. 25.

“Yaşam kalitesi” geçmişten bugüne tıbbi düşünceleri ve eylemleri de etkileyerek mutluluk, yaşamın anlamı, kendini iyi hissetme, rahat yaşam sürme, yaşam amacı, yaşama şansı ve hayatın değeri gibi kavramlar çerçevesinde tartışılmış ve yorumlanmıştır.²³⁴

Dünya Sağlık Örgütü “yaşam kalitesi”ni, “bireylerin içinde yaşadığı kültür ve değer sistemleri bağlamında hedefleri, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından yaşamdaki durumlarına ilişkin bireysel algıları” olarak tanımlamaktadır. “Yaşam kalitesi” bireyin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, bağımsızlık/serbestlik düzeyi, sosyal ilişkileri, bireysel inançları ve çevresel ilişkilerinden çok yönlü bir şekilde etkilenen geniş kapsamlı bir kavram olarak görülmektedir.²³⁵

“Sağlıkta yaşam kalitesi” kavramı yaygın kabule göre “hastalığın ve tedavisinin hasta üzerindeki etkilerinin yine hasta açısından değerlendirilmesi” olarak tanımlanabilir.²³⁶ Dolayısıyla sağlık alanında yaşam kalitesi, sağlık çalışanlarının hastayla ilgili fizyolojik fonksiyonlarını değerlendirmekten çok hastanın algılamalarını, hastalık ve tedavisiyle ilgili yaşantılarını ifade eder. Buna göre sağlıkta yaşam kalitesi; bireyin içinde bulunduğu duruma emosyonel yanıtı, hastalığın bireyin sosyal, mesleki ve aile yaşantısı üzerindeki etkisi, kişisel iyilik hali, kişinin beklentileri ve gerçek durumu arasındaki karşılaştırmaları ve farkları, fiziksel, sosyal ve emosyonel fonksiyonların doyumu ve ihtiyaçlarını karşılamada bireysel yeterlilik gibi birçok boyutta değerlendirilmektedir.²³⁷

“Yaşam kalitesi” ve “sağlıkta yaşam kalitesi”, bir görüşe göre birbirinden ayrılarak incelenmeli, diğer bir görüşe göre ise aslında yaşam kalitesinin tüm boyutları, sağlıkta yaşam kalitesinin de belirleyici unsurlarıdır ve bu iki kavramı birbirinden ayırmak imkansızdır. Örneğin gelir düzeyi, sosyal imkanlar, politik ortam, çevre koşulları ve bireysel inançların genel yaşam kalitesinin içinde değerlendirildiği ancak bunların sağlıkta yaşam kalitesinden ayrı düşünülmesinin bir yanığı olacağı ifade edilmiştir. Çünkü bu unsurların çoğunun aynı zamanda sağlık sorunlarının da temel belirleyicisi olarak rol aldığı görülmektedir.²³⁸

²³⁴ Zehra Edisan - Funda Kadioğlu, “Yaşam Kalitesi Kavramının Antik Dönemdeki Öncülleri”, **Lokman Hekim Journal**, C. III, S. 3, 2013, s. 1.

²³⁵ WHO (World Health Organization), WHOQOL-Measuring Quality of Life, Geneva, 1997, p. 1.

²³⁶ Müezzinoğlu, a.g.m., s. 26.

²³⁷ Mukadder Mollaoğlu, “Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik”, **2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Kongre Özet Kitabı**, Meta Basım, İzmir, 2007, s. 9.

²³⁸ Müezzinoğlu, a.g.m., s. 26.

Günümüzde sağlık bakımında temel amaç; yaşamın uzatılması değil, bireyin problemleri ile başa çıkma, öz bakım gücü, bağımsızlık, yaşam kalitesi düzeylerini arttırmak, bilgi ve becerileri geliştirmek olarak belirlenmiştir. Sağlıkta yaşam kalitesi, hastalık teşhisi ve tedaviye ilişkin çok kapsamlı boyutları olan, hastalıkla ilgili olarak yaşam standartlarının yanında tıbbi konuların ötesine uzanarak toplum ve aile hayatı gibi bireysel ve sosyal yönleri de kapsayan oldukça geniş bir kavramdır. Dolayısıyla sağlıkta yaşam kalitesi, genel yaşam kalitesinin önemli bir alt bileşeni olarak görüldüğü gibi bu iki kavram arasında bütüncül bir ilişki olduğu da belirtilmektedir. Çünkü sağlık, yaşama anlam veren değerlerin başında yer almaktadır. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi ise sağlık hizmetlerinin temel amacıdır.²³⁹

Sağlıkta yaşam kalitesinin amaçları arasında; hastalıkların getirdiği çeşitli engellemelere rağmen hastaların kendilerini mümkün olduğunca iyi hissetmelerine yardımcı olmak, günlük yaşam aktivitelerini sürdürmelerine destek olmak, fiziksel, sosyal ve psikolojik iyilik hali gibi yaşam kalitesi boyutlarında olumlu yönde gelişim sağlamak gibi girişimler yer almaktadır.²⁴⁰

5.3. YAŞAM KALİTESİNİN BOYUTLARI

İnsan biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan bir varlıktır. Yaşam doyumu, mutluluk ve beklentiler bu üç boyuta ait temel ihtiyaçların giderilmesi ile yakından ilişkilidir. Yaşam kalitesi, yalnızca ölçülebilir ve objektif indikatörlere bağlı değil; yaşamın kompleks yönlerini ifade eden subjektif değerlendirmeleri de içeren bir anlam taşır. Objektif göstergeler; fonksiyonel normlar ve yaşam tarzı ile ilişkili iken subjektif göstergeler; bireyin yaşam hakkındaki duygularını, beklentilerini, deneyimlerini ve mevcut şartları algısını yansıtır.²⁴¹

Yaşam kalitesinin kültürden kültüre, bireyden bireye hatta çağa ve dönemlere göre değişen objektif ve subjektif birçok belirleyici unsuru olduğu görülmektedir. Dolayısıyla böyle kompleks ve çok yönlü etkileşimleri olan bir kavramın sabit ve üzerinde ittifak edilen ortak bir tanımı olmadığı gibi boyutları ve kapsadığı alanlar konusunda da kabul

²³⁹ Nurhan Doğan, “Akciğer Kanseri Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek”, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Erzurum, 2011, ss. 16-17.

²⁴⁰ Mollaoğlu, a.g.tb., s. 10.

²⁴¹ Top - Özden - Sevim, a.g.m., s. 19.

görmüş ortak bir modeli yoktur. Ancak yaşam kalitesinin incelendiği çalışmalarda, insanın biyolojik, psikolojik ve sosyolojik yönüne vurgu yapılarak bu konuda çok boyutlu yaklaşımların geliştirilmiş olması önemlidir.

Toronto Üniversitesi Yaşam Kalitesini Araştırma Birimi tarafından yaşam kalitesi; “bir kişinin hayatındaki önemli fırsatlardan zevk alma düzeyi” olarak ifade edilmiş ve Dünya Sağlık Örgütü’nün sağlık ve sağlığın geliştirilmesine yönelik tanımlamalarıyla tutarlı kavramsal bir yaşam kalitesi modeli oluşturulmuştur. Yaşam kalitesinin holistik ve çok boyutlu olarak incelendiği bu modelde; bireylerin çevreleriyle olan ilişkilerinde fiziksel, psikolojik ve spiritual fonksiyonlarına ve yeteneklerin arttırılması ve sürdürülmesine yönelik imkanlara vurgu yapılmıştır. Geliştirilen modelde bireysel “Yaşam Kalitesi” üç boyutta ele alınmıştır: “Var olma”, “Ait olma”, “Olma/Gerçekleştirme”. Her bir boyutun incelendiği alt boyutlarda ise belirleyici olarak iki temel faktörün öne çıktığı görülmüştür: Önem verme ve hoşnut olma. Böylece geliştirilen yaşam kalitesi modelinin, her zaman geçerli ve bireysel perspektiflere uygun olacak biçimde tüm insanların hayatlarına uyarlanabilmesi öngörülmüştür.²⁴² (Bkz. Tablo 2.)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise yaşam kalitesini altı boyutta ele alarak geliştirdiği ölçme aracı (WHOQOL-SRPB Field-Test) her bir boyutun kapsadığı alanları aşağıdaki gibi sıralamıştır.²⁴³

1. **Fiziksel:** Ağrı ve rahatsızlık, güç ve yorgunluk, uyku ve dinlenme.
2. **Psikolojik:** Pozitif duygular, düşünme-öğrenme-hafıza-konsantrasyon, özsaygı, beden imajı ve dış görünüş, negatif duygular.
3. **Bağımsızlık düzeyi:** Mobilite (hareketlilik), günlük yaşam aktiviteleri, ilaçlara veya tedaviye bağımlılık, çalışma kapasitesi.
4. **Sosyal ilişkiler:** Bireysel ilişkiler, sosyal destek, cinsel aktivite.
5. **Çevresel ilişkiler:** Fiziksel emniyet ve güvenlik, finansal kaynaklar, sağlık ve sosyal bakımda erişebilirlik ve kalite, yeni bilgi ve yeteneklerin edinilmesi için fırsatlar, dinlenme/boş zaman aktivitelerine katılım için fırsatlar, fiziksel çevre (kirlilik/gürültü/trafik/iklim), ulaşım.

²⁴² Quality of Life Research Unit, “The Quality of Life Model”, **University of Toronto**, http://sites.utoronto.ca/qol/qol_model.htm, (10.11.2014).

²⁴³ **WHO** (World Health Organization), Scoring and Coding for the WHOQOL-SRPB Field-Test Instrument, Geneva, 2012, http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/, (10.11.2014), pp. 2-4.

6. Din-Spiritualite-Bireysel inançlar: Spiritual ilişki, hayatın anlamı ve amacı, dini-mistik tecrübe, birleşme ve bütünleşme, spiritual güç, iç huzur, umut ve iyimserlik, inanç.

Tablo 2. Yaşam Kalitesinin Boyutları ²⁴⁴	
I. VAR OLMA (Bireyin kişisel olarak var olması)	
a. Fiziksel Var Olma	1. Fiziksel sağlık 2. Beslenme 3. Temizlenme ve giyinme 4. Kişisel hijyen 5. Egzersiz 6. Genel dış görünüş
b. Psikolojik Var Olma	1. Psikolojik sağlık ve denge 2. Biliş 3. Algı 4. Özsaygı, benlik tasarımı ve öz denetim
c. Spiritual Var Olma	1. Kişisel değerler 2. Kişisel davranış standartları 3. Spiritual inançlar
II. AİT OLMA (Bireyin çevresi ile olan ilişkilerinde ait olma)	
a. Fiziksel Ait Olma	1. Ev/Aile 2. Çalışma ortamı/Okul 3. Komşuluk 4. Toplum
b. Sosyal Ait Olma	1. Başkalarıyla samimiyet 2. Aile 3. Arkadaşlar 4. Çalışma arkadaşları 5. Çevre ve toplum
c. Topluluğa Ait Olma	1. Yeterli gelir 2. Sağlık ve sosyal güvence 3. İş istihdamı 4. Eğitim programları 5. Eğlence programları 6. Toplumsal etkinlik ve aktiviteler
III. OLMA/GERÇEKLEŞTİRME (Bireysel hedefler, umutlar ve arzulara ulaşmayı gerçekleştirme)	
a. Fonksiyonel/Uygulamalı Gerçekleştirme	1. Ev içi aktiviteler 2. Ücretli çalışma 3. Okul ya da gönüllü faaliyetleri 4. Sağlık veya sosyal ihtiyaçların karşılanması
b. Dinlenme/Boş Zamanı Gerçekleştirme	1. Stresi azaltmayı ve gevşemeyi sağlayan aktiviteler
c. Gelişimi Gerçekleştirme	1. Bilginin ve yeteneklerin korunmasını veya geliştirilmesini sağlayan aktiviteler 2. Değişime adapte olma

Fitzpatrick ve arkadaşları (1992), sağlık tarama programları, klinik uygulamalar, sağlık araştırmaları vb. çalışmalarda uygulanan çeşitli yaşam kalitesi ölçeklerini değerlendirerek ölçeklerde yer alan ortak boyutları şöyle tespit etmişlerdir: Fiziksel fonksiyon (mobilité, öz-bakım vb.), emosyonel fonksiyon (depresyon, anksiyete vb.), sosyal fonksiyon (cinsel hayat, sosyal destek, sosyal ilişki vb.), rol performans (çalışma hayatı, ev işleri vb.), ağrı, diğer semptomlar (yorgunluk, bulantı, hastalığa özgü semptomlar vb.)²⁴⁵

Sağlıkta yaşam kalitesi ölçeklerinde yer alan boyutların genelde birbiri ile tutarlı olduğu ve ağrı, günlük aktiviteler, sosyal rol, endişe veya yaşam memnuniyeti gibi bileşenleri içerdikleri görülmektedir. Yaşam kalitesi ölçeklerinde yer alan “rol performans” a yönelik ölçümlerde, özellikle hastalığa bağlı olarak çalışmama, üretim ve

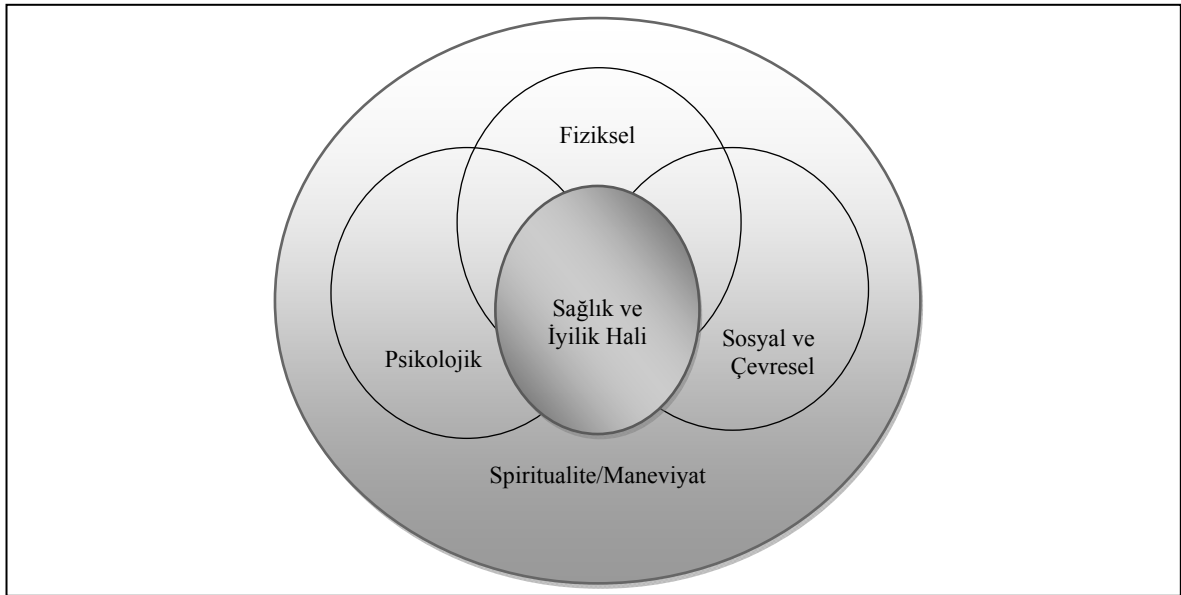
²⁴⁴ Quality of Life Research Unit, “The Quality of Life Model”, **University of Toronto**, http://sites.utoronto.ca/qol/qol_model.htm, (10.11.2014).

²⁴⁵ Ray Fitzpatrick et al., “Quality of Life Measures in Health Care. I: Applications and Issues in Assesment”, **BMJ**, Vol. CCCV, 1992, pp. 1074-1077.

değişik sınıflandırmaları olan yetersizlikler, günlük yaşam aktivitelerinin yardımcısız olarak yerine getirilmesi gibi durumlar ile sosyal kazanç ve kaybın değerlendirilmesinin öne çıktığı belirlenmiştir.²⁴⁶

Sağlığa bağlı yaşam kalitesi “bir hastalık veya tedaviyle bağlantılı olan fiziksel, duygusal ve sosyal bileşenleri kapsayan çok boyutlu bir kavram” olarak değerlendirilmektedir. Buna rağmen sağlığa bağlı yaşam kalitesinin hangi boyutları içereceği konusunda bir uzlaşma olmadığı görülmektedir. Burada fizyolojik ve emosyonel fonksiyonların sağlığa bağlı yaşam kalitesine olan doğrudan etkilerinden söz edilebilir. Ayrıca bu iki unsurun, sosyal rol ve sosyal ilişkiler gibi alanları içeren sosyal fonksiyonları da etkilemesi dolayısıyla sağlığa bağlı yaşam kalitesinin kapsadığı boyutlar genel anlamda şekillenmiş olur.²⁴⁷ Ancak son yıllarda yapılan sağlık çalışmalarında insanın spiritual/manevi yönünün de fiziksel, emosyonel ve sosyal yönü kadar önemli olduğunun anlaşıldığı ve bu nedenle hastalara bütüncül (holistik) bir yaklaşımı temel alan modeller üzerinde durulduğu görülmektedir. (Bkz. Şekil 1)

Şekil 1. Holistik Biyopsikososyal Sağlıkta Spiritualitenin Birlikteliği İçin Model²⁴⁸



²⁴⁶ Simten Malhan, “Yaşam Kalitesi Ölçeklerinde Toplum Standartları”, **3. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Bildiri ve Sunum Kitabı**, SAYKAD, İzmir, 2010, s. 53.

²⁴⁷ Aysun Perim, “Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi”, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Edirne, 2007, s. 25.

²⁴⁸ S.P. Hoeman, *Rehabilitation Nursing: Process, Application and Outcomes*, Mosby Publication, 3rd Edition, St. Louis, 2002; (akt.) Dedeli - Karadeniz, a.g.m., s. 50.

Dolayısıyla ideal bir sağlık değerlendirmesi ve yaşam kalitesinin ölçümü, bireyin fiziksel sağlığının ölçümü yanında sosyal ve psikolojik fonksiyonlarının ölçümünü de içermelidir. Bu değerlendirmelerin, yaşamın fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritual olarak önemli boyutlarını da kapsamaları gereklidir.²⁴⁹

5.4. YAŞAM KALİTESİ VE KANSER

Onkoloji alanındaki ilerlemelere rağmen ölümü ve acıyı çağrıştırmaları sebebiyle en fazla korku, endişe ve ümitsizlik oluşturan hastalık, kanserdir. Kanser hastaları, bir taraftan hastalığın fiziksel ve ruhsal semptomları ile başa çıkmaya, diğer taraftan da günlük yaşam aktivitelerini sürdürmeye çalışmaktadırlar. Bu zorlu süreçte kanser hastalığının aile, sosyal yaşam, eğitim, çalışma ve mesleki yaşantı gibi hayatın birçok alanında kısıtlamalar oluşturduğu, yaşam kalitesini fiziksel, sosyal, emosyonel ve maddi boyutları ile etkilediği belirlenmiştir. Dolayısıyla kanser, yalnız bireysel bir hastalık deneyimi olmayıp aile, tedavi ekibi ve sosyal çevrenin de katıldığı önemli bir yaşantıdır.²⁵⁰

Kanser, hastanın bakımı ile ilgilenen hasta yakınları için de birçok psikolojik problemlere sebep olan ve yaşam kalitesini bozan önemli bir yüküdür. Kanserli ve kronik hasta ile ilgilenmek oldukça zahmetli, bunaltıcı, stresli ve enerji gerektiren bir durumdur. Kanser, bakım veren aile üyeleri arasında rollerin değişimine, fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden çeşitli sorunlara neden olabilir. Özellikle ileri evrede hastası olan yakınların; hastanın ihtiyaçlarını karşılamak için işini bırakabildiği ya da çalışma süresini kısalttığı, sosyal ilişkilerine ve aktivitelerine kısıtlama getirebildiği, ev işlerini düzenli yapamadığı, çocuklarına ve diğer aile bireylerine yeterince zaman ayıramadığı hatta kişisel bakım aktivitelerini yerine getirmekte zorluk çektiği gözlenmiştir. Bu durumlara bağlı olarak hastanın yanısıra hasta yakını ve aile üyelerinin de yaşam kalitesinin düştüğü ve birtakım psikolojik sorunlar yaşadıkları tespit edilmiştir.²⁵¹

²⁴⁹ The WHOQOL Group, “The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties”, **Social Science and Medicine Journal**, Vol. XLVI, No. 12, 1998, p. 1569.

²⁵⁰ Füsün Afşar, “Sandalye Masajı Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesine Katkı Verebilir mi?”, **3. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Bildiri ve Sunum Kitabı**, SAYKAD, İzmir, 2010, s. 38.

²⁵¹ Ayşe Çil Akıncı, “Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi”, **3. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Bildiri ve Sunum Kitabı**, SAYKAD, İzmir, 2010, s. 46.

Kanser tanısı almanın hastalarda anksiyete, depresyon, kaygı, derin üzüntü, geleceğe yönelik endişe, karamsarlık, belirsizlik vb. birçok psikolojik sorunların yaşanmasına neden olduğu belirtilmektedir. Hastalığın tedavi sürecindeki karşılaşılan fiziksel ve psikolojik güçlüklerin de etkisiyle kanser hastalarında yaşam kalitesi düşmektedir. Özellikle kemoterapi gibi tüm sistemleri etkileyen ve bireyin günlük yaşamını zorlaştıran yan etkileri olan kanser tedavilerinin yaşam kalitesi üzerinde belirgin etkileri olmaktadır.

Kemoterapiye bağlı olarak hastalarda anemi, enfeksiyon, yorgunluk, mide-bağırsak şikayetleri, bulantı, kusma vb. şikayetler ortaya çıkmaktadır. Tedavinin uzun sürmesinin ve tedaviye bağlı olumsuzlukların devam etmesinin belirsizlik ve ümitsizliğe yol açtığı, anksiyete ve depresyona neden olduğu görülmektedir. Kemoterapinin yan etkilerinden ya da hastalığın kontrol edilemeyen semptomlarından dolayı kanser hastalarında depresyon görülme sıklığının yüksek olduğu bildirilmiştir. Kansere karşı hissedilen çaresizlik duygusu, tedavinin yan etkileri ve kanserin neden olduğu fiziksel belirtilerin bireylerde, bedenlerini kontrol edemedikleri duygusunu oluşturduğu ve benlik saygısını düşürdüğü görülmektedir. Kanser hastalarında tedaviye ve semptomlara bağlı olarak ortaya çıkan fonksiyonel yetersizlik, psikolojik problemler, rol performansında düşüklük gibi faktörler, hastaların günlük aktivitelerinin kısıtlanmasına, sosyal çevreden izolasyona, iş performansında düşüklüğe neden olarak yaşam kalitesini azaltır.²⁵²

Padilla ve arkadaşları (1990)²⁵³, kanser hastalarının kronik ağrısı olduğunu ve ağrının fiziksel, psikolojik ve kişiler arası iyilik hali olmak üzere yaşamın üç önemli boyutunda etkili olduğunu tespit etmişlerdir. Ağrı, kanser hastaları için fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutta önemli bir problem olup tüm kanser hastalarının yarısında ve ileri evre kanser hastalarının % 90'ından fazlasında görülen bir semptomdur. Devam eden ve dindirilemeyen kanser ağrısının, yaşamın hemen hemen tüm alanlarında zararlı ve olumsuz etkisi olduğu söylenebilir. Ağrı, kanser hastalarında depresyonun yanısıra anksiyete ve duygusal sıkıntıya neden olur ve bireylerin iyilik halini etkiler. Aynı zamanda ağrı, bireylerin ailevi, sosyal ve mesleki rolleri ile fonksiyonel ve ruhsal fonksiyonlarını

²⁵² Nalan G. Beser - Fatma Öz, "Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi", **Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, C. VII, S. 1, 2003, ss. 48-49.

²⁵³ G. V. Padilla - B. Ferrell - M. M. Grant, "Defining the Content Domain of Quality of Life for Cancer Patients with Pain", **Cancer Nurs**, Vol. XIII, 1990, pp. 108-115.

kısıtlayarak yaşam kalitesini düşürür.²⁵⁴ Kronik ağrı yakınmasının, depresyon düzeyinin yükselmesinde ve yaşam kalitesinin düşmesinde de etkili olduğu belirlenmiştir.²⁵⁵

Kanser hastalarında yaşam kalitesini düşüren önemli faktörlerden birisi de yorgunluktur. Yorgunluk, kansere veya uygulanan tedaviye bağlı olarak gelişen, kişinin geçmişteki aktivitesinden bağımsız olan ve günlük fonksiyonlarını etkileyen subjektif bir bitkinlik ve tükenmişlik hissi olarak değerlendirilebilir. Tüm kanser hastalarının % 78-96'sında ve radyoterapi uygulanan olguların ise % 75-100'ünde ışınlanan bölgeye göre farklı şiddetlerde yorgunluk yaşandığı belirlenmiştir. Kanser hastalarında görülen yorgunluğun etiolojisinde; tümörün kendisi, nefes darlığı, anemi, hipokalemi (kanda potasyum oranının düşmesi), hipomagnezemi (kanda magnezyum oranının düşmesi) vb. metabolik bozukluklar ile beslenme sorunları, endokrin ve hormonal sorunlar, immünolojik bozukluklar gibi fizyolojik sorunlar, yetersiz ve kalitesiz uyku, tanı ve tedaviye bağlı anksiyete ve depresyon, kişilik özellikleri, cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi gibi kanser tedavileri gibi faktörler sıralanabilir.²⁵⁶

Kanser, aynı zamanda bireylerin beden imajında da önemli değişimlere yol açan bir hastalıktır. Özellikle kanserde etkin olarak kullanılan kemoterapi tedavisinde saç dökülmesi, kilo kaybı, bulantı, kusma gibi yan etkilerin bireylerin beden imajını olumsuz yönde etkilediği ve yaşam kalitesini düşürdüğü belirlenmiştir.²⁵⁷ Meme kanseri kadınlarda, özellikle mastektomi sonrası fiziksel, ruhsal ve cinsel yaşamda önemli problemlerin ortaya çıktığı görülmüştür. Yapılan araştırmalarda total mastektominin beden algısını ve eş uyumunu olumsuz yönde etkilediği, benlik saygısında azalma, uyum bozukluğu, major depresyon, anksiyete gibi sorunlara neden olduğu tespit edilmiştir. Meme kanseri kadın hastalarda fiziksel semptomların yanısıra ölüm korkusu, öfke, umutsuzluk, çaresizlik, belirsizlik gibi duyguların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir.²⁵⁸

²⁵⁴ Yasemin K. Yıldırım - Meltem Uyar - Çiçek Fadıllıoğlu, "Kanser Ağrısı ve Yaşam Kalitesine Etkisi", **Ağrı**, C. XVII, S. 4, 2005, s. 17.

²⁵⁵ T. E. Elliot - C. M. Renier - J. A. Palcher, "Chronik Pain, Depression, and Quality of Life: Correlations and Predictive Value of the SF-36", **Pain Med**, Vol. IV, 2003, pp. 331-339.

²⁵⁶ Diclehan Ünsal ve diğerleri, "Postmastektomi Radyoterapi Uygulanan Meme Kanseri Olgularında Gelişen Yorgunluğun Derecesi, Serum Sitokin ve Leptin Düzeyleri ile İlişkisi: Prospektif Değerlendirme", **Türk Onkoloji Dergisi**, C. XXII, S. 1, 2007, s. 2.

²⁵⁷ Gürel, a.g.t., s. 24.

²⁵⁸ Kevser Yeter - Ayşegül Savcı - Fatma D. Saymer, "Meme Kanserinde Rekonstrüktif Cerrahinin ve Hasta Eğitiminin Yaşam Kalitesine Etkisi", **Meme Sağlığı Dergisi**, C. V, S. 2, 2009, ss. 65-68.

Yapılan çalışmalarda kanser ve kronik hastalıkların hastaların sağlığı, bağımsızlığı, kontrol gücü, mahremiyeti, sosyal statü ve rolleri, kendine güven duygusu ve geleceği planlama gücü üzerinde olumsuz etkilere neden olduğu görülmektedir. Kanser ve birçok kronik hastalıkta, bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanması, güçsüzlük, hastalık semptomları, tedavi süresinin uzun olması, hastaneye tekrarlı yatışlar ya da sık kontroller, tıbbi bir cihaza bağlı olunması, günde birkaç defa ilaç alınması, alınan ilaçların yan etkileri gibi faktörler nedeniyle hastaların iyilik halinde bozulma ve yaşam kalitesinde azalma olduğu izlenmektedir.²⁵⁹

5.5. YAŞAM KALİTESİ, DEPRESYON VE PSİKO-SOSYAL SORUNLAR

Kanser hastalarında, yaygın olarak görülen psikolojik sorunların başında depresyon gelmektedir. Depresyon, “derin üzüntülü bir duygu durum içinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik fonksiyonlarda yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendrom”²⁶⁰ olarak tanımlanır.

Kanser hastalarında özellikle major depresyonun dikkate alınması gereken önemli bir psikiyatrik bozukluk olduğu, yaşam kalitesini, öz bakımı, tedaviye uyumu ve zamanla kanserin şiddetini, gidişini ve tedaviye yanıtı etkilediği bildirilmektedir. Depresyon açısından en önemli risk faktörleri; psikiyatrik bozukluk öyküsü, benlik saygısının düşük olması, tanı sırasında fazla duygusal stres ve bunun yanında duygusal destek azlığı olarak sıralanmaktadır.²⁶¹

Yapılan birçok çalışma depresyon, anksiyete, ölüm korkusu gibi psikolojik sorunlar ile yaşam kalitesi arasında negatif yönlü olumsuz bir ilişki olduğunu göstermektedir. Kanser ve tedavisine bağlı olarak ağrı, bulantı, fonksiyonel yetersizlik, başkalarına bağımlı olma vb. durumların depresyon oluşumunda ve çeşitli ruhsal bozuklukların görülmesinde etkili olduğu bulunmuştur.

Kanserde tedavinin uzun sürmesine bağlı olarak belirsizlik ve ümitsizlik duygularının yoğun olarak yaşanması depresyona yol açabilmektedir. Ancak aile, arkadaş

²⁵⁹ Mollaoğlu, a.g.tb., s. 9.

²⁶⁰ Öztürk, a.g.e., s. 224.

²⁶¹ Ruhuşen Kutlu ve diğerleri, “Kanserli Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler”, **Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi**, C. XXVII, S. 3, 2011, s. 149.

ve çevreden gelen sosyal desteğin, ümidi azalmış kanser hastalarına umut aşılama ve hayata karşı pozitif bakış açısı geliştirmede oldukça etkili olduğu gözlenmiştir.²⁶² Hastaların yaşamış olduğu belirsizliğin korku, öfke ve çaresizlik duygularının yaşanmasına, geleceğe yönelik kaygılara ve ölüm korkusuna da neden olduğu tespit edilmiştir.²⁶³

Belirsizlik algısı, duygusal boyutta sağlığı olumsuz etkileyen bir durumdur. Hastalık yaşantısında belirsizlik algısını; bilinmeyen olaylar, tahmin edilemeyen bulgular, bilgi eksikliği, anlaşılır olmayan açıklamalar, yaşamı kontrol edememe duygusu, tedavi etkinliğinin ve hastalığın seyrinin belli olmaması gibi faktörler etkileyebilmektedir. Kanser hastalarının hastalığın her evresinde belirsizlik yaşadığı ve bu durumun kansere özgü olduğu ifade edilmektedir. Örneğin; hastalarda tanı evresinde “acaba kanser miyim?”, tedavi evresinde “iyileşebilir miyim?”, tedaviden sonra “hastalığım tekrarlar mı?”, terminal dönemde “ne zaman öleceğim?” gibi sorular ve düşünceler oluşabilmektedir. Belirsizliğin stres, psikososyal uyum sorunları ve negatif duygu durumlarıyla doğrudan ilişkili olduğu; ümit, beklenti, amaç, baş etme becerisi ve yaşam kalitesi ile de negatif yönde ilişkili olduğu tespit edilmiştir.²⁶⁴

Kanserin hastalık olarak ağır bir seyirde ilerlemesi, günlük aktiviteleri kısıtlaması, ağrının olması vb. durumların hastalarda depresyon gelişimini hızlandırdığı ve kanser tedavisinde kullanılan bazı ilaçların da depresyona neden olduğu belirtilmiştir. Kanserli hasta sınırlı, tek bir kriz ile mücadeleden çok, sürekli ve birden fazla stresörlerle savaşmak zorundadır. Ayrıca kanser tedavisinin uzun süreli olmasının hastalarda yaşam kalitesinin fiziksel iyilik hali, psikolojik durum ve sosyal hayat ile ilgili alanlarını olumsuz yönde etkilediği ve kronik strese yol açtığı da gözlenmiştir. Kanser tanısı aldığı anda hastaların vermiş olduğu tepki; inançlara, değer sistemlerine, başa çıkma mekanizmalarına ve strese karşı verilen yanıtlara göre değişmektedir. Kanser, bireyin o güne kadar yaşamını sürdürmekte ve sorunlarını çözmekte kullandığı başa çıkma mekanizmalarının yeterli olmadığını farketmesine ve bu nedenle duygusal, bilişsel ve fiziksel alanda güçsüzlük, çaresizlik, korku, kaygı ve dağılma gibi duygular yaşamasına neden olur. Böyle bir

²⁶² Beser - Öz, a.g.m., s. 48.

²⁶³ Gürel, a.g.t., s. 24.

²⁶⁴ Fatma Öz, “Hastalık Yaşantısında Belirsizlik”, **Türk Psikiyatri Dergisi**, C. XII, S. 1, 2001, s. 62.

duygulanım süreci yaşayan hastaların, dışarıdan gelen etkilere de oldukça duyarlı olduğu görülmektedir.²⁶⁵

Kanserde tedavinin ve hastalığın yol açtığı fiziksel sorunlar, hastalarda bedenlerini kontrol edememe duygusu oluşturmaktadır. Yaşanan kontrol kaybının ise çaresizlik, öfke, benlik saygısında azalma ve depresyonun ortaya çıkmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Depresyon bireyin kendi içine kapanmasına, sosyal hayattan izole olmasına ve değersizlik hissine neden olabilmektedir. Bu durum ise hastaların hem fiziksel hem de ruhsal olarak daha fazla etkilenmesine, çalışma performansında ve günlük yaşam aktivitelerinde önemli düzeyde azalmaya yol açarak yaşam kalitesini düşürmektedir.²⁶⁶

Literatürde, bireyin kanser ve tedavisinin olumsuzlukları nedeni ile anksiyete ve depresyon yaşaması sonucunda; anlama ve kavrama düzeyinin bozulduğu, duygularını paylaşma ve baş etme yöntemlerini kullanma becerilerinin azaldığı, sosyal destek alma ve etkileşimde bulunmasının zorlaştığı, hastalıkla mücadele etme gücünün zayıfladığı ve tüm bunlara bağlı olarak yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği tespit edilmiştir.²⁶⁷

Sonuç olarak kanser hastalarında, tanı ve tedaviye bağlı olarak aşırı duyarlılık, kırılabilirlik, çaresizlik, öfke, belirsizlik, ölüm korkusu gibi kaygı ve duyguların yaşanması; çeşitli bedensel yakınmalar ve fonksiyonel yetersizlikler depresyon, anksiyete ve uyum bozukluklarına yol açabilmektedir. Dolayısıyla depresyon ve anksiyete; fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler gibi alanlarda yaşam kalitesinin düşmesine neden olan önemli psikolojik bozukluklar arasında değerlendirilebilir.

²⁶⁵ Sibel A. Karakaş, “Kanser Hastalarının Hastalığı Değerlendirme Biçimlerinin Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesine Etkisi”, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Erzurum, 2007, s. 13-15.

²⁶⁶ Beser - Öz, a.g.m. , s. 49.

²⁶⁷ E. A. Jorum, “Quality of Life in Survivors of Hogkins’ Disease”, **Quality of Life Research**, Vol. V, No. 5, 1996, pp. 257-267; C. Lampic et al., “Anxiety and Depression in Hospitalized Patient with Cancer: Agreement in Patient-Staff Dyads”, **Cancer Nursing**, Vol. XIX, No. 6, 1996, pp. 419-427; H. G. Petti, “Relationship Between Quality of Life and Depression in Patients with Head and Neck Cancer”, **Laryngoscope**, Vol. CVIII, 1998, pp. 147-152; Beser - Öz, a.g.m., ss. 47-58; Ömür Karakoyun-Çelik ve diğerleri, “Depression and Anxiety Levels in Women Under Follow-up for Breast Cancer: Relationship to Coping with Cancer and Quality of Life”, **Med Oncol**, Vol. XXVII, No. 1, 2010, pp. 108-113; Ruhuşen Kutlu ve diğerleri, “Kanserli Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler”, **Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi**, C. XXVII, S. 3, 2011, ss. 149-153.

6. DİN VE DİNDARLIK

6.1. DİN

Genel anlamda tek ve kapsayıcı bir din tanımı olmadığı gibi tek ve kapsayıcı bir dindarlık tanımı da mevcut değildir. Dindarlığın, din kavramından bağımsız olarak tanımlanmasının mümkün olmadığı gibi farklı din tanımlarının, farklı dindarlık tanımlarını da gerekli kıldığı söylenebilir.²⁶⁸

Farklı bilimsel disiplinler ve bakış açılarına göre pek çok din tanımı yapılmıştır. Bunlar arasında dinin sosyal ve subjektif yönüne dikkat çeken Antropolog Gertz dini, “varoluş konusunda genel mahiyette kavramlar dile getiren ve insanlarda güçlü, derin ve kalıcı motivasyonlar ve ruhi eğilimler uyandıracak tarzda etkide bulunan bir semboller sistemi” olarak tanımlamıştır.²⁶⁹

Evrensel ve sosyal bir olgu olarak din, insanla birlikte var olmuştur. Ancak dini gerçekliği, insani gerçekliğe eşdeğer tutan birçok din sosyoloğu ve din psikoloğu tarafından dini hakikat, insani ve dünyevi hakikate indirgenmek suretiyle kavramlaştırılmaya çalışılmış ve din, “insanın ürünü” olarak ele alınmış ve değerlendirilmiştir.²⁷⁰

Dini indirgemeci yaklaşım biçimiyle ele alan teorisyenlerden biri olan Freud, dini inançların çok güçlü ruhsal kaynaklara sahip olması dolayısıyla insanların en eski, en güçlü ve en ısrarlı arzularını tatmin ettiklerini ifade eder. Bu yüzden de dinin bir illüzyon (yanılsama) olduğunu savunur. Ona göre ilahi bir güce sığınmak, insanın hayattaki tehlikeler karşısında korkularını gidermesine yardımcı olur ve adalet arzusunu yani ahiret inancını da yine bir illüzyon (yanılsama) olan din, tatmin eder.²⁷¹

Jung’a göre din, insanın Tanrı ile ilişkisini sağlayan ve onu kurtuluş ve özgürlüğe ulaştıran yoldur.²⁷² Din ve Tanrı olgularını fonksiyonel olarak ve psişik etkileri açısından değerlendiren Jung, aynı zamanda dini, ‘numinosum’ kavramıyla bağlantılı olarak ele

²⁶⁸ Hüseyin Yılmaz, “Türk Müslümanlığı, Dindarlık ve Modernlik”, **İslamiyat Dergisi**, C. V, S. 4, 2002, ss. 62-63.

²⁶⁹ Hayati Hökelekli, **Din Psikolojisi**, Türkiye Diyanet Vakfı Yayınları, Ankara, 2010, ss. 69-70.

²⁷⁰ Hökelekli, a.g.e., s. 65.

²⁷¹ Ali Köse, **Freud ve Din**, İz Yayıncılık, İstanbul, 2011, s. 129; Ali Ayten, **Din Psikolojisi**, İz Yayıncılık, İstanbul, 2012, s.65.

²⁷² Ali Ayten, **Psikoloji ve Din**, İz Yayıncılık, İstanbul, 2012, s. 73.

alır.²⁷³ Fromm, Jung’u dini kısıtlayıcı bir biçimde psikolojik bir olguya indirgeyerek açıkladığı ve diğer taraftan da bilinç dışına, dinsel bir anlam kazandırdığı için eleştirir.²⁷⁴ Jung, dini bir nevroz olarak gören Freud’un aksine “nevrozların ve sinir bozukluklarının özünde, içgüdülere ve dolayısıyla dine yabancılaşma olgusu”nun yer aldığını savunur.²⁷⁵

Hümaniter psikolojinin öncülerinden olan Maslow’a göre din, insanın doğasında vardır ve doğaüstü bir anlam taşımamaktadır. Maslow, “kişinin kendisiyle barışık olduğu, gerçek kimliğine büründüğü, yaşayan benlik ile gözlemleyen benlik arasındaki ayrımın ortadan kalktığı an olarak” açıkladığı “doruk deneyim”i yaşayan bireyin, kendi kişisel dinini oluşturduğunu savunmuştur. Kurumsallaşmış dine de karşı çıkarak, dinin özünde daha kapsayıcı olduğunu ifade etmiştir.²⁷⁶

Modern Din Psikolojisi’nin kurucusu kabul edilen William James, dini “fertlerin tek başlarına hayatlarında kutsal olarak kabul ettikleri şeylerle ilgili anlayışları çerçevesinde duyguları, fiilleri ve tecrübeleri”²⁷⁷ şeklinde tanımlamıştır. Dini bireysel bir olgu olarak gören James, dindar bireyin ruhsal yaşantısının da sosyal ve kurumsal dinden bağımsız, ayrı bir gerçeklik olduğunu vurgulamıştır.²⁷⁸

Vergote ise dinlerin tabiatüstü bir kaynağı tanık gösterdiklerine işaret ederek, bu anlamda her dinin vahyedilmiş olduğunu ifade eder. Ona göre “eğer din, insanın bir icadı olarak kabul edilirse; o zaman din, beşer dışı birşey ile iletişimde kendi vasfını üstün kılamazdı.” Buradan hareketle Vergote dini “tabiatüstü bir varlık (ya da varlıklar) ile ilişkili olan birtakım işaretlerin, davranışların, duyguların ve dilin bütünü” olarak tanımlar.²⁷⁹

Dini insan idrakine indirgeyen tanımlamaların aksine “insanın kainatla ilişkisini hiçbir felsefe ya da bilimin değil, sadece dinin kurabileceğine” inanan Tolstoy, dini “insanın kendisiyle sonsuz, sınırsız kainatla veya onun menşei ve ilk sebebiyle kurduğu ilişki” olarak tanımlar.²⁸⁰

²⁷³ Abdülkerim Bahadır, **Jung ve Din**, İz Yayıncılık, İstanbul, 2010, ss. 100-103.

²⁷⁴ Erich Fromm, **Psikanaliz ve Din**, çev. Aydın Arıtan, Arıtan Yayınevi, İstanbul, 2004, ss. 32-34.

²⁷⁵ Bahadır, a.g.e., s.109.

²⁷⁶ Ayten, **Psikoloji ve Din**, a.g.e., ss. 136-142.

²⁷⁷ William James, *The Varieties of Religious Experience*, The Fontana Library, London, 1962, s. 50; (akt.) A. Ulvi Mehmedoğlu, **Kişilik ve Din**, Dem Yayınları, İstanbul, 2004, s. 22.

²⁷⁸ Hayati Hökelekli, **Din Psikolojisine Giriş**, Dem Yayınları, İstanbul, 2010, s. 132.

²⁷⁹ Antoine Vergote, **Din, İnanç ve İnançsızlık**, çev. Veysel Uysal, Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Vakfı Yayınları, İstanbul, 1999, ss. 15-16.

²⁸⁰ L. Nikolayeviç Tolstoy, **Din Nedir?**, çev. Murat Çiftkaya, Furkan Basım Yayın, İstanbul, 1995, s. 82.

Muhammed İkbâl'de ise “dinin bîzatihi kendisi bir metafiziktir; esas itibariyle kendisini ete kemiğe büründüren bir şahsiyet tasavvurunun gücüyle orantılı olarak kendisini evrenselleştirme temayülü gösteren yeni bir şahsiyet tasavvuru sunan yeni bir kainat tasavvurunu hayata geçirme ve vücuda getirme çağrısıdır.”²⁸¹

Görüldüğü gibi dinin gerçek bir tarifini yapmak ve mahiyeti üzerinde ortak bir düşünceye varmak oldukça zordur. Felsefe dini, kendi sistemi içinde açıklamaya çalışırken; psikoloji ve sosyoloji dini, birey ve toplum temelli ele almış, antropoloji ise dinin ilkel kökenlerine dair çeşitli teoriler ileri sürmüştür. Bütün bunların ötesinde dinin, her türlü felsefî ve ilmi düşünceden önce var olmuş ve insanların yaşayışlarını sevk ve idare etmiş bir realite olduğu söylenebilir. Din tarihin her döneminde, tüm toplumlara hakim olan bir olgudur. Çünkü insan fitri bir duygu olan inanma ihtiyacı içindedir.²⁸²

İslam'ın yüce kitabı Kur'an-ı Kerim'de din kelimesi genel olarak; “hesap ve ceza günü”²⁸³, “Allah katında hak din İslam”²⁸⁴, “dini ihlas ile Allah'a has kılmak”²⁸⁵; “Allah'ın insanları üzerinde yarattığı fitrat”²⁸⁶ ifadeleriyle birlikte kullanılmıştır.

Ömer Nasuhi Bilmen “gerçek dini” şu şekilde tanımlar: “Yüce Allah'ın bir kanunudur ve birtakım sağlam hükümlerin kutsal bir mecmuasıdır. Allah bunu, peygamberleri aracılığı ile insanlara ikram ve ihsan buyurmuştur. Bu kanun, insanları hayırlı olan şeye götürür. İnsanlar, bu Allah kanunun buyruklarına kendi güzel irade ve arzuları ile uydukça, doğru yol üzerinde bulunur ve hidayete ermiş olurlar. Hem dünyada, hem de ahirette mutluluğa ve selamete kavuşurlar.”²⁸⁷

Akseki'nin İslam'ın din anlayışı çerçevesinde yaptığı tanımlamaya göre ise “din, kişinin ilahi bir kudretin varlığını, bu kudretin herşeyden üstün olduğunu, insandan yapması ve yapmaması hususunda taleplerde bulunduğunu gönülden kabul ve tasdik ederek O'nun hizmetine girmesidir.”²⁸⁸

²⁸¹ Muhammed İkbâl, **İslam Düşüncesi**, der. /çev. Yusuf Kaplan, Külliyyat Yayınları, İstanbul, 2012, ss. 87-88.

²⁸² Osman Pazarlı, **Din Psikolojisi**, Remzi kitabevi, İstanbul, 1972, s. 31.

²⁸³ Bkz. Fatiha 1/4, Şuara 42/82, Saffat 37/20.

²⁸⁴ Bkz. Âl-i İmran 3/19-85

²⁸⁵ Bkz. A'raf 7/29, Yunus 10/22, Ankebut 29/65, Lokman 31/32, Mü'min 40/4, Beyyine 98/5

²⁸⁶ Bkz. Rum 30/30

²⁸⁷ Ömer Nasuhi Bilmen, “İtikat Kitabı” (md. 1), **Büyük İslam İlmihali**, Merve Yayın, İstanbul, ty., s. 9.

²⁸⁸ A. Hamdi Akseki, **İslam Dini**, Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları, Ankara, 1970, s. 7.

Dinin, bir “ilahi” bir de “insani” olmak üzere iki farklı boyut içerdiği görülmektedir. Din, kendisini tabiatüstü, insan ötesi ve kutsal bir kaynağa ait olarak sunması dolayısıyla insan bilgi ve tecrübesini aşan, “aşkın” bir mahiyettedir. Diğer taraftan sosyal ve kültürel dünyada yaşayan bir gerçeklik olarak din, insanın dışında ve ondan bağımsız “objektif” bir boyuta da sahiptir. Ancak mevcut kültürde tabiatüstü bir kaynağa atfedilen esasların fertler tarafından kabullenilmesi, yaşanması ve uygulanması sonucu ortaya çıkan duygular, düşünceler ve davranışlar da dinin “subjektif” boyutunu yansıtır. Dolayısıyla bilimsel araştırmalara konu olan din, objektif ve subjektif yönüyle “insani din”dir.²⁸⁹

Özetle din, bir yönüyle inanç (iman-itikad), bir yönüyle uygulama/davranış (amel), diğer bir yönüyle de duyguyu içine alan bir bütünlük teşkil eden yapıya sahiptir. Dinin bu yaklaşım biçimiyle ele alınmasının günümüzde teorik ve empirik birçok araştırmada da desteklendiği görülmektedir.²⁹⁰

6.2. DİNDARLIK

“Dinin tanımlanması ve kavramlaştırılması konusunda ortaya çıkan, dinin mahiyeti, tarif edenin kişiliği, tarifin yapıldığı dönemin ruhu, dinlerin çeşitliliği, dinlerdeki değer problemi ve dinin orjinal kaynağı gibi çeşitli tartışmalar”²⁹¹ aynı zamanda dindarlığın tanımlanmasına ilişkin problemleri ve belirsizlikleri de beraberinde getirmektedir. Ayrıca “tanımlamadaki bu zorluk dindarlığın, dinselğin öznel dünyasında kullanılan bir kavram olmasından kaynaklanmaktadır.”²⁹²

“Beşeri bir olgu olarak dinin “aşkın” (transcendantal) ve fakat aynı zamanda ‘içkin’ (imminent) bir özelliğe sahip “kutsal”la ilişki bağlamında bireysel, psikolojik, kültürel ve toplumsal bir fenomen olduğu anlaşılmaktadır ki, bu da dindarlıktan başka birşey değildir.”²⁹³ Buna göre dindarlığın iki temel görüntüsü olduğu söylenebilir: Kişisel dindarlık ve toplumsal dindarlık. Duygu ve tecrübe boyutunda yaşanan kişisel dindarlık,

²⁸⁹ Hökelekli, **Din Psikolojisi**, a.g.e., s. 65.

²⁹⁰ Recep Yaparel, “Dinin Tarifi Mümkün mü?”, **Dokuz Eylül Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, S. 4, 1987, s. 414.

²⁹¹ A. Ulvi Mehmedoğlu, “Dindarlığın Peşinde: Din Psikolojisinde Araştırma, Ölçme ve Yorumlama Üzerine”, **İslami Araştırmalar Dergisi**, C. IX, S. 3, s. 468.

²⁹² Necdet Subaşı, “Türkiye Dindarlığı: Yeni Tipolojiler”, **İslamiyat Dergisi**, C. V, S. 4, 2002, s. 19.

²⁹³ Ünver Günay, “Dindarlığın Sosyolojisi”, **Dindarlığın Sosyo-Psikolojisi**, ed. Ünver Günay-Celalettin Çelik, Karahan Kitabevi, Adana, 2006, s. 22.

dinin özünü oluşturmaktadır. Bireyin ilahi olanla ilişkisine bağlı olarak ortaya çıkan duygulanımlar, huşu, vecd, korku, ümit, bağlanma, sığınma, tövbe, arınma hissi, ruhsal huzur gibi psikolojik haller dindarlığın şahsi görüntüleri arasında sayılabilir.²⁹⁴

Scheler'e göre de dindar insan "Allah'ın onun gönlünde ve davranışlarında olduğu, kendi manevi kişiliği ile ruhları dönüştüren, yeni yollardan Allah'ın kelamını sükun bulmuş ve teslim olmuş kalplere ilham edebilen kişidir."²⁹⁵ Eliade, dindar insanın bir oluş arzusu tarafından yönlendirildiğini, modern insanın ise varoluş egemenliği altında yaşadığını ifade eder. Ona göre dindar insan, kutsal şeklinde oluş susuzluğu çekmektedir. Onun zaman ve mekan tecrübesi de kutsal ve kutsal dışı arasında bir kesinti ile nitelenir iken modern insanda böyle bir kesinti yoktur. Yani modern insan için zaman ve mekan ayırdedici bir değer ifade etmemektedir.²⁹⁶

Dindarlık, tanımı güç, göreceli ve dolayısıyla boyutları zengin olan bir kavramdır. Bu yüzden din psikologları "operasyonel" tanımların önemine vurgu yapmışlardır.²⁹⁷ Din psikolojisi literatüründe dindarlık, kişilik ve davranışın çeşitli görünüşleri açısından bireysel farklılıkları ifade eden önemli bir sosyo-kültürel faktör olarak değerlendirilmiştir. Din psikologlarının genellikle subjektif dindarlığı ele aldığı yani dinin bireyin hayatındaki önemi ve merkeziliğine dikkat çektikleri görülmüştür.²⁹⁸

Vergote dindarlığı "Allah'ı varoluşun kaynağı ve iyiliksever bir kudret olarak kabul etmek" olarak tanımlamış ve dini bağlılığın ölçüsünün ve keyfiyetinin bir dine mensub olan kişilerin her birinde farklı olduğunu da belirtmiştir. Ona göre dindar insanın gerçeğini göz önünde bulundurmak için o kişinin kendisine mal ettiği dinin unsurlarını ve dinini yaşama tarzının özenle gözlenmesi önemlidir. Çünkü yaşanan din, gözlemlenebilir gerçekliği içinde inanç veya iman mahiyeti ile ilgili sözler, uygulamalar, duygular ve diğer bazı varlık alanlarına tezahür eden sonuçlardan oluşan son derece karmaşık bir bütündür. Vergote'a göre dindarlık ne yalnızca bireysel faktörlerin ne de yalnızca çevre ve eğitimin ürünüdür. "İnsan, kendi ferdi hayatını teşkil eden ve bizzat kendisi hakkında sahip

²⁹⁴ Asım Yapıcı, "Dinî Yaşayışın Farklı Görüntüleri ve Dogmatik Dindarlık", **Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, C. II, S. 2, 2002, ss. 80-81.

²⁹⁵ Max Scheler, **On the Eternal in Man**, London, 1960, s. 127; (akt.) Mehmedoğlu, a.g.e., s. 30.

²⁹⁶ Gregory D. Alles, "Homo Religiosus", **The Encyclopedia of Religion**, C. VI, ed. Mircae Eliade, New York, 1987, s. 177; (akt.) Mehmedoğlu, a.g.e., ss. 35-36.

²⁹⁷ Üzeyir Ok, "Dini Tutum Ölçeği: Ölçek Geliştirme ve Geçerlik Çalışması", **Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi**, C. VIII, S. 2, 2011, s.530.

²⁹⁸ A. Ulvi Mehmedoğlu, "Din, Dindarlık ve Değerler", <http://www.izu.edu.tr/Assets/Content/file/20130613-.pdf>, (06.12.2014), s. 178.

olduğu aydınlık şuurun dışına taşan herşey ile birlikte dine bağlanır.”²⁹⁹ Buna göre dindarlık, bireyin günlük yaşamında dinin önemini, dine inanma ve bağlanma derecesini gösteren bir kavram olarak değerlendirilebilir.³⁰⁰

Dini öznel bir deneyim ve bireysel duygular çerçevesinde ele alan James’a göre dindarlık, insanın büyük ve üstün bir varlık tarafından hareket ve fiillerinin izlendiği duygusundan kaynaklanmaktadır. Dindarlık düzeyi ise bu duygunun derecesi ile yakından ilişkilidir.³⁰¹ Yine James, dindar insanın duygular vasıtasıyla günlük hayatın dışında ve ötesinde görülmez bir gerçekliği kavradığını belirtir. Yani dindar insan, duygusal tecrübe vasıtasıyla başkalarının ulaşamadığı en gizli sırrı idrak edebilir.³⁰²

Dindarlığın bilinç dışıyla kurulan ilişkiden kaynaklandığını iddia eden Jung’a göre bireyin kendini tanımaya yönelik arayış ve çabası nihai noktada bilincinin temellerine ve oradan dini tecrübenin kaynağı olan bilinç dışına yol alması ile mümkündür. Bu çabasının onu bilinç dışındaki Tanrı’ya ulaştıracağını savunan Jung, aynı zamanda bilinç dışının sahip olduğu eşsiz içeriğiyle dini tecrübenin yaşanmasında da bir vasıta olduğunu belirtir.³⁰³

Maslow, varlık değerleri adını verdiği, ezeli ve ebedi değerler olarak tanımladığı hakikatleri (iyilik, doğruluk, adalet, sadelik, nüktedanlık, anlamlı bir hayat yaşama vb.) en iyi şekilde özümseyen ve yerine getiren bireylerin, “kendini gerçekleştirmiş” ve doğal olarak “dindar” olduklarını belirtir. Maslow, kendini gerçekleştiren insanları Tanrı’ya inansın ya da inanmasın, dindar ve “Tanrı’nın yolunda yürüyen kimseler” olarak görmektedir.³⁰⁴

Dindarlık üzerine “yapılan tanımlar ve kavramlaştırmalardan hareketle genel bir çerçeve çizilecek olursa, bir kişinin mensup olduğu diniyle duygusal, düşünsel ve davranışsal açıdan ilgili olması “*dindarlık*” olarak nitelendirilebilir.” Ancak burada kişinin kendisini dindar olarak algılaması ve çevresinin onu dindar olarak nitelendirmesi bireysel dindarlığın yönünün ve yoğunluğunun belirlenmesinde önemlidir.³⁰⁵

²⁹⁹ Vergote, a.g.e., ss. 21-24, s. 88.

³⁰⁰ Taş, a.g.m., s. 177.

³⁰¹ William James, **The Principles of Psychology**, Cambridge, 1981, s. 310; (akt.) Mehmedoğlu, a.g.e., s. 32.

³⁰² Vergote, a.g.e., s. 116.

³⁰³ Bahadır, a.g.e., ss. 113-114.

³⁰⁴ Ayten, **Psikoloji ve Din**, a.g.e., s. 141.

³⁰⁵ Asım Yapıcı; “Türk Toplumunda Cinsiyete Göre Dindarlık Farklılaşması: Bir Meta-Analiz Denemesi”, **Fırat Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, C. XVII, S. 2 2012, s. 4.

Ayrıca dindarlık kişinin kutsalla olan ilişkisi bağlamında bireysel, psikolojik, kültürel ve toplumsal boyutlarda gözlemlenebilen etki ve tepkileri olarak da operasyonelleştirilebilir. Burada kişinin her türlü etki ve tepkisi ve bunların derecesi de onun dini yöneliminin birer göstergesidir.³⁰⁶ Bireyin, bir dini herhangi bir derecede benimseme veya benimsememesine ilişkin değerlendirme ifadesi olan psikolojik konumu (yönelimi), “dini yönelim” olarak tanımlanmaktadır.³⁰⁷ Dolayısıyla “dindarlık yaşam ve hissetme bakımından bireysel, etkileri açısından da sosyal bir olgudur. Başka bir deyişle bireysellik yönüyle öznel bir karaktere sahip olan dindarlık, sosyal tezahürleri bakımından nesnel ve gözlenebilir bir yapı arz etmektedir.”³⁰⁸

“Toplumda dindarlık olgusu, kişiden kişiye, bir gruptan yahut bir çevreden bir başkasına ve hatta devirden devire önemli değişikliklere ve çeşitlenmelere sahne olan dinamik ve diyalektik bir olgu olarak” görülmektedir.³⁰⁹

Gerçekte din, aşkın olması itibarıyla hayatın bütün yönlerini birleştiren bütüncül bir yapıdır. Bu birleştirme yalnızca kavramlardan oluşan bir düzenleme değil canlı bir ilişki ve yaşayış bütünlüğü taşır. Dolayısıyla dindar insan, kişiliğinin her yönüyle bu birleşmeye katılır. Böylece dini yaşayış bireyi, tüm boyutları ile çevrelemiş olur. Dinler arasında birçok farklılıklar olmasına rağmen dindar insanların dini yaşayış biçimlerini ifade eden yönelim alanları, her ne kadar tartışmalı da olsa temel olarak ortak özelliklere sahiptirler.³¹⁰

İnsanların dini yaşayışları dolayısıyla dindarlık biçimlerinin sınıflandırılmasında İslam ve Hristiyan bilim çevrelerinde yapılan çalışmalarda mesleki eğilimlere göre değişen sosyolojik, sosyal psikolojik, psikolojik, teolojik, kültürel ve hatta sosyal antropolojik vb. yaklaşımların olduğu görülmektedir. Burada dindarlığın hangi kritere göre belli bir sınıflama içerisine dâhil edilmesi sorununun çok farklı dindarlık tiplerinin oluşturulmasında da etkili olduğu söylenebilir. Ayrıca dinin veya onu etkilemesi muhtemel

³⁰⁶ Yakup Coştu, “Dine Normatif ve Popüler Yaklaşım: Bir Dini Yönelim Ölçeği Denemesi”, **Hitit Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, C. VIII, S. 15, 2009, s. 124.

³⁰⁷ Ahmet Onay, “Dindarlık Ölçme Çalışmaları: Dindarlık Ölçümünde Üç Farklı Yaklaşım ve Ölçmenin Esasları”, **İslami Araştırmalar Dergisi**, C. XIV, S. 3-4, 2001, s. 443.

³⁰⁸ Ahmet Onay, **Dindarlık, Etkileşim ve Değişim**, Dem Yayınları, İstanbul, 2004, s. 197.

³⁰⁹ Ünver Günay, “Dindarlığın Sosyolojisi”, **Dindarlığın Sosyo-Psikolojisi**, ed. Ünver Günay - Celalettin Çelik, Karahan Kitabevi, Adana, 2006, s. 9.

³¹⁰ Hökelekli, **Din Psikolojisi**, a.g.e., ss. 73-74.

diğer faktörlerin bağımlı ya da bağımsız bir değişken olarak ele alınması da farklı dindarlık şekillerinin ortaya çıkmasında bir başka nedendir.³¹¹

Her insanın kendine özgü bir kişilik yapısı, karakteri ve bunlara bağlı olarak beklentileri, korkuları, istekleri, eğilimleri vb. vardır. Dolayısıyla dini tasavvurlar, dini duygu ve düşünceler, dini tecrübeler de kişisel anlamda biriciktir. Ancak dindarlık şekillerinin farklı dini geleneklerde, farklı kültürlerde, hatta aynı toplum içerisinde yer alan farklı sosyal gruplarda bile büyük değişiklikler göstermektedir. Yine de dindarlığın belli formlarının zamanla toplumsal bir karaktere dönüşmesinin, inanç ve uygulamaların ise gelenekselleşmesinin kişisel dindarlık biçimlerinin dış şekil itibariyle benzerlikler taşımasında etkili olduğu söylenebilir.³¹²

Allport ve Ross, bireyin kişilik yapısı ile ilişkilendirerek dindarlığı iç güdümlü (intrinsic) ve dış güdümlü (extrinsic) olarak iki kategoride ele almışlardır. “Öznel dinin iki kutbunu karakterize etmenin en kısa yolu, *içsel* olarak güdülenenin kendi dinini yaşarken *dışsal* olarak motive olanın dinini kullandığını söylemektir... *Dış güdümlü kişiler*, kendi amaçları için dini kullanma özelliğine sahiptirler. Değer kuramından alınan bu terim, yüksek ilgilerden daha çok, diğer ilgilere hizmet etmeyi gösterir. Dış güdümlü ilgiler, her zaman, çıkar sağlayıcı ve faydacıdır. Bu özelliğe sahip insanlar, dini, güvenlik, teselli ve sosyalite sağlamanın ve ilgi çekmenin, statü ve masumiyet elde etmenin bir yolu olarak çok kullanışlı bulabilirler. Benimsenen inanç, birinci derecedeki ihtiyaçlara göre biçimlenir. Teolojik terimlerle ifade edilirse, dış güdümlü dindar Tanrı'ya yönelir ama benliğinden (self) vazgeçmez. *İç güdümlü kişiler*, ana güdülerini dinde bulurlar. Diğer ihtiyaçlar, güçlü olsalar bile daha önemsiz olduğu düşünülür ve mümkün olduğunca, dinsel inanç ve emirlerle uyumlu hale getirilmeye çalışılır. Birey kabul ettiği inancı, içselleştirmek ve tam olarak yaşamak için çaba harcar. Yani o, dinini yaşar.”³¹³

William James, dini hayat bakımından insanları birbirine zıt iki kategoriye ayırır. Birinci grupta, sağlıklı zihne sahip insanların dini hayatı; ikinci grupta ise hasta ruhlu insanların dini hayatı yer alır. Sağlıklı zihne sahip insanlar, hayata karşı iyimser olup

³¹¹ Yapıcı, “Dinî Yaşayışın Farklı Görüntüleri ve Dogmatik Dindarlık”, a.g.m., s. 80.

³¹² Yapıcı, a.g.m., s. 81.

³¹³ G. Allport - J. M. Ross, “Personal Religious Orientation and Prejudice”, **Journal of Personality and Social Psychology**, Vol. V, No. 4, 1967, pp. 432-443; (akt.) Hasan Kayıklık, “Değişen Dünyada Birey, Din ve Dindarlık”, **Dindarlığın Sosyo-Psikolojisi**, ed. Ünver Günay-Celalettin Çelik, Karahan Kitabevi, Adana, 2006, ss. 165-166.

herşeyin iyi tarafına odaklanırlar. Hasta zihniyetli kişiler ise kötümser yapıdadırlar ve dini anlayışları da hastalık, acı, çile, kendini inkar ve ölüm üzerine odaklıdır.³¹⁴ James, ayrıca “kurumsallaşmış” ve “bireyselleşmiş” dindarlık ayrımı da yapmıştır. Ona göre kurumsallaşmış dindarlık; törenlerde, ayinlerde, din adamlarının gerçekleştirdiği dini organizasyonlarda yani dindarlığın pratik boyutlarında yaşanırken, bireyselleşmiş dindarlarda duygu ve tecrübe ön plandadır ve dinin içte yaşanması esastır.³¹⁵

Jung, dini şahsiyet yönünden insanları dışa dönük ve içe dönük tipler olarak ikiye ayırmıştır. Dışa dönük tipler arasında; dünya beklentisi içinde olanlar, akla önem verenler, iyimserler, din ve dünya hayatını birlikte yürütenler; içe dönük tipler arasında ise mistikler, şiddetli günahkarlık ve suçluluk korkusu içinde olanlar, duygulu tipler, hayal gücü yüksek olanlar ve kötümserler olduğu belirtilmiştir.³¹⁶

Fromm ise din ve dinsel yaşantı biçimleri arasındaki farka dikkat çekerek “otoriter” ve “hümaniter” din ayrımı yapmış ve bunlara bağlı dinsel yaşantıların temel özelliklerini açıklamıştır. Ona göre otoriter dinde güç ve egemenliğin sahibi olan Tanrı, güçsüz olan insana karşı her yönüyle baskın ve hakimdir. Fromm, otoriter dinlerde yüce ve güçlü bir Tanrı’ya bağlanan ve teslim olan insanın, o gücün bir parçası olarak kişisel bağımsızlık ve bütünlüğünün engellendiğini belirtir. Hümaniter bir dinde ise ilk önce insan ve onun güçleri vardır, “erdem itaatte değil insanın kendini gerçekleştirmesindedir.” Fromm, hümaniter dinde Tanrı’nın, insanın kendi yüceliğinin bir sembolü gibi olduğunu, otoriter dinde ise Tanrı mükemmelleştikçe insanın yetersizleştiğini ifade eder.³¹⁷

³¹⁴ William James, **The Varieties of Religious Experience**, London, 1960, pp. 92-171; (akt.) Mehmedoğlu, a.g.e., s. 40.

³¹⁵ William James, *L’expérience Religieuse: Essai de Psychologie Descriptive*, Traduit par F. Abazit, Félix Alcan, Paris, 1931, s. 25-27; (akt.) Yapıcı, “Türk Toplumunda Cinsiyete Göre Dindarlık Farklılaşması...”, a.g.m., s. 5.

³¹⁶ Peker, **Din Psikolojisi**, a.g.e., s. 86; (dindarlık tipolojileri için ayrıca bkz.) Max Weber, “Din Sosyolojisi”, çev. Mevlüde Ayyıldızoğlu, **Din Sosyolojisi**, der. Yasin Aktay - M. Emin Köktaş, Vadi Yayınları, Ankara, 1998, ss. 153-164; Taş, a.g.m., s. 179-180; M. Emin Köktaş, **Türkiye’de Dini Hayat**, İşaret Yayınları, İstanbul, 1993, ss. 49-51; Mehmet Taplamacıoğlu, “Yaşlara Göre Dini Yaşayışın Şiddet ve Kesafeti Üzerine Bir Anket Denemesi”, **Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, Ankara, C. X, 1962, ss. 141-151; Ünver Günay, **Erzurum ve Çevre Köylerinde Dini Hayat**, Erzurum Kitaplığı, İstanbul, 1999, ss. 259-264; Ejder Okumuş, “Gösterişçi Dindarlık”, **Dindarlık Olgusu** (Sempozyum Tebliğ ve Müzakereleri), ed. Hayati Hökelekli, Kurav Yayınları, Bursa, 2006, ss. 113-124; Ünver Günay, “Türk Dünyasının Din Önderleri Tipolojisi”, **Avrasya Etüdlere**, S. 21, 2002, ss. 115-135; Mustafa Arslan, “Dindarlık Farklılaşması ve Popüler Dindarlık”, **Dindarlığın Sosyo-Psikolojisi**, ed. Ünver Günay - Celalettin Çelik, Karahan Kitabevi, Adana, 2006, s. 296; Hüseyin Yılmaz, “Gelenek ve Modernlik Bağlamında Bir Güvenlik Alanı Olarak Dindarlık”, **Dindarlık Olgusu** (Sempozyum Tebliğ ve Müzakereleri), ed. Hayati Hökelekli, Kurav Yayınları, Bursa, 2006, ss. 133-135.

³¹⁷ Fromm, a.g.e., ss. 49-51, s. 63.

Gazzali de dini hayatın gelişimi içerisinde üç farklı safhadan söz eder: İman (taklit), fikir (ilim) ve marifet (zevk, şevk). Bunlar gelişimini tamamlamış dindarlık yaşantısının bileşenleri olarak görülebilir. İman (taklit) safhası; dini hayatın başlangıcındaki tasdik, kabul, itaat ve bağlanmayı kapsar. Fikir (ilim) safhası; dini inançla ilgili birtakım delillerin araştırıldığı ve mantık itibariyle ahenkli bir dünya görüşüne ulaşma çabasının bulunduğu aşamadır. Marifet safhasında ise İlahi Varlık ile doğrudan temas arzusunun içeren psikolojik tecrübelerin yaşanması söz konusudur.³¹⁸

Kur'an-ı Kerim'de insanlar inançları bakımından mü'min, münafık ve kafir olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. Mü'minler³¹⁹; Allah'a inanan, O'nun emir ve yasaklarına uyan kimselerdir. Münafıklar³²⁰; kalpten Allah'a inanmadıkları halde, dil ile inandıklarını ifade eden, samimiyetten uzak ve göstermelik müslümanlardır. Kafirler³²¹ ise Allah'ı inkar eden, O'nun emir ve yasaklarını hiçe sayan kimselerdir. İslam tasavvufunda da insanın benlik gelişimini ve manevi olarak yükselme derecelerini sembolize eden nefsin mertebelerinden söz edilmektedir. Bunlar sırasıyla; nefs-i emmare, nefs-i levvame, nefs-i mülhime, nefs-i mutmainne, nefs-i raziye, nefs-i marziye ve nefs-i safiyedir. İnsan nefsi hem maddi hem de manevi eğilimlere sahip olup, başlangıçta dünyevi zevklere ve maddi olana düşkündür. İnsan, nefis mertebelerinde yükseldikçe manevi olana yönelimi artar ve daha çok Allah'a yaklaşır. Böylece dünya ile bağını azaltır.³²²

Sonuç olarak din ve dindarlığın tanımlanmasına ilişkin problemlerin ve belirsizliklerin dini yaşama biçimlerinde de çeşitliliğe yol açtığı görülmektedir. Farklı bilimsel disiplinlerin yaklaşımına ve içinde bulunulan dönemin ruhuna göre dindarlık tiyolojileri oluşturulmuştur. Ayrıca tarihsel sürecin ve modernleşmenin de bu çeşitlilikte büyük rolü olduğu söylenebilir. İnsanın yaşam biçimi değiştikçe dinsel yaşamı da değişmektedir. Çünkü dinsel yaşayış, insanın diğer yaşayışlarından bağımsız değildir. Dolayısıyla kültür ve medeniyet alanında meydana gelen tüm gelişmelerin bireysel yaşam biçimini etkilediği gibi dindarlık biçimini de etkilediği görülmektedir.³²³

³¹⁸ Hökelekli, **Din Psikolojisi**, a.g.e., s. 75.

³¹⁹ Bkz. Bakara 2/26-257-285, Al-i İmran 3/179, Maide 5/54, En'am 6/122, Mü'minun 23/1-11, Nur 24/51-52, Ahzab 33/ 22.

³²⁰ Bkz. Bakara 2/8-9-10-13-14, Al-i İmran 3/166-167, Nisa 4/61-88-138, Tahrim 66/9.

³²¹ Bkz. Bakara 2/212, Al-i İmran 3/131-178, Kehf 18/29, Furkan 25/52, Kafirun 109/1.

³²² Robert Frager, **Kalp, Nefs ve Ruh**, çev. İbrahim Kapaklıkaya, Gelenek Yayınları, İstanbul, 2005, ss. 70-71.

³²³ Kayıklık, a.g.m., s. 159.

6.3. DİNİ TUTUM

6.3.1. Dini Tutumun Tanımlanması

Tutum, insanın sosyal algı ve davranışlarını etkileyen önemli bir kavramdır. Bu nedenle, uzun yıllardır sosyal psikolojinin üzerinde çalıştığı ana konulardan birini oluşturmuştur.³²⁴

Konuyla ilgili olarak “tutum” sözcüğü, Türkçe’de şu anlamlarda kullanılmaktadır:

“ 1. Tutulan yol, davranış; 2. Bireyin insanlar, olaylar ve cansız varlıklar karşısında takındığı davranış biçimi; 3. Belirli birtakım kişi, nesne ve olaylara karşı sürekli olarak aynı biçimde davranmamıza neden olan öğrenilmiş bir eğilim; 4. Belli nesnelere, olaylara, kişilere karşı belli biçimde davranma yolunda toplumsal olarak kazanılmış eğilim ya da yönelim; 5. Davranışları güdüleyen kalıplı ve kazanılmış eğilim ya da yatkınlık; 6. Hal, durum, vaziyet.”³²⁵

Tutumların bilişsel bir sistem oluşturarak, bireyin çevresi ile olan ilişkilerini düzenlediği ve toplumsallaşma sürecine katkıda bulunduğu ve böylece bireyin toplumsal davranışlarının açıklanmasında önemli bir yeri olduğu belirtilir.³²⁶ Bireyin öğrenme süreci içerisinde biçimlenen tutumlar, insanın çevresini algılamasına, yargılamasına ve kullanmasına yönelik olarak belirli bir denge ve düzen kurmasında da etkin bir rol üstlenirler.³²⁷

Birçok sosyal psikolog, kendi kuramsal yaklaşımlarından hareketle, tutum için farklı kavramlaştırmalarda bulunmuşlardır. Günümüzde, tutum kavramının en iyi tanımlamalarından birini yapan Smith’e göre; “tutum, bir bireye atfedilen ve onun bir psikolojik obje ile ilgili düşünce, duygu ve davranışlarını düzenli bir biçimde oluşturan bir eğilimdir.”³²⁸ Allport, tutumların bireyin görme, duyma, düşünme ve fiili eylemlerinde belirleyici olduğunu vurgular. İnsan tutumlar vasıtasıyla, çevresinde sınırlar oluşturur ve belirsiz bir evrende ilerlerken yolunu daha kolay bulur.³²⁹

³²⁴ Çiğdem Kağıtçıbaşı, **Yeni İnsan ve İnsanlar**, Evrim Yayınevi, İstanbul, 1999, s. 101.

³²⁵ Büyük Türkçe Sözlük, “Tutum maddesi”, Türk Dil Kurumu, , <http://www.tdk.gov.tr>, (27.11.2013); ayrıca bkz. Selçuk Budak, **Psikoloji Sözlüğü**, Bilim ve Sanat Yayınları, Ankara, 2000, ss. 776-777.

³²⁶ Ayşe Can Baysal, "Sosyal Psikolojide Tutumlara Teorik Bir Yaklaşım", **İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi**, Mart 1981, s. 122.

³²⁷ Metin İnceoğlu, **Tutum Algı İletişim**, Beykent Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2010, s. 31.

³²⁸ Kağıtçıbaşı, a.g.e., s. 102.

³²⁹ Gordon Allport, “Attitudes”, **Handbook of Social Psychology**, ed. Carl Muchison, Clark University Press, Massachusetts, 1935, s. 806; (akt.) Zuhâl Ağılkaaya, İntihar Girişiminde Bulunanlarda Dini Tutum

Tutum, doğrudan gözlenemese de davranışı önceleyen, bireyin eylemine ilişkin tercih ve karar verme sürecinde etkin rol oynayan bir yapı olarak da değerlendirilmektedir.³³⁰ Bir eşya, bir tasarım, bir durum, bir olay ya da bir birey veya bireyler grubu tutumun konusu olabileceği gibi, herhangi soyut bir kavram, olgu ya da durum da mutluluk, mutsuzluk, iyi, kötü, yüce, din, Tanrı vb. tutuma konu edilebilir.”³³¹ Tutum, yalın bir ifadeyle insan, nesne veya düşüncelerin olumlu veya olumsuz biçimde değerlendirilmesi olarak tanımlanabilir.³³²

Baron ve Byrne’a göre; “tutumlar, oldukça organize olmuş uzun süreli duygu, inanç ve davranış eğilimleridir. Bu eğilimler, diğer insanları, grupları, fikirleri, ülkenin yörelerini ya da nesnelere konu ediniz.” Bu tanımdan yola çıkarak tutumların iki temel özelliği ifade edilebilir. Birincisi; tutumlar uzun sürelidir, bireylerin geçici olarak gösterdikleri birtakım eylemler tutum olarak görülmez. İkincisi; tutum sadece düşünce ve duygudan ibaret olmayıp biliş, duygu ve davranış unsurlarının bütünleşmesinden oluşmaktadır.³³³

Kişinin dinle ilgili düşünce, duygu ve davranışlarını belirleme tarzı ise dini tutum olarak ifade edilir. Bireyin din ile ilgili bilgi ve inançları (bilişsel unsur), bir bütün olarak dinden ve dinin esaslarından hoşlanıp hoşlanmaması (duygu unsuru) ve dinle ilgili olumlu veya olumsuz eylemleri ve uygulamaları (davranış unsuru) dini tutumu oluşturmaktadır.³³⁴

Godin ve Coupez (1965), din psikolojisinde “tutum (attitude), güdülenme (motivation) ve duygu (sentiment)” arasında önemli bir fark olduğunu ifade etmektedirler. Dini tutum ve davranışların oluşumunda dinamik bir rol üstlenen bu temel kavramların önemi oldukça büyüktür.

İnsanlar, çeşitli olay, olgu, durum ve konular hakkında farklı tutumlara sahip oldukları gibi din, dini inanç, ibadet vb. konularda da değişik tutumlar gösterirler. Örneğin,

ve Davranışlar, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2008, s. 135.

³³⁰ M. A. Hogg - G. M. Vaughan, **Sosyal Psikoloji**, Ütopya Yayınları, Ankara, 2007; Erkan Kavas, “Dini Tutum-Stresle Başa Çıkma İlişkisi”, **Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, S. 37, 2013, ss. 143-168.

³³¹ İnceoğlu, a.g.e., s. 7.

³³² Elliot Aronson - Timothy D. Wilson - Robin M. Akert, **Social Psychology**, Prentice Hall, Boston, 2010; (akt.) Üzeyir Ok, “Dini Tutum Ölçeği: Ölçek Geliştirme ve Geçerlik Çalışması”, **Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi**, C. VIII, S. 2, 2011, ss. 528-549.

³³³ Doğan Cüceloğlu, **İnsan ve Davranışı**, Remzi Kitabevi, İstanbul, 2009, s. 521.

³³⁴ Hüseyin Peker, **Din Psikolojisi**, Çamlıca Yayınları, İstanbul, 2008, s. 147.

“din, insana huzur ve mutluluk verir” yargısına sahip bir birey için din hakkında olumlu bir tutum sahibi olduğu söylenebilir. “Din, insanların geri kalmasına sebep olur” yargısını dile getiren bir bireyin ise din hakkında olumsuz bir tutum geliştirmiş olduğu ifade edilebilir.³³⁵ Bir kişi, dini inanç ve ibadetlerini yerine getirmekten zevk duyuyor ise bu kişinin dine karşı olumlu bir tutum, yine dinin gereklerini yerine getirmekten kaçınan ve din aleyhinde davranışlar sergileyen kişi ise olumsuz bir dini tutum geliştirmiş olabilir. Dolayısıyla dini tutumun, dini davranışların oluşumunda temel neden olduğu söylenebilir.³³⁶

6.3.2. Dini Tutumun Oluşumu ve Gelişimi

İnsan, tutumlara sahip olarak dünyaya gelmez.³³⁷ Tutumların oluşumuna neden olan çeşitli faktörler vardır. Bunlar genetik etkenler, fizyolojik durumlar (olgunlaşma, çeşitli hastalıklar, alkol ve uyuşturucu alışkanlıkları vb.), kişilik, toplumsallaşma süreci, belli bir gruba üye olma, sosyal sınıf statüsü şeklinde sıralanabilir.³³⁸

Diğer tutumlar gibi dini tutumlar da erken yaşlardan itibaren özellikle aile, okul, sosyal çevre ve kültür gibi faktörlerin etkisi altında oluşmaya başlar. Ancak tutumlar, kalıcı değildir, yeni öğrenmeler ve yeni yaşantıların etkisiyle belli bir amaca yönelik olarak ya da ortam şartlarına bağlı olarak zamanla gelişebilir ve değişebilirler.³³⁹ İnanç ve tutumların, seçici bir şekilde oluştuğu ve bireyin sahip olduğu kültüre ait bir takım özellikleri yansıttıkları ancak kültürel faktörlerin tutumların oluşumuna olan etkisinin bireyin ihtiyaçlarına göre şekillendiği görülmektedir.³⁴⁰ Kültürel unsurların tutumlara aksetmesinde ise en büyük rol ailenindir. Ayrıca akranlar, kitle haberleşme araçları ve diğer kaynaklardan edinilen bilgilerin ve eğitimin de önemli olduğu bildirilmektedir.³⁴¹

³³⁵ Veysel Uysal, **Din Psikolojisi Açısından Dini Tutum Davranış ve Şahsiyet Özellikleri**, Marmara Üniversitesi İlahiyat Vakfı Yayınları, Yayın No:111, İstanbul, 1996, s. 30.

³³⁶ Mevlüt Kaya, **Din Eğitiminde İletişim ve Dini Tutum**, Etüt Yayınları, Samsun, 1998, s. 45.

³³⁷ Kağıtçıbaşı, a.g.e., s. 118.

³³⁸ Baysal, a.g.m., s. 124.

³³⁹ J. L. Freedman - D. O. Sears - J. M. Carlsmith, **Sosyal Psikoloji**, çev. Ali Dönmez, İmge Kitabevi, Ankara, 1998, s. 344.

³⁴⁰ David Krech - Richard S. Crutchfield, **Sosyal Psikoloji**, çev. Erol Güngör, Ötüken Neşriyat, İstanbul, 1980, s. 207.

³⁴¹ T. Clifford Morgan, **Psikolojiye Giriş**, çev. Hüsnü Arıcı ve diğerleri, Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü Yayınları, Ankara, 1988, s. 375.

Tüm tutumların ve dini tutumların oluşum, gelişim ve değişiminde bireysel, kültürel ve toplumsal düzeyde birçok psikolojik ve sosyal faktörlerin etkili olduğu gözlenmiştir. Bu faktörlerden bazılarını aşağıda değinilmiştir:

a. Sosyal Çevre ve Toplumsallaşma Süreci

İnsan, gelişim süreci içinde farklı nesnelere, olaylara ve kişilere karşı özel davranış ve tutumlar kazanır. Bireyin hayat tecrübesi içinde oluşan ve gelişen tutumlar, çocukluk döneminde şekillenmeye başlar.³⁴² Çocuk, aile ve okul aracılığı ile bulunduğu kültüre ve topluma ait temel davranış biçimlerini yaşantısında uygulayarak öğrenir. Birey bu dönemde, bilinçli ya da bilinçsiz olarak, toplumsal değerleri, yargıları, dini inanç ve davranışları, adet ve gelenekleri özetle toplumsal davranış normlarını kazanmış olur. Bireyin toplumsallaşma sürecinde taklit yoluyla öğrenme önemli bir yer tutar. Bu süreçte çocuk, anne ve babasının dini tutum ve davranışlarını taklit ederek belli alışkanlık ve davranışlar edinir.³⁴³ Çocuklarda, çeşitli konulara ilişkin tutumlar ve özellikle dini tutumlar anne-baba söylem ve davranışlarıyla şekillenir. Aile içindeki dini değerler ve dini davranışlar çocuklar için bir model olarak algılanır ve zamanla ailede sunulan dini hayat içselleştirilerek, tutum ve davranış haline dönüşür. Yapılan araştırmalarda, anne-baba dindarlığı ile çocukların dindarlığı arasında büyük benzerlikler olduğu belirlenmiştir. Oldukça dindar olan bireylerin, çok dindar olan ailelerin çocukları olduğuna dair bulgular mevcuttur.³⁴⁴

Birey, kendisiyle benzer tutumlara sahip kişilerden oluşan bir grup içinde olmayı isteyebileceği gibi tutum değişikliğine giderek içinde olmak istediği grubun da tutumlarını benimseyebilir.³⁴⁵ Özellikle kişisel kimliğin oluştuğu gençlik döneminde, arkadaş gruplarının bireylerin sosyal değişiminde ve kültürel gelişiminde önemli bir etkisi olduğu görülmektedir. Bu etki bazen aileden gelen olumlu etkiyi tamamlar nitelikte, bazen de anti-sosyal özellikte olup aileden gelen olumlu etkiyi azaltıcı yönde olabilmektedir. Kendi yaşlılarıyla birlikte vakit geçirmekten hoşlanan ergin birey, zamanla gruptan dışlanmamak adına içinde bulunduğu grubun normlarını, inançlarını, geleneklerini benimsemeye ve

³⁴² Peker, a.g.e., s. 152.

³⁴³ Şahin Doğan, "Dini Tutumların Oluşmasına Etki Eden Sosyo-Kültürel Faktörler", **Toplum Bilimleri Dergisi**, C. IV, S. 8, 2010, ss. 107-126.

³⁴⁴ Kaya, a.g.e., s. 50; Doğan, a.g.m., ss. 107-126.

³⁴⁵ Baysal, a.g.m., s. 125.

kabullenmeye başlar.³⁴⁶ Böylece grup üyeliğinin bireyin kişiliğine tesir eden etkileri ile yeni dini tutumlar ve davranışlar şekillenmeye başlar.

b. İhtiyaç ve İstekler

Krech ve Crutchfield, inanç ve tutumların, bireyin kendi ihtiyaçlarına göre seçici bir şekilde oluştuğunu belirtir. Bu oluşum ise bilişsel bir organizasyon ve belli bir amaç doğrultusunda meydana gelir.³⁴⁷

İnsan, ihtiyaçlarını giderme ve karşılaştığı problemleri çözme ve amacına ulaşma sürecinde isteklerini tatmin eden nesne ve kişilere karşı olumlu tutumlar, hedefine ulaşmasına mani olanlara karşı da olumsuz tutumlar geliştirme eğilimindedir. Dini inanç ve davranışlar vasıtasıyla insan, güven duyma, hayatı anlamlandırma, bağlanma ve sığınma gibi manevi ihtiyaçlarını karşılar ve ruhen huzur bulur. Dindar insan, dini görevlerini yerine getiremediğinde suçluluk ve günahkarlık duygusu yaşar. Böylece insanda varolan sığınma ve bağlanma ihtiyacı giderilerek dine karşı olumlu tutum gelişir.³⁴⁸ Ancak “insanın doğuştan tabii bir din ihtiyacıyla dünyaya geldiğini ve dini faaliyetlerinin temelinde de sebep olarak bunun bulunduğunu öne sürmek eksik ve belirsiz bir açıklama tarzı olacaktır. Görünürdeki dini davranışlardan yola çıkarak, kişide varlığı kabul edilen dini ihtiyaca kendi başına güdü statüsü vermek, ihtiyaçları dini davranış haline dönüştüren ara değişkenleri atlayıp geçmek ve orjinal bir ‘ruhi kendilik’ düşünmek olur”. Burada inanan insanın dini eğilim ve davranışlarında güdüleyici faktör olarak “dini ihtiyaç” değil, ruhi hallerin değişimini yansıtan “farklılaşmış” bir psikolojik yapı olarak “dini arzu” kavramının kullanılması isabetli olacaktır.³⁴⁹

Bazen din, birtakım insanlar tarafından istek ve arzuları kısıtlayan ve yasaklayan, dürtüleri kontrol eden baskıcı bir unsur olarak görülmekte ve bu durum, dine karşı olumsuz tutumların gelişmesinde önemli bir etken olmaktadır.³⁵⁰

c. Kişilik Özellikleri

Bireylerin, doğuştan yani genetik olarak ve sonradan kazanmış oldukları çeşitli kişisel özelliklerin tutumların oluşmasında ve gelişmesinde etkili olup olmadığı tartışma

³⁴⁶ Doğan, a.g.m., ss. 107-126.

³⁴⁷ Krech - Crutchfield, a.g.e., s. 207.

³⁴⁸ Peker, a.g.e., ss. 152-153.

³⁴⁹ Hayati Hökelekli, **Din Psikolojisi**, Türkiye Diyanet Vakfı Yayınları, Ankara, 2010, s. 82.

³⁵⁰ Kaya, a.g.e., s. 51.

konusudur. Özellikle içe dönüklük, dışa dönüklük, hakimiyet, bağlılık gibi spesifik kişilik özellikleri ile din, Tanrı, aile, siyasi vb. konulara ilişkin tutumlar inceleme konusu olmuştur. Krech ve Crutchfield, belirli kişilik özelliklerine sahip bireylerin, muhakkak belirli inanç ve tutumlara sahip olacağını söylemenin imkansız olduğunu ifade ederek kültürel faktörlerin bireye belli inanç ve tutumlar vermediği gibi kişilik özelliklerinin de inanç ve tutumların mahiyetini belirleyemeyeceğini vurgulamışlardır.³⁵¹ Her ne kadar bireylerin sahip oldukları kişilik özellikleri tutumların oluşum ve gelişiminde tümüyle etkili olmasa da yapılan araştırmalar, belirli kişilik özellikleri ile bazı tutumlar arasında ilişki kurulabileceğini göstermektedir.

Aynı sosyal çevre ve kültür ortamında yetişen ve yaşayan bireylerin farklı dini tutumlara sahip olmasında, kişilik özelliklerinin etkili olduğu düşünülmektedir.³⁵² İnançlı insan için din, temel tutum ve davranışlar üzerinde yönlendirici bir etkiye sahiptir ve bireyin kişilik yapısında “bütünleşme” gücünün ortaya çıkmasına neden olur. Bu gücü gerçekleştiren “Allah’a iman” duygusunun, bireyin kişiliğindeki aşırılık ve zaafı dengelediği, tutum ve davranışlar üzerinde belirleyici olduğu söylenebilir. Aynı zamanda güçlü ve sağlam kişilik yapısına sahip bireylerin, dini inançlarının da sağlam ve kuvvetli olduğu gözlenmektedir. Yüksek derecede organize olmuş dini inanç ve tutumlara sahip olan bu kişiler, kişiliklerinin kuvvetli ve zayıf taraflarını görürler ve kabullenirler. Bu kişiler için dini tutum ve inançlar, “ben” (ego) yapısının tamamlayıcısı unsurlardır. Daha az organize olmuş dini tutum ve inançların ise “ben”i savunmada, koruyucu görev üstlendikleri görülmektedir. Bu kişilerin “ben” yapısı zayıf, “üst-ben” (süperego) yapısı ise güçlü olup kişiliklerine ait “iyi” olan özellikleri kabul etme, “kötü” olan özelliklerini de bastırma eğilimi taşıdıkları gözlenmektedir.³⁵³ Dolayısıyla din, bireyin iman değerlerini içselleştirmesi ve nitelikli bir hale dönüştürmesine bağlı olarak kişilik özelliklerinin dinamikleşmesine ve güçlenmesine katkı sağlayacaktır. Bireyin sahip olduğu güçlü kişilik yapısı, bütünlüğe erişme ve kendini gerçekleştirme arzusu da dini tutum ve inançların daha olgun ve samimi bir şekilde yaşanmasında etkili olacaktır.³⁵⁴

Toplumda belirli rol ve statüye sahip şahısların (din görevlisi vb.) sergiledikleri kişilik özellikleri, dini tutum ve davranışları çevrelerinde bulunan insanların dini tutum ve

³⁵¹ Krech - Crutchfield, a.g.e., ss. 212-213.

³⁵² Kaya, a.g.e., s. 52.

³⁵³ Hökelekli, a.g.e., ss. 187-189.

³⁵⁴ İbrahim Gürses, **Dindarlık ve Kişilik**, Emin Yayınları, Bursa, 2010, s. 44.

değerleri üzerinde belirleyici ve yönlendirici olabilmektedir. Bu kişilerin yalancılık, menfaatçilik, başkalarını aldatma gibi olumsuz özelliklerine gösterilen tepki ve duyulan nefret zamanla onun inanç ve değerlerine de yansiyarak dine karşı olumsuz tutumların oluşmasına sebep olabilir. Aynı şekilde dindar bir insanın sahip olduğu güzel hasletler ve ahlaki değerler, onu toplumda sevilen ve sayılan bir kişiye dönüştürür. Bu durum ise çevresinde bulunanların dine yönelmesine ve olumlu dini tutumlar geliştirmesine neden olabilir.³⁵⁵

d. Bilgiler

Dini tutumların oluşmasında ve gelişmesinde özellikle küçük yaşta aile, sosyal çevre, okul ve kültür vasıtasıyla edinilen dini bilgi ve dini eğitimin önemli bir faktör olduğu görülmektedir. Yetişkinlik döneminde ise kitaplar, dergiler ve çeşitli iletişim araçları dini bilginin kaynağını oluşturur. Bunların dışında ise dini tutumların oluşmasında, dini otorite olarak görülen kişilerin etkisi de yadsınamaz düzeydedir. Bazen otorite olarak kabul edilen kişilerin hatalı, eksik ve sınırlı bilgileri, olumsuz dini tutumların kaynağı olabilmektedir. Küçük bir çocuk annesini, babasını ya da öğretmenini otorite olarak görebilir. Yetişkin bir birey için ise otorite kendisine bağlanılan, sevilen ve sayılan bir şahıs olabilir. Dolayısıyla çeşitli yollarla edinilen dini bilgiler, olumlu veya olumsuz dini tutumların oluşum ve gelişiminde oldukça etkili bir faktördür.³⁵⁶

6.3.3. Dini Tutumun Unsurları

Bir tutum birbiriyle uyumlu bilişsel, duygusal ve davranışsal öğelerin birleşmesinden oluşur.³⁵⁷ Yerleşmiş ve güçlü dini tutumlarda bu üç unsurun bulunduğu görülmektedir.

Bilişsel öge; bireye ait dini inanç, dini düşünce ve dini bilgileri içerir. Dini inaçlarda bilgi unsuru ağırlıklı olarak hissedilir ve bireyin sahip olduğu dini tutumun içine yerleşmiş inançları kapsar. Bireyin aile, okul, cami, kitle iletişim araçları ve çevreden gözlem, deneyim, araştırma, okuma vb. yollarla elde edilen dini bilgiler, dini tutumun

³⁵⁵ Peker, a.g.e., s. 156.

³⁵⁶ Peker, a.g.e., s. 154.

³⁵⁷ Kağıtçıbaşı, a.g.e., s. 104.

temelini oluşturur. Bireyin sahip olduğu dini bilginin mahiyeti, dini tutumun olumlu ya da olumsuz yönde olmasını belirleyen önemli bir faktördür.³⁵⁸

Duygusal öge; tutumların süreklilik kazanmasında yönlendirici bir etkiye sahiptir.³⁵⁹ Dine karşı gösterilen duygusal tepkiler, din hakkında bireyin iç dünyasında oluşan değerlendirmeler, heyecanlar, din ve dinle ilgili konulara ilgi duyup duymama, hoşlanıp hoşlanmama, sevip sevmeme gibi duygular dini tutumun duygusal yönünü oluşturur. Duygusal öge, bilişsel ögeye göre daha kalıcı ve sürekli. Dini duyguların değişimi kolay ve hızlı değildir ancak dini bilgiler, farklı kanallar vasıtasıyla sürekli değişebilmekte ve üzerine yenileri eklenebilmektedir.³⁶⁰ Bireyin tutum konusundaki deneyimleri ve sahip olduğu bilgi birikimi yani bilişsel öge, duygusal ögenin gelişimini etkiler.³⁶¹ Örneğin, camide namaz esnasında gürültü yapan bir çocuğun yaşamış olduğu bu deneyim, camiye ve namaz ibadetine karşı olumsuz bir tutum geliştirmesine neden olabilir.

Davranışsal öge; dini ibadetler, uygulamalar ve dinin gereklerini yerine getirmek için yapılan eylemleri kapsar. Buna göre Müslüman bir bireyin namaz kılması, oruç tutması, hacca gitmesi, dini etkinliklere katılması, Kur'ân-ı Kerim ve dini içerikli eserler okuması dini tutumun davranış boyutu içinde değerlendirilir. Bireyin göstermiş olduğu dini davranış eğilimleri, dini tutumun bir yansıması olarak görülebilir.³⁶²

Dine karşı olumlu düşünceye sahip olan bir kişinin aynı zamanda dini uygulamalara ve dine karşı da olumlu duygulara sahip olduğu varsayılır.³⁶³ Örneğin, dine karşı olumlu tutum sahibi olan birey, dinin insanlar için gerekli ve faydalı olduğuna, insanlar için mutluluk ve huzur kaynağı olduğuna inanır, dolayısıyla dine karşı olumlu ve duygusal bir bakış açısına sahiptir ve ibadet etmek, Kur'an okumak ve mevlit dinlemek gibi dini eylemlerden de zevk alır. Davranış boyutu olarak da dinin emir ve yasakları doğrultusunda davranışlarını düzenlemeye gayret eder. Böylece, tutumun üç unsuru olan biliş, duygu ve davranış unsurları tutum objesine karşı olumludur ve birbirleriyle tutarlılık gösterirler.³⁶⁴

³⁵⁸ Kaya, a.g.e., s. 46.

³⁵⁹ Uysal, a.g.e., s. 29.

³⁶⁰ Kaya, a.g.e., ss. 46-47.

³⁶¹ İnceoğlu, a.g.e., s. 21.

³⁶² Kaya, a.g.e., s. 47.

³⁶³ Ok, a.g.m., ss. 528-549.

³⁶⁴ Peker, a.g.e., s. 150.

Tutum unsurları arasındaki tutarlılık, istikrarlı ve güçlü tutumlarda kendini gösterir. Tutarsız, zayıf ve belirgin olmayan tutumlarda, davranış unsurunun da zayıf olduğu gözlenmektedir.³⁶⁵ Ayrıca bireyin bir tutuma ilişkin tavrının duygusal ögesinde olumlu ya da olumsuz yönde değişmesi, o tutuma ait bilişsel ve davranışsal öğelerin de yeniden düzenlenmesine yol açar.³⁶⁶ Örneğin, namaz ibadetine karşı olumsuz duygulara sahip olan bir bireyin, namaza karşı olumlu duygular hissetmesiyle oluşan tutum değişikliğinin, namaz hakkında bilgi edinme ve namaz kılma davranışına dönüşmesi beklenir.

7. DİNDARLIK VE KANSER

Günümüzde önemli bir sağlık problemi olan kanser, ölümü çağrıştıran ve korku uyandıran bir hastalık olarak görülmektedir. Gylensköld'e göre kanserin diğer hastalıklardan daha korkunç ve tehdit edici olarak algılanmasında; doğrudan ölümle ilişkili olması, sebebinin bilinmemesi, sinsi bir şekilde zamanla kontrolden çıkması, büyük acılara neden olması ve kişinin sosyal yönden damgalanarak toplumdan izole edilmesi gibi faktörler etkilidir.³⁶⁷

Kanser tanısı almak yıkıcı ve stres verici bir olay olarak değerlendirilir. Geleceğe yönelik belirsizlikler, tedavi sürecine ve sonrasına ait zorluklar hastaların iyilik hali, sosyal ve psikolojik uyumları üzerinde olumsuz bir etki oluşturur.³⁶⁸ Dolayısıyla kanser, fiziksel olduğu kadar psikososyal sorunların da en fazla yaşandığı bir hastalıktır. Hastalarda tedavi sürecinde ve sonrasında ortaya çıkan semptomlara bağlı olarak fonksiyonel yetersizlik, psikolojik bozukluk, bilişsel ve işlevsel alanda sınırlılık vb. yaşanması, hastaların yaşam kalitesini, aile, meslek ve sosyal hayatını olumsuz yönde etkiler.³⁶⁹

Aynı zamanda kanser hastalarında uyum bozukluğu, depresyon ve anksiyete bozuklukları başta olmak üzere umutsuzluk, öfke, kızgınlık, özkıyım, çaresizlik, ölüm korkusu, suçluluk gibi duygusal odaklı sorunların da ortaya çıktığı belirlenmiştir. Genellikle kanser hastalığına karşı gösterilen tepkilerin altında yatan temel duygunun,

³⁶⁵ Uysal, a.g.e., s. 28.

³⁶⁶ İnceoğlu, a.g.e., s. 28.

³⁶⁷ Gül Şendil, "Mastektomi Geçirmiş Kadınların Psikolojik Yönden İncelenmesi", **İstanbul Üniversitesi Tecrübi Psikoloji Çalışmaları**, C. XXI, 1999, <http://journals.istanbul.edu.tr/>, (01.05.2014), s. 112.

³⁶⁸ Olcay Çam - Şenay Saka - Aysun B. Gümüş, "Meme Kanserli Hastaların Psikososyal Uyumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi", **Meme Sağlığı Dergisi**, C. V, S. 2, 2009, ss.73-81.

³⁶⁹ Beyhan Bağ, "Kanser Hastalarında Uzun Dönemde Görülen Psikososyal Sorunlar", **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, C. V, S. 1, 2013, ss. 109-126.

korku olduğu gözlenmiştir. Hastalarda aciz duruma düşme, özgüveni kaybetme, kontrolü yitirme, şiddetli ağrı, terk edilme, hastalığın yayılması ve ölüm korkularının sıklıkla yaşandığı tespit edilmiştir.³⁷⁰

Kanser tanı ve sonuçlarıyla itibariyle kişide bir travma oluşturabilir. Yaşamın getirdiği bu tür travmalarla baş çıkmada din ve maneviyatın önemli olduğunu gösteren çeşitli çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre; din ve maneviyat, travmanın olumsuz sonuçlarıyla baş edebilmek isteyen kişi için umut ve kurtuluş vesilesidir. İkinci olarak, travmatik yaşantıların insanlarda din ve maneviyatın kökleşmesinde ve derinleşmesinde etkili olduğu bulunmuştur. Üçüncü olarak da olumlu dini başa çıkma, samimi ve açık dindarlık, varoluşsal sorunları kavrayabilme, dini ibadetlere katılım ve iç güdümlü dindarlığın travma sonrası ile tipik olarak ilişkili olduğu belirlenmiştir.³⁷¹

Kanser hastalarında, hastalık öncesi dine verilen önem düzeyi, kanserle başa çıkmada dinin etkinlik derecesini de belirler. Ancak bazı hastaların önceki yaşantılarında din ve dini konulara ilgi göstermezken tanı sonrası din ve maneviyata yoğunlaştıkları gözlenebilmektedir. Kanser ve din ilişkisi bağlamında şu konular ele alınabilir: a) Din, varoluşsal boyutta hastalığın anlamlandırılmasına yardımcı olur. b) Tanrı, kader, imtihan gibi nedensel yüklemelerle (atıf) yaşanan acı, tanımlanmaya ve açıklamaya çalışılır. c) Allah'a ve kadere inanç; hastalığın getirdiği çaresizlik, karamsarlık, belirsizlik, ümitsizlik, acı çekme endişesi, ölüm korkusu gibi düşünce ve korkularla başa çıkmada etkilidir. d) Namaz, dua gibi ibadetlerle Yüce Allah'a bağlanma ve O'ndan destek ve yardım isteme, hastalarda endişeyi azaltarak psikolojik rahatlamaya neden olabilir. e) Din toplumsal dayanışmayı, zor zamanlarında din kardeşlerinin yanında olmayı öğretir. Bu anlamda yapılan ziyaretler hastalarda, sosyal destek algısı oluşturur.

Kanser tanısı almak ve ölümlle yüzleşmek birey için “varlık mücadelesini derinden sarsan bir deneyim ve yeniden yapılanma süreci” olarak görülebilir. Burada varoluşsal kaygıyı oluşturan en temel duygunun ölüm olduğu, genelde hastaların tanıyı duyduktan sonra yaşamlarını, bir boşlukta gibi hissettikleri ifade edilmiştir.³⁷² Dolayısıyla kanser vb.

³⁷⁰ Olcay Çam - Aysun B. Gümüş, “Meme Kanseri Kadınlar İçin Duygusal Destek Odaklı Hemşirelik Girişimleri”, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, C. X, S. 3, 2006, ss. 52-60.

³⁷¹ Asım Yapıcı, *Ruh Sağlığı ve Din: Psiko-Sosyal Uyum ve Dindarlık*, Karahan Kitabevi, Adana, 2007, s. 138.

³⁷² İlkay A. Özkan - Gamze Teskereci - Özen Kulakaç, “Varoluşçu Felsefe Bakış Açısına Göre Jinekolojik Kanser Yaşantıları: Bir Niteliksel Meta-Sentez Çalışması”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, C. V, S. 3, 2013, ss. 323-324.

hastalıklar “yaşamın anlamı ve benim için amacı nedir?” sorusuyla bireyi, varoluşsal bir anlam ve amaç arayışına yöneltir.³⁷³ Bu aşamada devreye giren spiritual/manevi ve dini inançlar, insanın karşılaştığı belirsizlikleri aydınlatmada ve çevresinde olup biten olumlu ya da olumsuz olayları anlamlandırmasında büyük rol oynar.³⁷⁴

LeMay ve Wilson (2008), özellikle terminal dönem hastalarında “varoluşsal acı çekme” olgusuna dikkat çekmişlerdir. Varoluşsal acı çekmenin; kişisel bütünlük veya geçmişteki tamamlanmamış işler, dinsel endişeler, işe yaramazlık, ölüm, umutsuzluk ya da anlamsızlık gibi konularda olabileceği ifade edilmiştir. Bu hastalarda varoluşsal kaygıların yalnızca fiziksel acı çekmeden kaynaklanmayıp psikolojik, sosyal ve ruhsal faktörlere de bağlı olduğu ileri sürülmüştür. Henoch ve Danielson (2008) tarafından, kanser hastalarında varoluşsal kaygıların arasında; anlam oluşturma süreci, iman ve inanç, anlam ve amaç, ölüme ve yaşama rehberlik etme, umut ve huzur (barış) gibi konuların da yer aldığı belirtilmiştir.³⁷⁵ Dini ve manevi faktörlerin ise varoluşsal kaygıları beraberinde getiren ve uzun süreli bir hastalık olan kanserle başa çıkmada etkili olduğu belirtilmiştir.³⁷⁶

Bireyin kişisel bağlılığı, kişiler arası bağlılığı ve transandantal amaçlara ilişkin bağlılığı olarak tanımlanan spiritualite/maneviyat ve din varoluşun anlamını bulmada önemli bir yol göstericidir. Spiritual/manevi bağlılık, kişinin kendisinden daha güçlü olan ile bağ kurmasını ifade eder. İnanan insan için bu bağ, Yüce Tanrı’dır. Özellikle kanser ve bazı kronik hastalıklarda bağlılık, hastalıkla baş etme sürecinde güdülenmeyi ve güçlenmeyi sağlar. Anlam bulma ise bireylerin kendi benlikleri, çevreleri ve Allah ile yakın ve derinlikli ilişki kurmalarında etkili olduğu gibi destek alma, yaşamı kıymetlendirme ve yaşadıkları üzerinde düşünsel anlamda bir denetim kurma olanağı sağlar.³⁷⁷

³⁷³ Tarık Tuncay, “Kronik Hastalıklarla Başetmede Tinsellik”, **Sağlık ve Toplum**, Y. XVII, S. 2, 2007, ss. 13-20.

³⁷⁴ Recep Yaparel, “Depresyon ve Dini İnançlar ile Tabiatüstü Nedensel Yüklemeler Arasındaki İlişkiler”, **Dokuz Eylül Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, S. VIII, 1994, s. 278.

³⁷⁵ Şeyda Arda, *Kanser Hastalarında Yaşamda Anlamın İncelenmesi*, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2011, s. 13.

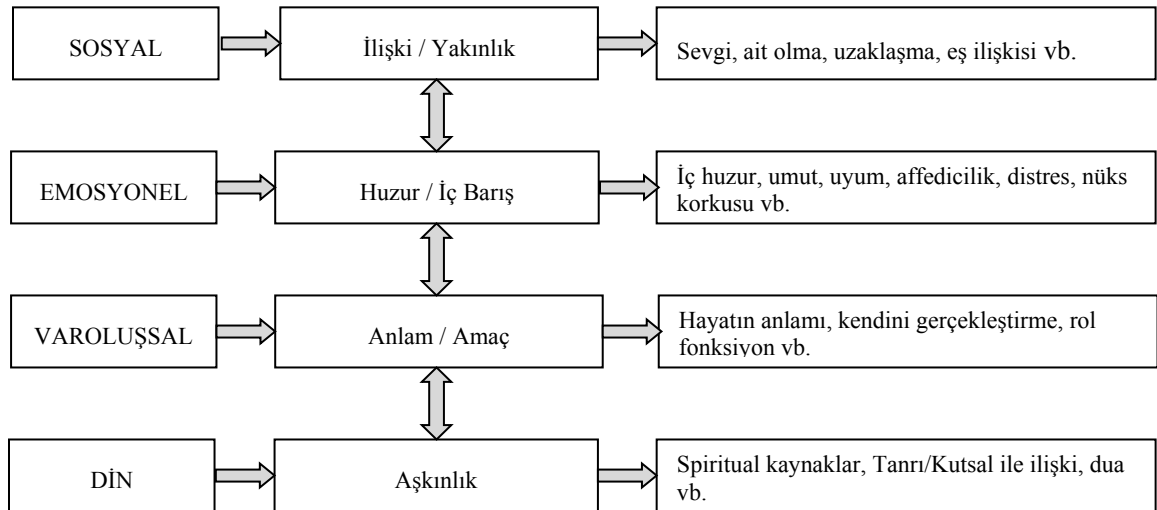
³⁷⁶ K. I. Pargament - C. L. Park, “Merely a Defense? The Variety of Religious Means and Ends”, **Journal of Social Issues**, Vol. LI, No. 2, 1995, pp. 13-32; Simon Dein - Roland Littlewood, “The Psychology of Prayer and the Development of the Prayer Experience Questionnaire”, **Mental Health, Religion and Culture**, Vol. XI, No. 1, 2008, p. 43.

³⁷⁷ Tuncay, a.g.m., ss. 13-20.

Dolayısıyla kanser ve çeşitli kronik hastalıklarda dini ve spritual/manevi gereksinimlere ilişkin ilişki, huzur, anlam/amaç ve aşkınlık olmak üzere dört temel alanın önemine vurgu yapılabilir.³⁷⁸ (Bkz. Şekil 2.)

Yaşanılan trajik olaylar ve kriz anlarında kişilerin, dini (ya da tabiat üstü) yüklemeleri (Tanrı, kader vb.) daha sık yaptıkları belirlenmiştir.³⁷⁹ “Atıf (yükleme) teorisine göre, kişiler sosyal olduğu kadar, fiziksel açıdan da çevrelerini kontrol etme ihtiyacı ile güdülenmişlerdir.”³⁸⁰ Bu teori aslında, Frankl’ın ifadesiyle varoluşsal bir boşluk³⁸¹ yaşayan insanda, bu boşluğun nasıl doldurulduğunu açıklamaya çalışır. Buna göre bireylerin yapmış olduğu atıflar, gerçekte onların yaşamış oldukları dünyayı tanımalarında ve geleceğe dönük öngörülerde bulunmalarında bireylere fırsat vermektedir.³⁸²

Şekil 2. Spiritual/Manevi Gereksinimler Modeli³⁸³



Konuya ilişkin olarak Tünel’in (2011) meme kanseri hastalarda yaptığı araştırmada, örneklemin % 70.6’sının hastalıklarını kadere bağladıkları ve bu durumun hastalıkla

³⁷⁸ Arndt Büssing - Harold G. Koenig, “Spiritual Needs of Patient with Chronic Diseases”, **Religions**, V. I, 2010, p. 20.

³⁷⁹ Yaparel, a.g.m., s. 277.

³⁸⁰ Asım Yapıcı, “Fiziksel ve Sosyal Hadiselere Sebep Atfetmede Dinin Rolü”, **Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, C. III, S. 1, 2003, s. 132.

³⁸¹ Viktor Frankl, **İnsanın Anlam Arayışı**, çev. Selçuk Budak, Okuyan Us Yayın, İstanbul, 2012, s.120.

³⁸² Yapıcı, a.g.m., s. 133.

³⁸³ Büssing - Koenig, a.g.m., p. 21.

başıetmede ve hastalığı kabullenmede etkili olduğu ifade edilmektedir.³⁸⁴ Saral (2008) tarafından meme kanseri kadın hastalarda yapılan çalışmada, hastalıkla başıetmede en çok (%49.5) kadercilik tepki tarzının kullanıldığı ve ayrıca yaş ilerledikçe endişeli bekleyiş azalırken kaderciliğin de arttığı belirlenmiştir.³⁸⁵ Ceylan (2009) meme kanserinde psikososyal sorunları incelediği araştırmasında da, zaman zaman intihar düşüncesinde olan hastaların, bu duruma engel olarak dini inançlarını gösterdiği ve hastalarda hastalığın gidişatında Yüce Allah'a olan bağlılığın etkin olduğunu bildirmiştir. Ceylan araştırma sonucunda, meme kanseri hastalarda psikolojik sorunların daha az gözlenmesini, hastaların güçlü aile ilişkisine ve eş uyumunun iyi oluşuna, maneviyatın (spiritual boyutun) sağlam olmasına ve psikolojik stresle başa çıkmada inanç duygusunun hâkim olmasına bağlamıştır.³⁸⁶

Kanser ve kronik hastalıklarda din/spiritualitenin etkisinin araştırıldığı birçok çalışmada; din/spiritualitenin artmasına bağlı olarak depresyon, umutsuzluk, kaygı düzeyi, intihar düşüncesi ve çabuk ölüm beklentisi düzeylerinde azalma olduğu; psikolojik işlevler, hastalığa uyum, yaşam doyumu ve yaşam kalitesi düzeylerinde ise artış olduğu belirlenmiştir.³⁸⁷

Dini inançlarda üç unsurun; kanser gibi hastalıklar, çeşitli felaketler, sevilen birinin kaybı vb. trajik durumlarda anlam sisteminin devamlılığının korunmasında etkili olduğu ve yaşanan olayın açıklamasını kolaylaştırdığı ifade edilmiştir. Bunlardan birincisi; gelecekteki olayların katlanılır ve kontrol edilebilir olacaklarına ilişkin duyulan güven. İkincisi; yaşanan olayın olumsuz sonuçları yanında olumlu yönlerinin de olabileceğine ilişkin inanç. Üçüncüsü; yaşanan olayın “bir planın parçası” olduğu, tesadüfe bağlı olmadığına yönelik inanç.³⁸⁸

Bireyler, hayatlarında dine fazla yer vermemiş olsalar bile, kanser, kalp ve böbrek yetmezliği gibi çeşitli kronik hastalıklarda yardım almak amacıyla, umut ve güç kaynağı olduğuna inandıkları dine daha çok yönelmektedirler. Böyle durumlarda, ibadet etme

³⁸⁴ Münevver Tünel, Meme Kanseri Hastalarda Cerrahi Tedavi Öncesi ve Sonrası Anksiyete ve Depresyon Düzeyi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), Adana, 2011.

³⁸⁵ Esra Kabataş Saral, Meme Kanseri Hastalarının Kansere Uyumlarının Belirlenmesi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 2008.

³⁸⁶ Veysi Ceylan, Meme Kanseri Olan Hastalarda Tanı Sonrası Psikososyal Sorunlar, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), Diyarbakır, 2009.

³⁸⁷ Tuncay, a.g.m., ss. 13-20.

³⁸⁸ Yaparel, a.g.m., s. 278.

sıklığındaki artışın açıklamasında; doğaüstü bir güçle iletişim kurma ihtiyacı ve bu iletişim yoluyla kişisel rahatlama ve iç huzurunun zihinsel anlamda sağlanmaya çalışılmasının etkili olduğu belirtilmiştir.³⁸⁹

İnsan ansızın karşılaştığı güç durumlarla baş edemediğinde, çaresizlik ve güçsüzlük duyguları ile dine yönelebilir ve Tanrı'dan yardım talebinde bulunabilir.³⁹⁰ Hayatın kritik dönemlerinde istek ve arzu yoğunluğuna bağlı olarak dini bilinç de yoğun olabilmektedir. "Birçok insan sadece kriz dönemlerinde dindardır. Zamanlarının çoğunu rahat ve tanrısız olarak geçirirler ve dini duygularının atıl hale gelmesine izin verirler... Acı ve özeleştirici genellikle canlı bir dini tecrübenin doğmasına neden olur."³⁹¹

Yapılan araştırmalar, stresli olaylarda insanların % 45'inin dini davranışlar göstererek problemi aşmaya çalıştıkları; hastalık, ölüm vb. durumlarda ise insanların % 78'inin dini değerlere yöneldikleri belirlenmiştir.³⁹² Nitekim Şendil'in (1999) meme kanseri hastalarda yaptığı araştırmada, "ameliyattan sonra dinsel inançlarınızda artış oldu mu?" sorusuna, mastektomi ameliyatı geçirmiş hastaların % 40'ı çok, % 26,67'si orta, % 33,33'ü az düzeyde artış olduğu şeklinde yanıt vermişlerdir.³⁹³ Çiftçi'nin (2007) çalışmasında, kanser hastalarının % 80'i hastalık sonrası dini duygu ve düşüncelerinde değişiklik olduğunu, % 93.75'i ise bu değişikliğin olumlu yönde olduğunu belirtmiştir.³⁹⁴

İnsan, hayatta çeşitli sıkıntı ve tehlikelerle çevrilidir. İflaslar, kazalar, hastalıklar, başarısızlıklar vb. insanı tehdit ederek beden ve ruh sağlığı ile maneviyatı üzerinde sarsıcı etki yapar. Dua ederek Rabbi'ne yönelen ve güvenen inançlı insan, O'nun kendisini her türlü sıkıntı ve tehlikelerden koruyacağına ve dualarının O'nun katında duyulduğuna inanır. Rabbi'nin, yardım edeceğine güvenerek ruhunda kuvvet ve emniyet hisseder.³⁹⁵

Dua etme davranışının, kalp ameliyatı geçiren, kronik kalp rahatsızlığı olan ve kanser hastası bireylerde etkili bir baş etme yöntemi olduğu saptanmıştır. Dua, hayattaki

³⁸⁹ D. M. Wulff, **Psychology of Religion**, John Wiley and Sons, New York, 1997, pp. 517-523; (akt.) Tuncay, a.g.m., s. 18.

³⁹⁰ Özlem G. Aydın, Yaşamı Sürdürmede Dini İnançın Rolü, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Ankara, 2011, s. 80.

³⁹¹ Gordon W. Allport, **Birey ve Dini**, çev. Bilal Sambur, Elis Yayınları, Ankara, 2004, s. 30.

³⁹² Naci Kula, "Deprem ve Dini Başa Çıkma", **Gazi Üniversitesi Çorum İlahiyat Fakültesi Dergisi**, C.I, 2002, s. 240.

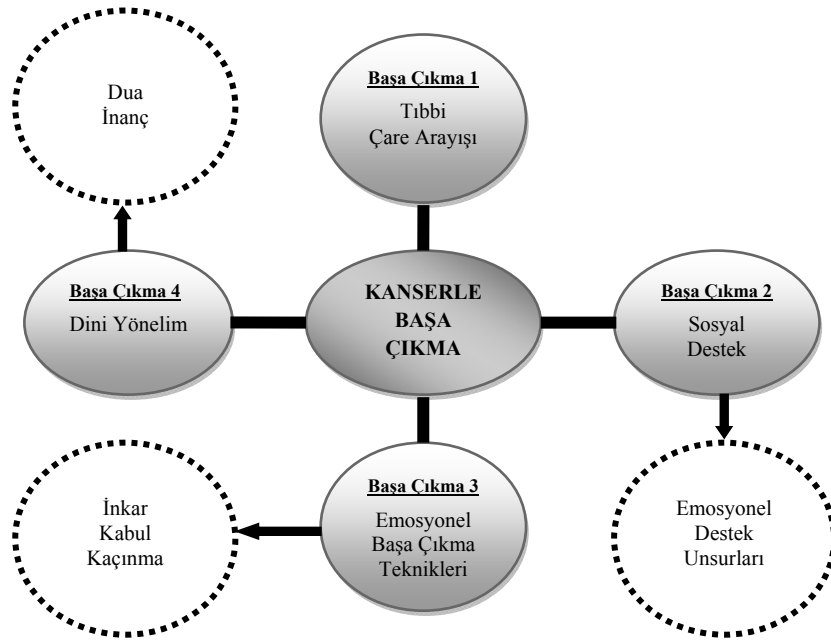
³⁹³ Şendil, a.g.m., s. 118.

³⁹⁴ Aişe Çiftçi, Hastalıklarla Başa Çıkma Dinin Rolü: Kanserli Hastalar Örneği, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2007, s. 78.

³⁹⁵ Pazarlı, a.g.e., s. 195.

zorluklarla başa çıkmada kontrol hissi oluşturan bir çeşit dini baş etme formu olarak görülmüştür. Ayrıca olumsuz durumlara manevi gelişim için yeni bir çerçeve sunan, hastalıkla karşılaşıldığında güç sağlayan dua, hayata anlam ve amaç kazandıran Tanrı'ya giden yolu açar. Manevi kaynakların Tanrı ile olumlu iletişim kurma, anlam edinme ve sosyal destek yoluyla kansere adaptasyonu kolaylaştırabileceği belirtilmiştir.³⁹⁶ (Kanserle başa çıkmada din ve diğer unsurlar için bkz. Şekil 3.)

Şekil 3. Kanserle Başa Çıkma Unsurları³⁹⁷



Sıkıntı içerisinde olan insan, Allah'ın yardım ve himayesini talep etmek için duaya yönelir. Böylece insan, varlığının aşkın boyutunu keşfedebilir. "Sıkıntı vasıtasıyla Allah'a başvurma bir kaçma ya da kendini koyverme hareketi olmayıp, ancak korku, üzüntü, ümitsizlik, güvensizlik gibi olumsuz duyguların aşılmasına bağlı olarak gerçekleşen, gerçek bir dini tutumdur."³⁹⁸ İç dünyasından hareketle duaya yönelmiş insan, duanın bir sonucu olarak kendini güvende hisseder. Ayrıca dua ettikçe ruhi gelişme kazanan insan, ruhi olgunluğun verdiği güvenle daha dengeli ve mutlu bir hayat sürdürür.³⁹⁹

³⁹⁶ Dein - Littlewood, a.g.m., p. 43.

³⁹⁷ Shadiya M. S. Baqutayan, "Managing Anxiety Among Breast Cancer's Patients", Advances in Psychology Study, Vol. I, No. 1, 2012, p. 5.

³⁹⁸ Hökelekli, **Din Psikolojisi**, a.g.e., ss. 114-115.

³⁹⁹ Ahmet Albayrak, **Gençlerde Dua Psikolojisi**, Düşünce Kitabevi Yayınları, Bursa, 2013, s. 75, s. 92.

Dua, inanan insana cesaret ve enerji verir. Ümitsizlikten ve maneviyat çöküntüsünden kurtulmasına destek olur. Ümitsizlikler ve felaketler karşısında çaresiz kalan kimselere teselli kaynağı sunar. Yaşadığı olumsuzluklardan dolayı teselli bulamayan insan ise ruhsal çöküntüye uğrar. “Dua, çaresizleri teselli eden en büyük kudrettir.” Ümitsizlik, insanlar için önemli bir yıkımdır. Ancak dua eden inançlı kişi, Yüce Rabbi’nden daima ümitlidir. Asla ümitsizliğe düşmez. İçinde yaşadığı ana ve geleceğe karanlık bakmaz. Huzurlu bir ruh hali içinde güven ve neşe ile karamsar duygulardan uzak olarak iyimserlikle hayata bakar.⁴⁰⁰

Sıkıntıya düşen insanda, varolan şuurun yetersizliği karşısında dua, insanın kendi meçhul bütünlüğünden yardım isteme çağrısıdır. Böylece kendini, Mutlak Varlık’ın ihata ediciliğine bırakan insan iç huzuruna kavuşur. “Dua, kişinin Tanrı’ya yakın olduğu bilinciyle kişide bir güvenlik hissi meydana getirir ve böylece kaygılarını hafifletir. Bu konuda yapılan çalışmalarda, özellikle insanın ruhsal kriz zamanlarında duanın rahatlatıcı, yatıştırıcı ve kaygıları azaltıcı etkileri olduğu belirlenmiştir.” Yapılan klinik gözlemler, duanın hastalar üzerinde yatıştırıcı ve iyileştirici özelliği yanında, genel anlamda kişiliğin yeniden yapılanması ve bütünleşmesi konusunda da etkili olduğunu göstermektedir.⁴⁰¹

Kanser gibi çaresizliği hissettiren hastalıklarda dua, varoluşun derinliklerine uzanan ve ilahi kapıları açan bir anahtar gibidir. Çünkü duada, inanan insanın, zihni ve kalbiyle birlikte çaresizliğinin Tanrı’ya yükselmesi hali vardır. Tek umudu Yüce Allah olan kişi bilir ki O, mahlukatının en küçük işlerinde dahi, kendisine müracaat edilmesinden, kendisinin tek merci görülmesinden, her şeyin anahtarının O’nun yanında, her şeyin dizgininin O’nun elinde olduğunun bilmesinden, kendisine yalvarılmasından, kendisine has bir şekilde hoşlanır.⁴⁰²

Yüce Allah, Kur’an-ı Kerim’de çeşitli ayetlerde bu dünyanın bir imtihan yeri olduğunu bildirir ve başlarına gelen çeşitli musibetlerden, hastalıklardan dolayı mükafatını Allah’tan bekleyerek sabreden ve sebat eden mü’minleri överek Cennet ile müjdeler.

“Ey iman edenler, sabır ile, bir de namazla (Hak’dan) yardım isteyin. Şüphesiz ki Allah, sabredenlerle beraberdir.”⁴⁰³

⁴⁰⁰ Pazarlı, a.g.e., s. 196.

⁴⁰¹ Albayrak, a.g.e., ss. 78-81.

⁴⁰² Ahmet Albayrak, “Dindarlık Tipleri Açısından Dua Formları”, **Marife**, Y. VII, S. 2, 2007, s. 200.

⁴⁰³ Bakara 2/153.

“Andolsun, sizi biraz korku, (biraz) açlık, (biraz da) mallardan, canlardan ve mahsullerden yana eksiltme ile imtihan edeceğiz. Sabredenlere (lutf-ü keremimi) müjdele!”⁴⁰⁴

“Ki onlar kendilerine bir bela geldiği zaman ‘biz (dünyada) Allah’ın (teslim olmuş kullarıyız) ve biz (ahirette de) ancak O’na dönücüleriz’ diyenlerdir.”⁴⁰⁵

“... Allah sabır (ve sebat) edenleri sever.”⁴⁰⁶

“Onlar ki (sırf) Rableri’nin rızasını isteyerek (her zorluğa) katlanırlar, namazı dosdoğru kılarlar, kendilerine verdiğimiz rızıktan gizli ve aşıkâr (hayır yoluna) harcarlar, kötülüğü iyilikle savarlar. İşte onlar için bu dünyanın (iyi) bir sonucu vardır (ki o sonuç) Adn Cennetleri’dir...Melekler de her bir kapıdan onların yanına sokulacaklar (ve şöyle diyeceklerdir): Sabrettiğiniz şeylere mukabil sizlere selam (ve selamet). Dünyanın en güzel sonucudur bu!”⁴⁰⁷

“(Öyle muti ve mütevazî olanlar ki) Allah anılınca onların kalpleri korku (ile titrer). Onlar kendilerine isabet eden (mihnetlere, zorluklara) sabredenlerdir. Namazı dosdoğru kılanlardır. Kendilerini rızıklandırdığımız şeylerden (Allah için) harcarlar.”⁴⁰⁸

“İnsanlar, (yalnız) inandık demeleriyle bırakılıvereceklerini, kendilerinin imtihana çekilmeyeceklerini mi sandı(lar)?”⁴⁰⁹

“İman edip de güzel amel (ve hareket) lerde bulunanlar (var ya) biz onları – kendileri içlerinde ebedî kalıcı olarak- altlarından nehirler akan o cennetin yüksek mevkilerine yerleştireceğiz. (Öyle) amel edenlerin mükafatı ne güzeldir ki onlar sabır (ve sebat) etmişlerdir ve yalnız Rableri’ne güvenip dayanmaktadırlar.”⁴¹⁰

“O, hanginizin daha güzel amel (ve hareket) edeceğini (hakkınızda) imtihan etmek için ölümü de, dirimi (hayatı) de takdir eden ve yaratandır. O, gaalib-i mutlak, çok yarlığayıcıdır (bağışlayıcı).”⁴¹¹

Hz. Peygamber’in (SAS) konu ile ilgili bazı Hadis-i Şerifleri ise şöyledir:

⁴⁰⁴ Bakara 2/155..

⁴⁰⁵ Bakara 2/156.

⁴⁰⁶ Al-i İmran 3/146.

⁴⁰⁷ Ra’d 13/22-23-24.

⁴⁰⁸ Hacc 22/35.

⁴⁰⁹ Ankebut 29/2.

⁴¹⁰ Ankebut 22/58-59.

⁴¹¹ Mülk 67/2.

“Allah-ü Teala, bir kimseye hayır dilerse, onu musibete uğratar.”⁴¹²

“Herhangi bir Müslümanın başına yorgunluk, hastalık, düşünce, keder, acı ve kaygıdan, diken batmasına varıncaya kadar, her ne gelirse, Allah bunları o Müslümanın hatalarına keffaret kılar.”⁴¹³

“Mü’minin işi taaccübe şayandır. Zira işinin hepsi onun için hayırlıdır. Bu meziyet yalnız mü’mine mahsustur. Zira o sevinirse, şükreder. Bu ise onun için hayırdır. Başına bela gelirse sabreder. Bu da onun için hayırdır.”⁴¹⁴

“Herhangi bir müslüman, sabahleyin hasta müslüman kardeşini ziyaret ederse, yetmiş bin melek ona akşama kadar rahmet okurlar. Eğer akşamleyin ziyaret ederse, yetmiş bin melek sabaha kadar ona istiğfar ederler. Aynı zamanda o kimse için Cennet’te toplanmış mevveler vardır.”⁴¹⁵

Ayet ve hadislerde görüldüğü gibi hastalık ve çeşitli musibetlere, zorluklara maruz kalmak, inanan insan için manevi derecenin yükselmesine, yapılan çeşitli hataların, günahların bağışlanmasına vesile kılınmıştır. Eğer inanan kişi, başına gelenlere sabrederse mükafat olarak Cennet vaad edilmiştir. Aynı şekilde, mü’min kardeşini hastalık ve musibet anlarında yalnız bırakmayıp onu ziyaret eden, ona destek veren diğer inananlar da bağışlanma ve Cennetle müjdelenmişlerdir. Bu ise İslam dininin kardeşlik ve toplumsal dayanışmaya verdiği öneminin göstergesidir. Diğer taraftan konuya ilişkin yapılan çeşitli çalışmalarda; çevresinden ve ailesinden sosyal destek gören ve algılayan hastaların, hastalıkla daha kolay başa çıktıkları bildirilmiştir. Sosyal desteğin, hayattaki olumsuz olayların fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerindeki zarar verici etkisini azaltmada yardımcı olduğu ve stres oluşturan durumlara karşı bir tür tampon görevi yaptığı belirlenmiştir. Aynı zamanda bireye ait olma ve kendine güven hissi veren sosyal destek, benlik saygısı düzeyinin artmasını da sağlayarak bedensel ve ruhsal sağlığı olumlu yönde etkiler.⁴¹⁶

Dolayısıyla hastalık ve sıkıntıların Allah’tan gelen bir imtihan, bir hayır ve Cennet’e girme sebebi olarak görülmesi, inançlı insan için yaşanan olumsuzlukların

⁴¹² Buhârî, Merdâ 1.

⁴¹³ Buhârî, Merdâ 1; Müslim, Birr 49.

⁴¹⁴ Müslim, Zühd 64.

⁴¹⁵ Tirmizi, Cenaiz 2.

⁴¹⁶ B. E. Özyurt, “Kanser Hastalarının Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyine İlişkin Betimsel Bir Çalışma”, **Kriz Dergisi**, C. XV, S. 1, 2007, s. 2.

anlamlandırılmasını ve kabullenilmesini kolaylaştırır. Böylece bireyin kendi içinde yaşayabileceği çatışma ve gerginlik hali azalarak, psikolojik rahatlama sağlanır. Ancak hastalık ve sıkıntılar, birey tarafından Tanrı'nın bir gazabı, bir cezası olarak algılanırsa, hastalıkla başa çıkma zorlaşır ve ruhsal gerginlik artar. Nitekim bazı hastaların sık sık “ben ne suç işledim de başıma, bu geldi?” gibi serzenişte buldukları görülmüştür. Dolayısıyla insanın yaşadığı sıkıntılar karşısında dine, olumlu veya olumsuz yüklemde bulunmasında; “dindarlığın niteliği” (iç/dış kaynaklı olması vb.), “alınan dini eğitimin niteliği” (korku veya sevgi motifinin ağırlıklı olması vb.)⁴¹⁷, sahip olunan dini bilginin kaynağı (sosyal çevre, geleneksel dini bilgi, medya vb.) ve düzeyi gibi faktörlerin etkili olduğu söylenebilir.

8. DİNDARLIK VE AĞRI İLE BAŞA ÇIKMA

Stres verici olayların olumsuz etkilerini en aza indirmek ya da tümüyle ortadan kaldırmak için çeşitli başa çıkma tutumları geliştirmek insan için evrensel bir davranış olarak görülür. “Başa çıkma”, bireyin stres oluşturan olay ya da etkenler karşısında mücadele etme ve dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkiler olarak ifade edilebilir. İnsanlar farkında olarak veya olmayarak ağrı ve önemli birçok sağlık sorununda çeşitli başa çıkma yöntemlerine başvurmaktadır. Bunların bir kısmı sorunu yadsımak, unutmaya çalışmak, şakaya vurmak gibi pasif başa çıkma davranışı iken bir kısmı da sorunun üzerine gitmek, çözüm yolu aramak gibi aktif başa çıkma davranışlarını içermektedir.⁴¹⁸

Yapılan araştırmalarda, ağrının uzun süre devam etmesinin depresyona zemin hazırladığı ve çaresizlik duygularını arttırdığı tespit edilmiştir. Ağrı ile başa çıkma yöntemlerinin ve dikkati başka yöne çevirme, ağrı duygusunu tekrar yorumlama, kendi kendine başa çıkma ve hayal etme gibi bilinçli bilişsel girişimlerin kullanılmasının hastaların ağrı ile birlikte daha verimli bir yaşam geliştirmelerini sağlayabileceği belirtilmektedir.⁴¹⁹

⁴¹⁷ Ayten, “Üniversite Öğrencilerinde Ölüm Kaygısı...”, a.g.m., s. 103.

⁴¹⁸ Didem S. Peker, Ağrı Yakınması Olan Hastalarda Yaşam Kalitesi, Başa Çıkma Tutumları ve Depresif Belirtilerin Ağrı Algısı ile İlişkisi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), Aydın, 2007, s. 2.

⁴¹⁹ Ercan Madenci ve diğerleri, “Kronik Ağrılı ve Fibromiyalji Sendromlu Hastalarda Depresyon Düzeyleri ve Ağrı ile Başa Çıkma Becerileri”, *Turk J Phys Med Rehab*, C. LII, S.1, 2006, ss. 19-21.

Ağrılı durumların tedavisi ve ağrı davranışının düzeltilmesi açısından çeşitli başa çıkma yöntemlerinin etkili olduğunu gösteren birçok çalışma vardır. Gevşeme (relaksasyon), biyolojik geri bildirim (biofeedback) ve hipnoz ağrı ile başa çıkmada kullanılan yöntemlerden bazılarıdır.⁴²⁰ Ağrı ile başetmeye ilişkin kanser hastaları ile yapılan bir çalışmada, hastaların % 88.4'ünün analjezik kullanma, % 83'ünün yatıp/dinlenme, % 62.5'inin doktora gitme, % 42'sinin masaj, % 26.8'inin sıcak-soğuk uygulama ve % 15.2'sinin dikkati başka yöne çekme yöntemlerini kullandığı tespit edilmiştir.⁴²¹

Ağrı ile başa çıkma davranışı kültürel değerlere ve inançlara göre değişmektedir. Farklı etnik kökenli hastalardan oluşan bir çalışmada ağrı ile başa çıkmada, Anglo-Amerikan hastaların ilaç, enjeksiyon gibi tıbbi tedaviyi, Çinli hastaların ise çeşitli merhemler, yağlar ve masaj gibi geleneksel yöntemleri tercih ettiği belirlenmiştir.⁴²² Yine değişik kültürlerde akupunktur, bardak çekme, şifalı bitkiler, okunmuş su ve dua ağrıyı azaltmak için başvurulan uygulamalardır.⁴²³

Kanser hastalarında ağrı ile başa çıkmada sosyal desteğin önemli olduğu bunun yanında dini ve kültürel inançların ağrı ile ilgili tutum ve davranışları, baş etme mekanizmalarını etkilediği tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda kanser hastalarında dini-spiritual inanç ve uygulamaların çeşitli fiziksel semptomların tedavisinde, korkuyu azaltmada, hayata anlam verme ve umudu arttırmada etkili olduğu belirlenmiştir.⁴²⁴

Suudi Arabistanlı kanser hastalarında ağrı ve başa çıkma davranışları üzerine yapılan bir araştırmada, ağrıyla başa çıkmada en fazla adaptif ve aktif davranış olarak dua etme (% 99.2), Kur'an-ı Kerim okuma veya dinleme (% 98.5) gibi dini pratiklerin yer aldığı tespit edilmiştir.⁴²⁵ İranlı hasta örnekleminde oluşan bir diğer çalışmada da, ameliyat sonrası hastaların ezberden Kur'an-ı Kerim ayetlerini okumalarının ağrıyı

⁴²⁰ Madenci ve diğerleri, a.g.m., ss. 19-21.

⁴²¹ Füsün Afşar - Rukiye Pınar, "Kanser Hastalarında Ağrı ve Ağrı ile Başetme Yöntemlerinin Değerlendirilmesi", **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, C. VI, S. 3, 2003, ss. 19-28.

⁴²² R. Moore, "Ethnographic Assessment of Pain and Coping Perceptions", **Psychosomatic Medicine**, Vol. LII, 1990, pp. 129-246.

⁴²³ Mokholelana Margaret Ramukumba, Pain Assessment in a Culturally Diverse United Arab Emirates Context, Health Studies at University of South Africa, (Masters of Arts), 2006, p. 35.

⁴²⁴ Dedeli - Karadeniz, a.g.m., ss. 45-53.

⁴²⁵ Amani A Babgi, "Pain Coping Behaviors of Saudi Patients Suffering from Advanced Cancer : A Revisited Experience", **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, Vol. XI (MECC Supplement), 2010, pp. 103-106.

hafiflettiği ve sonuçların istatistiksel anlamlılık düzeyinde olduğu bulunmuştur. Birleşik Arap Emirlikleri'nde yapılan bir araştırmada, dini faktörlerin ağrı davranışında etkili olduğu, hastanede bulunan hastaların ağrının azalması için dua ettikleri, ağrıyı kendilerine atfedilme vesilesi olarak gördükleri bulunmuştur. Hastalar dua ile Allah'a bağlandıklarını ve huzur bulduklarını belirtmişlerdir. Hasta ve ailesinin Kur'an okuma ve namaz kılma uygulamalarının da ağrı ile başa çıkmada önemli olduğu gözlenmiştir. Ayrıca Müslüman toplumlarda hasta olan kişiye aile ve akrabalarca değer verilmesi ve dini anlamda sevap kazanmak maksadıyla ziyaretler yapılması, hastalığın zorlukları ile başa çıkmada sosyal ve manevi bir destek oluşturmaktadır.⁴²⁶ Hayatın ve ölümün Allah'ın takdirinde olduğuna inanan Müslüman birey için ağrı ve hastalık karşısında Allah'a teslim olmak, O'ndan şifa, yardım ve güç istemek önemlidir.

Diğer taraftan ağrı çeken bazı hastalar ümitsizliğe düşmekte ve hayatı yaşamaya değmez bulmaktadırlar. Ancak dini-spiritual kaynakların, ağrı ve yaşamı tehdit eden kanser gibi hastalıklarda hayata karşı olumlu bakış açısı geliştirmede ve hastalıkla mücadele etmede destek ve güven verdiği görülmektedir.⁴²⁷ Sağlık alanında insanın fizyolojik, emosyonel ve sosyal boyutuna ilaveten spiritual boyutun da önem kazandığı ve hastaya bütüncül (holistik) bir bakış açısıyla yaklaşım geliştirilmeye çalışıldığı görülmektedir. Hastaların umut, sevme-sevilme, yaşamın ve ölümün anlamı üzerine konuşma, uyumlu ilişki kurma, dua ve dini ibadetler gibi spiritual uygulamalara ihtiyaç duyduğu gözlenmiştir. İnsanın spiritual ihtiyaçlarının karşılanmasının özellikle kanser gibi hastalıklarla ve şiddetli ağrı ile başa çıkmada etkili olduğu; öfke, anksiyete ve korku gibi duyguların azalarak umut ve hayatın anlamına dair olumlu düşüncelerin gelişmesine katkı sağladığı; hastaların dini inançlarının gereğini yerine getirmekten dolayı daha huzurlu oldukları; hastalığı ve ölümü daha kolay kabullendikleri görülmüştür.⁴²⁸

9. DİNDARLIK VE DEPRESYON

Dini inanç ve uygulamalar; bireylerin dini yaşam biçimlerine, dine verdikleri öneme, dini kaynaklara yaptıkları atıfların şekline vb. göre çeşitli şekillerde depresyonu önlemede ve depresyonun sonuçları ile başa çıkmada etkili olabilir.

⁴²⁶ Ramukumba, a.g.t., p. 36, p. 117.

⁴²⁷ Yılmaz, a.g.t., s. 32.

⁴²⁸ Dedeli - Karadeniz, a.g.m., ss. 45-53.

Dini inançlar, inanan insanlara bir bakış açısı ve yaklaşım biçimi sunar. İnsan yaşadığı olayları bu bakış açısı ve yaklaşım biçimini yansıtan dini kavramlar ile açıklar. Böylece dini içerikli kavramların, olayların meydana gelişi, kaynağı veya gerisindeki güce ilişkin açıklamayı anlamlı kıldığı, dini sembol ve inanç sistemlerinin de önemli birer anlam kaynağı olduğu görülür. Diğer bir ifade ile din, insanın kutsala ilişkin bir anlam arayışı alanıdır. Yaşamın farklı dönemlerinde karşılaşılan çeşitli sorunlar ve sıra dışı olaylar, insan davranışının bilişsel sistemlerinde ve çatışmaları çözümlenmeye yönelik kurallarda kırılmalar oluşturur. Böyle durumlarda din, karşılaşılan olaylara ve yaşanan tecrübelere anlam ve açıklama getiren bir sistemler bütünü olarak ortaya çıkar.⁴²⁹

Spilka ve arkadaşları (1985), dini inançların ve uygulamaların üç önemli rolüne dikkat çekmişlerdir: Hayata bir anlam vermek, kişisel kontrol duygusunu geliştirmek ve benlik saygısını inşa etmek. Dinin aynı zamanda içtenlik ve kimlik, huzur ve gelişim, rahatlama ve kendini frenleme, problem çözme, umut ve çeşitli ruhi fonksiyonlar gibi bir çok önemli amaca da hizmet ettiği görülür.⁴³⁰

Din, insanlara içinde buldukları durum ne olursa olsun ya da ne tür sorunlar yaşarsa yaşasınlar, bunların iyileşeceğine dair bir umut ve duygusal iyileşmeyi sağlayan önemli bir motivasyon kaynağıdır.⁴³¹

Dini inançlar zor yaşam olayları karşısında insanın yaşadığı çaresizlik ve korku duygularına sığınak olur. Eğer birey kendisini seven ve koruyacak olan bir Tanrı'ya inanıyorsa bu algıları, yaşadığı olayla başa çıkmasında destek olur.⁴³²

Freud, Jung, Fromm ve Frankl gibi psikologlar, bireylerin yaşadıkları sorunların üstesinden gelme süreçlerinde dinin ne kadar belirleyici olabileceği üzerinde durmuşlardır. Bu çerçevede kimi; dinin insan hayatına zor zamanlarda “teselli sunma”, “kontrol duygusu kazandırma” işlevinden bahsederken, kimi de dinin bu tür zamanlardaki “anlam sunma” ve “umut aşılama” rolleri üzerinde durmuştur. Kenneth Pargament'in görüşleriyle son şeklini

⁴²⁹ Talip Küçükcan - Ali Köse, **Doğal Afetler ve Din**, Türkiye Diyanet Vakfı İslam Araştırmaları Merkezi, İstanbul, 2000, s. 71.

⁴³⁰ Kenneth I. Pargament, “Tanrım Bana Yardım Et: Din Psikolojisi Açısından Başa Çıkmanın Teorik Çatısına Doğru”, çev. Ahmet Albayrak, **Tabula Rasa-Felsefe Teoloji**, Y. III, S. 9, 2003, s. 219.

⁴³¹ H. G. Koenig - L. K. George - B. L. Peterson, “Religiosity and Remission of Depression in Medically Ill Older Patients”, **The American Journal of Psychiatry**, Vol. CLV, No. 4, 1998, pp. 536-542; (akt.) Mustafa Köylü, “Ruh ve Beden Sağlığı ile Din İlişkisi Üzerine Yapılan Araştırmaların Bir Değerlendirmesi”, **Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, S. 28, 2010, s. 10.

⁴³² Özlem Güler, “Dini İnanç ve Psikolojik Sağlık İlişkisine Dair Bir Değerlendirme”, **Toplum Bilimleri Dergisi**, C. IV, S. 8, 2010, s. 100.

alan *dini başa çıkma teorisi* de gündelik hayatta gerek ruhsal gerekse bedensel olsun yaşanan sıkıntı, zorluk ve problemlerin üstesinden gelme sürecinde dinden nasıl ve ne düzeyde destek alındığını ön plana çıkartmaktadır. Eğer birey sorunlarıyla başa çıkarken Tanrıyla işbirliğine dayalı olumlu bir yaklaşım benimsiyorsa, bunun o kişinin bedensel ve ruhsal sağlığına olumlu katkı sağladığı ileri sürülmektedir. Ancak birey olumsuz bir dini başa çıkma süreci benimsemişse, bedensel ve ruhsal sağlığı olumsuz etkilenebilmektedir.⁴³³

Pargament, bireylerin yaşamdaki çeşitli olayları anlamlandırmasına ilişkin sürekli bir değişim süreci olarak gördüğü başa çıkmanın anlaşılmasında üç temel unsurdan söz eder: Birincisi, başa çıkma kişinin otomatik olarak tepki gösterdiği bazı olaylardan çok kişi için önemli olan bazı olaylar, durumlar ve problemler üzerinde yoğunlaşmaktadır. İkincisi, *başa çıkma hem bilişsel hem de davranışsal* bir süreç olup bireyler problemlerini hem *anlama* hem de *çözme* yoluna giderler. Üçüncüsü, başa çıkma bireylerin yaşamlarında karşılaştıkları belirli bazı ihtiyaçları ve talepleri karşılamak için girilen süreç ve değişimleri kapsar.⁴³⁴

Birey hayatı boyunca karşılaştığı stres verici olaylar karşısında yitirdiği kontrolü tekrar ele geçirmek ve anlam bulmak için birtakım başa çıkma girişimlerinde bulunacaktır. Bireyin hayatında dine verdiği önem derecesi ve dini uygulamalara bağlılık düzeyi, kendisine sıkıntı veren olayların yorumlanmasında ve bunlarla başa çıkmasında önemli bir faktördür. Bu bağlamda, McIntosh, Silver ve Wortman, dinin birey açısından önem derecesi arttıkça karşılaşılan acı olayın ardından ortaya çıkan bilişsel değerlendirme düzeyinin de arttığını tespit etmişlerdir.⁴³⁵

“Başa çıkma eylemleri, olayın mahiyetinin Tanrı’dan gelen bir uyarı olarak olarak algılandığı bilişsel değişimi veya Tanrı’nın gazabının tezahürü olarak algılandığı duygusal değişimi, daha mutlu bir hayata götürmeye çalışan davranışsal değişimi, sahip olduğumuz kurumlarda adaleti daha fazla tesis etmek için sosyal değişimi veya bu dünyada, bugünün dünyasından ziyade geleceğin dünyasının problemleri üzerine yoğunlaşarak onlardan

⁴³³ Ali Ayten ve diğerleri, “Dini Başa Çıkma, Şükür ve Hayat Memnuniyeti İlişkisi”, **Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi**, C. XII, S. 2, 2012, s. 47.

⁴³⁴ Pargament, “Tanrım Bana Yardım Et: Din Psikolojisi Açısından..”, a.g.m., s. 210.

⁴³⁵ Daniel N. McIntosh, “Religion as Schema With Implication for the Relation Between Religion and Coping”, **The International Journal for The Psychology of Religion**, Vol. V, No.1, 1995, p. 10; Şükran Ç. Demir, Ergenlerde Benlik Saygısı ve Dini Başa Çıkma, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Bursa, 2013, s. 69.

kaçınmayı içerebilirler. Dini başa çıkma eylemleri, “Tanrım, lütfen problemleri çöz” veya elinden geleni yapıp gerisini Tanrı’ya havale etmek gibi göreceli olarak pasif olabilirler.”⁴³⁶

İnsan yerine getirmekte zorlandığı istek ve arzularının yanında hastalıklar, doğal felaketler, dramatik acılar ve haksızlıklar karşısında iki farklı tutum sergileyebilir. Ya sahip olduğu güzelliklerin farkında olarak kanaatkar bir tutum içinde mutlu olmanın yollarını arayarak memnun ve huzurlu bir yaşama yönelir. Ya da hayatın getirdiği sıkıntılar karşısında şükretmek için neden bulmada ve sahip olduğu güzellikleri algılamakta yaşadığı zorluklarla ve hayata dair hissettiği memnuniyetsizlik ve mutsuzluk gibi olumsuz duygularla başa çıkmak için mücadele eder. Başa çıkma sürecinde yaşananlar, bireyin kendi hayatı ile ilgili bilişsel ve duygusal değerlendirmelerinin olumlu veya olumsuz yönde değişimine neden olduğu gibi fiziksel ve ruhsal sağlığa da tesir eder. Bireylerin yaşadıkları zorluklara atfetikleri anlam ve bu zorluklarla başa çıkma sürecinde kullandıkları yollar, iyilik halinin ve yaşam memnuniyetinin en önemli belirleyicileridir.⁴³⁷

Yaşadığı olaylara bir açıklama ve yorum getirme çabası içinde olan insan⁴³⁸ çeşitli atıflarla (yüklemelerle), yaşadıklarını daha hızlı bir şekilde anlama ve anlamlandırma sürecine girer. Dolayısıyla, dini inanç ve öğretilerin, ilk olarak insanın varoluşsal kaygılarını içeren sorulara verdiği cevaplarla, ikinci olarak da insanın çevresinde gerçekleşen çeşitli olaylara atfettiği anlamlarla ilgili olduğu söylenebilir.⁴³⁹

Bireyin hayatında, kendine yönelttiği ya da dışarıdan kendisine yönelen “neden?” ve/veya “niçin?” sorularını bir takım nedenler arayarak açıklayabilmek ve olayların doğru bir şekilde analiz edilebilmesi için temelde yatan kalıcı, değişmez faktörlerin bulunması ya da öyle olduğuna inanılması önemlidir. Çünkü bireyin, ancak bu sayede “yordanabilir” ve “kontrol edilebilir” bir çevre oluşturarak uyum sağlayabilir. İnsan, daimi olarak kendisini çevreleyen gözlenebilir faktörleri kaydetmekle yetinmez, ayrıca olayları da çevresindeki kalıcı, değişmez etkenlere yükleyerek açıklama getirmek ister.⁴⁴⁰

⁴³⁶ Pargament, a.g.m., s. 215.

⁴³⁷ Ayten ve diğerleri, “Dini Başa Çıkma, Şükür ve Hayat Memnuniyeti...”, a.g.m., s. 46.

⁴³⁸ Hökelekli, **Din Psikolojisi**, a.g.e., s. 115

⁴³⁹ Yapıcı, “Fiziksel ve Sosyal Hadiselere Sebep Atfetmede Dinin Rolü...”, a.g.m., ss. 144-145.

⁴⁴⁰ Yaparel, “Depresyon ve Dini İnançlar ile Tabiatüstü Nedensel Yüklemeler Arasındaki İlişkiler”, a.g.m., s. 276.

İnsanların, bireysel ve sosyal olaylar karşısında nedensel atıflarda bulunması, psikolojik rahatlama sağladığı gibi bireyin yaşadıklarını anlama ve anlamlandırmasına da yardımcı olur. Gözlenen olayların sebepleri hakkında genelde toplumsal hafızada yerleşmiş bulunan ve öznel inançlar olarak ifade edilen nedensel atıfların, bireylerin “anlam arama”, “sonuçları kontrol altına alma” ve “özsayıgı ihtiyacına” cevap verdiğini söylemek mümkündür. Dini inançlar, bireysel ve toplumsal olarak kabul edilip içselleştirildikleri için bireyleri zihinsel ve ruhsal olarak etkilemenin yanısıra onların tutum ve davranışlarında da sürekli bir etki gösterirler. Din, olumlu ve olumsuz olaylar hakkında çeşitli açıklamalar sunarken, bireyin aradığı “niçin?” sorusuna da alternatif cevaplar verir.⁴⁴¹

Günlük yaşantıdaki istenmeyen olaylar ile depresyon arasında anlamlı ilişkiler olduğu bulunmuştur. Lazarus, gün içinde cereyan eden olumsuzluk ve tersliklerin kişide “yaşamını kontrol edemediği” inancını tetiklediğini ve hatta kişinin ayakkabı bağının kopmasını bile kendi yetersizliğinden kaynaklandığını düşünerek depresif duygular içine girebileceğini belirtmiştir.⁴⁴²

Din, insana varoluş bütünlüğü ile uyumlu olarak kendini bir yere yerleştirme imkanı veren bir başvuru çerçevesi sunar. İnsan, varlığının anlamlı bir bütün içinde olduğunu idrak ettiğinde, kendisiyle özdeşleşerek, kişiliğini ve asli görevini tanıyabilecektir. Din, hayatta karşılaşılan her olay ve duruma hazır ve bütüncül cevaplar vererek insanın yaşadıklarını anlamlandırmasını sağlar.⁴⁴³

Din, depresyona karşı doğrudan veya dolaylı olarak koruyucu bir rol üstlenebilir. Dinin ruh sağlığını korumaya yönelik doğrudan etkisi, dindarlığın ve inancın bireysel etkileriyle ilişkili olarak açıklanabilir. Burada manevi destek kavramından söz edilebilir. Dinin ruh sağlığına dolaylı etkisi ise aynı dini kimliğe sahip müntesiplerine sunduğu sosyal destek ile ve alkol, uyuşturucu gibi beden ve ruh sağlığını tehdit eden zararlı alışkanlıklara karşı olumsuz ve yasaklayıcı bir tavır sergilemesi ile ortaya çıkmaktadır.⁴⁴⁴

⁴⁴¹ Yapıcı, a.g.m., ss. 137-138.

⁴⁴² S. Folkman - R. S. Lazarus, “An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample”, **Journal Health Soc Behav**, Vol. XXI, 1980, pp. 219-223; (akt.) Ceylan D. Tuğrul, “Stres ve Depresyon”, **Psikiyatri Dünyası**, C. IV, 2000, s. 13.

⁴⁴³ Hökelekli, **Din Psikolojisi**, a.g.e., s. 116.

⁴⁴⁴ Yapıcı, a.g.e., s. 137.

İnsan içinde bulunduğu grupta; destek alamama, engellenme, rekabet, amaç ve beklentilerde uyum, grup dışı kalma vb. nedenlerle çatışma yaşayabilir. Bireyin grup ve toplumdaki sahip olduğu rolünden, başkalarının beklediği davranışların çokluğu zamanla bireyde toplumsal beceriksizlik ve yetersizliğe neden olabilir. Sonuçta ortaya çıkan bu rol karmaşası, bireyi depresyon ve strese sürükleyebilir. Ayrıca kültürel ve toplumsal değerlerle bireyin sahip olduğu inançlar, ilkeler, idealler vb. arasında uyum sağlanamadığında ortaya çıkan çatışmanın da önemli bir depresyon ve stres faktörü olduğu bildirilmiştir.⁴⁴⁵

Kişinin sevildiğini, kabul edildiğini, kendisine değer verildiğini, saygı duyulduğunu, bir gruba ait olduğunu hissedebilmesini sağlayan ilişkiler ağını içeren sosyal desteğin, birçok çalışmada depresyonun önemli bir yordayıcısı olduğu belirlenmiştir.⁴⁴⁶ Din, uluhiyet duygusuna ilişkin belirli inançlar ve naslar, ibadet ve uygulamalar ile insanlar arasında manevi bir bağ oluşturur. Kendisine tabi olan, inanan kişileri manevi bir topluluk ve cemaat halinde birleştiren⁴⁴⁷ din, dışlanmışlık duygusunun önüne geçerek bireyler arasında sosyal destek ve kardeşlik ağı tesis eder.

Pazarlı da Amerikalı bir ruh doktorunun genel tespitlerini şu şekilde aktarır: “Modern psikolojinin en büyük keşiflerinden biri şudur; bir kimse mesut ve bahtiyar yaşamak için hayatın bir kısım zevklerinden feragat etmesini bilmeli, başkalarına karşı fedakar olmalı ve kendini disiplin altına sokabilmelidir. Yalnız kendini ve kendi çıkarlarını düşünmek, ferdi isteklere tabi olmak insanı bencilliğe götürür. Bencilliğin sonu da ıstırap ve bedbahtlıktır. Din insanlara karşı şefkati, sevgiyi ve yardımlaşmayı emrederek onları fedakar, merhametli olmaya teşvik eder. İnsanı, gerçek insan olmaya götüren en sağlam yol, din yoludur. Bu sebeple din, ferdi ve sosyal yaşamın en büyük ihtiyacıdır.” Dini ve manevi hayat kişiyi şüphecilik ve karamsarlıktan korur. Şüphe ve karamsarlık içinde kalan insan da yolunu şaşırarak kimseler gibi sürekli bir ıstırap ve rahatsızlık yaşar. Hayatın türlü akıntılarında katılıp sürüklenerek çeşitli bunalımlara düşer. Oysa inanma ihtiyacı içinde olan insan elem ve ıstıraplarını azaltacak, teselli ve ümit verecek gücü dinden alır. Ruhun huzuru ve genişliği, insanın yüce bir kudret karşısında duyduğu bağıllık ve sevgiden kaynaklanır.⁴⁴⁸

⁴⁴⁵ Köknel, a.g.e., ss. 50-51.

⁴⁴⁶ Tuğrul, a.g.m., s. 15.

⁴⁴⁷ Pazarlı, a.g.e., s. 34.

⁴⁴⁸ Pazarlı, a.g.e., ss. 38-39.

“İnsan kendisini tehdit altında hissettiği zaman, en temel arzusu olan ‘yaşama isteği’nin tatmin edilmesine kadar, herşeye gücü yeten Allah’a yalvarıp yakarır. Bu durumlarda dua bir yardım isteme çığığıdır.”⁴⁴⁹ Dua, zihnin bir takım kötü hayaller ve ihtiraslarla dolmasına ve insanı kötülöklere süröklemesine engel olur. İnanarak ve samimi duygular içinde dua eden kişinin sinir sistemi güçlenir, ruhi ve bedeni kuvvetleri ve kabiliyetleri arasında bir denge oluşur. Duanın devamlı ve düzenli olması önemlidir. Nadir, isteksiz veya mecburiyet karşısında yapılan duaların kişiye fayda vermeyeceğı ifade edilmiştir.⁴⁵⁰

İnsan, sınırsız güce inanma konusunda kodlanmış, genetik bir programa sahiptir. “Kontrol, insanda gibi gözükse de insan herşeye hakim değildir; O güç, istediğı zaman insanı durdurabilmektedir.”⁴⁵¹ İnsan, kendi gücünü aşan, acz ve çaresizlik içerisinde bırakan tehlikeler ve felaketler karşısında tabiat üstü bir kurtarıcıya ve ilahi yardım talebine yönelme eğilimi taşır.⁴⁵²

İnsan bazen Tanrı’nın güç sıfatı ile O’na yönelir. “Tanrı kadirdir, yaratıcıdır ve bütün fırtınaları durdurmaya gücü yeter; cennetler O’nun büyüklüğünü ilan eder. Bazen O, güvenlik ve güç kaynağıdır ve her zor durumda hazırdır. Genellikle O, kozmik mükemmelliğı temsil eder ve kutsallığının güzelliğine ibadet edilir. Sevgiye ve ilgiye ihtiyaç duyduğumuz zaman Tanrı aşk, bilgi ve herşeyi bilendir. Teselli aradığımızda O’nun verdiği huzur ve sükun bütün anlayışların ötesindedir. Günah işlediğimizde O kurtarıcıdır.”⁴⁵³

Allah’a olan inanç, insana güven verir ve onu karamsar duygulardan uzak tutar. Daha sabırlı olmayı, geleceğı karanlık görmemeyi sağlar. Talep ve ihtiyaçlarının Allah tarafından karşılanacağı umudu, kişiyi rahatlatır ve huzur verir. Allah; ümitsizlik, sıkıntı, bunalım, korku ve endişe hallerinde insanın yegane sığınabileceğı kudretli bir güç olduğu gibi sevinç ve mutluluk anlarında da şükran, minnettarlık ve sevgi duygularını sunabileceğı sonsuz merhamet sahibi ilahi güçtür. Dolayısıyla insan, hem duygusal taşkınlık hem de

⁴⁴⁹ Hökelekli, **Din Psikolojisi**, a.g.e., s.91.

⁴⁵⁰ Pazarlı, a.g.e., ss. 195-197.

⁴⁵¹ Nevzat Tarhan, **İnanç Psikolojisi**, Timaş Yayınları, İstanbul, 2009, s. 193, s. 200.

⁴⁵² Hökelekli, **Din Psikolojisi**, a.g.e., s. 87.

⁴⁵³ Gordon W. Allport, **Birey ve Dini**, çev. Bilal Sambur, Elis Yayınları, Ankara, 2004, ss. 30-31.

çökkünlük durumlarından, Allah'a yönelerek kurtulur. Böylece ruh sağlığı bakımından da uyumlu ve dengeli bir kişiliğe kavuşur.⁴⁵⁴

Allah'a inanmayan insan huzursuz ve endişeli olarak sürekli bir arayış peşindedir. Hayattaki olaylara yeterli bir açıklama getirememek, içsel çatışma ve gerginliğe neden olur. Böyle bir insan bağlandıklarını kaybettiği ölçüde hayatı değersiz ve çekilmez bulur. Yaşamı geçmişin üzüntüleri içinde, geleceğin ise endişe, korku ve ümitsizlikleri içinde geçer. Hayatın sıkıntıları ve olumsuzlukları karşısında kendisine güvenli bir sığınak bulamaz. Zamanla bu durum ruh sağlığının da bozulmasına yol açabilir.⁴⁵⁵

Mazhar Osman, dini inançtan uzaklaşmanın akıl hastalıklarının nedenlerinden biri olduğunu belirtir. "Birşeye inanmamak yeni nesillerin ruh haletlerini ehemmiyetli sarsıntılara maruz kılmıştır. Eskiden sarsılmaz bilinen kanaatlerin yıkılması, yok olması; fakirle zengin, küçükle büyük arasındaki sınırın Allah tarafından çizildiği inancının çözümlenmesi, hayatın zahmetlerine karşı tevekkülle katlanmak tesellisini insanların ruhundan silmiş olmaları, onların yerine ihtiras, ihtilal, öldürmek ve ölmek hislerini yerleştirmiştir. Bunların sonunda gelecek olan hal, nevrotik ve psikotik hallerdir."⁴⁵⁶

Allah'a karşı kulluk ve bağlılığı ifade eden ibadetler, insanı dünyanın küçük ihtiraslarından uzaklaştırıp Yüce Allah'ın huzuruna ve vicdan muhasebesine davet eder. Böylece ruhun temizlenmesine, huzur ve ferah bulmasına hizmet ederler. Ayrıca ibadetler, kalbi fenalıklardan ve kötü eğilimlerden de koruyarak insanın kendine güveninin, metanet ve cesaretinin artmasını teşvik ederler.⁴⁵⁷

İbadetler, insanın Allah ile, kendisi ile, diğer insanlar ile ve yaratıklar ile ilişkisini düzenleyen bir anlam sistemi olma özelliği taşır. İbadetler vasıtasıyla insan, iç disiplin ve arzular üzerinde iç denetim sağlama, dikkatin odaklaştırılması, kendine hakimiyet, mücadele, katlanma ve dayanma gücünün artması, kötü eğilim ve alışkanlıklardan uzak durma gibi davranış ve özelliklerini güçlendirerek ruh sağlığının olumlu yönde gelişmesine katkıda bulunur. Mümin, Allah'a karşı görevlerini yerine getirmiş olmanın iç huzuru ve güvenliği ile geleceğe ait korku ve kaygılardan uzaklaşmış olur. Böylece ibadetler, sağlığı

⁴⁵⁴ Peker, a.g.e., s. 245.

⁴⁵⁵ Peker, a.g.e., s. 245.

⁴⁵⁶ Mazhar Osman Uzman, **Tababet-i Ruhiye**, C. I, İkinci Baskı, İstanbul, 1928, s. 179; (akt.) Neda Armaner, **Psikopatoloji'de Dini Belirtiler**, Demirbaş Yayınları, Ankara, 1973, s. 107.

⁴⁵⁷ Pazarlı, a.g.e., s. 189, s. 192.

koruyucu ve tedavi edici özellikler içermeleri nedeniyle kişiliği güçlendirici ve desteklendirici sistemler olarak etki gösterirler.⁴⁵⁸

Ahiret inancı, inanan insan için bu dünyada yaşanan sıkıntıların karşılığında mükafat olduğunun teminatıdır. “Kişinin hayal kırıklığı bu hayatta ne kadar büyükse, geleceğe, bir öte dünyaya inancı da o kadar büyüktür...Bu sebeple, bu dünyanın ötesine hedeflerin olması, insanların gerilimlerini telafi etmeye yardım eder.”⁴⁵⁹

Dindeki ahiret inancı, bir yandan uhrevi sorumluluk şuuruyla insanın ahlaki gelişmesine sağlarken öte yandan ölüm korkusunun insan psikolojisi üzerindeki tahrip edici etkisini azaltır. Ahiret inancı, insanın içindeki ebediyet duygusuna cevap verir. Sıkıntılardan kurtulup ebedi saadete kavuşma, Allah’ın rızasını elde etme ideali insan da yaşama sevincine yol açar, dünyanın ıstıraplarına karşı dayanma gücü verir. Geçici dünya arzuları ile tatmin olmayan insan ruhu, dinin ona sunduğu ulvi zevkler ve manevi hazlar ile huzur bulur.⁴⁶⁰

Ahiret inancına sahip olan kişi, yaşadığı ve üstesinden gelemediği haksızlıkların ve zulümlerin karşılıksız kalmayacağı, muhakkak cezalandırılacağı, kendisinin ise mükafat göreceği düşüncesi ile teselli bularak rahatlar. Böylece ruhen kendini yıpratmaktan, isyankar olmaktan, içki ve uyuşturucu gibi alışkanlıklara kapılmaktan uzaklaşarak sabır ve metanetle ruh sağlığını ağır bir çökkünlük durumundan korumuş olur. Ahiret inancı, insanları yas nedeniyle ağır bir depresyona girmekten koruyabilir. İnsan sevdiklerinin ve yakınlarının ölümünden büyük bir elem ve üzüntü duyar. Özellikle ahiret inancı olmayan kişiler için ölüm, bir yok oluşur. Dolayısıyla bu durumdaki kişiler kolaylıkla hayata küserler ve depresif belirtiler gösterebilirler. Ancak sevilen kişi ile ahirette tekrar buluşabileceği, birlikte olunabileceği inancı, kişinin üzüntüsünü azaltır ve onu ruhen çöküntü halinden kurtarır.⁴⁶¹

Yaşamın anlamına ya da yaşama amacına sahip olmanın bireyi depresyondan ve intihardan koruduğu bildirilmiştir. Varoluşsal anlamdan yoksun olma, intihar fikrinin

⁴⁵⁸ Hökelekli, **Din Psikolojisi**, a.g.e., s. 249.

⁴⁵⁹ Michael Argyle - Benjamin Beit-Hallahmi, **The Social Psychology of Religion**, ed. Routledge/Kegan Paul, London and Boston, 1975, s. 191; (akt.) Hökelekli, **Din Psikolojisi**, a.g.e., s. 93.

⁴⁶⁰ Günay Tümer, “Din”, **İslam Ansiklopedisi**, C. IX, Diyanet Vakfı Yayınları, 1994, s. 317.

⁴⁶¹ Peker, a.g.e., s. 248.

yordayıcısı olarak görülmüştür.⁴⁶² Özellikle ağır depresyon olgularında görülen intihar (özkiyim) davranışına karşı din koruyucu bir kalkan gibi rol üstlenir. Durkheim'in yaklaşımına göre din, bireyi intihardan korumada etkili bir yapıdır. Sosyal bağların (dini bağlılık, evlilik, aile, siyasi ve ulusal bağlar vb.) temel taş olarak ele alındığı bu yaklaşımda, gelenekler ve sosyal davranışlar kadar toplumun sahip olduğu dini inançlar da intihar açısından önemli bir faktör olarak görülür.⁴⁶³ Durkheim'in toplum bilimsel görüşüne göre intihar ve sosyal bütünleşme arasında ters yönlü bir ilişki vardır. Yani toplumda sosyal bütünleşmişlik düzeyi arttıkça, intiharlar azalmaktadır.⁴⁶⁴ Dolayısıyla dinin toplumsallığa, cemaat olma bilincine ve sosyal dayanışmaya verdiği önemin intiharın önlenmesinde etkili olabileceği söylenebilir.

Allport'a göre "dini his bireyi anlamlı bir şekilde bütün varlığıyla ilişkilendiren bütüncül tavidir. Dini hissin karşılık geldiği objeler birey için derin ve köklü anlamları kapsamaktadırlar...Dini his bireye bütüncül bir hayat felsefesi sunarak onun hayat tecrübelerini bir anlam ve düzen sistematiğine"⁴⁶⁵ yerleştirebilir.

Ölüm, bazen "kaçınılması, uzak durulması, unutulması gereken bir olgu", bazen de "hayatın kaçınılmaz gerçeği", "hayata anlam kazandıran, hayatı tamamlayan bir unsur" olarak görülmüştür.⁴⁶⁶ Ölüm korkusu ve ölümsüzlük arzusunun, tüm insanlar için değişmez bir psikolojik gerçek olduğu söylenebilir.⁴⁶⁷ Korku, insanda var olan temel duyguların başında gelir. İnsan hayatı, düşmanların korkusu, tabiatın korkusu, hastalık korkusu, fakirlik korkusu ve dışlanma korkusu ile en önemlisi de ölüm korkusu ile gidip gelen açmazlarla devam eder. Yeryüzündeki canlılar arasında, yalnızca insan öleceğini bilir.⁴⁶⁸

İnançlı insan, ölümü hayatın bir gerçeği olarak kabul eder. Ölümle ebedi güzelliklere ve Allah'a kavuşacağını düşünerek rahatlar. Bu dünyada karşılaştığı sıkıntıların, ölümle son bulacağını ve ahirette mükafata dönüşeceğini düşünerek ölümden

⁴⁶² Özlem G. Aydın, "Yaşamı Sürdürmede Dini İnançın Rolü", Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Ankara, 2011, s. 52.

⁴⁶³ Nezahat Arkun, **İntiharın Psikodinamikleri**, İstanbul Üniversitesi Edebiyat Matbaası, 2. Baskı, İstanbul, 1978, s. 134.

⁴⁶⁴ Mehmet Eskin, **İntihar: Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme**, Çizgi Tıp, Ankara, 2003, s. 13.

⁴⁶⁵ Allport, a.g.e., ss. 12-13.

⁴⁶⁶ Ali Ayten, "Üniversite Öğrencilerinde Ölüm Kaygısı: Türk ve Ürdünlü Öğrenciler Üzerine Karşılaştırmalı Bir Araştırma", **Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi**, C. IX, S. 4, 2009, s. 86.

⁴⁶⁷ Hökelekli, a.g.e., s. 98.

⁴⁶⁸ Allport, a.g.e., s. 29.

olumlu anlamlar çıkarabilir.⁴⁶⁹ Bu durum ise ölüme yönelik kaygı ve korkuyu azaltarak depresyonun önlenmesine yardımcı olur.

Dinin ölümü kabullenme ve ölüm kaygısını azaltmada olumlu bir rolü olduğu ifade edilebilir. Ancak bu konuda yapılmış araştırmaların bir kısmında din ve ölüm kaygısı arasında pozitif ilişki olduğu belirlenmiştir. Çeşitli araştırma bulgularına göre din ve ölüm kaygısı arasındaki ilişkinin yönünün belirlenmesinde; “dinin ölüme yönelik öğretilerinin niteliği”, “dindarlığın niteliği” (iç/dış kaynaklı olması vb.), “dindarların aldıkları eğitimin niteliği” (korku motifinin ağırlıklı olması vb.) gibi faktörlerin önemli olduğu tespit edilmiştir.⁴⁷⁰

Dini eğitimde sevgi ve korku motifinin etkisini araştıran Albayrak (1995), ergenlerde sevgi motifinin özellikle dinin duygu boyutunda etkili olduğunu, sevgi yüklü mesajların ergenin duygusal boyutunu pozitif yönde etkilediğini tespit etmiştir. Araştırmada, korku motifinin, Allah korkusunu, sevgi motifinin ise Allah sevgisini arttırdığı görülmüştür. Ergenlere dini değerler anlatılırken sevgiye dayalı mesajların daha olumlu ve tesirli sonuçlar oluşturduğu, ergenin ‘din’e ve ‘Tanrı’ya yaklaşımında sevgi motifinin, korku motifine nazaran daha etkili olduğu belirlenmiştir.⁴⁷¹

Araştırmalar, dinin özellikle de kendisine bağlanılmış ve içselleştirilmiş bir Tanrı’yla olan ilişkinin güvenli bir sığınak olduğunu göstermektedir. İnsanların üzüntü ve tehlike zamanlarında güvenli sığınak olarak dine yöneldikleri ve Tanrı’yla bireysel iletişim kurmaya dönük olarak daha çok dua etme davranışında buldukları gözlenmiştir. Kirkpatrick ve Shaver⁴⁷² (1992) Tanrı’ya güvenli bağlanma göstermiş insanların, Tanrı’ya kaygılı bir şekilde bağlanmış olan insanlara göre yaşam doyumlarının daha yüksek, kaygı, depresyon ve fiziksel hastalık şikayetlerinin ise daha düşük düzeyde olduğunu belirlemişlerdir.⁴⁷³

⁴⁶⁹ Naci Kula, “Deprem ve Dini Başa Çıkma”, **Gazi Üniversitesi Çorum İlahiyat Fakültesi Dergisi**, C. I, 2002, s. 248.

⁴⁷⁰ Ayten, a.g.m., s. 103.

⁴⁷¹ Ahmet Albayrak, “Ergenlerin Dini Gelişiminde Sevgi ve Korku Motifinin Etkinliği”, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Bursa, 1995.

⁴⁷² L. A. Kirkpatrick - P. Shaver, “An Attachment-Theoretical Approach to Romantic Love and Religious Belief”, **Personality and Social Psychology Bulletin**, Vol. III, 1992, pp. 18-26.

⁴⁷³ Akif Hayta, “Anneden Allah’a: Bağlanma Teorisi ve İslam’da Allah Tasavvuru”, **Değerler Eğitimi Dergisi**, C. IV, S. 12, 2006, s.41.

İnanan insanı, yaşanan sıkıntı ve zorluklar karşısında depresyona sürüklenmekten alıkoyan diğer önemli bir güç de kadere olan inancıdır. İslam inancına göre insanın doğumundan ölümüne kadar başına gelebilecek herşey Allah'ın takdirindedir ve O'nun dilemesi ile gerçekleşmektedir. İslam'da birey, kendi üzerine düşen görev ve sorumlulukları yerine getirir ve sonucu Allah'a havale eder. Yani önce önlem alır, sonra tevekkül eder. Böylece birey, başına gelen çeşitli sıkıntılar dolayısıyla oluşabilecek psikolojik yıkım ve çökkünlükten korunmuş olur.⁴⁷⁴

İnsan, yaşadığı olumsuzluklardan dolayı çevresini suçladığında antisosyal ve uyumsuz bir kişilik sergilemiş olur. Tümüyle kendini suçlayan bir birey ise her olumsuzluktan kendinin sorumlu olduğunu düşünerek cezalandırılma beklentisine girebilir ve hatta cezalandırılmasının gerekli olduğuna inanır. Sonuçta özkıyım davranışı görülebilir. Yine olaylara “kötü bir kaderim var... Alnıma bu kara yazı yazılmış...” gibi karamsar bir kader anlayışıyla da bakmak, ruh sağlığını bozabilir. Kişinin tüm kötü olayların kendi başına geldiği, hayatta yüzünün gülmediği ve gülmeyeceği, asla mutlu olamayacağı gibi düşünceler içinde olması, anksiyete ve depresyona zemin hazırlar, umut ve özgüven kaybına yol açar. Diğer taraftan insan, yaşadıklarının Allah'ın takdirinde olduğuna inanarak sabır ve sebat gösterirse daha huzurlu olur ve ruhsal bunalıma düşmekten de kurtulur. Dolayısıyla kadere inanmak, insanı rahatlatan ve yaşadıklarına anlam vermesini kolaylaştıran, hayata küsmekten alıkoyan önemli bir inanç esasıdır.⁴⁷⁵

Dindarlık ve depresyon ilişkisini konu alan çalışmaların büyük bir bölümü, bu iki değişken arasında negatif bir ilişki olduğunu göstermektedir. Dindarlık, farklı şekillerde olsa da depresyona karşı koruyucu bir faktör olabilmektedir. Elde edilen bulguların bazısında kurumsal dindarlığın, bazısında bireysel dindarlığın, bir kısmında da her iki dindarlık biçiminin depresyonu önlemede etkili olabileceği gösterilmiştir.⁴⁷⁶ Koenig ve Larson (2001), dindarlık ve depresyon konusunu empirik olarak ele alan 101 çalışmanın 65'inde (% 64) bu iki olgu arasında negatif yönlü bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir.⁴⁷⁷ Johnson, Tompkins ve Webb'in (2002) konu üzerine inceledikleri 30 çalışmanın 25'inde (% 83), dindarların iyimserlik ve pozitif düşünme düzeylerinin anlamlılık seviyesinde

⁴⁷⁴ Muammer Cengil, “Depresyonu Önlemede Dini İnancın Koruyucu Rolü”, **Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi**, C. III, S. 2, 2003, s. 141.

⁴⁷⁵ Peker, a.g.e., ss. 249-250.

⁴⁷⁶ Yapıcı, a.g.e., s. 133.

⁴⁷⁷ H. G. Koenig - D. B. Larson, “Religion and Mental Health: Evidence for an Association”, **International Review of Psychiatry**, Vol. 13, No. 2, 2001, pp. 67-68; (akt.) Yapıcı, a.g.e., s. 118.

yüksek; 103 çalışmanın 70'inde (% 68) ise dindarlığın depresyona karşı koruyucu olduğu belirlenmiştir.⁴⁷⁸ Çalışmalar, depresyon ve ibadet etme davranışı arasında da önemli ilişkilerin olduğunu göstermektedir. Buna göre sık ibadet eden bireylerin, nadir ibadet eden bireylere göre depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir.⁴⁷⁹

Stack, dindarlığın depresyonu önlemeye yönelik etkilerini üç maddede özetlemiştir: Birincisi; “toplumsal bağlılık” hipotezine göre din, bireye içinde bulunduğu dini çevreden toplumsal destek bulmasını sağlar. Böyle bir destek bireyin duygusal ve entellektüel özellikler kazanmasında ve depresyon riskinin azalmasında rol oynar. İkinci olarak; “tutarlılık” hipotezine göre din, bireye ümit ve iyimserlik duyguları aşılıyarak depresyon riskini düşürür. Üçüncüsü ise “hikmet” hipotezidir. Buna göre din, elem ve ıstırapları negatif olarak algılama potansiyelini, olumlu yönde değiştirme özelliğine sahiptir. Yani din, insanlara yaşadıkları her olayda “İlahi bir hikmet” ve kadere ait bir neden bulunduğu inancını yerleştirerek, olaylara daha sağduyulu ve iyimser bakmalarını telkin eder.⁴⁸⁰

Dini inanç ve bağlanmanın, daha iyi bir ruh sağlığı ve intihar riskinin azaltılmasına yönelik etkileri şöyle özetlenebilir:

1. Ahiret inancı, insana mutluluk vaat eder. Özellikle ölümden sonra yeni bir hayatın var olduğuna inanan insan, dünyada yaşanan sıkıntıların geçici olduğunu düşünerek strese daha az maruz kalır.
2. Din, insanı yaşadığı acının, elem ve kederin görünenin dışında başka bir anlamı olduğu ve “Tanrı'nın iradesi böyledir” düşüncesine yönlendirerek sorunlarıyla başa çıkmasında destek olur.
3. Tanrı'nın herşeyi gördüğüne ve bildiğine inanan insan, daha sabırlı ve tahammüllü olabilir.

⁴⁷⁸ B. R. Johnson - R. B. Tompkins - D. Webb, “Objective Hope Assessing the Effectiveness of Faith-Based Organisations: A Review of the Literature”, **Center for Research on Religion and Urban Civil Society**, 2002; (akt.) Yapıcı, a.g.e., s. 118.

⁴⁷⁹ E. L. Idler, “Religious Involvement and the Health of the Elderly: Some Hypotheses and an Initial Test”, **Social Forces**, Vol. LXVI, 1987, pp. 226-238; E. L. Idler - S. V. Kasl, “Religion, Disability, Depression, and the Timing of Death”, **The American Journal of Sociology**, Vol. XCVIII, 1992, pp. 1052-1079; Patricia E. Murphy et al., “Klinik Depresyon Hastalarında Dini İnanç ve Uygulamaların Depresyon ve Umutsuzlukla İlişkisi”, çev. Özlem Güler, **Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, C. XLVIII, S. 2, 2007, s. 161.

⁴⁸⁰ Faruk Karaca, “Kader Algısı-Ruh Sağlığı İlişkisi Üzerine Empirik Bir Araştırma (Farklı Kader Algılarının Psikoterapik Değeri Üzerine)”, **İslami Araştırmalar Dergisi**, C. XIX, S. 3, 2006, ss. 479-480.

4. Din, toplumun materyalist anlayışla inşa ettiği sınıflandırma sistemine karşılık kutsal bir derecelendirme ve manevi yüceliğe dayanan bir sınıflandırma sistemi kurar. Böylece toplumsal statü ve rütbede başarıya ulaşamayan bireyler, manevi açıdan başarılı olmak amacıyla motive olabilirler. Bu durum da onların özsaygı ve benlik algılarının yükselmesinde etkili olabilir.
5. Tüm şikayetleri ve istekleri duyan ve cevaplandıran bir Tanrı'ya olan inanç, insanın yaşanan sıkıntıları ve olumsuzlukları daha kolay atlatmasını sağlayabilir. Burada Tanrı ile iletişimin sembolü olan duanın, birey üzerindeki olumlu etkisinden söz edilebilir.
6. Dinlerde genellikle fakirliğe sabretmek ve kanaat övülür. Dolayısıyla bu inanç, ekonomik sebeplerle stres ve depresyon yaşanmasını ve intihar düşüncesini azaltabilir ve önleyebilir.
7. Şeytanın varlığına ve insanı kötülüğe yönelttiğine olan inanç, kişiyi kötülüklerle ve kötü alışkanlıklarla mücadeleye itebilir.
8. Dinler ideal rol modelleri, ideal insan tipleri sunarak onların hayatlarından kıssalar ve öğütler verirler. Örn. Hz. Eyüb (AS), başına gelen sıkıntılara sabrı ve şükürü ile övülmüş bir peygamberdir. Böylece onları örnek alan inançlı insan, elem ve sıkıntılara katlanmayı, zorluklar karşısında intihara yönelmemeyi öğrenmiş olur.⁴⁸¹

10. DİNDARLIK VE YAŞAM KALİTESİ

Çok yönlü ve kompleks etkileşimlerden oluşan yaşam kalitesi kavramının tanımında olduğu gibi kapsadığı ve ilişkili olduğu alanlarda da tartışma sözkonusudur. Genelde konu ile ilgili yapılan çalışmalarda yaşam kalitesinin fiziksel, psikolojik ve sosyal yönüne vurgu yapıldığı, dini-spiritual/manevi yönün ihmal edildiği görülmektedir. Ancak Dünya Sağlık Örgütü “yaşam kalitesi”nin sosyal ve çevresel ilişkileri ile bireysel inançlarından çok yönlü bir şekilde etkilenen geniş kapsamlı bir kavram olarak değerlendirilmesinin önemine dikkat çekmiştir.⁴⁸² Bu anlamda Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesine ait; fiziksel, psikolojik, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevresel ilişkiler ve din-spiritualite-bireysel inançlar olmak üzere altı boyut tanımlamıştır.

⁴⁸¹ S. Stack, “Dindarlık, Depresyon ve İntihar”, çev. Talip Küçükcan, *Akademik Araştırmalar Dergisi*, C. VII, S. 8, 2001, ss. 77-78 ; (akt.) Yapıcı, a.g.e., ss. 158-159.

⁴⁸² WHO (World Health Organization), WHOQOL-Measuring Quality of Life, Geneva, 1997, p. 1.

Din-spiritualite-bireysel inançlar olarak eklenen altıncı boyutta; spiritual ilişki, hayatın anlamı ve amacı, dini-mistik tecrübe, birleşme ve bütünleşme, spiritual güç, iç huzur, umut ve iyimserlik, inanç gibi alanlara yer verilmiştir.⁴⁸³

Geliştirilen çeşitli modeller yaşam kalitesinin, dini-spiritual boyuttan bağımsız olamayacağını ve insana varoluşsal anlamda bütüncül olarak bakılmasının gerekliliğini göstermektedir. Çünkü birey, sahip olduğu inançlar ve değer sistemleri vasıtasıyla davranış ve tutumlarını belirler, kendisine nihai bir amaç edinir ve hayatı anlamlandırır. Bütün bunlara bağlı olarak algılanan refah, yaşanan mutluluk ve doyumun düzeyi yaşam kalitesinin de düzeyini belirleyecektir.

İnsanın subjektif algılarına bağlı olan yaşam kalitesini tam olarak anlamak, onu bir bütün olarak görmekle mümkündür. Sağlığın varoluşsal alanını anlamak da bu, bütüncül (holistik) yaklaşıma bağlıdır. Yani insanın varoluşsal kaygıları, onu bedensel ve ruhsal tüm boyutları ile etkilemektedir. Bireyin bir bütün olarak anlaşılmasına yardımcı olan holistik süreç; bilişsel, duyuşsal ve duygusal tüm boyutların varoluşsal her türlü gözlemlerde aktif rol üstlendiğini kabul eder. Holizme göre bütün, kendini oluşturan parçaların toplamından daha büyüktür.⁴⁸⁴ Dolayısıyla insan varoluşsal olarak biyolojik, ruhsal ve sosyal boyutun ötesinde bir varlıktır. Mümkün olduğunda dünyayı ve kendini daha iyiye doğru geliştirebilme ve değiştirebilme gücünü kendinde taşır.⁴⁸⁵

Çeşitli alanlarda yaşam kalitesi kavramına getirilen tanımlamalarda ortak olarak; bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal refah koşullarının sağlanmasına vurgu yapıldığı ancak ruhsal boyuta ilişkin birtakım soyut değerlerin de öne çıktığı belirlenmiştir. Bunlar arasında; umut, mutluluk, memnuniyet, beklentilerin karşılanması, yaşamın amacı, yaşam doyumunu, yaşamın anlamı, iyilik hali, kendini gerçekleştirme vb. sayılabilir. Dolayısıyla insanın yaşam kalitesinin en üst düzeye çıkarılmasında fiziksel koşullar, maddi refah, gelir düzeyi gibi faktörlerin tek başına belirleyici olmadığı, bireylerin psikolojik, emosyonel ve spiritual ihtiyaçlarının gerçekleştirilmesinin de önemli olduğu söylenebilir.

Maslow'un, "ihtiyaçlar hiyerarşisi"nin alt basamaklarında insanın biyolojik ve fizyolojik ihtiyaçlarının karşılanması yer alır. Ardından sevgi, ait olma, saygı ve kendini

⁴⁸³ WHO (World Health Organization), Scoring and Coding for the WHOQOL-SRBP Field-Test Instrument, Geneva, 2012, http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/, (10.11.2014), pp. 2-4.

⁴⁸⁴ Hatice Kurdak, "Sağlığın Varoluşsal Boyutu ve Yaşam kalitesi", **Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics**, C. V, S. 3, 2014, s. 25.

⁴⁸⁵ Viktor E. Frankl, **İnsanın Anlam Arayışı**, çev. Selçuk Budak, Okuyan Us Yayın, İstanbul, 2012, s.145.

gerçekleştirme gibi üst düzey ihtiyaçlar gelir. Dolayısıyla iyi bir yaşam kalitesi, insanın üst düzey ihtiyaçlarının tatmin edilmesine bağlıdır. Böylece “kendini gerçekleştiren” birey; mutlu, memnun, huzurlu, ruhsal anlamda sağlıklı, yaşam doyumuna erişmiş, yaşamın anlamını ve amacını kavramış olacaktır. Buradan hareketle “kendini gerçekleştirme” ve “yaşam doyumunu”⁴⁸⁶ olarak da tanımlanan yaşam kalitesi kavramında dini-spiritual/manevi boyutun daha geniş ve kapsayıcı bir anlam kazandığı ortaya çıkmaktadır.

Maslow’un ihtiyaçlar piramidinin en üst seviyesinde yer alan “kendini gerçekleştirme”; insanın varolduğunun bilincinde olarak yaşaması, var olmaktan hoşnut olması, yaşamını kendi kararları doğrultusunda, etkin ve huzurlu bir şekilde sürdürebilmesi ve kendinde bulunan gizil güçleri sonuna kadar kullanabilmesi olarak ifade edilmektedir. Maslow’a göre her insan doğuştan gelen bir eğilim ile bütünlük arzusu yani “kendini gerçekleştirme” çabası içindedir. Kendini gerçekleştiren bireyler, psikolojik olarak “sağlıklı insan”dırlar ve olgunlaşma süreci içerisinde olup başkalarıyla derin ilişkiler kurmaktan, insanlara yardım etmekten zevk alırlar. Hayatı ve hayatta yapması gerekenleri benimser ve onları yüksek bir doyumla yapmaya gayret ederler.⁴⁸⁷

“Kendini gerçekleştiren” insanlar için Maslow, “Tanrı’nın yolunda yürüyen kimseler” tanımlaması yapar ve onları Tanrı’ya inansın ya da inanmasın, dindar olarak kabul eder. Çünkü “kendini gerçekleştiren” insanlar, dünyadaki temel dinlerin de öğütlediği içgüdüsel arzuları kontrol etme, başkalarını sevme, varoluşun hikmetini arama, vasıttan çok hedefe odaklanma gibi değerleri ve ideal amaçları benimsemişlerdir. Maslow’un varlık değerleri adını verdiği, ezeli ve ebedi değerler olarak tanımladığı hakikatler (iyilik, doğruluk, adalet, sadelik, nüktedanlık, anlamlı bir hayat yaşama vb.), gerçek bir dinin özü olup tüm dinlerde var olan temel öğretilerdir. Maslow, bu değerleri en iyi şekilde özümseyen ve yerine getirenleri, “kendini gerçekleştirmiş” ve “dindar” bireyler olarak görür.⁴⁸⁸

Hayatın her yönünü kuşatan din, insanın tatminsizliğine cevap vererek, yaşadığı hayat ile dünya arasındaki uyumsuzlığa çözüm yolu üretir. İnsanı güzel davranışlara ve ahlaki değerlere yönlendirerek “kendini gerçekleştirme” arzusunun önünü açar. İnsana kendi hakikatinin “ne olduğu”nun açıklamasını ve “varoluş” içinde kendini bir yere

⁴⁸⁶ Hutchinson et. al, a.g.e., p. 189.

⁴⁸⁷ Ayten, **Psikoloji ve Din**, a.g.e., ss. 128-130.

⁴⁸⁸ Ayten, a.g.e., ss. 141-145.

yerleştirmeye imkan veren bir başvuru çerçevesi sunar. Dolayısıyla “din, insanın hayatta karşılaştığı her olay ve duruma hazır ve bütün cevaplar sunan ve ona nasıl yaşaması gerektiği hususunda yol gösteren bir zihni muhtevalar sistemidir.”⁴⁸⁹

“Dinin en temel fonksiyonu, ruhsal fonksiyondur. Birbirinden ayrı yapıya sahip dini sistemler, insanları Tanrı’ya yaklaştırmak için biçimlendirilmiştir. Söz konusu birbirinden farklı sistemler, farklı biçim ve etkinliklere sahip olmasına rağmen, bireyin kendisini aşma ve kainatta geniş bir düzen oluşturma ihtiyacına cevap verirler.”⁴⁹⁰

Hayata anlam katan sistemlerin başında gelen din, henüz ulaşılmamış ancak ulaşılmak istenen en yüce amaçlara işaret ederek insanı bu amaçlar üzerinde düşünmeye ve onları gerçekleştirme yönünde eylemde bulunmaya davet eder.⁴⁹¹ Varoluşsal anlamda yaşamın temel amacı, insanın bütünlüklü bir yapıya sahip olmasıdır. Böyle bir durum ise organik, zihinsel ve ruhsal potansiyellerin en üst düzeyde geliştirilmesi ve gerçekleştirilmesi ile sağlanabilir. Ancak bu üç insani boyut birbirini tamamlayan bütüncül bir sistemin temel unsurları gibidir. Herhangi birinde oluşan bir eksiklik, diğer boyutları da etkileyecektir.⁴⁹² Bu nedenle insanın temel yaşam amacının, inandığı dinin nihai amacı ya da inandığı değerler ile örtüşmesi, kendisini oluşturan tüm boyutları kapsayıcı ve varoluşsal anlamıyla uyumlu olması onun mutluluğunun, yaşadığı hayattan doyum bulmasının ve yaşam kalitesinin niteliğini belirleyecektir.

Viktor Frankl, insanın mutluluk arayışında olmadığını; belli bir durumda yapısal ve uykuda olan potansiyel anlamı gerçekleştirmek yoluyla mutlu olmak için neden aradığını ifade eder. Böylece birey aradığı “anlam”ı bulduğunda yalnızca mutluluğa ulaşmış olmayacak aynı zamanda acıyla başa çıkabilecek yetiyi de kazanmış olacaktır.⁴⁹³

Frankl (1963), yaşam kalitesinin “anlam” algısına bağlı olduğunu ve anlam arayışının merkezinde olan insanın; meydana getirdiği, sevdiği, inandığı ya da miras olarak geride bıraktıklarını yansıttığı zaman “anlam” duygusu ile temasa geçebileceğini belirtir.⁴⁹⁴

⁴⁸⁹ Hökelekli, a.g.e., s. 96, ss. 115-116.

⁴⁹⁰ Pargament, “Tanrım Bana Yardım Et: Din Psikolojisi Açısından...”, a.g.m., s. 220.

⁴⁹¹ Alfred Adler, **Hayatın Anlam ve Amacı**, çev. Kamuran Şipal, Say Yayınları, İstanbul, 1993, s. 56; Abdulkemir Bahadır, **İnsanın Anlam Arayışı ve Din**, İnsan Yayınları, İstanbul, 2011, s. 115.

⁴⁹² Bahadır, a.g.e., s. 114.

⁴⁹³ Frankl, a.g.e., ss. 150-151.

⁴⁹⁴ Viktor E. Frankl, **Man’s Search for Meaning**, Pocket Books, New York, 1963; Notes on “Quality of Life” <http://www.gdrc.org/uem/qol-define.html>, (20.11.2014).

İnsanın anlam arayışının içsel bir denge (homeostasis) yerine, içsel bir gerilim oluşturabileceğini ve bu gerilimin ise ruh sağlığının vazgeçilmez ön koşulu olduğunu belirten Frankl'a göre insanın gerçekte ihtiyacı olan şey, gerilimsiz bir durum değil, özgürce seçilen değerli bir amaç uğruna mücadele etmek ve çaba göstermektir.⁴⁹⁵

İnsan, yaşamın sıradanlığına ve belirsizliğine karşı yaşamı anlamlandırma ve yaşamda amaç bulma çabası ve kaygısı içindedir. İnsan anlam ve amacını bulamadığında birçok bedensel ve ruhsal sorunlarla yüzleşmek zorunda kalır. Birey amaçsızlık duygusunda; anksiyete, yalıtım, çaresizlik vb. durumlar yaşayabilir. Anlam yitiminde ise çeşitli nörotik bozukluklar, özkıyım eğilimi, alkol ve madde kullanımı, noojenik ya da varoluşsal nörozlar, boşluk hissi, apati (ilgisizlik, duygusuzluk), özgüven yitimi, can sıkıntısı, aşırı yemek ya da çalışmak vb. sorunların yaşanabileceği bildirilmiştir.⁴⁹⁶

Birçok çalışmada, insanların yaşamlarında “anlam ve amaç” arayışının önemli olduğunu gösterilmiştir. Johns Hopkins Üniversitesi'nden sosyal bilimciler tarafından yürütülen bir çalışmada, kırk sekiz üniversiteden, 7948 öğrenciye kendileri için neyin “çok önemli” olduğu sorulmuştur. Öğrencilerin % 16'sının “çok para kazanmak”, buna karşılık % 78'inin “yaşamımda bir amaç ve anlam bulmak” seçeneğini işaretlediği belirlenmiştir.⁴⁹⁷

Sağlık alanında spiritualite/maneviyat ve yaşam kalitesi ilişkisi üzerine yapılan araştırmalar, din ve spiritualite/maneviyatın; kanser gibi varoluş krizi oluşturan hastalıklarda, ruh sağlığına pozitif yönde etkileri olduğunu, manevi iyi oluşu daha fazla olan kanser hastalarında anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha düşük, umut ve yaşam kalitelerinin ise daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur.⁴⁹⁸ Romero ve arkadaşlarının (2006), meme kanseri kadın hastalarda kendini yaptıkları çalışmada; kendini affetme tutumunun ve maneviyatın, yüksek yaşam kalitesinin en iyi yordayıcıları olduğu tespit edilmiştir.⁴⁹⁹

Friedman ve arkadaşlarının (2010) yapmış olduğu başka bir araştırmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Kendini affetme ve maneviyat düzeyinin yüksek olması ile azalmış

⁴⁹⁵ Frankl, **İnsanın Anlam Arayışı**, a.g.e., ss. 118-119.

⁴⁹⁶ Kurdak, a.g.m., s. 27

⁴⁹⁷ Frankl, **İnsanın Anlam Arayışı**, a.g.e., s. 114.

⁴⁹⁸ S. P. Cotton et. el., “Exploring the Relationships among Spiritual Well-Being, Quality of Life and Psychological Adjustment in Women with Breast Cancer”, **Psycho-Oncology**, Vol. VIII, No. 5, 1999, pp. 429-438.

⁴⁹⁹ C. Romero et al., “Self-Forgiveness, Spirituality, and Psychological Adjustment in Women with Breast Cancer”, **Journal of Behavioral Medicine**, Vol. XXIX, No. 1, 2006, pp. 29-36.

duygu-durum bozukluğu ve daha iyi yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir.⁵⁰⁰ Yale Üniversitesi'nden araştırmacıların kanser hastalarında, dini başa çıkmanın yaşam kalitesi ile ilişkisini incelediği bir diğer çalışmada da; pozitif dini başa çıkmanın daha fazla kullanılmasının yüksek yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.⁵⁰¹

Spilka ve arkadaşları (1985), dini inançların ve uygulamaların üç önemli rolü olduğunu belirtmişlerdir: Hayata bir anlam vermek, kişisel kontrol duygusunu geliştirmek ve benlik saygısını inşa etmek. Aynı zamanda din, içtenlik ve kimlik, huzur ve gelişim, rahatlama ve kendini frenleme, problem çözme, umut ve ruhi fonksiyonlar gibi diğer önemli amaçlara da hizmet ederek⁵⁰² bireyin yaşam doyumunda ve yaşam kalitesinin spiritual/manevi boyutu ile ilişkili olarak tüm boyutların düzeyinde gelişim sağlar.

İnsanın bedensel, ruhsal ve toplumsal tüm boyutları ile ilişkili olan genel yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerinde din-spiritualite/maneviyatın etkileri şöyle sıralanabilir:

1. (Yaşam kalitesi/Fiziksel boyut): Dinler, belirli bir yaşam tarzı ve davranış biçimi sunarak mensuplarının bunlara uygun bir yaşam geliştirmelerini telkin eder. Örneğin birçok fiziksel ve psikolojik rahatsızlıkların nedeni olan alkol, uyuşturucu ve sigara kullanımı, kontrolsüz cinsellik vb. olumsuz davranış ve alışkanlıkları yasaklayarak ve oruç, perhiz gibi uygulamaları da öğütleyerek bireylerin bedensel sağlıklarının korunmasına katkıda bulunur. Ayrıca dinler, bencillik, narsistik eğilimler vb. olumsuz duygu ve düşüncelerin gelişimine engel olarak inananlara, yardımsever, suç işlemekten uzak duran, toplumun huzurunu bozmayan, fiziksel ve sosyal çevresiyle uyumlu bireyler olma konusunda yönlendirmeler yapar.
2. (Yaşam kalitesi/Sosyal boyut): Dinler kurduğu toplumsal yapı ve sistemle mensuplarına yardımlaşma ve dayanışmayı öğütleyerek psiko-sosyal destek sağlar. Böylece yaşadığı sıkıntı ve problemler karşısında dini bir grup içinde bulunan kişi, yalnız olmadığını yanında din kardeşinin olduğunu bilerek teselli olur.

⁵⁰⁰ L. C. Friedman et al., "Self-Blame, Self-Forgiveness, and Spirituality in Breast Cancer Survivors in a Public Sector Setting", **Journal of Cancer Education**, Vol. XXV, No. 3, 2010, pp. 343-348.

⁵⁰¹ N. Tarakeshwar et al., "Religious Coping is Associated with the Quality of Life of Patients with Advanced Cancer", **Journal of Palliative Medicine**, Vol. IX, No. 3, 2006, pp. 646-657.

⁵⁰² Pargament, "Tanrım Bana Yardım Et: Din Psikolojisi Açısından...", a.g.m., s. 219.

3. (Yaşam kalitesi/Ruhsal ve varoluşsal boyut): İnanç sistemi ve kognitif yapı yaşamın getirdiği sıkıntı, stres, kaygı, öfke ve kızgınlık gibi olumsuzluklara karşı dinamik bir kontrol ve dayanma gücü oluşturur. İnanan insan ölümü, hayattaki başarısızlıkları, hastalıkları, belaları, musibetleri vs. dini atıflarla anlamlandırarak sabır ve başa çıkma yetisi kazanır.
4. (Yaşam kalitesi/Psikolojik ve sosyal boyut): Bireysel ve toplu ibadetler depresyon, kaygı, korku, öfke, engellenme, yabancılaşma, aşağılık duygusu, umutsuzluk ve yalnızlık hissini önler. İbadet etme görev ve sorumluluğunu yerine getirme duygusunun verdiği huzur ve mutluluk, psikolojik rahatlamaya ve olumlu ruh sağlığına neden olur.
5. (Yaşam kalitesi/Varoluşsal ve spiritual boyut): Sınırsız kuvvet ve kudret sahibi Tanrı ile kurulan samimi ve güçlü bağ, bireyin hayatı anlamlandırma ve manevi yönelim kazanmasında önemli ve etkin bir güç kaynağıdır.
6. (Yaşam kalitesi/Psikolojik boyut): Sosyal düzensizliklerin olduğu stresli dönemlerde, bilinci değiştirme rolü üstlenen dini pratikler, zihinsel ve ruhsal arınma alanı olarak sorunların çözümlenebilmesi için özel bir çevre oluşturur.⁵⁰³

Sonuç olarak dini-spiritual inançlar, uygulama, tutum ve davranışlar, yaşam kalitesini tüm boyutları ile etkileyerek bireyin yaşamda anlam, umut, doyum, memnuniyet, mutluluk ve huzur bulmasına yardımcı olur. Ayrıca yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde insanın yalnızca biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları ile ele alınması, dini-spiritual/manevi boyutun dışarıda tutulması eksik ve yetersiz bir değerlendirme olacaktır. Çünkü insanın hayata tutunması, varoluşsal kaygıları ile yakından ilişkilidir. Sahip olduğu dini-spiritual inanç ve değerler vasıtasıyla yaşamdaki anlam ve amacı bulmuş, potansiyellerini ve kendini gerçekleştirmiş bireylerin yaşam kalitesi düzeylerinin de daha yüksek ve nitelikli olacağı söylenebilir.

⁵⁰³ Yapıcı, a.g.e., ss. 160-161.

İKİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI VE YORUMLAR

1. ARAŞTIRMA METODU VE UYGULAMASI HAKKINDA GENEL BİLGİLER

1.1. ARAŞTIRMA METODU

Bu araştırmanın uygulama bölümünde, örneklem grubundan araştırma kapsamında gerekli bilgilerin toplanması amacıyla “örneklem survey” (tarama) modeli ve bu model içerisinde yer alan “anket tekniği”¹ kullanılmıştır. Anket tekniği, Din Psikolojisi alanında birçok araştırmacı tarafından, çok sayıda kişiye uygulama kolaylığı nedeniyle, bilgi toplama aracı olarak sıkça tercih edilen bir yöntemdir.² Araştırmada, anket uygulamasından elde edilen veriler, parametrik olan istatistiksel analiz teknikleri ile test edilmiştir.

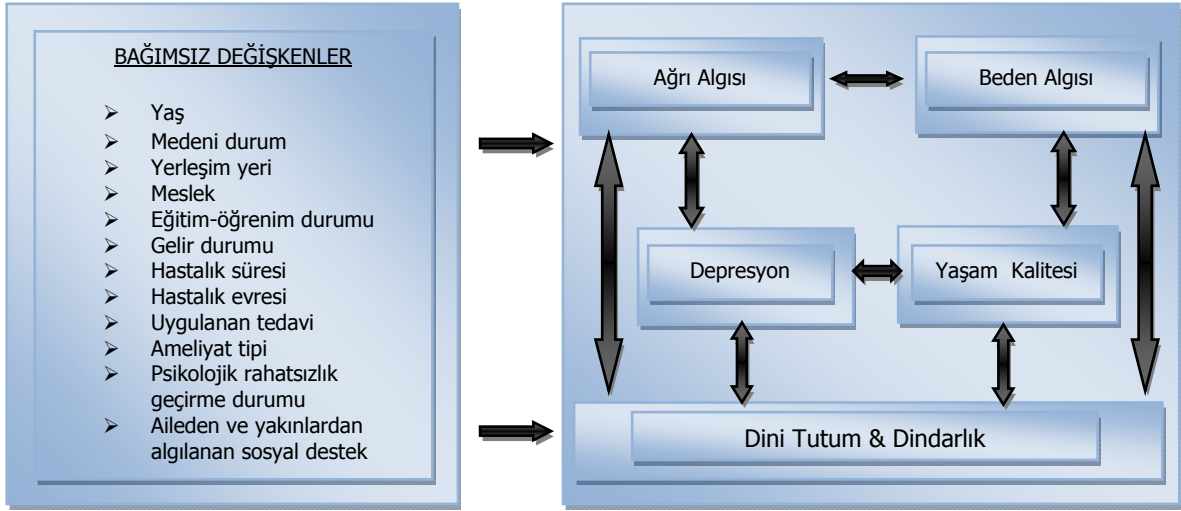
1.2. ARAŞTIRMA MODELİ VE DEĞİŞKENLER

Araştırmada, demografik değişkenler (yaş, medeni durum, yerleşim yeri, meslek, eğitim-öğrenim durumu, gelir durumu) ve hastalık özellikleri (hastalık süresi, hastalık evresi, uygulanan tedavi, ameliyat tipi, psikolojik rahatsızlık geçirme durumu, aileden ve yakınlardan algılanan sosyal destek algısı) bağımsız değişkenler olarak belirlenmiştir. Beden algısı, ağrı algısı, depresyon, yaşam kalitesi ve dini tutum ise bağımlı değişkenler olarak ele alınmıştır. Araştırmada, bağımlı değişkenlerin, bağımsız değişkenlere göre farklılaşma durumunun ve bağımlı değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesine yönelik, değişkenler arası ilişkileri gösteren araştırma modeli aşağıda verilmiştir. (Bkz. Şekil 4)

¹ Bkz. Rauf Arıkan, *Araştırma Yöntem ve Teknikleri*, Nobel Yayın, Ankara, ss. 64-68; Ahmet Hamdi İslamoğlu, *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*, Beta Yayıncılık, İstanbul, 2011, ss. 116-143.

² Hayati Hökelekli, *Din Psikolojisi*, Türkiye Diyanet Vakfı Yayınları, Ankara, 2010, s. 12.

Şekil 4. Araştırma Modeli



1.3. EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın evrenini, Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi'ne 1 yıl içinde başvuru yapan meme kanseri tanısı almış tüm kadın hastalar oluşturmaktadır. Hastane kayıtlarına göre, 2013 yılı içinde 3645 meme kanseri hastaya ait giriş kaydının olduğu tespit edilmiştir. Bu sayı, araştırmanın evren büyüklüğü olarak kabul edilmiştir.

Araştırmada evreni bilinen örneklem hesaplama modülü kullanılarak, % 95 güven düzeyinde ve % 5 hata payı ile örneklem sayısı 348 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılmayı kabul eden ve katılım kriterlerine uyan, 30-81 yaş aralığında, 360 meme kanseri kadın hasta, bu araştırmanın örneklemine oluşturmuştur. Araştırmada, belli bir örneklem seçim yöntemine gidilmemiştir. 28 Ocak 2014 – 10 Nisan 2014 tarihleri arasında, Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi'nin Radyasyon Onkolojisi Polikliniği'ne tedavi ve kontrol amacıyla gelen, araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve gönüllü olan meme kanseri kadın hastalar, bu çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmaya alınma kriterleri ise;

- Meme kanseri tanısı almış kadın hasta olma,
- 18 yaş ve üzeri olma,
- İletişime ve işbirliğine açık olma,
- Algılama ve iletişim bozukluğu olmama,
- Anket maddelerini değerlendirmesine engel olacak düzeyde psikolojik hastalığı olmama,
- Kendi isteği ile araştırmayı sonlandırabilme, olarak belirlenmiştir.

1.4. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Bu araştırma, 28 Ocak 2014 ve 10 Nisan 2014 tarihleri arasında, Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi'nde yapılmıştır.

1993 yılında, 200 yataklı olarak hizmete açılan Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi ve Medikal Onkoloji bölümleri ile kanserli hastalara hizmet verdiği gibi Genel Cerrahi, Üroloji, Kulak-Burun-Boğaz, Dahiliye, Nöroloji gibi diğer branşlarda da hizmet vermektedir. Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi, yalnızca Bursa'daki hastalara değil aynı zamanda Eskişehir, Kütahya, Balıkesir, Denizli, Çanakkale, Bilecik gibi çevre illerden gelen birçok kanser hastasına da hizmet sunan bir bölge hastanesidir. Hastane, Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir devlet hastanesi olma özelliğinden dolayı tüm Yeşil Kart, SGK ve Resmi Evraklı hastaları, ayrıca Bursa'daki ve bölgedeki Radyasyon Onkolojisi ve Medikal Onkoloji Klinikleri bulunmayan diğer hastanelerden gelen hastaları da kabul etmektedir. Ana binanın, gittikçe artan ve yoğunlaşan hasta sayısı karşısında yetersiz kalması nedeniyle, 56 yataklı Medikal Onkoloji Kliniği, 55 kemoterapi koltuğu içeren Ayaktan Kemoterapi Ünitesi ve Evde Bakım Hizmetleri Polikliniği'nin yer aldığı Ümran Sönmez Onkoloji Kliniği de hastaneye bağlı olarak Uludağ yolunda hizmete açılmıştır. Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi'nde, Lineer Acceleratör cihazı ve 2010 yılından kurulan Tomoterapi cihazı ile günümüz Radyoterapi tekniklerinin hepsi aynı anda uygulanabilmektedir.³

Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi, Bursa ve çevre illerden gelen birçok kanser hastasına hizmet veren bir devlet hastanesi olmasından dolayı hastaların gelir durumu, eğitim düzeyi, sosyal ve kültürel yapı gibi değişkenler açısından çeşitlilik göstermesi, hastanenin araştırma yeri olarak seçilmesinde önemli bir faktördür.

1.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu çalışmada veri toplamak amacıyla kullanılan ölçme araçları şunlardır:

1. Hasta Bilgi Formu
2. Beck Depresyon Envanteri
3. EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği

³ <http://www.bursaonkoloji.gov.tr/>, (10.07.2014).

4. Ok-Dini Tutum Ölçeği
5. Sayısal Ağrı Skalası

1.5.1. Hasta Bilgi Formu

Anket formunun I. bölümünde bulunan “Hasta Bilgi Formu”nda, 14 madde yer almaktadır. Bu maddelerde sırasıyla örnekleme oluşturan meme kanseri kadın hastalara ait “yaş, medeni durum, yerleşim yeri, meslek, eğitim-öğrenim durumu, sosyal güvence, aylık gelir durumu, hastalık süresi, hastalık evresi, uygulanan tedaviler, ameliyat tipi” sorgulanmıştır. Ayrıca hastalara, 12. maddede “daha önce psikolojik bir rahatsızlık olup olmadığı”, 13. maddede “hastalık sürecinde aileden ve yakınlardan algılanan sosyal destek varlığı” ve 14. maddede “ameliyat sonrası fiziksel görünümünden rahatsızlık duyma” durumları sorulmuştur.

Araştırmada, karıştırıcı etkisi olabileceği düşüncesiyle hastalara aynı zamanda, “uygulanan tedavilerin” yer aldığı maddede “kemoterapi sürecinin devam edip etmediği” de sorulmuştur. Yine “daha önce psikolojik bir rahatsızlık olup olmadığı” sorusunun yanında “antidepresan kullanıp kullanmadıkları” da sorgulanmıştır.

1.5.2. Beden Algısının Değerlendirilmesi

Araştırmada, hastaların beden algılarının değerlendirilmesi için kullanılan ölçeklerin ve değişkenlerin çokluğu sebebiyle özel bir ölçme aracı kullanılmamıştır. Anket formunun “Hasta Bilgi Formu” bölümünde 14. Maddede yer alan “ameliyat sonrası fiziksel görüntüm beni rahatsız ediyor” yargısına; “Evet” olarak cevap verenlerin “olumsuz beden algısı”na sahip oldukları ve “1” puan aldıkları, “hayır” olarak cevap verenlerin ise “olumlu beden algısı”na sahip oldukları ve “0” puan aldıkları varsayılmıştır. Böylece, bu madde ile hastaların ameliyat sonrası fiziksel değişime ve uzuv kaybına bağlı olarak oluşan beden algılarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

1.5.3. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve özgün adı “Beck Depression Inventory (BDI)” olan ölçeğin, birbirine eşdeğer 1961 ve 1978 tarihli iki versiyonu vardır. Depresyon riskini ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddetini belirlemek amacıyla

kullanılan ölçeğin, Türkiye’de birbirinden bağımsız olarak yapılmış iki uyarılma çalışması vardır. Bunlardan birisi Teğin’in (1980)⁴ “Beck Depresyon Ölçeği” adıyla; diğeri ise Hisli (1988-1989)⁵ tarafından “Beck Depresyon Envanteri” adıyla yapılan uyarılma çalışmasıdır. Hisli’nin (1988), poliklinik hastalarıyla yaptığı geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, BDE’nin kesme noktası, 17 puan olarak tanımlanmıştır. Türk populasyonu için 17 ve üstündeki BDE puanının, tedavi gerektirebilecek depresyonu % 90 üzerinde bir doğrulukla ayırt edebildiği belirlenmiştir. Hisli’nin (1988) çalışmasında, ölçeğin güvenilirlik katsayısı madde analizinde 0.80 ve yarıya bölme tekniğinde ise 0.74 olarak hesaplanmıştır.⁶ Beck’in çalışmasında ise güvenilirlik katsayısı 0.86 olarak bulunmuştur.⁷

Dörtlü likert tipi olan ölçek, 21 belirti kategorisini içermektedir. Bunlar; duygudurum, karamsarlık, başarısızlık, doyumsuzluk, suçluluk duygusu, cezalandırılma duygusu, kendinden hoşnutsuzluk, kendini suçlama, intihar düşüncesi, ağlama nöbetleri, sinirlilik, karasızlık, bedensel imge, çalışmanın ketlenmesi, uyku bozukluğu, yorgunluk, iştah azalması, kilo kaybı, somatik yakınmalar ve cinsel dürtü kaybı olarak sıralanabilir. Ölçekte yer alan her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır. Herbir maddede tercih edilen seçeneklere göre toplam puan hesaplanır. Buna göre ölçekten alınabilecek en düşük puan (21 x 0) 0, en yüksek puan ise (21 x 3) 63’tür. Ölçeğin uygulanması sırasında, her kategoride, o gün de dahil olmak üzere son bir hafta içinde kişinin kendisini nasıl hissettiğini, en iyi ifade eden 4 seçenektan birini işaretlemesi istenir. Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması, depresyon düzeyinin ve şiddetinin de yüksek olduğunu göstermektedir. Beck (1972), ölçekten alınan puanlara göre depresyon sınıflandırmasını; “(0-13 puan) depresyon yok”, “(14-24 puan) orta derecede depresyon”, “(25 ve üzeri puan) ciddi depresyon” şeklinde yapmıştır.⁸

⁴ Buket Teğin, Depresyonda Bilişsel Bozukluklar: Beck Modeline Göre Bir İnceleme, Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Ankara, 1980.

⁵ Nesrin Hisli, “Beck Depresyon Envanterinin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma”, **Psikoloji Dergisi**, S. 22, 1988, ss. 118-126; Nesrin Hisli Şahin, “Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri için Geçerlik ve Güvenirliği”, **Psikoloji Dergisi**, S. 23, 1989, ss. 3-13.

⁶ Hisli, “Beck Depresyon Envanterinin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma”, a.g.m., ss. 118-126.

⁷ Şahin, “Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri için Geçerlik ve Güvenirliği”, a.g.m., ss. 3-13.

⁸ İskender Savaşır - Nesrin Hisli Şahin, **Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler**, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 1997; Ahmet Alacacioğlu, Kanser Hastası ve Hasta Yakınlarının Depresyon, Umutsuzluk ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), İzmir, 2007, ss. 17-18.

Bu araştırmada Beck Depresyon Envanteri'nin, Hisli (1988, 1989) tarafından Türkçe'ye uyarlaması yapılmış olan 1978 versiyonu kullanılmıştır. Araştırmada, BDE'nin güvenirlik analizinde Cronbach's Alpha katsayısı 0.74 olarak bulunmuş ve ölçeğin kesme noktası 17 puan olarak alınmıştır.

1.5.4. EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi leği

(The European Organization for Research and Treatment of Cancer, 30-Item Core Quality of Life Questionnaire - Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Anketi)

EORTC QLQ C-30 yaşam kalitesi leği, Aaronson⁹ ve arkadaşları (1996) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, Güzelant ve arkadaşları (2004) tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve akciğer kanseri hastalarda geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin, Türk toplumu için Cronbach's Alpha katsayısı ≥ 0.70 olarak hesaplanmıştır.¹⁰

Kanser hastalarında genel sağlık durumu ve yaşam kalitesinin belirlenmesinde yaygın olarak kullanılan EORTC QLQ C-30 çok boyutlu bir ölçek olup fonksiyonel durum, semptomlar ve genel iyilik halinin sorgulandığı toplam 30 sorudan oluşmaktadır. Fonksiyonel durum ölçeğinde; fiziksel fonksiyon, uğraş fonksiyonu, kavrama fonksiyonu, duygusal fonksiyon ve sosyal fonksiyon olmak üzere 5 alt ölçek yer almaktadır. Semptom leğinde ise halsizlik, ağrı, bulantı-kusma değerlendirildiği gibi dispne (nefes darlığı), uykusuzluk, iştah kaybı, kontipasyon (kabızlık), diyare (ishal) ve maddi zorluklar da ölçülmektedir. İlk 28 soru, 4'l likert tipi ölçek olup herbir maddenin aldığı puan; (1: Hiç, 2: Biraz, 3: Oldukça, 4: Çok) olarak değerlendirilir. 29 ve 30. sorularda ise hastalardan, kendilerine 1'den 7'ye (1: Çok Kötü, 7: Mükemmeli) kadar bir rakam vererek "Genel İyilik Hali" değerlendirmesi yapmaları istenir. Hesaplama sonucunda ölçekte yer alan her boyut için 0-100 arası puan elde edilir. Fonksiyonel durum ve genel iyilik hali için yüksek puanlar, işlevsel olarak ve genel sağlık algısı açısından yaşam kalitesinin yüksek düzeyde

⁹ N. Aaronson - S. Ahmedzai - B. Bergman , "For The European Organization For Research And Treatment Of Cancer Study Group On Quality Of Life. The European Organization For Research And Treatment Of Cancer Qlq-C30: A Quality Of Life Instrument For Use In International Clinical Trials In Oncology", **J Natl Cancer Inst**, Vol. LXXXV, 1993, pp. 365-376.

¹⁰ A. Güzelant et al., "The European Organization for Research and Treatment of Cancer C-30: An Examination into the Cultural Validity and Reliability of Turkish Version of the EORTC QLQ-C30", **Eur J Cancer Care**, Vol. XIII, 2004, pp. 135-144.

olduğunu; semptom boyutunda ise yüksek puanlar, semptom derecesinin yüksek olduğunu ve yaşam kalitesinin düşük düzeyde olduğunu gösterir.¹¹

EORTC QLQ C-30 ölçeği hesaplama yönergesinde verilen formüllere göre ölçek puanları hesaplanır.¹² Buna göre fonksiyonel skor hesaplanırken, 15 sorudan alınan toplam puan, fonksiyonel alanda yer alan toplam soru sayısına (15) bölünerek “Raw Skor” hesaplanır. Herbir soruya verilen cevaptan alınabilecek en yüksek puan (4) ve en düşük puan (1) arasındaki fark (4-1=3), “Range” değerini verir. Buna göre elde edilen bu değerler ile aşağıdaki formül kullanılarak, Fonksiyonel Durum puanı yani Fonksiyonel skor hesaplanır.

$$FS=\{1 - (RS-1) / Range\} \times 100$$

Sosyal fonksiyon skoru (SFS) hesaplanırken, 26 ve 27. sorulardan alınan toplam puan, sosyal boyut alanında yer alan toplam soru sayısına (2) bölünerek “Raw Skor” hesaplanır. Herbir soruya verilen cevaptan alınabilecek en yüksek puan (4) ve en düşük puan (1) arasındaki fark (4-1=3), “Range” değerini verir. Elde edilen bu değerler, aşağıdaki formülde yerleştirilerek Sosyal Fonksiyon Skoru (SFS) hesaplanır.

$$SFS=\{1 - (RS-1) / Range\} \times 100$$

Semptom skoru (SS) hesaplanırken, 13 sorudan alınan toplam puan, semptom ölçeğinde yer alan toplam soru sayısına (13) bölünerek “Raw Skor” hesaplanır. Herbir soruya verilen cevaptan alınabilecek en yüksek puan (4) ve en düşük puan (1) arasındaki fark (4-1=3), “Range” değerini verir. Elde edilen bu değerler, aşağıdaki formülde yerleştirilerek Semptom Skoru (SS) hesaplanır.

$$SS=\{(RS-1) / Range\} \times 100$$

Semptom ölçeğinde yorgunluk skoru hesaplanırken (FAS), 10,12 ve 18. sorulardan alınan yorgunluk boyutu alanında yer alan toplam soru sayısına (3) bölünerek “Raw Skor” hesaplanır. Herbir soruya verilen cevaptan alınabilecek en yüksek puan (4) ve en düşük

¹¹ Güzelant et al., a.g.m., pp. 135-144.

¹² P. M. Fayers et al., **The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual**, (3rd Edition), European Organization for Research and Treatment of Cancer, Brussels, 2001; Saadettin Kılıçkap, **Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi ile Hastalığın Klinikopatolojik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi**, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 2009, ss. 20-21; Esra Öztürk, **Radyoterapi Alan Baş ve Boyun Kanseri Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler**, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2011, s. 28.

puan (1) arasındaki fark (4-1=3), “Range” değerini verir. Elde edilen bu değerler, aşağıdaki formülde yerleştirilerek Yorgunluk Skoru (FAS) hesaplanır.

$$FAS = \{(RS-1) / Range\} \times 100$$

Genel sağlık skoru (Genel İyi Hali) hesaplanırken, 29 ve 30. sorulardan alınan toplam puan, bu alanda yer alan toplam soru sayısına (2) bölünerek “Raw Skor” hesaplanır. Herbir soruya verilen cevaptan alınabilecek en yüksek puan (7) ve en düşük puan (1) arasındaki fark (7-1=6), “Range” değerini verir. Elde edilen bu değerler, aşağıdaki formülde yerleştirilerek Genel Sağlık Skoru (GSS) yani Genel İyi Hali hesaplanır.

$$GSS = \{(RS-1) / Range\} \times 100$$

Tablo 3. EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği			
Skala Adı	Soru No	Soru Sayısı	Range
I- Genel İyi Hali	29, 30	2	6
II- Fonksiyonel Durum			
Fiziksel fonksiyonlar	1, 2, 3, 4, 5	5	3
Rol fonksiyonlar	6, 7	2	3
Emosyonel durum	21, 22, 23, 24	4	3
Bilişsel durum	20, 25	2	3
Sosyal durum	26, 27	2	3
III-Semptom Kontrolü			
Yorgunluk	10, 12, 18	3	3
Bulantı ve kusma	14, 15	2	3
Ağrı	9, 19	2	3
Dispne (Nefes Darlığı)	8	1	3
Uyku bozukluğu	11	1	3
İştah kaybı	13	1	3
Konstipasyon (Kabızlık)	16	1	3
Diyare (İshal)	17	1	3
Finansal sorunlar	28	1	3

Bu araştırmada, EORTC QLQ C-30 yaşam kalitesi ölçeğinin güvenilirlik analizinde Cronbach’s Alpha katsayısı 0.79 olarak bulunmuştur. Araştırmada kullanılan değişkenlerin çokluğu nedeniyle, yaşam kalitesi ölçeğini oluşturan yalnızca Fonksiyonel Durum, Semptom Kontrolü ve Genel İyi Hali boyutlarına ait puan hesaplamaları yapılmış, bu boyutlara ait alt boyutlar için puanlama yapılmamıştır.

1.5.5. Ok-Dini Tutum Ölçeği (ODTÖ-2011)

Ok (2011) tarafından geliştirilmiş olan Dini Tutum Ölçeği, 5'li likert tipte olup, 8 madde ve 4 alt boyuttan (biliş, duygu, davranış ve ilişki) oluşmaktadır.

Dindarlık ölçümünün, din psikolojisi literatüründe Dini Ortodoksi, Dini Etki, Kişisel Dindarlık Belirleme gibi farklı ölçüm tarzlarının olduğunu belirten yazar, “bu çalışmada sunulan dindarlık ölçeği”nin “bu tarzlardan ‘tutum’ kuramına bağlı olarak” geliştirildiğini ve tutumun sosyal psikolojide vurgulanan üç ögesinin (bilgi, duygu ve davranış) dikkate alındığını ifade eder.¹³ Yazar ölçeği, diğer dini tutum ölçeklerinden ayırt edilebilmesi için kendi soyadıyla nitelemiştir. Bilişsel boyutla kişinin dinle ilgili genel görüşünün nasıl olduğu, davranışsal boyutla kişinin davranışlarının dini değerler tarafından ne düzeyde yönlendirildiği ve duygusal boyutla kişinin dinin duyguya hitap eden yönü tarafından ne düzeyde etkilendiği ölçülmeye çalışılmıştır. Tutumun bu üç bileşenin yanında, ölçülmek istenen tutum nesnesinin din olmasından ve dinde de Tanrı'nın merkezi bir yere sahip olmasından dolayı bu boyutlara bir de Tanrıyla ilişki boyutu eklenerek Ok-Dini Tutum Ölçeği 4 alt boyutu ölçmek için tasarlanmış bulunmaktadır.¹⁴ Geliştirilen bu ölçek ile “(a) din psikolojisi ve din sosyolojisi gibi sosyal bilim alanlarında kullanılmak üzere alt boyutları istatistiksel olarak belirginleştirilmiş ve kullanışlılığı yüksek yerel dini tutum ölçeği geliştirmek; (b) bu ölçeğin alt boyutlarıyla birlikte geçerliliğini ve güvenilirliğini birden çok şekilde göstermek; (c) ve söz konusu ölçeği uluslar arası bilinen diğer ölçeklerle karşılaştırarak ona uluslar arası bir boyut kazandırmak” amaçlanmıştır. “İslami bir kültürde dindarlığı ölçmek” için geliştirilen bu ölçeğin metrik özelliklerinin belirlenmesinde örneklem sayıları 930 ve 388 üniversite öğrencisinden oluşan iki farklı örneklem grubuyla yapılan çalışmalardan elde edilen veriler kullanılmıştır. Bu çalışmalar sonucunda, ölçeğin yüksek iç tutarlılığa (0.81 ve 0.91) sahip olduğu tespit edilmiştir. Ok-Dini Tutum Ölçeği'nin, Francis ve arkadaşları tarafından geliştirilen (2005) Francis Hıristiyanlığa Yönelik Dini Tutum ölçeğinin yanısıra Allport ve Ross (1967) tarafından geliştirilen İç-Güdümlü dindarlık ölçeği ile korelasyonu sırasıyla 0.88 ve 0.85 olarak bulunmuştur. Bu veriler ölçeğin, güçlü kriter geçerliliğine de sahip olduğu göstermektedir.

¹³ Üzeyir Ok, “Dini tutum Ölçeği: Ölçek Geliştirme ve Geçerlik Çalışması”, **Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi**, C. VIII, S. 2, 2011, s. 531.

¹⁴ Ok, a.g.m., s. 535.

Ölçeğin bütünü ve alt boyutları için iç tutarlılıklarını gösteren Cronbach's Alpha katsayıları; bütünü için 0.90; duygu alt boyutu için 0.87, ilişki alt boyutu için 0.85, biliş alt boyutu için 0.75, davranış alt boyutu için 0.86 olarak bulunmuştur.¹⁵

Bu araştırmada, dini tutum ölçeğinin iç tutarlılığını gösteren Cronbach's Alpha değerleri; ölçeğin bütünü için 0.85, duygu alt boyutu için 0.81, ilişki alt boyutu için 0.84, davranış alt boyutu için 0.82 olarak bulunmuştur. Araştırmada, dini tutum ölçeğinin biliş alt boyutunu oluşturan 5. (dinin gereksiz olduğunu düşünüyorum) ve 6. (dini inancın insanlara yararından çok zararı olduğunu düşünüyorum) maddeler, örnekleme yer alan tüm hastalar tarafından "hiç katılmıyorum" olarak işaretlenmiştir. Biliş boyutuna, tüm katılımcıların aynı cevabı vermelerinden dolayı, bu boyut ile diğer değişkenler arasında istatistiksel analiz yapılamamıştır. Ancak, biliş boyutunu oluşturan 5. ve 6. maddeler, ters kodlanarak, dini tutum ölçeğinin bütünü içinde puanlamaya dahil edilmiştir.

Araştırmada dini tutum ölçeğinde yer alan seçenekler; (1: Hiç katılmıyorum), (2: Az katılıyorum), (3: Orta düzeyde katılıyorum), (4: Çok katılıyorum), (5: Pek çok katılıyorum) şeklinde puanlanmıştır. Buna göre ölçekten alınabilecek en düşük puan "1x8=8", en yüksek puan ise "5x8=40" dır. Alt boyutlarda ise alınabilecek en düşük puan "1x2=2", en yüksek puan ise "5x2=10" dur. Dini tutum ölçeğinde, puanların yüksek olması, dini tutum düzeyinin de yüksek olduğunu göstermektedir.

1.5.6. Sayısal Ağrı Skalası

Sayısal ölçekler¹⁶, ağrı şiddetinin sayısal olarak belirlenmesinde en sık kullanılan ve kullanımı en basit olan ölçme araçlarıdır. Bir cetvel üzerinde 0-10 veya 0-100 arasında sayıların yer aldığı "Sayısal Ağrı Skalası"nda, "0" ağrı yokluğunu, "10" ya da "100" ise şiddetli dayanılmaz ağrıyı tanımlar.¹⁷

¹⁵ Ok, a.g.m., 2011, s. 528.

¹⁶ J. M. Black - E. Matasarrin Jacobs, **Medical-Surgical Nursing**, 4th Edition, London, WB Saunders Co., 1993, pp. 313-358; M. Tulunay-F.C. Tulunay, "Ağrı Değerlendirilmesi ve Ağrı Ölçümleri", **Ağrı**, ed. S. Erdine, Alemdar Ofset, İstanbul, 2000, ss. 91-107; Fatma Eti-Aslan, "Ağrı Değerlendirme Yöntemleri", **Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, C. VI, S. 1, 2002, ss. 9-16.

¹⁷ Gillian A. Hawker et al., "Measures of Adult Pain", **Arthritis Care & Research**, Vol. LXIII, No. S-11, 2011, pp.240-252; Asiye Özkan, "Kanser Hastalarında Ağrı Değerlendirmesi", **XIII. TPOG Ulusal Pediatrik Kanser Kongresi**, Hemşire Programı, 18-22 Mayıs 2004, ss. 189-192.

Sayısal ölçeklerin, ağrı şiddetini tanımlama, puanlama ve kayıta sağladıkları kolaylıklar nedeniyle daha çok tercih edilmektedirler. Fakat bazı araştırmalarda, hastaların algılanan ağrı şiddetini daha yüksek düzeyde belirttikleri düşüncesiyle, sayısal ölçekler ile hassas ölçüm yapmanın sınırlı olabileceği belirtilmektedir.¹⁸ Buna rağmen, “Sayısal Ağrı Skalası”nın güvenilir ve sağlıklı bir ölçüm yöntemi olduğu çeşitli çalışmalarla desteklenmiştir.¹⁹

Bu araştırmada, 0-100 aralığında olan “Sayısal Ağrı Skalası” kullanılmıştır. Skalada 0’dan 100’e doğru ağrı algısı şiddeti artmaktadır. “0” ağrı olmadığını, “100” ise ağrının şiddetli ve dayanılmaz olduğunu göstermektedir. Hastalardan, son bir hafta içinde yaşadıkları en şiddetli ağrıyı ifade edebilecek sayısal değeri, skalada işaretlemeleri istenmiştir.

1.6. UYGULAMA VE VERİLERİN TOPLANMASI

Alan araştırması olarak tasarlanan bu çalışmada, öncelikle araştırmanın amacına ve konusuna uygun psikometrik ölçümlerin yapılabilmesi için geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanmış yerli ve yabancı ölçekler (Türk kültürüne uyarlaması yapılmış) belirlenerek anket formu hazırlanmıştır.

Anketin, araştırma kapsamında belirlenen meme kanseri kadın hastalara uygulanabilmesi için Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu ve Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü vasıtasıyla Bursa İl Sağlık Müdürlüğü, Bursa Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği ve Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi Başhekimliği’nden gerekli resmi izinler alınmıştır. (Bkz. Ek 1A, 1B, 1C)

Araştırmanın anket uygulaması, 28 Ocak 2014 ve 10 Nisan 2014 tarihleri arasında, Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi’nin poliklinik saatleri olan 08.00-16.00 saatleri arasında, araştırmacı tarafından hastalarla yüz yüze görüşme yapılarak gerçekleştirilmiştir. Anket uygulamasından önce görüşmeyi kabul eden hastalara, araştırmanın amacı ve içeriği ile ilgili bilgi verildikten sonra, kişisel bilgilerin gizli

¹⁸ Aslan, a.g.m., ss. 9-16.

¹⁹ M. Gabrielle Pagé et al., “Validation of the Numerical Rating Scale for Pain Intensity and Unpleasantness in Pediatric Acute Postoperative Pain: Sensitive to Change Over Time”, **The Journal of Pain**, Vol. XIII, No. 4 (April), 2012, pp. 359-369; Maria Alexandra Ferreira-Valente et al., “Validity of Four Pain Intensity Rating Scales”, **Pain**, Vol. CLII, 2011, pp. 2399-2404.

tutulacağı, araştırmadan elde edilen bulguların yalnızca bilimsel amaçlı olarak kullanılacağı ifade edilmiş ve çalışmaya katılımın gönüllülük ilkesine bağlı olduğu, istedikleri anda araştırmayı sonlandırabilecekleri belirtilmiştir. Gerekli bilgiler verildikten sonra anket uygulamasını kabul eden hastalardan, araştırmayı katılmayı kabul ettiklerine dair onam alınmıştır.

Anket uygulamasının, hastalar poliklinik ya da tedavi vb. uygulamalar için sıra beklerken, hastaların muayene, tetkik, tedavi vb. işlemlerini engellemeyecek şekilde, uygun ortam ve zamanda yapılmasına özen gösterilmiştir. Kendileri okuyabilecek ve doldurabilecek durumda olmayan ve okuma-yazma bilmeyen hastalara ait anket formları, ankette yer alan maddeler hakkında gerekli açıklamalar yapılarak hastaların verdikleri cevaplar doğrultusunda, araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Ancak, anket formunu kendi doldurabilecek durumda olan hastaların da genel olarak hastalıklarıyla ilgili konuşma ihtiyacı içinde oldukları ve bundan dolayı anket formlarını, araştırmacı ile birlikte doldurmayı tercih ettikleri görülmüştür. Anket uygulamasının yaklaşık 15-25 dakika sürdüğü belirlenmiştir. Araştırma grubunda yer alan meme kanseri kadın hastaların bir kısmının hastalık evrelerini bilmediği tespit edilmiştir. Bu hastalardan ve yakınlarından izin alınarak dosyalarından ve takiplerini yapan doktorlarından evre bilgileri alınmıştır. Bu konuda izni olmayan hastalara ait anket formlarında, evre bilgisinin yer aldığı madde boş bırakılmış ve anket uygulamasının tamamlanmasından sonra böyle eksik verilerin yer aldığı formlar, istatistiksel analizden çıkarılmıştır.

Araştırmada uygulanan 385 anket formundan; 11'i eksik veri içerdiği ve yarım olduğu, 12'si yapılan istatistiksel analizde normal dağılıma uymadığı (BDE puanı 30 ve üzeri olan olgular vb.) ve 2 tanesi de birbiriyle çelişen tutarsız veriler içerdiği için istatistiksel analize alınmamıştır. Bu durumda araştırmada, eksik veri içermeyen 360 anket formu değerlendirilerek, verilerin istatistiksel analizi yapılmıştır.

1.7. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Araştırmada, anket tekniği ile elde edilen nitel verilerin, sayısal değere dönüştürülerek bilgisayara aktarılmasında ve verilerin istatistiksel analizinde Statistical Package for Social Science "SPSS 18.0" paket programı kullanılmıştır.

Araştırmada, tanımlayıcı istatistikler olan frekans, aritmetik ortalama gibi yöntemler kullanılarak örneklemin, araştırmada belirlenen değişkenlere göre dağılımı

izlenmiştir. Ayrıca araştırmanın hipotezleri çerçevesinde, sürekli ve süreksiz değişkenler arasındaki ilişkilerin tespitinde “Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)” ve “Bağımsız İki Örnek T-Testi (Independent-Samples T-Test)”; iki sürekli değişken arasındaki doğrusal ilişkinin derecesinin belirlenmesinde “Pearson Korelasyon Katsayısı”, araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenirlik analizinde ise “Alfa Modeli (Cronbach Alpha Coefficient)”²⁰ kullanılmıştır.

Araştırmada iki ayrı örneklem grubunun puan ortalamaları arasındaki farklılığın tespitinde “Bağımsız İki Örnek T-Testi (Independent-Samples T-Test)”, grup sayısının ikiden fazla olduğu durumlarda değişkenlerin gruplara göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesinde ise “Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)” tekniklerinden yararlanılmıştır. ANOVA analizinde, gruplar arası farklılığın istatistiksel olarak anlamlılık seviyesinde olması durumunda, farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığının belirlenmesine yönelik olarak “Post-Hoc” testlerinden hangisinin uygulanacağını tespit etmek için öncelikle, “Varyansların Homojenliği Testi (Levene Statistic)” yapılmıştır. Levene testine göre varyansların eşit olduğu ($p>0.05$) durumda, “Tukey” testi; varyansların eşit olmadığı durumda ($p<0.05$) ise “Tamhane’s T2” testi uygulanmıştır.²¹ Elde edilen istatistiksel analiz bulguları düzenlenerek, ilgili tablolar oluşturulmuştur. Araştırmada, istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak 0.05 alınmış, ancak anlamlılık düzeyi 0.01 olan ilişkiler de belirtilmiştir.

2. ARAŞTIRMANIN BULGULARI VE ANALİZLER

2.1. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Tablo 4. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı		
YAŞ		
Yaş Aralığı	30-81	
Yaş Ortalaması	54.69	
YAŞ GRUPLARI		
	N	%
30-39	31	8.6
40-49	83	23.1
50-59	123	34.2
60-69	87	24.2
70-79	34	9.4

²⁰ Bkz. Şeref Kalaycı, *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*, Asil Yayın, Ankara, 2010, s. 74, 116, 133, 405.

²¹ Bkz. Kalaycı, a.g.e., ss. 133-140.

≥ 80	2	0.6
TOPLAM	360	100.0
MEDENİ DURUM		
Bekar	12	3.3
Evli	275	76.4
Eşinden Ayrılmış	13	3.6
Eşi Vefat Etmiş	60	16.7
TOPLAM	360	100.0
YERLEŞİM BİRİMİ		
Köy	47	13.1
İlçe	97	26.9
Şehir	216	60.0
TOPLAM	360	100.0
MESLEK		
Ev Hanımı	300	83.3
Emekli	38	10.6
Öğretmen	4	1.1
Diğer	18	5.0
TOPLAM	360	100.0
EĞİTİM-ÖĞRENİM		
Okuma-Yazma Bilmiyor	50	13.9
Okuma-Yazma Biliyor	28	7.8
İlkokul	212	58.9
Ortaokul	21	5.8
Lise	35	9.7
Üniversite	14	3.9
TOPLAM	360	100.0
GELİR DURUMU		
Düşük	131	36.4
Orta	192	53.3
İyi	37	10.3
TOPLAM	360	100.0

Araştırmada yer alan örneklem grubunun demografik değişkenlere göre istatistiksel dağılımını gösteren tablo (Tablo 4) ve sözel açıklama bulguları aşağıda ifade edilmiştir.

Tablo 4'ten elde edilen verilere göre meme kanseri 360 kadın hastadan oluşan örneklem grubunun minimum 30, maksimum 81 yaş aralığında ve yaş ortalamasının 54.69 olduğu görülmektedir. Örneklemin yaş gruplarına göre dağılımı ise şöyledir: % 8.6'sı 30-39; % 23.1'i 40-49, % 34.2'si 50-59, % 24.2'si 60-69, % 9.4'ü 70-79 ve % 0.6'sı 80 yaş ve üzeri grupta yer almaktadır. Hastaların çoğunluk olarak 50-59 yaş grubunda olduğu görülmektedir.

Örneklem grubunun medeni durumuna ait bulgular şöyledir: Hastaların % 3.3'ünün bekar, % 76.4'ünün evli, % 3.6'sının eşinden ayrılmış, % 16.7'sinin ise eşinin vefat ettiği tespit edilmiştir. Araştırmada yer alan hastaların yerleşim yeri olarak % 13.1'inin köyde, % 26.9'unun ilçede ve % 60'ının şehirde ikamet ettiği görülmüştür.

Örneklemin mesleklere göre dağılımı; % 83.3 ev hanımı, % 10.6 emekli, % 1.1 öğretmen ve % 5.0 diğer meslek grupları olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların genel olarak yoğunlaştıkları mesleklere göre bu tasnif yapılmış, “diğer” olarak belirtilen mesleklerde (hemşire, bankacı, muhasebeci, sekreter, terzi vb.) birey sayısının (1-2 kişi gibi) az olması nedeniyle böyle bir gruplandırmaya gidilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların eğitim-öğrenim durumlarını gösteren bulgulara göre örneklemin % 13.9’u okuma-yazma bilmiyor, % 7.8’i herhangi bir okuldan mezun olmamış ancak okuma-yazma biliyor, % 58.9’u ilkokul, % 5.8’i ortaokul, % 9.7’si lise ve % 3.9’u üniversite mezunudur. Bu durumda örneklem grubunu oluşturan hastaların büyük oranda ilkokul mezunu olduğu görülmektedir.

Örneklemin gelir durumu algısına göre dağılımı ise şöyledir: % 36.4 düşük, % 53.3 orta, % 10.3 iyi gelir düzeyindedir. Araştırmaya ait anket formunda gelir düzeyi ile ilgili “düşük”, “orta”, “iyi” ve “çok iyi” alt grupları oluşturulmuştur. Ancak “çok iyi” gelir düzeyi grubunu “1” hasta işaretlemiş olduğundan istatistiksel analizde “çok iyi” gelir grubu “iyi” gelir düzeyine dahil edilmiştir.

2.2. HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

Tablo 5. Hastalığa İlişkin Özelliklerin Dağılımı		
HASTALIK SÜRESİ	N	%
0-6 Ay	61	16.9
7-11 Ay	37	10.3
1-2 Yıl	90	25.0
3-4 Yıl	43	11.9
5-6 Yıl	31	8.6
7-8 Yıl	40	11.1
9-10 Yıl	24	6.7
≥ 11Yıl	34	9.4
TOPLAM	360	100.0
EVRE		
Evre I	86	23.9
Evre II	152	42.2
Evre III	59	16.4
Evre IV	63	17.5
TOPLAM	360	100.0
TEDAVİ		
Tedavi Uygulanmamış	12	3.3
Hormonoterapi	3	0.8

Radyoterapi	10	2.8
Kemoterapi	117	32.5
Radyoterapi+Hormonoterapi	2	0.6
Kemoterapi+Radyoterapi	129	35.8
Kemoterapi+Radyoterapi+Hormonoterapi	87	24.2
TOPLAM	360	100.0
AMELİYAT TİPİ		
Ameliyat Olmamış	4	1.1
Rekonstrüksiyon	6	1.7
Meme Koruyucu Cerrahi (MKC)	131	36.4
Mastektomi	219	60.8
TOPLAM	360	100.0
GEÇMİŞ PSİKOLOJİK HASTALIK TANISI		
Evet	56	15.6
Hayır	304	84.4
TOPLAM	360	100.0
ANTİDEPRESAN KULLANIMI		
Evet	46	12.8
Hayır	314	87.2
TOPLAM	360	100.0
KEMOTERAPİ TEDAVİ SÜRECİ		
Tamamlanmış	259	71.9
Devam Ediyor	86	23.9
Kemoterapi Uygulanmamış	15	4.2
TOPLAM	360	100.0

Meme kanseri kadın hastalardan oluşan araştırma örnekleminin hastalığa ait özelliklerinin istatistiksel dağılımının tablo halinde gösterimi (Tablo 5) ve bulguların sözel açıklaması şu şekilde ortaya çıkmıştır.

Örneklemin hastalığa ait tanı konduktan sonra geçen hastalık süresine göre dağılımı incelendiğinde; % 16.9'unun 0-6 ay, % 10.3'ünün 7-11 ay, % 25'inin 1-2 yıl, % 11.9'unun 3-4 yıl, % 8.6'sının 5-6 yıl, % 11.1'inin 7-8 yıl, % 6.7'sinin 9-10 yıl ve % 9.4'ünün 11 yıl ve üzeri olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılan örnekleme hastalık süresi 1-2 yıl olan grubun ve ardından da 0-6 ay olan grubun daha yüksek oranda olduğu görülmektedir.

Araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri kadınların hastalık evresi dağılımları, % 23.9 Evre I, % 42.2 Evre II, % 16.4 Evre III ve % 17.5 Evre IV olarak bulunmuştur. Araştırma grubunda yer alan hastaların Evre II'de yoğunluk kazandığı gözlenmektedir.

Uygulanan tedaviye göre örneklemin, % 3.3'üne tedavi (hormonoterapi, radyoterapi, kemoterapi) uygulanmadığı, % 0.8'ine yalnız hormonoterapi, % 2.8'ine yalnız radyoterapi, % 32.5'ine yalnız kemoterapi, % 0.6'sına radyoterapi ve hormonoterapi, %

35.8'ine kemoterapi ve radyoterapi, % 24.2'sine kemoterapi, radyoterapi ve hormonoterapinin birlikte uygulandığı belirlenmiştir. Araştırma kapsamındaki hastalardan kemoterapi ve radyoterapiyi birlikte alan grubun oransal olarak ilk sırada olduğu ve ikinci sırada yalnız kemoterapi tedavisi uygulanan grubun olduğu görülmektedir.

Örnekleme oluşturan meme kanseri kadın hastaların ameliyat tipine göre dağılımı şöyle bulunmuştur: % 1.1 ameliyat olmamış, % 1.7'sine rekonstrüksiyon, % 36.4'üne meme koruyucu cerrahi ve % 60.8'ine mastektomi uygulanmıştır. Örnekleme mastektomi yapılmış hastaların çoğunlukta olduğu gözlenmektedir.

Araştırma kapsamında yer alan hastaların % 15.6'sının geçmişte psikolojik bir hastalık geçirdiği, % 84.4'ünün geçmişte psikolojik bir hastalık geçirmediği; % 12.8'inin antidepresan kullandığı ve % 87.2'sinin antidepresan kullanmadığı belirlenmiştir. Ayrıca kemoterapi sürecinin hastaların % 71.9'unda tamamlandığı, % 23.9'unda devam ettiği, % 15'ine ise kemoterapi uygulanmadığı tespit edilmiştir.

2.3. AĞRI ALGISI İLE İLGİLİ BULGULAR

2.3.1. Örneklemin Sayısal Ağrı Skalası Puan Ortalaması

Tablo 6. Örneklemin Sayısal Ağrı Skalası Puan Ortalaması		
Sayısal Ağrı Skalası	N	ORTALAMA
	360	27.63

Yukarıdaki tabloda (Tablo 6) araştırmaya katılan meme kanseri kadın hastaların sayısal ağrı skalası puan ortalamalarının 27.63 olduğu görülmektedir. Sayısal ağrı skalasında en düşük puan "0", en yüksek puan ise "100" olarak belirlenmiştir.

2.3.2. Ağrı Algısı ve Yaş İlişkisi

Tablo 7. Ağrı Algısı Düzeyi İle Yaş Değişkeni Arasındaki İlişki			
Değişkenler	n	r	P
Ağrı Algısı & Yaş	360	.128*	.015
*p<0.05 düzeyinde anlamlı			

Hastaların ağrı algısı düzeyi ile yaş arasındaki ilişkiyi tespit etmek için Pearson Korelasyon Analizi (Tablo 7) uygulanmıştır. Analiz sonucuna göre, yaş ile ağrı algısı şiddeti arasında $p<0.05$ düzeyinde anlamlı ve pozitif yönde bir korelasyon ($r=0.128$) olduğu tespit edilmiştir. Hastalarda yaş ilerledikçe, ağrı algısı düzeyinin de arttığı görülmektedir.

2.3.3. Ağrı Algısı İle Hastalık Süresi, Hastalık Evresi ve Ameliyat Tipi İlişkisi

Tablo 8. Ağrı Algısı İle Hastalık Süresi, Hastalık Evresi ve Ameliyat Tipi Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar										
HASTALIK SÜRESİ	N	Ort.	Std. S.	Std. H.	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	P
(1) 0-6 Ay	61	18.52	16.617	2.128	Gruplar Arası	12240.780	7	1748.683	2.988	.005
(2) 7-11 Ay	37	27.03	24.593	4.043						
(3) 1-2 Yıl	90	26.33	26.113	2.753						
(4) 3-4 Yıl	43	26.51	23.185	3.536						
(5) 5-6 Yıl	31	24.19	21.412	3.846	Grup İçi	205999.220	352	585.225		
(6) 7-8 Yıl	40	33.50	26.072	4.122						
(7) 9-10 Yıl	24	40.83	27.013	5.514						
(8) \geq 11Yıl	34	33.24	28.786	4.937						
TOPLAM	360	27.33	24.656	1.299	TOPLAM	218240.000	359			
FARK	1-7* (Tamhane T2 Testi) * $p<0.05$									
HASTALIK EVRESİ										
(1) Evre I	86	27.79	25.640	2.765	Gruplar Arası	4346.345	3	1448.782	2.411	.067
(2) Evre II	152	26.18	25.422	2.062						
(3) Evre III	59	22.54	20.307	2.644	Grup İçi	213893.655	356	600.825		
(4) Evre IV	63	33.97	24.266	3.057						
TOPLAM	360	27.33	24.656	1.299	TOPLAM	218240.000	359			
AMELİYAT TİPİ										
(1) Ameliyat Olmamış	4	12.50	12.583	6.292	Gruplar Arası	5677.177	3	1892.392	3.169	.024
(2) Rekonstrüksiyon	6	5.00	12.247	5.000						
(3) Meme Koruyucu Cerrahi	131	25.04	22.062	1.928	Grup İçi	212562.823	356	597.087		
(4) Mastektomi	219	29.59	26.061	1.761						
TOPLAM	360	27.33	24.656	1.299	TOPLAM	218240.000	359			
FARK	2-3* ve 2-4* (Tamhane T2 Testi) * $p<0.05$									

Ağrı algısı düzeyi ile hastalık süresi arasındaki ilişkiye yönelik puan ortalamalarına bakıldığında (Tablo 8); sayısal ağrı skalası puan ortalamasının hastalık tanısı üzerinden 9-10 yıl geçmiş hastalarda en yüksek olduğu ($X=40.83$), daha sonra sırasıyla 7-8 yıl ($X=33.50$), 11 ve üzeri yıl ($X=33.24$), 7-11 ay ($X=27.03$), 3-4 yıl ($X=26.51$), 1-2 yıl ($X=26.33$), 5-6 yıl ($X=24.19$), 0-6 ay ($X=18.52$) olan grupların geldiği belirlenmiştir. Sayısal ağrı skalası puan ortalamasının hastalık tanısı henüz yeni olan 0-6 aylık gruba ait

olduğu görülmektedir. Konuyla ilgili olarak yapılan Tek Yönlü ANOVA testine göre istatistiksel olarak ($F=2.988$; $p<0.05$) anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur.

Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan “Tamhane T2” testine göre hastalık süresi 0-6 ay ve 9-10 yıl olan gruplar arasında, hastalık süresi 9-10 yıl olan grup lehine anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Hastalık üzerinden 9-10 yıl geçen hastaların ağrı algısı düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Diğer gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma saptanmamıştır.

Yukarıdaki tabloya (Tablo 8) göre ağrı algısı düzeyi ile hastalık evresi arasındaki ilişki incelendiğinde, sayısal ağrı skalası puan ortalamasının Evre IV ($X=33.97$) hastalarda en yüksek olduğu, ardından ikinci sırada Evre I ($X=27.79$), üçüncü sırada Evre II ($X=26.18$) ve dördüncü sırada Evre III ($X=22.54$) hastaların geldiği gözlenmiştir. Evre III meme kanseri hastalarında, ağrı algısı düzeyinin en düşük olduğu görülmektedir. Ancak yapılan Tek Yönlü ANOVA analizinde ($F=2.411$; $p>0.05$) gruplar arası anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 8’de ağrı algısı düzeyi ile uygulanan ameliyatın arasındaki ilişkiye bakıldığında, mastektomi yapılmış hastaların ($X=29.59$) sayısal ağrı skalası puan ortalamasının diğer gruplardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Sayısal ağrı skalası puan ortalamasında mastektomiyi takiben sırasıyla meme koruyucu cerrahi ($X=25.04$), ameliyat olmamış hastalar ($X=12.50$) ve en düşük puan ortalamasına sahip olarak da rekonstrüksiyon ($X=5.00$) uygulanmış olguların geldiği belirlenmiştir. Yapılan Tek Yönlü ANOVA analizinde gruplar arasında $p<0.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiştir. Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını görmek için Tamhane T2 testi uygulanmıştır. Yapılan test sonucunda rekonstrüksiyonlu hastalar ile meme koruyucu cerrahi yapılmış hastalar arasında meme koruyucu cerrahi lehine anlamlı bir farklılık olduğu; rekonstrüksiyonlu hastalar ile mastektomi yapılmış hastalarda ise mastektomi lehine anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.

2.3.4. Ağrı Algısı ve Tedavi İlişkisi

Tablo 9. Ağrı Algısı İle Tedavi Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar							
UYGULANAN TEDAVİ	N	Ort.	Std. S.	Std. H.	sd	t	P
(1) Kemoterapi	117	24.02	22.517	2.082	243.944	-2.017	.045
(2) Kemoterapi+Radyoterapi	129	30.16	25.217	2.220			
TOPLAM	246	* p<0.05					

Ağrı algısı düzeyi ile uygulanan tedavi arasındaki ilişkinin incelenmesinde, Tablo 2’de verilen tedavi gruplarının bazılarında birey sayısının az olması nedeniyle istatistiksel analiz yöntemi olarak Tek Yönlü ANOVA kullanılmamıştır. Birey sayısı fazla olan yalnız “kemoterapi” almış ve “kemoterapi ve radyoterapi”yi birlikte almış hastaların Bağımsız t-Testi ile karşılaştırması (Tablo 9) yapılmıştır. Tablo 9’daki verilere göre kemoterapi ve radyoterapi tedavilerinin her ikisini de almış olan hastaların sayısal ağrı skalası puan ortalamasının ($X=30.16$), yalnız kemoterapi tedavisi görmüş hastalardan ($X=24.02$) daha yüksek olduğu ve istatistiksel anlamlılık ($t=-2.017$; $p<0.05$) düzeyinde bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır.

2.4. BEDEN ALGISI İLE İLGİLİ BULGULAR

2.4.1. Örneklemin Beden Algısı

Tablo 10. Örneklemin Beden Algısı		
	N	%
FİZİKSEL GÖRÜNÜMDEN RAHATSIZLIK DUYMA		
Evet (Olumsuz Beden Algısı)	84	23.3
Hayır (Olumlu Beden Algısı)	276	76.7
TOPLAM	360	100.0

Anket formunda yer alan “ameliyat sonrası fiziksel görüntüm beni rahatsız ediyor” ifadesi karşılaştırma yapabilmek amacıyla tüm hastalara yöneltilmiş ve bu ifadeye araştırmaya katılan meme kanseri kadın hastaların % 23.3’ünün “Evet”, % 76.7’sinin “Hayır” cevabı verdikleri tespit edilmiştir. Buna göre “Evet” cevabı veren hastaların “Olumsuz Beden Algısı”na, “Hayır” cevabı veren hastaların ise “Olumlu Beden Algısı”na sahip oldukları düşünülmüştür. Geçirilen ameliyata ve mastektomiye bağlı uzuv kaybının oluşturduğu fiziksel görünümdeki bozulmaya rağmen, araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastaların büyük çoğunluğunun (% 76.7) olumlu beden algısına sahip oldukları görülmektedir. (Bkz. Tablo 10)

2.4.2. Beden Algısı ve Yaş İlişkisi

Tablo 11. Beden Algısı İle Yaş Değişkeni Arasındaki İlişki			
Değişkenler	n	R	P
Beden Algısı & Yaş	360	-.043	.421
$p>0.05$ düzeyinde anlamsız			

Örneklem grubunun beden algısı ve yaş değişkeni arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır. Tablo 11’de verilen analiz sonuçlarına göre beden algısı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($p>0.05$) bulunmamıştır.

2.4.3. Beden Algısı İle Sosyo-Demografik Özellikler ve Hastalık Özellikleri Arasındaki İlişki

Tablo 12. Beden Algısı İle Medeni Durum, Yerleşim Yeri, Meslek, Eğitim-Öğrenim Düzeyi ve Ameliyat Tipi Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar										
MEDENİ DURUM	N	Ort.	Std. S.	Std. H.	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	P
(1) Bekar	12	.33	.492	.142	Gruplar Arası	.137	3	.046	.253	.859
(2) Evli	275	.23	.423	.026						
(3) Eşinden Ayrılmış	13	.23	.439	.122	Grup İçi	64.263	356	.181		
(4) Eşi Vefat Etmiş	60	.22	.415	.054						
TOPLAM	360	.23	.424	.022	TOPLAM	64.400	359			
YERLEŞİM YERİ										
(1) Köy	47	.19	.398	.398	Gruplar Arası	1.110	2	.555	3.130	.045
(2) İlçe	97	.15	.363	.363						
(3) Şehir	216	.28	.449	.449	Grup İçi	63.290	357	.177		
TOPLAM	360	.23	.424	.424						
FARK	2-3* (Tamhane T2 Testi) * $p<0.05$									
MESLEK										
(1) Ev Hanımı	300	.23	.422	.024	Gruplar Arası	.040	3	.013	.075	.974
(2) Emekli	38	.24	.431	.070						
(3) Öğretmen	4	.25	.500	.250	Grup İçi	64.360	356	.181		
(4) Diğer	18	.28	.461	.109						
TOPLAM	360	.23	.424	.022	TOPLAM	64.400	359			
EĞİTİM-ÖĞRENİM										
(1) Okuma-Yazma Bilmiyor	50	.06	.240	.034	Gruplar Arası	2.177	5	.435	2.477	.032
(2) Okuma-Yazma Biliyor	28	.36	.488	.092						
(3) İlkokul	212	.26	.442	.030	Grup İçi	62.223	354	.176		
(4) Ortaokul	21	.24	.436	.095						
(5) Lise	35	.20	.406	.069						
(6) Üniversite	14	.21	.426	.114						
TOPLAM	360	.23	.424	.022	TOPLAM	64.400	359			
FARK	1-3* (Tamhane T2 Testi) * $p<0.01$									
AMELİYAT TİPİ										
(1) Ameliyat Olmamış	4	.00	.000	.000	Gruplar Arası	2.565	3	.855	4.922	.002
(2) Rekonstrüksiyon	6	.33	.516	.211						
(3) Meme Koruyucu Cerrahi	131	.13	.337	.029	Grup İçi	61.835	356	.174		
(4) Mastektomi	219	.30	.458	.031						
TOPLAM	360	.23	.424	.022	TOPLAM	64.400	359			
FARK	1-3**; 1-4**; 3-4** (Tamhane T2 Testi) ** $p<0.01$									

Tablo 12’de medeni durum ile beden algısı arasındaki ilişkiye ait sonuçlar verilmiştir. Puan ortalamasının yükselmesi beden algısının olumsuzlaştığına işaret etmektedir. Buna göre en yüksek puan ortalamasına sahip olan bekar hastaların ($X=.33$), diğer hastalara göre beden algılarının daha olumsuz olduğu görülmektedir. İkinci sırada

gelen evli ($X=.23$) ve eşinden ayrılmış ($X=.23$) hastaların beden algısı düzeylerinin eşit olduğu ve bekar hastalara göre daha olumlu bir beden algısına sahip oldukları gözlenmektedir. Olumlu beden algısı en yüksek olan grubun ise eşi vefat etmiş ($X=.22$) hastalar olduğu tespit edilmiştir. Yapılan Tek Yönlü ANOVA’da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olmadığı bulunmuştur.

Araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastalarda yerleşim yeri ve beden algısı ilişkisi incelendiğinde (Tablo 12); ilçede yaşayan hastalarda ($X=.15$), köyde ($X=.19$) ve şehirde ($X=.28$) yaşayan hastalara göre olumlu beden algısı düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Şehirde yaşayan hastaların daha olumsuz beden algısına sahip oldukları, fiziksel görünümlelerinden daha fazla rahatsızlık duydukları belirlenmiştir. Konuyla ilgili olarak yapılan Tek Yönlü ANOVA analizinde anlamlı bir farklılık ($F=3.130$; $p<0.05$) olduğu bulunmuş, farklılığın hangi gruplardan olduğunu belirlemek amacıyla Tamhane T2 testi yapılmıştır. Test sonucunda, ilçede yaşayan hastalar ile şehirde yaşayan hastalar arasında, şehirde yaşayanlar lehine anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Bu durumda şehirde yaşayan hastaların, ilçede yaşayan hastalara göre olumlu beden algısı düzeylerinin daha düşük olduğu söylenebilir.

Araştırmada örneklem grubunun beden algısı ile meslekleri arasındaki ilişkiye bakıldığında; olumlu beden algısı en yüksek düzeyde olan grubun ev hanımları ($X=.23$) olduğu görülmektedir. “Diğer” meslek grubunda ($X=.28$) olan hastaların daha olumsuz beden algısına sahip oldukları izlenmektedir. Ancak yapılan Tek Yönlü ANOVA analizinde ($F=.075$; $p>0.05$) gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur. (Bkz. Tablo 12)

Tablo 12’ye göre beden algısı ve eğitim düzeyi arasındaki veriler incelendiğinde; olumlu beden algısı düzeyi en yüksek olan grubun okuma-yazma bilmeyenler ($X=.06$) olduğu, en düşük olan grubun ise sadece okuma-yazma bilenler ($X=.36$) olduğu görülmektedir. Yapılan Tek Yönlü ANOVA’da gruplar arası anlamlı bir farklılık ($F=2.477$; $p<0.05$) olduğu bulunmuş ve farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için Tamhane T2 testi uygulanmıştır. Test sonucunda, okuma-yazma bilmeyen grup ile ilkökul mezunları arasında ilkökul mezunları lehine anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. İlkökul mezunu hastaların beden algılarının daha olumsuz olduğu ortaya çıkmıştır. Diğer gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 12’de beden algısı ile ameliyat tipi arasındaki ilişkiye ait sonuçlar verilmiştir. Buna göre, ameliyat olmamış hastaların ($X=.00$) beden algılarının en olumlu düzeyde olduğu, daha sonra sırasıyla meme koruyucu cerrahi ($X=.13$), mastektomi ($X=.30$) ve rekonstrüksiyon ($X=.33$) uygulanmış hastalar izlemektedir. Araştırmada rekonstrüksiyon yapılmış hastaların olumsuz beden algısı düzeylerinin diğer gruplardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Tek Yönlü ANOVA’da gruplar arası anlamlı bir farklılık ($F=4.922$; $p<0.01$) tespit edilmiştir. Yapılan Tamhane T2 testine göre ameliyat olmamış hastalar ile meme koruyucu cerrahi uygulanmış hastalar arasında meme koruyucu cerrahi lehine; ameliyat olmamış hastalar ile mastektomi yapılmış hastalar arasında mastektomi lehine; meme koruyucu cerrahi yapılmış hastalar ile mastektomili hastalar arasında mastektomi lehine anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır. Bu durumda meme koruyucu cerrahi uygulanmış hastaları daha olumlu beden algısına, mastektomi yapılmış hastaların ise daha olumsuz beden algısına sahip oldukları söylenebilir.

2.5. DEPRESYON İLE İLGİLİ BULGULAR

2.5.1. Örneklemin Beck Depresyon Envanteri Puan Ortalaması ve Puan Dağılımı

Tablo 13. Örneklemin Beck Depresyon Envanteri Puan Ortalaması ve Puan Dağılımı		
Puan Ortalaması	N	ORTALAMA
Depresyon	360	6.50
Puan Dağılımı	N	%
0-4	146	40.6
5-10	150	41.7
11-17	52	14.4
18-19	3	0.8
20-35	9	2.5
TOPLAM	360	100.0
<17	346	96.1
≥17	14	3.9
TOPLAM	360	100.00

Tablo 13’te araştırmaya katılan meme kanseri kadın hastaların Beck Depresyon ölçeği puan ortalamalarının 6.50 olduğu görülmektedir. Hisli’nin (1988) Beck Depresyon Envanteri için poliklinik hastalarında yaptığı geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, Türk popülasyonu için 17 ve üstündeki BDE puanlarının, tedavi gerektirebilecek depresyonu % 90 üzerinde bir doğrulukla ayırt edebildiği bulunmuştur. Ölçeğin puan dağılımı kesme noktalarına göre şu şekilde belirlenmiştir: 1) Hafif düzeyde depresyon (11-17) puan 2) Orta

düzye de depresyon (18-29) puan 3)Yüksek düzeyde depresyon (30-63) puan.²² Bu bilgiler eşliğinde, araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri hastalarının Beck puan ortalamalarına bakıldığında, tanımlanabilir depresyon düzeyine ulaşmadıkları görülmektedir. Tablo 21’de örneklemin kesim noktalarına göre Beck Depresyon Envanteri puan dağılımları verilmiştir. Hastaların % 40.6’sının (0-4) puan, % 41.7’sinin (5-10) puan, % 14.4’ünün (11-17) puan, % 0.8’inin (18-19) puan, % 2.5’inin (20-35) puan aralığında olduğu bulunmuştur. Hastaların % 3.9’unun BDE’nin kesim noktası olarak belirlenen 17 puan ve üzerinde aldığı, % 96.1’inin ise 17 puanın altında kaldığı tespit edilmiştir. Buna göre araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastaların yalnızca % 3.9’unun tanımlanabilir depresyon düzeyinde oldukları söylenebilir.

2.5.2. Depresyon ve Antidepresan Kullanımı İlişkisi

Tablo 14. Depresyon İle Antidepresan Kullanımı Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar							
ANTİDEPRESAN KULLANIMI	N	Ort.	Std. S.	Std. H.	Sd	T	P
(1) Hayır	314	6.20	4.889	.276	59.780	-3.103	.003
(2) Evet	46	8.54	4.760	.702			
TOPLAM	360	** p<0.01 düzeyinde anlamlı					

Araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastalarda, antidepresan kullanımının depresyon düzeyini etkileyeceği, dolayısıyla sonuçlar üzerinde karıştırıcı etkisi olabileceği düşünülerek, antidepresan kullanan ve kullanmayan hastaların BDE puan ortalamalarının karşılaştırılması amacıyla t-Testi analizi uygulanmıştır. Tablo 14’deki analiz sonuçlarına göre antidepresan kullanan (X=8.54) hastaların BDE puan ortalamalarının, antidepresan kullanmayan (X=6.20) hastalardan anlamlı olarak (t=-3.103;

²² Nesrin Hisli, “Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği, Güvenirliliği”, **Psikoloji Dergisi**, C. VII, 1989, ss. 3-13; Aslıhan Kurt, Kanser Ağrılı ve Kanser Dışı Kronik Ağrılı Hastaların Psikolojik Faktörler (Depresyon, Kaygı, Başa Çıkma) Açısından Karşılaştırılması, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2005, s. 27; Didem Salt Peker, Ağrı Yakınması Olan Hastalarda Yaşam Kalitesi, Başa Çıkma Tutumları ve Depresif Belirtilerin Ağrı Algısı ile İlişkisi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), Aydın, 2007, s. 54; Yeliz Karateke, Yanıklı Hastalarda Ağrı, Anksiyete ve Depresyon İlişkinin İncelenmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2010, s. 53; Sebahat Akbal Ateş, Kemoterapiye Bağlı Alopesi Algısı ve Yaşam Kalitesi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İstanbul, 2011, s. 36; Nagehan I. Açıkmeşe, Kanser Hastalarında İç-Dış Kontrol Odağının Depresyon Üzerine Etkisinin Araştırılması, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2007, s. 30.

p<0.01) daha yüksek olduğu görülmektedir. Depresyon düzeyinin, antidepresan kullanan hastalarda, kullanmayan hastalardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmasının, araştırmadaki antidepresan kullanımına bağlı belirsizliği giderdiği düşünülmektedir.

2.5.3. Depresyon ve Yaş İlişkisi

Tablo 15. Depresyon İle Yaş Değişkeni Arasındaki İlişki			
DEĞİŞKENLER	n	R	P
Depresyon & Yaş	360	.065	.220
p>0.05 (anlamsız)			

Araştırmada, depresyon ve yaş arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Tablo 15'teki analiz sonuçlarına göre depresyon ve yaş değişkeni arasında anlamlı bir ilişki ($p>0.05$) ortaya çıkmamıştır.

2.5.4. Depresyon ve Sosyo-Demografik Özellikler Arasındaki İlişki

Tablo 16. Depresyon İle Medeni Durum, Yerleşim Yeri, Meslek, Eğitim-Öğrenim Durumu ve Gelir Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar										
MEDENİ DURUM	N	Ort.	Std. S.	Std. H.	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	P
(1) Bekar	12	3.67	4.438	1.281	Gruplar Arası	190.569	3	63.523	2.651	.049
(2) Evli	275	6.43	4.774	.288						
(3) Eşinden Ayrılmış	13	9.08	7.065	1.959	Grup İçi	8529.429	356	23.959		
(4) Eşi Vefat Etmiş	60	6.83	4.992	.644						
TOPLAM	360	6.50	4.928	.260	TOPLAM	8719.997	359			
FARK	1-3* (Tukey Testi) * p< 0.05									
YERLEŞİM YERİ										
(1) Köy	47	6.32	4.526	.660	Gruplar Arası	2.465	2	1.232	.050	.951
(2) İlçe	97	6.60	4.909	.498						
(3) Şehir	216	6.50	5.040	.343	Grup İçi	8717.532	357	24.419		
TOPLAM	360	6.50	4.928	.260						
FARK										
MESLEK										
(1) Ev Hanımı	300	6.61	4.847	.280	Gruplar Arası	55.920	3	18.640	.776	.514
(2) Emekli	38	6.42	5.949	.965						
(3) Öğretmen	4	3.50	1.732	.866	Grup İçi	8664.078	356	24.337		
(4) Diğer	18	5.56	4.342	1.023						
TOPLAM	360	6.50	4.928	.260	TOPLAM	8719.997	359			
EĞİTİM-ÖĞRENİM										
(1) Okuma-Yazma Bilmiyor	50	5.94	3.053	.432	Gruplar Arası	220.110	5	44.022	1.833	.106
(2) Okuma-Yazma Biliyor	28	7.82	4.714	.891						
(3) İlkokul	212	6.60	4.978	.342						
(4) Ortaokul	21	7.57	7.040	1.536	Grup İçi	8499.887	354	24.011		
(5) Lise	35	6.20	5.895	.996						
(6) Üniversite	14	3.50	1.787	.478						
TOPLAM	360	6.50	4.928	.260	TOPLAM	8719.997	359			
GELİR DÜZEYİ										
(1) Düşük	131	7.95	5.584	.488	Gruplar Arası	475.339	2	237.670	10.291	.000
(2) Orta	192	5.86	4.505	.325						
(3) İyi	37	4.70	2.952	.485	Grup İçi	8244.658	357	23.094		
TOPLAM	360	6.50	4.928	.260						
FARK	1-2** ve 1-3** (Tamhane T2 Testi) ** p< 0.01									

Tablo 16’da depresyon ile medeni durum arasındaki ilişkiye yönelik veriler incelendiğinde; BDE puan ortalaması en yüksek olan grubun eşinden ayrılmış hastalar ($X=9.08$) olduğu; en düşük puan ortalamasına sahip olan grubun ise bekar ($X=3.67$) hastalar olduğu görülmektedir. BDE puan ortalamasında yüksekten düşüğe doğru gidildiğinde ikinci sırada eşi vefat etmiş hastalar ($X=6.83$) ve üçüncü sırada da evli hastalar ($X=6.43$) yer almaktadır. Tek Yönlü ANOVA analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir

farklılık ($F=2.651$; $p<0.05$) olduğu bulunmuştur. Farklılığın kaynağını belirlemek üzere yapılan Tukey testi sonucuna göre, bekar hastalar ve eşinden ayrılmış hastalar arasında, eşinden ayrılmış hastalar lehine olduğu tespit edilmiştir. Buna göre bekar hastaların depresyon düzeyi, eşinden ayrılmış hastalara göre daha düşüktür.

Araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastaların yerleşim yerine göre depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi gösteren Tablo 16’da, BDE puan ortalaması en yüksek olan hastaların ilçede ($X=6.60$) yaşayanlar, daha sonra şehirde ($X=6.50$) yaşayanlar olduğu ve en düşük puan ortalamasının da köyde ($X=6.32$) yaşayan hastalara ait olduğu görülmektedir. Yerleşim yerine göre hastaların depresyon puan ortalamaları birbirine yakındır. Yapılan Tek Yönlü ANOVA analizinde gruplar arası anlamlı bir farklılık ($F=.050$; $p>0.05$) olmadığı bulunmuştur.

Tablo 16’da örneklemin, mesleklere göre BDE puan ortalamalarının dağılımını göstermektedir. Buna göre BDE puan ortalaması, ev hanımlarında ($X=6.61$) en yüksek, öğretmenlerde ($X=3.50$) ise en düşük düzeydedir. BDE puan ortalamasında ev hanımlarından sonra ikinci sırada emekli ($X=6.42$) hastaların ve üçüncü sırada diğer ($X=5.56$) meslek gruplarından olan hastaların geldiği görülmektedir. Ancak yapılan Tek Yönlü ANOVA’da gruplar arası anlamlı bir farklılık ($F=.776$; $p>0.05$) tespit edilmemiştir.

Tablo 16’da depresyon düzeyi ve eğitim-öğrenim düzeyi arasındaki ilişkiyi gösteren verilere bakıldığında; yapılan Tek Yönlü ANOVA analizine göre gruplar arası anlamlı bir farklılaşma olmadığı ($F=1.833$; $p>0.05$) görülmektedir. Örneklemin eğitim-öğrenim durumuna göre BDE puan ortalaması en yüksek olan grubun herhangi bir okuldan mezun olmayıp sadece okuma-yazma bilen grup ($X=7.82$), en düşük olan grubun ise üniversite ($X=3.50$) mezunları olduğu görülmektedir. Ancak gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Gelir düzeyi ve depresyon arasındaki ilişkiye ait veriler Tablo 16’da verilmiştir. Buna göre BDE puan ortalaması en fazla olan grubun düşük gelir ($X=7.95$) düzeyindeki hastalar, en az olan grubun ise iyi gelir ($X=4.70$) düzeyinde olan hastalar olduğu, orta gelir ($X=5.86$) düzeyindeki hastaların puan ortalamasının ise bu iki grup arasında olduğu görülmektedir. Bu durumda, iyi gelir düzeyinesahip olan hastaların depresyon düzeyinin diğer gruplardan daha düşük olduğu söylenebilir. Tek Yönlü ANOVA analizi gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma ($F=10.291$; $p<0.01$) olduğunu göstermektedir. Puan

ortalamları açısından hangi gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma olduğuna ilişkin yapılan Tamhane T2 testi sonuçlarına göre, düşük gelir düzeyi ile orta gelir düzeyi arasında, düşük gelir düzeyi lehine; düşük gelir düzeyi ile iyi gelir düzeyi arasında, düşük gelir düzeyi lehine anlamlı bir farklılaşma olduğu, düşük gelir düzeyindeki hastaların depresyon düzeylerinin diğer iki gruptan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

2.5.5. Depresyon ve Hastalık Özellikleri Arasındaki İlişki

Tablo 17. Depresyon İle Hastalık Özellikleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar										
HASTALIK SÜRESİ	N	Ort.	Std. S.	Std. H.	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	P
(1) 0-6 Ay	61	6.33	4.323	.554	Gruplar Arası	185.073	7	26.439	1.090	.369
(2) 7-11 Ay	37	7.68	4.607	.757						
(3) 1-2 Yıl	90	6.44	5.469	.577						
(4) 3-4 Yıl	43	5.77	4.937	.753						
(5) 5-6 Yıl	31	5.55	3.914	.703	Grup İçi	8534.924	352	24.247		
(6) 7-8 Yıl	40	6.55	3.616	.572						
(7) 9-10 Yıl	24	8.29	7.214	1.473						
(8) ≥ 11 Yıl	34	6.18	4.914	.843						
TOPLAM	360	6.50	4.928	.260	TOPLAM	8719.997	359			
HASTALIK EVRESİ										
(1) Evre I	86	6.03	4.618	.498	Gruplar Arası	256.709	3	85.570	3.599	.014
(2) Evre II	152	6.01	4.886	.396						
(3) Evre III	59	6.56	4.211	.548	Grup İçi	8463.288	356	23.773		
(4) Evre IV	63	8.29	5.704	.719						
TOPLAM	360	6.50	4.928	.260	TOPLAM	8719.997	359			
FARK										
1-4* ve 2-4* (Tukey Testi) * p<0.05										
UYGULANAN TEDAVİ										
(1) Tedavi Uygulanmamış	12	6.33	6.985	2.016	Gruplar Arası	103.475	6	17.246	.707	.645
(2) Hormonoterapi (Ht)	3	8.67	2.517	2.517						
(3) Radyoterapi (Rt)	10	4.10	2.961	2.961						
(4) Kemoterapi (Kt)	117	6.88	4.635	4.635						
(5) Rt + Ht	2	6.50	6.364	6.364	Grup İçi	8616.522	353	24.409		
(6) Kt + Rt	129	6.58	5.203	5.203						
(7) Kt + Rt + Ht	87	6.10	4.810	4.810						
TOPLAM	360	6.50	4.928	4.928	TOPLAM	8719.997	359			
AMELİYAT TİPİ										
(1) Ameliyat Olmamış	4	3.25	2.630	1.315	Gruplar Arası	89.785	3	29.928	1.235	.297
(2) Rekonstrüksiyon	6	3.83	2.137	.872						
(3) Meme Koruyucu Cerrahi	131	6.48	5.103	.446	Grup İçi	8630.213	356	24.242		
(4) Mastektomi	219	6.65	4.885	.330						
TOPLAM	360	6.50	4.928	.260	TOPLAM	8719.997	359			

Tablo 17'deki depresyon ve hastalık süresi arasındaki ilişkiye ait ANOVA sonuçlarına göre, gruplar arası anlamlı bir farklılaşma ($F=1.090$; $p>0.05$) yoktur. Örneklem hastalık süresine göre BDE puan ortalamaları; 9-10 yıl ($X=8.29$), 7-11 ay ($X=7.68$), 7-8 yıl ($X=6.55$), 1-2 yıl ($X=6.44$), 0-6 ay ($X=6.33$), 11 ve üzeri yıl ($X=6.18$), 3-4 yıl ($X=5.77$), 5-6 yıl ($X=5.55$) olarak sıralanmıştır. Bu durumda meme kanseri kadın hastalarda hastalık süresine göre depresyon düzeyi en yüksek olan grubun 9-10 yıllık hastalar, en düşük olan grubun ise 5-6 yıllık hastalar olduğu görülmektedir.

Araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastalarda, hastalık evresine göre BDE'den aldıkları puan ortalamalarına ilişkin ANOVA sonuçları, Tablo 17'de görülmektedir. Buna göre BDE puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılaşma ($F=3.599$; $p<0.05$) vardır. Farklılığın kaynağına ilişkin yapılan Tukey testinde; Evre I ve Evre IV arasında, Evre IV lehine; Evre II ve Evre IV arasında yine Evre IV lehine anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. Evre IV meme kanseri hastalarında, depresyon düzeyinin, Evre I ve Evre II'den anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir. Evrelere göre depresyon puan ortalamalarının en yüksekten en düşüğe doğru dağılımı ise şöyledir: Evre IV ($X=8.29$), Evre III ($X=6.56$), Evre I ($X=6.03$), Evre II ($X=6.01$).

Tablo17'de depresyon ve tedavi arasındaki ilişkiye dönük sonuçlar yer almaktadır. Tablodaki verilere göre, BDE puan ortalaması en yüksek olan grubun yalnızca hormonoterapi ($X=8.67$) tedavisi alanlar olduğu görülmektedir. Yalnız radyoterapi ($X=4.10$) alan grubun ise depresyon düzeyinin en düşük seviyede olduğu izlenmektedir. Ancak ANOVA analizinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma ($F=.707$; $p>0.05$) olmadığı görülmüştür.

Araştırmada alınan tedaviye göre oluşturulan grupların bazılarında birey sayısının az olmasının ANOVA analizindeki sonuçları etkileyebileceği düşünülerek, birey sayısı fazla olan gruplar arasında ikili karşılaştırma amacıyla t-Testi uygulanmıştır. Ancak, t-Testi sonuçlarında da anlamlı bir farklılaşma tespit edilemediğinden analiz sonuçlarına yer verilmemiştir.

Depresyon ve ameliyat tipi arasındaki ilişkinin istatistiksel sonuçlarına ait değerler Tablo 17'de sunulmuştur. BDE puan ortalamasının mastektomili ($X=6.65$) hastalarda en yüksek olduğu, en düşük puan ortalamasına sahip olarak da ameliyat olmamış ($X=3.25$) hastaların geldiği görülmektedir. Ancak depresyon düzeyi ve ameliyat tipi arasındaki

ilişkiye yönelik ANOVA sonuçlarında, puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olmadığı ($F=1.235$; $p>0.05$) bulunmuştur. Elde edilen sonuç üzerinde, birey sayısı az olan grupların (ameliyat olmamış ve rekonstrüksiyon uygulanmış) etkisi olabileceği düşünülerek, birey sayısı fazla olan mastektomi ve meme koruyucu cerrahi uygulanmış gruplar arasında ikili karşılaştırma amacıyla t-Testi yapılmıştır. Fakat t-Testi sonucunda da anlamlı bir farklılık ortaya çıkmamıştır. Gruplar arasında anlamlılık düzeyinde farklılaşma olmadığı için t-Testi analizi sonuçları verilmemiştir.

2.5.6. Depresyon ve Geçmiş Psikolojik Hastalık Tanısı İlişkisi

Tablo 18. Depresyon İle Psikolojik Hastalık Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar							
GEÇMİŞ PSİKOLOJİK HASTALIK TANISI	N	Ort.	Std. S.	Std. H.	sd	T	P
(1) Hayır	304	6.23	4.918	.282	78.247	-2.550	.013
(2) Evet	56	8.00	4.756	.636			
TOPLAM	360	* $p<0.05$ düzeyinde anlamlı					

Araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastalarda, geçmişte psikolojik hastalık tanısı alıp almama durumunun göre depresyon düzeyine etkisi tespit edilmeye çalışılmıştır. Bu amaçla yapılan Bağımsız t-Testi sonuçlarına (Tablo 18) göre geçmişte psikolojik hastalık tanısı alan ($X=8.00$) bireylerin BDE puan ortalamasının, psikolojik hastalık tanısı almayan ($X=6.23$) bireylerden anlamlı olarak ($t=-2.550$; $p<0.05$) daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durumda geçmişte psikolojik bir hastalık geçirmiş olan hastaların depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu söylenebilir.

2.5.7. Depresyon ve Aile Desteği İlişkisi

Tablo 19. Depresyon İle Aile Desteği Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar							
AİLE DESTEĞİ	N	Ort.	Std. S.	Std. H.	Sd	t	P
(1) Hayır	5	12.80	10.085	4.510	358	2.907	.004
(2) Evet	355	6.41	4.787	.254			
TOPLAM	360	** $p<0.01$ düzeyinde anlamlı					

Örneklemin BDE puan ortalamasına aileden gelen sosyal destek algısının etkisi olup olmadığını tespit etmek amacıyla gruplar arası t-Testi analizi (Tablo 19) yapılmıştır. Tablo 35'teki bulgulara göre, hastalık sürecinde ailesinden ve yakınlarından sosyal destek

aldığını belirten hastaların ($X=6.41$) BDE puan ortalamasının, aileden ve yakınlardan destek almadığını belirten gruptan ($X=12.80$) istatistiksel olarak anlamlı ($t=2.907$; $p<0.01$) bir şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır. Örneklemi oluşturan meme kanseri kadın hastalarda, Tablo 32’de de görüldüğü gibi aileden ve yakınlardan destek görmediğini belirten grubun birey sayısının az olmasının ($N=5$) sonuçlar üzerinde etkisi olabileceği düşünülse de aileden ve yakınlardan gelen sosyal destek algısının düşük düzeyde depresyonla ilişkili olduğu söylenebilir.

2.5.8. Depresyon ve Kemoterapi Süreci İlişkisi

Tablo 20. Depresyon İle Kemoterapi Süreci Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar							
KEMOTERAPİ TEDAVİSİ	N	Ort.	Std. S.	Std. H.	Sd	T	P
(1) Tamamlanmış	259	6.21	4.985	.310	152.374	-2.430	.016
(2) Devam Ediyor	86	7.66	4.732	.510			
TOPLAM	345	* $p<0.05$ düzeyinde anlamlı					

Kemoterapi tedavisi devam eden hastalar ile tedavi süreci tamamlanmış hastaların BDE puan ortalamalarına ilişkin farklılığı ortaya koymak amacıyla yapılan t-Testi sonuçları Tablo 19’da verilmiştir. Buna göre, tedavi süreci devam eden meme kanseri hastaların ($X=7.66$) BDE puan ortalamalarının, tedavisi tamamlanmış olan hastalardan ($X=6.21$) anlamlı olarak ($t=-2.430$; $p<0.05$) daha yüksek olduğu görülmektedir.

2.6. YAŞAM KALİTESİ İLE İLGİLİ BULGULAR

2.6.1. Örneklem EORTC-QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan

Ortalaması

Tablo 21. Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Boyutları Puan Ortalaması		
	N	ORTALAMA
Fonksiyonel Boyut	360	79.48
Semptom Kontrolü Boyutu	360	20.56
Genel İyilik Hali	360	69.61

Araştırmanın örneklem grubunu oluşturan meme kanseri kadın hastaların EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin Fonksiyonel Durum, Semptom Kontrolü ve Genel İyilik Hali boyutlarına ait puan ortalamaları Tablo 21’de gösterilmiştir. Yaşam kalitesi

ölçeğinin boyutlarına ait puan aralığı 0-100'dür. Fonksiyonel Durum ve Genel İyi Hali boyutlarındaki yüksek puanlar yaşam kalitesinin iyi düzeyde olduğunu; Semptom Kontrolü boyutunda ise yüksek puanlar, bu boyuta ait yaşam kalitesinin düşük seviyede olduğunu göstermektedir. Tablodaki verilere göre, örneklemin yaşam kalitesi boyutları puan ortalamaları; Fonksiyonel Durum (X=79.48), Semptom Kontrolü (X=20.56) ve Genel İyi Hali (X=69.61) şeklinde bulunmuştur. Fonksiyonel Durum ve Genel İyi Hali puan ortalamalarının (X=50)'nin üzerinde olduğu, Semptom Kontrolü puan ortalamasının ise (X=50)'nin altında olduğu görülmektedir. Bu durumda, örneklemin genel olarak yaşam kalitesi düzeyinin yüksek olduğu söylenebilir.

2.6.2. Yaşam Kalitesi ve Yaş Değişkeni Arasındaki İlişki

Tablo 22. Yaşam Kalitesi İle Yaş Değişkeni Arasındaki İlişki			
DEĞİŞKENLER	N	R	P
Fonksiyonel Durum & Yaş	360	- .208 **	.000
Semptom Kontrolü & Yaş	360	.139 **	.004
Genel İyi Hali & Yaş	360	- .144 **	.003
** p<0.01			

EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Fonksiyonel Durum, Semptom Kontrolü ve Genel İyi Hali boyutları ile yaş değişkeni arasındaki ilişkiye ait Pearson Korelasyon Analizi sonuçları, Tablo 22'de gösterilmiştir. Tablodaki verilere göre, Fonksiyonel Durum ve yaş arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki ($r=-.208$; $p<0.01$); Semptom Kontrolü ile yaş arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki ($r=.139$; $p<0.01$); Genel İyi Hali ile yaş arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki ($r=-.144$; $p<0.01$) vardır. Fonksiyonel Durum ve Genel İyi Hali puanlarının yüksek olması, bu boyutlardaki yaşam kalitesinin iyi düzeyde olduğunu; Semptom Kontrolü puanlarının yüksek olması ise bu boyuttaki yaşam kalitesinin düşük seviyede olduğunu göstermektedir. Bu durumda, örneklemin oluşturduğu meme kanseri kadın hastalarda, yaş ilerledikçe yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum ve Genel İyi Hali boyutlarında azalma, Semptom Kontrolü boyutunda yani hastalığa ait semptom belirtilerinde artma olduğu söylenebilir. Sonuç olarak, araştırmada yer alan meme kanseri hastalarda, yaşın ilerlemesine bağlı olarak yaşam kalitesi düzeyinde düşüş olduğu görülmektedir.

2.6.3. Yaşam Kalitesi ve Medeni Durum Arasındaki İlişki

Tablo 23. Yaşam Kalitesi İle Medeni Durum Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar										
FONKSİYONEL DURUM	N	Ort.	Std. S.	Std. H.	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	P
(1) Bekar	12	90.74	7.804	2.253	Gruplar Arası	2412.845	3	804.282	4.758	.003
(2) Evli	275	79.91	12.525	.755						
(3) Eşinden Ayrılmış	13	71.62	20.941	5.683	Grup İçi	60179.405	356	169.043		
(4) Eşi Vefat Etmiş	60	78.30	13.955	1.802						
TOPLAM	360	79.48	13.204	.696	TOPLAM	62592.250	359			
FARK	1-2**; 1-3*; 1-4** (Tamhane T2 Testi) * p<0.05 ** p<0.01									
SEMPTOM KONTROLÜ										
(1) Bekar	12	11.97	8.972	2.590	Gruplar Arası	1686.994	3	562.331	2.905	.035
(2) Evli	275	14.268	14.268	.860						
(3) Eşinden Ayrılmış	13	17.310	17.310	4.801	Grup İçi	68916.977	356	193.587		
(4) Eşi Vefat Etmiş	60	12.113	12.113	1.564						
TOPLAM	360	14.024	14.024	.739	TOPLAM	70603.970	359			
FARK	1-3* (Tukey Testi) * p<0.05									
GENEL İYİLİK HALİ										
(1) Bekar	12	87.50	15.691	4.530	Gruplar Arası	5922.973	3	1974.324	4.426	.005
(2) Evli	275	70.00	21.240	1.281						
(3) Eşinden Ayrılmış	13	58.97	28.557	7.920	Grup İçi	158812.945	356	446.104		
(4) Eşi Vefat Etmiş	60	66.53	19.618	2.533						
TOPLAM	360	69.61	21.421	1.129	TOPLAM	164735.918	359			
FARK	1-2*; 1-3**; 1-4** (Tukey Testi) * p<0.05 ; ** p<0.01									

Tablo 23'te yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum boyutu ile medeni durum arasındaki ilişkiye ait veriler yer almaktadır. Tabloya göre, Fonksiyonel Durum boyutu puan ortalaması en yüksek olan grubun bekar hastalar ($X=90.74$) olduğu, en düşük puan ortalamasına sahip olarak da eşinden ayrılmış ($X=71.30$) hastaların geldiği görülmektedir. Yapılan Tek Yönlü ANOVA analizinde gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma ($F=4.758$; $p<0.01$) olduğunu göstermektedir. Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Tamhane T2 testi sonuçlarına göre bekar hastaların Fonksiyonel Durum boyutu puan ortalamalarının evli, eşinden ayrılmış ve eşi vefat etmiş hastaların puan ortalamalarından anlamlı olarak farklılık arzettiği görülmektedir.

Tablo 23'te yaşam kalitesinin Semptom Kontrolü boyutu ile medeni durum arasındaki ilişkiyi gösteren sonuçlar incelendiğinde; eşinden ayrılmış hastaların Semptom Kontrolü puan ortalamalarının ($X=17.310$) en yüksek olduğu, en düşük puan ortalamasının ise bekar ($X=11.97$) hastalara ait olduğu görülmektedir. Tabloda verilen ANOVA sonucuna göre gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma ($F=2.905$; $p<0.05$) vardır.

Farklılığın kaynağını belirlemek üzere yapılan Tukey testinde, bekar ve eşinden ayrılmış hastalar arasında eşinden ayrılmış hastalar lehine anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. Bu durumda, bekar hastalar yaşam kalitesinin semptom kontrolü boyutunda eşinden ayrılmış hastalara göre daha iyi düzeydedir.

Yaşam kalitesinin Genel İyilik Hali boyutu ve medeni durum arasındaki ilişki Tablo 23'te gösterilmiştir. Buna göre, Genel İyilik Hali puan ortalamasında bekar hastaların ($X=87.50$) en yüksek puan ortalamasına sahip olduğu, en düşük puan ortalamasının ise eşinden ayrılmış ($X=58.97$) hastalara ait olduğu görülmektedir. Yapılan Tek Yönlü ANOVA analizinde, gruplar arası anlamlı bir farklılık olduğu ($F=4.426$; $p<0.01$) bulunmuştur. Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek üzere yapılan Tukey testinde; bekar hastaların puan ortalamalarının evli, eşinden ayrılmış ve eşi vefat etmiş hastalardan anlamlı olarak farklılaştığı saptanmıştır. Bekar hastaların yaşam kalitesinin Genel İyilik Hali boyutu; evli, eşinden ayrılmış ve eşi vefat etmiş hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek düzeydedir.

2.6.4. Yaşam Kalitesi ve Meslek Arasındaki İlişki

Tablo 24. Yaşam Kalitesi İle Meslek Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar										
FONKSİYONEL DURUM	N	Ort.	Std. S.	Std. H.	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	P
(1) Ev Hanımı	300	78.33	13.425	.775	Gruplar Arası	2451.518	3	817.173	4.837	.003
(2) Emekli	38	84.50	11.111	1.802						
(3) Öğretmen	4	84.44	14.171	7.086	Grup İçi	60140.731	356	168.935		
(4) Diğer	18	86.91	7.990	1.883						
TOPLAM	360	79.48	13.204	.696	TOPLAM	62592.250	359			
FARK	1-2* ve 1-4* (Tukey Testi) * p<0.05									
SEMPTOM KONTROLÜ										
(1) Ev Hanımı	300	21.71	14.478	.836	Gruplar Arası	2918.804	3	972.935	5.117	.002
(2) Emekli	38	17.07	10.399	1.687						
(3) Öğretmen	4	13.46	8.472	4.236	Grup İçi	67685.166	356	190.127		
(4) Diğer	18	10.40	6.839	1.612						
TOPLAM	360	20.56	14.024	.739	TOPLAM	70603.970	359			
FARK	1-4** ve 2-3* (Tamhane T2 Testi) * p<0.05 ; ** p<0.01									
GENEL İYİLİK HALİ										
(1) Ev Hanımı	300	68.47	21.493	1.241	Gruplar Arası	3320.835	3	1106.945	2.441	.064
(2) Emekli	38	72.37	21.843	3.543						
(3) Öğretmen	4	85.42	17.180	8.590	Grup İçi	161415.083	356	453.413		
(4) Diğer	18	79.17	16.728	3.943						
TOPLAM	360	69.61	21.421	1.129	TOPLAM	164735.918	359			

Araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastaların meslek durumlarına göre yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum boyutuna ilişkin sonuçlar, Tablo 24'teki veriler incelendiğinde; Fonksiyonel Durum boyutu puan ortalaması en yüksek olanların “diğer” ($X=86.91$) meslek (hemşire, sekreter, bankacı, terzi vb.) grubu hastalar olduğu, en düşük olan grubun ise ev hanımları ($X=78.33$) olduğu belirlenmiştir. Yapılan ANOVA analizinde, gruplar arası anlamlı bir farklılık ($F=4.837$; $p<0.01$) olduğu bulunmuştur. Farklılığın kaynağını belirlemek üzere yapılan Tukey testinde; ev hanımları ile emekli hastalar arasında emekliler lehine; ev hanımları ile “diğer” meslek gruplarından olan hastalar arasında ise “diğer” mesleklerden olan hastalar lehine istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır.

Tablo 24'te yaşam kalitesinin Semptom Kontrolü boyutu ile örneklemin meslek durumu arasındaki ilişkiye yönelik sonuçlar incelendiğinde; Semptom Kontrolü puan ortalaması en yüksek olan grubun ev hanımları ($X=21.71$) olduğu, en düşük puan ortalamasının ise “diğer” ($X=10.40$) meslek grubundan olan hastalara ait olduğu görülmektedir. Semptom Kontrolü boyutunda puan ortalamasının yüksek olması düşük düzeyde yaşam kalitesi ile ilişkilidir. Yapılan ANOVA analizinde gruplar arası anlamlı bir farklılık ($F=5.117$; $p<0.01$) olduğu bulunmuştur. Gruplar arası farklılığın kaynağını belirlemek için yapılan Tamhane T2 testi sonucuna göre; ev hanımları ile “diğer” meslek grupları arasında ev hanımlarının lehine; emekli hastalar ile öğretmenler arasında emekliler lehine anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Bu durumda, ev hanımı ve emekli hastaların Semptom Kontrolü boyutunda yaşam kalitesi düzeylerinin, araştırmada belirtilen meslek grupları arasında en düşük seviyede olduğu söylenebilir.

Araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastaların, yaşam kalitesinin Genel İyi Hali boyutu ve meslek arasındaki ilişkiyi gösteren sonuçlar Tablo 24'te verilmiştir. Tablodaki verilere göre Genel İyi Hali'nde puan ortalamasında en yüksek olan grubun öğretmenler ($X=85.42$), en düşük grubun ise ev hanımları ($X=68.47$) olduğu görülmektedir. Ancak yapılan Tek Yönlü ANOVA'da gruplar arası anlamlı bir farklılık olmadığı ($F=2.441$; $p>0.05$) bulunmuştur.

2.6.5. Yaşam Kalitesi ve Yerleşim Yeri Arasındaki İlişki

Tablo 25. Yaşam Kalitesi İle Yerleşim Yeri Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar										
FONKSİYONEL DURUM	N	Ort.	Std. S.	Std. H.	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	P
(1) Köy	47	80.14	9.155	1.335	Gruplar Arası	25.042	2	12.521	.071	.931
(2) İlçe	97	79.29	13.943	1.416						
(3) Şehir	216	79.41	13.648	.929	Grup İçi	62567.208	357	175.258		
TOPLAM	360	79.48	13.204	.696	TOPLAM	62592.250	359			
SEMPATOM KONTROLÜ										
(1) Köy	47	19.91	11.307	1.649	Gruplar Arası	292.743	2	146.371	.743	.476
(2) İlçe	97	22.05	16.122	1.637						
(3) Şehir	216	20.04	13.551	.922	Grup İçi	70311.228	357	196.950		
TOPLAM	360	20.56	14.024	.739	TOPLAM	70603.970	359			
GENEL İYİLİK HALİ										
(1) Köy	47	68.97	19.559	2.853	Gruplar Arası	33.285	2	16.642	.036	.965
(2) İlçe	97	69.42	21.775	2.211						
(3) Şehir	216	69.83	21.737	1.479	Grup İçi	164702.634	357	461.352		
TOPLAM	360	69.61	21.421	1.129	TOPLAM	164735.918	359			

Tablo 25'te yaşam kalitesinin ve yerleşim yeri arasındaki ilişkiye ait sonuçlar verilmiştir. Buna göre, Fonksiyonel Durum puan ortalamasının köyde ($X=80.14$) yaşayan hastalarda en yüksek ilçede ($X=79.21$) yaşayan hastalarda ise en düşük olduğu görülmektedir. İlçede ($X=22.05$) yaşayan hastaların Semptom Kontrolü puan ortalamaları, şehirde ($X=20.04$) ve köyde ($X=19.91$) yaşayan hastalara göre daha yüksektir. Köyde yaşayan hastaların ise puan ortalamaları en düşüktür. Genel İyilik Hali boyutu puan ortalamasının şehirde ($X=69.83$) yaşayan hastalarda en yüksek olduğunu, ikinci sırada ilçede ($X=69.42$) ve son sırada da köyde ($X=68.97$) yaşayan hastaların yer aldığını göstermektedir. Bu durumda yaşam kalitesinin köyde yaşayan hastalarda daha iyi düzeyde olduğu söylenebilir. Yapılan ANOVA analizinde yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum ($F=.071$; $p>0.05$); Semptom Kontrolü ($F=.743$; $p>0.05$) ve Genel İyilik Hali ($F=.036$; $p>0.05$) boyutlarında, gruplar arası anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur.

2.6.6. Yaşam Kalitesi ve Eğitim-Öğrenim Düzeyi Arasındaki İlişki

Tablo 26. Yaşam Kalitesi İle Eğitim-Öğrenim Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar										
FONKSİYONEL DURUM	N	Ort.	Std. S.	Std. H.	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	P
(1) Okuma-Yazma Bilmiyor	50	75.24	13.303	1.881	Gruplar Arası	4296.402	5	859.280	5.218	.000
(2) Okuma-Yazma Biliyor	28	72.30	16.290	3.079						
(3) İlkokul	212	80.05	12.117	.832						
(4) Ortaokul	21	80.95	16.033	3.499	Grup İçi	58295.848	354	164.678		
(5) Lise	35	82.79	12.563	2.124						
(6) Üniversite	14	89.68	8.655	2.313						
TOPLAM	360	79.48	13.204	.696	TOPLAM	62592.250	359			
FARK	1-6**, 2-3*, 2-5*, 2-6** (Tukey Testi) * p<0.05 ; ** p<0.01									
SEMPATOM KONTROLÜ										
(1) Okuma-Yazma Bilmiyor	50	23.79	12.455	1.761	Gruplar Arası	3714.372	5	742.874	3.932	.002
(2) Okuma-Yazma Biliyor	28	25.27	15.269	2.886						
(3) İlkokul	212	20.02	13.640	.937						
(4) Ortaokul	21	26.01	18.063	3.942	Grup İçi	66889.598	354	188.954		
(5) Lise	35	15.68	13.479	2.278						
(6) Üniversite	14	11.90	8.917	2.383						
TOPLAM	360	20.56	14.024	.739	TOPLAM	70603.970	359			
FARK	2-6* ve 4-6* (Tukey Testi) * p<0.05									
GENEL İYİLİK HALİ										
(1) Okuma-Yazma Bilmiyor	50	66.50	15.748	2.227	Gruplar Arası	4138.279	5	827.656	1.824	.107
(2) Okuma-Yazma Biliyor	28	63.10	21.923	4.143						
(3) İlkokul	212	70.56	22.076	1.516						
(4) Ortaokul	21	65.48	23.167	5.055	Grup İçi	160597.640	354	453.666		
(5) Lise	35	71.43	22.713	3.839						
(6) Üniversite	14	80.95	18.324	4.897						
TOPLAM	360	69.61	21.421	1.129	TOPLAM	164735.918	359			

Tablo 26'da örneklemin eğitim-öğrenim düzeyine göre yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum boyutu puan ortalamalarının dağılımını gösteren veriler incelendiğinde; üniversite mezunu ($X=89.68$) meme kanseri hastaların Fonksiyonel Durum boyutu puan ortalamasının en yüksek olduğu, yalnız okuma-yazma bilen ($X=72.30$) gruptaki hastaların ise en düşük puan ortalamasına sahip olduğu görülmektedir. Genel olarak verilere bakıldığında, eğitim seviyesi yükseldikçe Fonksiyonel Durum boyutu puan ortalamalarında artış izlenmektedir. Tabloda verilen ANOVA sonuçlarına göre istatistiksel olarak gruplar arası anlamlı bir farklılaşma ($F=5.218$; $p<0.01$) vardır. Farklılığın kaynağını belirlemek üzere yapılan Tukey testinde; okuma-yazma bilmeyen grup ile üniversite mezunları arasında üniversite mezunları lehine; yalnız okuma-yazma bilen grup ile ilkökul mezunları arasında ilkökul mezunları lehine; yalnız okuma-yazma bilen grup ile lise

mezunları arasında lise mezunları lehine; yalnız okuma-yazma bilen grup ile üniversite mezunları arasında üniversite mezunları lehine anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır.

Tablo 26'ya göre Semptom Kontrolü boyutunda en yüksek puan ortalaması ortaokul ($X=26.01$) mezunu hastalara aittir. Üniversite ($X=11.92$) mezunu hastalar ise en düşük puan ortalamasına sahiptir. Yapılan ANOVA analizinde, gruplar arası anlamlı bir farklılaşma ($F=3.932$; $p<0.01$) olduğu bulunmuştur. Farklılığın hangi gruplara ait puan ortalamasından kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tukey testinde; yalnız okuma-yazma bilen grup ile üniversite mezunları arasında okuma-yazma bilen grup lehine; ortaokul ile üniversite mezunları arasında ortaokul mezunu hastalar lehine anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. Semptom Kontrolü boyutunda yüksek puanlar, düşük yaşam kalitesi ile ilişkilidir. Dolayısıyla ortaokul mezunu hastalar ve yalnız okuma-yazma bilen hastalarda, diğer gruplara göre Semptom Kontrolü boyutunda yaşam kalitesinin düşük düzeyde olduğu söylenebilir.

Tablo 26'daki verilere göre örneklemin Genel İyi Hali puan ortalamalarının eğitim-öğrenim durumuna göre dağılımında; en yüksek puan ortalamasının üniversite ($X=80.95$) mezunu hastalara ait olduğu, en düşük puan ortalamasına ise yalnız okuma-yazma bilen ($X=63.10$) hastaların sahip olduğu görülmektedir. Ancak yapılan ANOVA analizinde gruplar arası anlamlı bir farklılaşma olmadığı ($F=1.824$; $p>0.05$) bulunmuştur.

2.6.7. Yaşam Kalitesi ve Gelir Düzeyi Arasındaki İlişki

Tablo 27. Yaşam Kalitesi İle Gelir Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar										
FONKSİYONEL DURUM	N	Ort.	Std. S.	Std. H.	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	P
(1) Düşük	131	74.71	15.323	1.339	Gruplar Arası	4828.011	2	2414.005	14.919	.000
(2) Orta	192	81.85	11.203	.809						
(3) İyi	37	84.02	9.527	1.566	Grup İçi	57764.239	357	161.805		
TOPLAM	360	79.48	13.204	.696	TOPLAM	62592.250	359			
FARK	1-2** ve 1-3** (Tamhane T2 Testi) ** p<0.01									
SEMPATOM KONTROLÜ										
(1) Düşük	131	25.27	14.397	1.258	Gruplar Arası	4602.459	2	2301.230	12.447	.000
(2) Orta	192	18.06	13.187	.952						
(3) İyi	37	16.91	12.741	2.095	Grup İçi	66001.511	357	184.878		
TOPLAM	360	20.56	14.024	.739	TOPLAM	70603.970	359			
FARK	1-2** ve 1-3** (Tukey Testi) ** p<0.01									
GENEL İYİLİK HALİ										
(1) Düşük	131	61.77	21.629	1.890	Gruplar Arası	12793.671	2	6396.836	15.030	.000
(2) Orta	192	74.44	19.872	1.434						
(3) İyi	37	72.30	20.885	3.433	Grup İçi	151942.247	357	425.609		
TOPLAM	360	69.61	21.421	1.129	TOPLAM	164735.9182	359			
FARK	1-2** ve 1-3* (Tukey Testi) * p<0.05 ; ** p<0.01									

Tablo 27, yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum boyutu puan ortalamasının örneklemin ekonomik gelir düzeyine göre dağılımını göstermektedir. Tablodaki veriler incelendiğinde iyi (X=84.02) gelir düzeyine sahip hastaların Fonksiyonel Durum boyutu puan ortalamalarının en yüksek olduğu, ikinci sırada orta (X=81.85) ve son sırada da düşük (X=74.71) gelir düzeyine sahip hastaların geldiği görülmektedir. ANOVA analizi sonuçlarında, gruplar arası anlamlı bir farklılaşma olduğu (F=14.919; p<0.01) bulunmuştur. Farklılığın kaynağını belirlemek üzere yapılan Tamhane T2 testinde; düşük ve orta arasında orta gelir düzeyi lehine; düşük ve iyi arasında iyi gelir düzeyi lehine anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. Bu durumda Fonksiyonel Durum boyutunda iyi ve orta gelir düzeyindeki hastaların, düşük gelir düzeyindeki hastalara göre yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu söylenebilir.

Araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastalarda, gelir düzeyine göre yaşam kalitesinin Semptom Kontrolü puan ortalamalarının dağılımını gösteren Tablo 27'deki verilere bakıldığında; en yüksek puan ortalamasının düşük (X=25.27) gelir düzeyindeki hastalara ait olduğu görülmektedir. Daha sonra sırasıyla orta (X=18.06) ve en

düşük puan ortalaması ile de iyi ($X=16.91$) gelir düzeyindeki hastalar gelmektedir. Tablodaki ANOVA sonuçlarına göre gruplar arası anlamlı bir farklılaşma ($F=12.447$; $p<0.01$) vardır. Farklılığın kaynağını belirlemek üzere yapılan Tukey testinde; düşük ve orta arasında düşük gelir düzeyi lehine; düşük ve iyi arasında düşük gelir düzeyi lehine anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. Düşük gelir düzeyinde olan hastaların, orta ve iyi gelir düzeyindeki hastalara göre hastalığa ilişkin semptomları daha belirgin olarak yaşadıkları ve Semptom Kontrolü boyutunda yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu söylenebilir.

Tablo 27’de, örneklemin yaşam kalitesinin Genel İyi Hali boyutu ve gelir düzeyine ilişkin sonuçlar incelendiğinde; Genel İyi Hali boyutu puan ortalaması en yüksek olan grubun orta ($X=74.44$) gelir düzeyindeki hastalar olduğu, ardından iyi ($X=71.30$) ve düşük ($X=61.77$) gelir düzeyindeki hastaların geldiği görülmektedir. ANOVA analizinde, gruplar arası anlamlı bir farklılaşma olduğu ($F=15.030$; $p<0.01$) bulunmuştur. Farklılığın kaynağını tespit etmek üzere yapılan Tukey testinde,; düşük ile orta gelir düzeyi arasında orta lehine; düşük ve iyi gelir düzeyi arasında iyi lehine anlamlı bir farklılaşma olduğu belirlenmiştir. Buna göre düşük gelir düzeyindeki hastaların, orta ve iyi gelir düzeyindeki hastalara göre Genel İyi Hali boyutunda yaşam kalitesi düzeylerinin daha düşük seviyede olduğu ifade edilebilir.

2.6.8. Yaşam Kalitesi ve Hastalık Süresi Arasındaki İlişki

Tablo 28. Yaşam Kalitesi İle Hastalık Süresi Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar										
FONKSİYONEL DURUM	N	Ort.	Std. S.	Std. H.	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	P
(1) 0-6 Ay	61	78.69	12.992	1.663	Gruplar Arası	987.681	7	141.097	.806	.583
(2) 7-11 Ay	37	77.24	12.930	2.126						
(3) 1-2 Yıl	90	80.05	13.300	1.402						
(4) 3-4 Yıl	43	82.53	10.806	1.648						
(5) 5-6 Yıl	31	81.15	11.588	2.081	Grup İçi	616604.569	352	175.013		
(6) 7-8 Yıl	40	77.78	14.305	2.262						
(7) 9-10 Yıl	24	77.22	13.874	2.832						
(8) ≥ 11 Yıl	34	80.00	15.931	2.732						
TOPLAM	360	79.48	13.204	.696	TOPLAM	62592.250	359			
SEMPATOM KONTROLÜ										
(1) 0-6 Ay	61	20.09	14.805	1.896	Gruplar Arası	1568.692	7	224.099	1.143	.336
(2) 7-11 Ay	37	21.28	13.444	2.210						
(3) 1-2 Yıl	90	19.40	14.144	1.491						
(4) 3-4 Yıl	43	17.05	11.642	1.775						
(5) 5-6 Yıl	31	19.69	12.741	2.288	Grup İçi	69035.278	352	196.123		
(6) 7-8 Yıl	40	23.78	15.108	2.389						
(7) 9-10 Yıl	24	22.44	14.569	2.974						
(8) ≥ 11 Yıl	34	23.83	14.798	2.538						
TOPLAM	360	20.56	14.024	.739	TOPLAM	70603.970	359			
GENEL İYİLİK HALİ										
(1) 0-6 Ay	61	68.72	19.582	2.507	Gruplar Arası	4415.303	7	630.758	1.385	.210
(2) 7-11 Ay	37	70.95	18.595	3.057						
(3) 1-2 Yıl	90	71.94	23.117	2.437						
(4) 3-4 Yıl	43	74.22	20.235	3.086						
(5) 5-6 Yıl	31	68.01	22.474	4.036	Grup İçi	160320.615	352	455.456		
(6) 7-8 Yıl	40	62.50	22.249	3.518						
(7) 9-10 Yıl	24	64.24	18.138	3.702						
(8) ≥ 11 Yıl	34	71.32	23.408	4.014						
TOPLAM	360	69.61	21.421	1.129	TOPLAM	164735.918	359			

Örneklemin hastalık süresine göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı Tablo 28’de sunulmuştur. Buna göre Fonksiyonel Durum boyutu puan ortalaması en yüksek olan grubun hastalık tanısı üzerinden 3-4 yıl geçmiş hastalar ($X=82.53$) olduğu, hastalık süresi 9-10 yıl ($X=77.22$) olan hastaların ise en düşük puan ortalamasına sahip oldukları bulunmuştur. Semptom Kontrolü boyutunda en yüksek puan ortalamasının 11 yıl ve üzeri olan ($X=23.83$) hastalara ait olduğu, en düşük puan ortalamasının ise 3-4 yıl ($X=17.05$) olan hastalara ait olduğu görülmektedir. Bu durumda Semptom Kontrolü boyutunda, hastalık tanısı üzerinden 11 yıl ve üzeri geçmiş hastalarda yaşam kalitesinin

diğer gruplardan daha düşük seviyede olduğu söylenebilir. Hastalık tanısı üzerinden 3-4 yıl ($X=74.22$) geçmiş hastaların Genel İyi Hali boyutu puan ortalamalarının en yüksek olduğu, en düşük puan ortalamasının da 7-8 yıl ($X=62.50$) olan hastalara ait olduğu görülmektedir. Ancak yapılan ANOVA analizi sonucunda yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum ($F=.806$; $p>0.05$); Semptom Kontrolü ($F=1.143$; $p>0.05$) ve Genel İyi Hali ($F=1.385$, $p>0.05$) boyutlarında gruplar arası anlamlı bir farklılaşma olmadığı saptanmıştır.

2.6.9. Yaşam Kalitesi ve Hastalık Evresi Arasındaki İlişki

Tablo 29. Yaşam Kalitesi İle Hastalık Evresi Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar										
FONKSİYONEL DURUM	N	Ort.	Std. S.	Std. H.	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	P
(1) Evre I	86	80.67	11.565	1.247	Gruplar Arası	2822.054	3	940.685	5.603	.001
(2) Evre II	152	80.91	12.514	1.015						
(3) Evre III	59	80.53	10.684	1.391	Grup İçi	59770.195	356	167.894		
(4) Evre IV	63	73.40	17.102	2.155						
TOPLAM	360	79.48	13.204	.696	TOPLAM	62592.250	359			
FARK	1-4*; 2-4*; 3-4* (Tamhane T2 Testi) * $p<0.05$									
SEMPTOM KONTROLÜ										
(1) Evre I	86	19.20	11.144	1.202	Gruplar Arası	4613.251	3	1537.750	8.296	.000
(2) Evre II	152	18.25	13.410	1.088						
(3) Evre III	59	20.38	13.302	1.732	Grup İçi	65990.719	356	185.367		
(4) Evre IV	63	28.16	17.049	2.148						
TOPLAM	360	20.56	14.024	.739	TOPLAM	70603.970	359			
FARK	1-4**; 2-4**; 3-4** (Tamhane T2 Testi) * $p<0.05$; ** $p<0.01$									
GENEL İYİLİK HALİ										
(1) Evre I	86	72.29	18.762	2.023	Gruplar Arası	8838.131	3	2946.044	6.727	.000
(2) Evre II	152	72.31	21.437	1.739						
(3) Evre III	59	70.06	20.595	2.681	Grup İçi	155897.787	356	437.915		
(4) Evre IV	63	58.99	22.714	2.862						
TOPLAM	360	69.61	21.421	1.129	TOPLAM	164735.918	359			
FARK	1-4**; 2-4**; 3-4* (Tukey Testi) * $p<0.05$; ** $p<0.01$									

Tablo 29'da yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum boyutu ile hastalık evresi arasındaki ilişkiye ait sonuçlar incelendiğinde; Fonksiyonel Durum boyutu puan ortalamasının Evre II ($X=80.91$) meme kanseri hastalarda en yüksek olduğu, en düşük puan ortalamasının ise Evre IV ($X=73.40$) meme kanseri kadın hastalara olduğu görülmektedir. Yapılan Tek Yönlü ANOVA analizinde, gruplar arası anlamlı bir farklılık olduğu ($F=5.603$; $p<0.01$) bulunmuştur. Farklılığın kaynağını belirlemek üzere yapılan

Tamhane T2 testinde, Evre I ile Evre IV arasında Evre I lehine, Evre II ile Evre IV arasında Evre II lehine, Evre III ile Evre IV arasında Evre III lehine anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır. Buna göre yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum boyutu ile hastalık evresi arasında anlamlı bir ilişki vardır ve Evre IV meme kanseri kadın hastaların Fonksiyonel Durum boyutunda yaşam kalitesi düzeyleri diğer evrelerden daha düşük seviyededir.

Tablo 29’da yaşam kalitesinin Semptom Kontrolü boyutu puan ortalamalarının evrelere göre dağılımı verilmiştir. Buna göre en yüksek puan ortalamasının Evre IV ($X=28.16$) hastalara ait olduğu, en düşük puan ortalamasının ise Evre II ($X=18.20$) meme kanseri hastalara ait olduğu görülmektedir. Tabloda verilen ANOVA analizi sonuçları, gruplar arası anlamlı bir farklılaşmaya ($F=8.296$; $p<0.01$) işaret etmektedir. Farklılığın hangi grup ortalamalarına ait olduğunu belirlemek için yapılan Tamhane T2 testinde; Evre I ile Evre IV arasında Evre IV lehine, Evre II ile Evre IV arasında Evre IV lehine, Evre III ve Evre IV arasında Evre IV lehine anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. Dolayısıyla yaşam kalitesinin Semptom Kontrolü boyutu ile hastalık evresi arasında anlamlı bir ilişki vardır ve Evre IV meme kanseri hastaların Semptom Kontrolü boyutundaki yaşam kalitesi düzeyleri diğer evrelerde bulunan hastalardan daha düşüktür, bu evredeki hastalar hastalığa ait semptomları daha şiddetli bir şekilde yaşamaktadırlar.

Yaşam kalitesinin Genel İyilik Hali boyutu ve hastalık evresine ilişkin Tablo 29’daki sonuçlar incelendiğinde; Evre II ($X=72.31$) meme kanseri hastalarda Genel İyilik Hali puan ortalamasının en yüksek olduğu, en düşük puan ortalamasına ise Evre IV ($X=58.99$) hastaların sahip olduğu görülmektedir. Yapılan Tek Yönlü ANOVA’da gruplar arası anlamlı bir farklılık olduğu ($F=6.727$; $p<0.01$) bulunmuştur. Farklılığın kaynağını tespit etmek amacıyla yapılan Tukey testinde; Evre I ile Evre IV arasında Evre I lehine, Evre II ile Evre IV arasında Evre II lehine, Evre III ile Evre IV arasında Evre III lehine anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bu durumda, yaşam kalitesinin Genel İyilik Hali boyutu ve hastalık evresi arasında anlamlı bir ilişki vardır. Evre IV meme kanseri kadın hastaların Genel İyilik Hali boyutunda yaşam kalitesi düzeylerinin Evre I, Evre II ve Evre III’te bulunan hastalara göre daha düşük olduğu söylenebilir.

2.6.10. Yaşam Kalitesi ve Tedavi Arasındaki İlişki

Tablo 30. Yaşam Kalitesi İle Tedavi Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar										
FONKSİYONEL DURUM	N	Ort.	Std. S.	Std. H.	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	P
(1) Tedavi Uygulanmamış	12	79.44	12.395	3.578	Gruplar Arası	1138.992	6	223.165	1.286	.263
(2) Hormonoterapi (Ht)	3	65.19	14.796	8.543						
(3) Radyoterapi (Rt)	10	78.89	18.863	5.965						
(4) Kemoterapi (Kt)	117	79.47	12.488	1.155						
(5) Rt + Ht	2	83.33	20.428	14.444	Grup İçi	61253.258	353	173.522		
(6) Kt + Rt	129	78.21	14.148	1.246						
(7) Kt + Rt + Ht	87	81.84	11.711	1.256						
TOPLAM	360	79.48	13.204	.696	TOPLAM	62592.250	359			
SEMPATOM KONTROLÜ										
(1) Tedavi Uygulanmamış	12	18.80	8.37	2.551	Gruplar Arası	1654.403	6	275.734	1.412	.209
(2) Hormonoterapi (Ht)	3	40.17	31.854	18.391						
(3) Radyoterapi (Rt)	10	21.28	13.837	4.376						
(4) Kemoterapi (Kt)	117	19.92	13.046	1.206						
(5) Rt + Ht	2	11.54	5.439	3.846	Grup İçi	68949.567	353	195.325		
(6) Kt + Rt	129	21.65	14.512	1.278						
(7) Kt + Rt + Ht	87	19.51	14.310	1.534						
TOPLAM	360	20.56	14.024	.739	TOPLAM	70603.970	359			
GENEL İYİLİK HALİ										
(1) Tedavi Uygulanmamış	12	80.56	21.419	6.183	Gruplar Arası	3169.009	6	528.168	1.154	.331
(2) Hormonoterapi (Ht)	3	55.56	17.347	10.015						
(3) Radyoterapi (Rt)	10	71.67	22.973	7.265						
(4) Kemoterapi (Kt)	117	69.09	19.879	1.838						
(5) Rt + Ht	2	75.00	35.355	25.000	Grup İçi	161566.909	353	457.697		
(6) Kt + Rt	129	67.57	22.371	1.970						
(7) Kt + Rt + Ht	87	71.93	21.571	2.313						
TOPLAM	360	69.61	21.421	1.129	TOPLAM	164735.918	359			

Tablo 30’da yaşam kalitesinin örneklemin almış olduğu tedaviye ilişkin puan dağılımları verilmiştir. Tabloya göre; Fonksiyonel Durum boyutu puan ortalamasının radyoterapi-hormonoterapi alan ($X=83.33$) grupta en yüksek olduğu ve en düşük puan ortalaması ile de yalnız hormonoterapi ($X=65.19$) tedavisi almış olan hastaların geldiği görülmektedir. Semptom Kontrolü boyutu puan ortalaması en yüksek olan grubun yalnız hormonoterapi ($X=40.17$) tedavisi almış olan hastalar olduğu, en düşük puan ortalamasının ise radyoterapi-hormonoterapi ($X=11.54$) tedavisi almış olan hastalara ait olduğu belirlenmiştir. Genel İyilik Hali boyutu puan ortalamasının tedavi uygulanmamış ($X=80.56$) olan grupta en yüksek olduğu, yalnız hormonoterapi ($X=55.56$) tedavisi almış olan hastalarda ise en düşük olduğu bulunmuştur. Ancak yapılan ANOVA analizinde,

yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum (F=1.286; p>0.05); Semptom Kontrolü (F=1.412; p>0.05) ve Genel İyilik Hali (F=1.154; p>0.05) boyutlarında gruplar arası anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

2.6.11. Yaşam Kalitesi ve Ameliyat Tipi Arasındaki İlişki

Tablo 31. Yaşam Kalitesi İle Ameliyat Tipi Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar										
FONKSİYONEL DURUM	N	Ort.	Std. S.	Std. H.	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	P
(1) Ameliyat Olmamış	4	95.00	5.844	2.922	Gruplar Arası	2151.686	3	717.229	4.225	.006
(2) Rekonstrüksiyon	6	88.52	4.313	1.761						
(3) Meme Koruyucu Cerrahi	131	80.92	12.379	1.082	Grup İçi	60440.564	356	169.777		
(4) Mastektomi	219	78.08	13.601	.919						
TOPLAM	360	79.48	13.204	.696	TOPLAM	62592.250	359			
FARK	1-4*; 2-3*; 2-4** (Tamhane T2 Testi) * p<0.05; ** p<0.01									
SEMPTOM KONTROLÜ										
(1) Ameliyat Olmamış	4	7.69	8.882	4.441	Gruplar Arası	2517.036	3	839.012	4.837	.005
(2) Rekonstrüksiyon	6	6.41	4.797	1.958						
(3) Meme Koruyucu Cerrahi	131	19.26	12.889	1.126	Grup İçi	68086.935	356	191.255		
(4) Mastektomi	219	21.96	14.548	.983						
TOPLAM	360	20.56	14.024	.739	TOPLAM	70603.970	359			
FARK	2-4* (Tukey Testi) * p<0.05									
GENEL İYİLİK HALİ										
(1) Ameliyat Olmamış	4	89.58	20.833	10.417	Gruplar Arası	4238.490	3	1412.830	3.134	.026
(2) Rekonstrüksiyon	6	84.72	23.814	9.722						
(3) Meme Koruyucu Cerrahi	131	71.50	21.582	1.886	Grup İçi	160497.428	356	450.835		
(4) Mastektomi	219	67.69	20.964	1.417						
TOPLAM	360	69.61	21.421	1.129	TOPLAM	164735.918	359			
FARK	(Tukey Testi) p>0.05									

Tablo 31’de örnekleme oluşturan meme kanseri kadın hastalarda yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum boyutu puan ortalamalarının, uygulanan ameliyat tipine göre dağılımı verilmiştir. Bu verilere göre, ameliyat olmamış (X=95.00) hastaların Fonksiyonel Durum boyutu puan ortalamasının diğerlerinden daha yüksek olduğu, daha sonra sırasıyla rekonstrüksiyon yapılmış (X=88.50), meme koruyucu cerrahi uygulanmış (X=80.92) ve en düşük puan ortalamasına sahip olarak da mastektomi uygulanmış (X=78.08) hastaların geldiği görülmektedir. Tablodaki ANOVA sonuçları, gruplar arası anlamlı bir farklılık olduğunu (F=4.225; p<0.01) göstermektedir. Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Tamhane T2 testinde; ameliyat olmamış hastalar ile mastektomili hastalar arasında ameliyat olmamış hastalar lehine, rekonstrüksiyonlu

hastalar ile meme koruyucu cerrahi uygulanmış hastalar arasında rekonstrüksiyonlu hastalar lehine, rekonstrüksiyonlu hastalar ile mastektomili hastalar arasında rekonstrüksiyonlu hastalar lehine anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Bu durumda araştırmada yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum boyutu ile ameliyat tipi arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Fonksiyonel Durum boyutunda mastektomili hastaların, ameliyat olmamış ve rekonstrüksiyon uygulanmış hastalara göre; meme koruyucu cerrahi uygulanmış hastaların ise rekonstrüksiyon yapılmış hastalara göre yaşam kalitesi düzeylerinin daha düşük olduğu söylenebilir.

Tablo 31'deki veriler incelendiğinde; Semptom Kontrolü puan ortalamasının mastektomili ($X=21.96$) hastalarda en yüksek olduğu, ardından meme koruyucu cerrahi ($X=19.26$) uygulanmış, ameliyat olmamış ($X=7.69$) ve son sırada da rekonstrüksiyon ($X=6.41$) yapılmış hastaların geldiği görülmektedir. ANOVA analizi sonucunda, gruplar arası anlamlı bir farklılaşma ($F=4.837$; $p<0.01$) ortaya çıkmıştır. Farklılığın kaynağını tespit etmek için yapılan Tukey testinde; rekonstrüksiyonlu hastalar ile mastektomili hastalar arasında mastektomili hastalar lehine anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. Buna göre araştırmada yaşam kalitesinin Semptom Kontrolü boyutu ile ameliyat tipi arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve mastektomili hastalarda Semptom Kontrolü boyutunda yaşam kalitesi düzeyinin rekonstrüksiyonlu hastalardan daha düşük olduğu söylenebilir.

Tablo 31'deki verilere göre; ameliyat olmamış ($X=89.58$) hastalarda Genel İyilik hali boyutu puan ortalamasının en yüksek olduğu, en düşük puan ortalamasına sahip olarak da mastektomi ($X=67.69$) yapılmış hastaların geldiği belirlenmiştir. ANOVA analizi sonuçlarında gruplar arası anlamlı bir farklılık olduğu ($F=3.134$; $p<0.05$) olduğu görülmüştür. Fakat farklılığın kaynağını saptamak üzere yapılan Tukey testinde, farklılığın kaynağına ilişkin gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç çıkmamıştır.

2.6.12. Yaşam Kalitesi ve Aile Desteği Arasındaki İlişki

Tablo 32. Fonksiyonel Durum İle Aile Desteği Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar							
FONKSİYONEL DURUM	N	Ort.	Std. S.	Std. H.	Sd	T	P
(1) Hayır	5	68.89	25.092	11.222	358	-1.811	.071
(2) Evet	355	79.62	12.965	.688			
TOPLAM	360	p>0.05					
SEMPTOM KONTROLÜ							
(1) Hayır	5	31.79	20.878	9.337	4.050	1.216	.290
(2) Evet	355	20.40	13.882	.737			
TOPLAM	360	p>0.05					
GENEL İYİLİK HALİ							
(1) Hayır	5	61.67	43.938	19.650	358	-.834	.405
(2) Evet	355	69.72	21.039	1.117			
TOPLAM	360	p>0.05					

Örneklemin yaşam kalitesi üzerinde aileden gelen sosyal destek algısının etkisi olup olmadığını tespit etmek amacıyla gruplar arası Bağımsız t-Testi analizi yapılmıştır. Tablo 32'deki bulgulara göre, hastalık sürecinde ailesinden ve yakınlarından sosyal destek aldığını belirten hastaların; Fonksiyonel Durum boyutu puan ortalamasının ($X=79.62$), aileden ve yakınardan destek almadığını belirten gruptan ($X=68.89$) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Semptom Kontrolü boyutu puan ortalamasının da aileden ve yakınardan destek almadığını belirten hastaların ($X=31.79$), ailesinden ve yakınlarından sosyal destek aldığını belirten hastalardan ($X=20.40$) daha yüksek olduğu görülmektedir. Yine ailesinden ve yakınlarından sosyal destek aldığını belirten hastalarda ($X=69.72$) Genel İyilik Hali puan ortalamasının, aileden ve yakınardan destek almadığını ($X=61.67$) belirten hastalardan daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Ancak gruplar arasında yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum ($t=-1.811$; $p>0.05$), Semptom Kontrolü ($t=1.216$; $p>0.05$) ve Genel İyilik Hali ($t=-.834$; $p>0.05$) boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Örnekleme oluşturan meme kanseri kadın hastalarda, Tablo 32'de de görüldüğü gibi aileden ve yakınardan destek görmediğini belirten grubun birey sayısının az olmasının ($N=5$) sonuçlar üzerinde etkisi olabileceği düşünülmüştür. Buna rağmen aileden ve yakınardan gelen sosyal destek algısının anlamlı olmasa da yaşam kalitesinin yüksek düzeyde olmasına yol açtığı söylenebilir.

2.7. DİNİ TUTUM İLE İLGİLİ BULGULAR

2.7.1. Örneklem Dini Tutum Ölçeği Puan Ortalaması

Tablo 33. Örneklem Dini Tutum Ölçeği ve Boyutları Puan Ortalaması		
	N	ORTALAMA
Dini Tutum (Toplam)	360	35.92
Dini Tutum – Davranış	360	7.79
Dini Tutum – Duygu	360	8.65
Dini Tutum – İlişki	360	9.48
Dini Tutum – Biliş	360	10.00

Tablo 33’te araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastaların, araştırmada kullanılan Ok-Dini Tutum Ölçeği’ne ve alt boyutlarına ait puan ortalamaları görülmektedir. Dini tutum ölçeğinden alınabilecek en düşük puan “0”, en yüksek puan ise “40”; Dini Tutum Ölçeği alt boyutlarından alınabilecek en düşük puan “0”, en yüksek puan ise “10” olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların Dini Tutum Ölçeği ve alt boyutlarına ait puan ortalamaları şöyledir: Dini tutum (toplam) (X=35.92), dini tutum “davranış” (X=7.79), dini tutum “duygu” (X=8.65), dini tutum “ilişki” (X=9.48), dini tutum “biliş” (X=10.00). Tablodaki verilere bakıldığında, Dini Tutum Ölçeği alt boyutlarında en yüksek puan ortalamasının “biliş” alt boyutuna, daha sonra ise “ilişki” alt boyutuna ait olduğu, en düşük puan ortalamasının ise “davranış” alt boyutunda olduğu görülmektedir. Araştırmada Dini Tutum Ölçeği’nin “biliş” alt boyutuna ait önermelere, örnekleme yer alan tüm hastaların aynı cevapları vermesi ve dolayısıyla puanlarının aynı olması nedeniyle, “biliş” alt boyutu bir değişken olarak, bağımlı ve bağımsız değişkenlerle olan istatistiksel analizlere tabi tutulmamıştır.

2.7.2. Dini Tutum ve Yaş Değişkeni Arasındaki İlişki

Tablo 34. Dini Tutum İle Yaş Değişkeni Arasındaki İlişki			
DEĞİŞKENLER	N	R	P
Dini Tutum (Toplam) & Yaş	360	.111*	.035
Dini Tutum (Davranış) & Yaş	360	.107*	.042
Dini Tutum (Duygu) & Yaş	360	.113*	.033
Dini Tutum (İlişki) & Yaş	360	.043	.417
* p<0.05			

Dini tutum ve alt boyutlarının ile yaş değişkeni arasındaki ilişkiye ait Pearson Korelasyon Analizi sonuçları, Tablo 34’te gösterilmiştir. Tablodaki verilere göre dini tutum (toplam) ve yaş arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki ($r=.111$; $p<0.05$), dini tutumun davranış alt boyutu ile yaş arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki ($r=.107$; $p<0.05$); dini tutumun duygu alt boyutu ile yaş arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki ($r=.113$; $p<0.05$) olduğu, ancak dini tutumun ilişki alt boyutu ile yaş arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($p>0.05$) bulunmuştur. Buna göre, araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastalarda ileri yaşta olanların, daha genç yaşta olanlara göre, dini tutum ve dini tutumun davranış ve duygu boyutu düzeyleri daha yüksektir.

2.7.3. Dini Tutum ve Medeni Durum Arasındaki İlişki

Tablo 35. Dini Tutum İle Medeni Durum Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar										
DİNİ TUTUM (TOPLAM)	N	Ort.	Std. S.	Std. H.	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	P
(1) Bekar	12	35.25	3.596	1.038	Gruplar Arası	77.378	3	25.793	2.553	.055
(2) Evli	275	35.83	3.254	.196						
(3) Eşinden Ayrılmış	13	34.54	3.307	.917	Grup İçi	3597.286	356	10.105		
(4) Eşi Vefat Etmiş	60	36.78	2.675	.345						
TOPLAM	360	35.92	3.199	.169	TOPLAM	3674.664	359			
DAVRANIŞ										
(1) Bekar	12	7.58	1.676	.484	Gruplar Arası	4.770	3	1.590	.661	.577
(2) Evli	275	7.79	1.579	.095						
(3) Eşinden Ayrılmış	13	7.31	1.601	.444	Grup İçi	856.605	356	2.406		
(4) Eşi Vefat Etmiş	60	7.93	1.376	.178						
TOPLAM	360	7.79	1.549	.082	TOPLAM	861.375	359			
DUYGU										
(1) Bekar	12	8.08	1.621	.468	Gruplar Arası	25.424	3	8.475	4.814	.003
(2) Evli	275	8.60	1.321	.080						
(3) Eşinden Ayrılmış	13	7.92	1.754	.487	Grup İçi	626.773	356	1.761		
(4) Eşi Vefat Etmiş	60	9.13	1.186	.153						
TOPLAM	360	8.65	1.348	.071	TOPLAM	652.197	359			
FARK	2-4* ve 3-4* (Tukey Testi) * $p<0.05$									
İLİŞKİ										
(1) Bekar	12	9.58	.793	.229	Gruplar Arası	4.489	3	1.496	1.935	.124
(2) Evli	275	9.43	.927	.056						
(3) Eşinden Ayrılmış	13	9.31	.855	.237	Grup İçi	275.375	356	.774		
(4) Eşi Vefat Etmiş	60	9.72	.640	.083						
TOPLAM	360	9.48	.883	.047	TOPLAM	279.864	359			

Tablo 35’te dini tutum ile medeni durum arasındaki ilişkiye ait veriler yer almaktadır. Tabloya göre dini tutum toplam puan ortalaması en yüksek olan grubun eşi

vefat etmiş hastalar ($X=36.78$) olduğu, en düşük puan ortalamasına sahip olarak da eşinden ayrılmış ($X=34.54$) hastaların geldiği görülmektedir. Eşi vefat etmiş hastaların dini tutum davranış alt boyutu puan ortalamalarının ($X=7.93$) en yüksek olduğu, eşinden ayrılmış ($X=7.31$) hastaların ise en düşük puan ortalamasına sahip olduğu izlenmektedir. Dini tutum ilişki alt boyutunda ise en yüksek puan ortalamasına eşi vefat etmiş hastaların ($X=9.72$) sahip olduğu, en düşük puan ortalamasının ise eşinden ayrılmış ($X=9.31$) hastalara ait olduğu bulunmuştur. Ancak Tablo 35'teki Tek Yönlü ANOVA analizi sonuçlarında, dini tutum (toplam) ($F=2.553$; $p>0.05$), dini tutumun davranış ($F=.661$; $p>0.05$) ve dini tutum ilişki ($F=1.935$; $p>0.05$) alt boyutları ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir.

Tablo 35'teki verilere göre; eşi vefat etmiş hastaların ($X=9.13$) dini tutum duygu alt boyutu puan ortalamalarının en yüksek olduğu, ardından evli ($X=8.60$), bekar ($X=8.08$) ve en düşük puan ortalamasına sahip olarak da eşinden ayrılmış ($X=7.92$) hastaların geldiği izlenmektedir. Yapılan ANOVA analizinde gruplar arası anlamlı bir farklılaşma olduğu ($F=4.814$; $p<0.01$) bulunmuştur. Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Tukey testinde; eşi vefat etmiş hastalar ile evli hastalar arasında eşi vefat etmiş hastalar lehine, eşi vefat etmiş hastalar ile eşinden ayrılmış hastalar arasında eşi vefat etmiş hastalar lehine anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Dini tutumun duygu alt boyutu puan ortalaması, örneklemin medeni durumuna göre anlamlı bir farklılaşma göstermektedir ve eşi vefat etmiş hastaların dini tutumun duygu boyutu düzeyleri, evli ve eşinden ayrılmış hastalara göre daha yüksektir.

2.7.4. Dini Tutum ve Meslek Arasındaki İlişki

Tablo 36. Dini Tutum İle Meslek Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar										
DİNİ TUTUM (TOPLAM)	N	Ort.	Std. S.	Std. H.	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	P
(1) Ev Hanımı	300	36.07	3.127	.181	Gruplar Arası	47.188	3	15.729	1.544	.203
(2) Emekli	38	34.95	3.440	.558						
(3) Öğretmen	4	35.25	2.986	1.493	Grup İçi	3627.476	356	10.190		
(4) Diğer	18	35.56	3.745	.883						
TOPLAM	360	35.92	3.199	.169	TOPLAM	3674.664	359			
DAVRANIŞ										
(1) Ev Hanımı	300	7.87	1.520	.088	Gruplar Arası	11.303	3	3.768	1.578	.194
(2) Emekli	38	7.32	1.544	.250						
(3) Öğretmen	4	7.75	1.500	.750	Grup İçi	850.072	356	2.388		
(4) Diğer	18	7.56	1.947	.459						
TOPLAM	360	7.79	1.549	.082	TOPLAM	861.375	359			
DUYGU										
(1) Ev Hanımı	300	8.71	1.308	.076	Gruplar Arası	12.187	3	4.062	2.260	.081
(2) Emekli	38	8.16	1.620	.263						
(3) Öğretmen	4	8.00	1.414	.707	Grup İçi	640.010	356	1.798		
(4) Diğer	18	8.72	1.227	.289						
TOPLAM	360	8.65	1.348	.071	TOPLAM	652.197	359			
İLİŞKİ										
(1) Ev Hanımı	300	9.49	.864	.050	Gruplar Arası	.792	3	.264	.337	.799
(2) Emekli	38	9.47	.862	.140						
(3) Öğretmen	4	9.50	1.000	.500	Grup İçi	279.071	356	.784		
(4) Diğer	18	9.28	1.227	.289						
TOPLAM	360	9.48	.883	.047	TOPLAM	279.864	359			

Araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastaların meslek durumlarına göre dini tutum ölçeği toplam puan ortalamasının dağılımı Tablo 36’da verilmiştir. Buna göre; din tutum toplam puan ortalaması en yüksek olan grubun ev hanımları ($X=36.07$) olduğu, en düşük olan grubun ise emekliler ($X=34.95$) olduğu belirlenmiştir. dini tutum davranış alt boyutu puan ortalaması en yüksek olan grubun ev hanımları ($X=7.87$) olduğu, en düşük puan ortalamasının ise emekli ($X=7.32$) olan hastalara ait olduğu görülmektedir. Dini tutum duygu alt boyutu puan ortalaması en yüksek olan grubun “diğer” ($X=8.72$) meslek grubu hastalar olduğu ve en düşük puan ortalamasının ise öğretmenlere ($X=8.00$) ait olduğu izlenmektedir. Dini tutum ilişki alt boyutu puan ortalaması en yüksek olan grubun öğretmenler ($X=9.50$) olduğu, en düşük puan ortalamasının ise “diğer” meslek grubundan ($X=9.28$) olan hastalara ait olduğu görülmektedir.

Yapılan ANOVA analizinde, dini tutum “toplam” (F=1.544; p>0.05) ve davranış (F=1.578; p>0.05), duygu (F=2.260; p>0.05), ilişki (F=.337; p>0.05) alt boyutu puan ortalamalarının örneklemin mesleklerine göre anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur.

2.7.5. Dini Tutum ve Yerleşim Yeri Arasındaki İlişki

Tablo 37. Dini Tutum İle Yerleşim Yeri Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar										
DİNİ TUTUM (TOPLAM)	N	Ort.	Std. S.	Std. H.	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	P
(1) Köy	47	36.87	2.724	.397	Gruplar Arası	54.653	2	27.327	2.695	.069
(2) İlçe	97	35.58	3.214	.326						
(3) Şehir	216	35.87	3.262	.222	Grup İçi	3620.011	357	10.140		
TOPLAM	360	35.92	3.199	.169	TOPLAM	3674.664	359			
DAVRANIŞ										
(1) Köy	47	8.09	1.472	.215	Gruplar Arası	8.252	2	4.126	1.727	.179
(2) İlçe	97	7.59	1.491	.151						
(3) Şehir	216	7.82	1.585	.108	Grup İçi	853.123	357	2.390		
TOPLAM	360	7.79	1.549	.082	TOPLAM	861.375	359			
DUYGU										
(1) Köy	47	9.15	1.063	.155	Gruplar Arası	13.611	2	6.806	3.805	.023
(2) İlçe	97	8.58	1.360	.138						
(3) Şehir	216	8.57	1.379	.094	Grup İçi	638.586	357	1.789		
TOPLAM	360	8.65	1.348	.071	TOPLAM	652.197	359			
FARK	1-2* ve 1-3** (Tamhane T2 Testi) * p<0.05 ** p<0.01									
İLİŞKİ										
(1) Köy	47	9.64	.735	.107	Gruplar Arası	1.623	2	.812	1.041	.354
(2) İlçe	97	9.41	.921	.094						
(3) Şehir	216	9.48	.894	.061	Grup İçi	278.240	357	.779		
TOPLAM	360	9.48	.883	.047	TOPLAM	279.864	359			

Tablo 37’de dini tutum ölçeği puan ortalamasının yerleşim yerine göre dağılımı verilmiştir. Buna göre, köyde (X=36.84) yaşayan hastaların en yüksek dini tutum toplam puan ortalamasına sahip olduğu, daha sonra sırasıyla şehirde (X=35.87) ve ilçede (X=35.58) yaşayan hastaların geldiği görülmektedir. Köyde (X=8.09) yaşayan hastaların davranış alt boyutu puan ortalamaları, şehirde (X=7.82) ve ilçede (X=7.59) yaşayan hastalara göre daha yüksektir. İlişki alt boyutu puan ortalamasının köyde (X=9.64) yaşayan hastalarda en yüksek olduğu, ikinci sırada şehirde (X=9.48) ve son sırada da ilçede

($X=9.41$) yaşıyan hastaların yer aldığı görülmektedir. Ancak Yapılan ANOVA analizinde gruplar arası anlamlı bir farklılık olmadığı, dini tutum toplam ($F=2.695$; $p>0.05$), davranış ($F=1.727$; $p>0.05$) ve ilişki ($F=1.041$; $p>0.05$) alt boyutları puan ortalamalarının, örneklemin yerleşim yerine göre anlamlı bir farklılaşma arzetmediği gözlenmiştir.

Tablo 37'deki sonuçlara göre, dini tutumun duygu alt boyutu puan ortalamasının köyde ($X=9.15$) yaşıyan hastalarda en yüksek olduğunu, ikinci sırada ilçede ($X=8.58$) ve son sırada da şehirde ($X=8.57$) yaşıyan hastaların yer aldığını göstermektedir. Yapılan ANOVA analizinde gruplar arası anlamlı bir fark olduğu ($F=3.805$; $p<0.05$) bulunmuştur. Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla yapılan Tamhane T2 testinde; köyde yaşıyan hastalar ile ilçede yaşıyan hastalar arasında köyde yaşıyan hastalar lehine, köyde yaşıyan hastalar ile şehirde yaşıyan hastalar arasında köyde yaşıyan hastalar lehine anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bu durumda, dini tutumun duygu alt boyutu ve yerleşim yeri arasında anlamlı bir farklılaşma olduğu, köyde yaşıyan hastaların dini tutumun duygu boyutu düzeylerinin ilçede ve şehirde yaşıyan hastalardan daha yüksek olduğu söylenebilir.

2.7.6. Dini Tutum ve Eğitim-Öğrenim Düzeyi Arasındaki İlişki

Tablo 38. Dini Tutum İle Eğitim-Öğrenim Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar										
DİNİ TUTUM (TOPLAM)	N	Ort.	Std. S.	Std. H.	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	P
(1) Okuma-Yazma Bilmiyor	50	37.12	2.745	.388	Gruplar Arası	163.906	5	32.781	3.305	.006
(2) Okuma-Yazma Biliyor	28	36.54	2.631	.497						
(3) İlkokul	212	35.87	3.148	.216						
(4) Ortaokul	21	35.67	2.989	.652	Grup İçi	3510.758	354	9.917		
(5) Lise	35	34.57	3.965	.670						
(6) Üniversite	14	34.86	3.394	.907						
TOPLAM	360	35.92	3.199	.169	TOPLAM	3674.664	359			
FARK	1-5** (Tukey Testi) ** p<0.01									
DAVRANIŞ										
(1) Okuma-Yazma Bilmiyor	50	8.32	1.463	.207	Gruplar Arası	37.006	5	7.401	3.178	.008
(2) Okuma-Yazma Biliyor	28	8.14	1.297	.245						
(3) İlkokul	212	7.77	1.510	.104						
(4) Ortaokul	21	7.71	1.488	.325	Grup İçi	824.369	354	2.329		
(5) Lise	35	7.14	1.817	.307						
(6) Üniversite	14	7.21	1.672	.447						
TOPLAM	360	7.79	1.549	.082	TOPLAM	861.375	359			
FARK	1-5** (Tukey Testi) ** p<0.01									
DUYGU										
(1) Okuma-Yazma Bilmiyor	50	9.26	1.065	.151	Gruplar Arası	33.086	5	6.617	3.784	.002
(2) Okuma-Yazma Biliyor	28	8.89	1.100	.208						
(3) İlkokul	212	8.60	1.340	.092						
(4) Ortaokul	21	8.38	1.431	.312	Grup İçi	619.111	354	1.749		
(5) Lise	35	8.14	1.611	.272						
(6) Üniversite	14	8.29	1.326	.354						
TOPLAM	360	8.65	1.348	.071	TOPLAM	652.197	359			
FARK	1-3* ve 1-5** (Tukey Testi) * p<0.05 ** p<0.01									
İLİŞKİ										
(1) Okuma-Yazma Bilmiyor	50	9.54	.813	.115	Gruplar Arası	1.949	5	.390	.496	.779
(2) Okuma-Yazma Biliyor	28	9.50	.839	.159						
(3) İlkokul	212	9.50	.857	.059						
(4) Ortaokul	21	9.57	.746	.163	Grup İçi	277.915	354	.785		
(5) Lise	35	9.29	1.100	.186						
(6) Üniversite	14	9.36	1.216	.325						
TOPLAM	360	9.48	.883	.047	TOPLAM	279.864	359			

Tablo 38, örneklemin eğitim-öğrenim düzeyine göre dini tutum ölçeği puan ortalamalarının dağılımını göstermektedir. Tablodaki veriler incelendiğinde; okuma-yazma bilmeyen ($X=37.12$) meme kanseri hastaların dini tutum toplam puan ortalamasının en yüksek olduğu, daha sonra sırasıyla yalnız okuma-yazma bilen ($X=36.54$), en düşük puan ortalamasına sahip olarak da lise ($X=34.57$) mezunu gruptaki hastaların geldiği

görülmektedir. Genel olarak verilere bakıldığında, eğitim seviyesi yükseldikçe dini tutum ölçeği toplam puan ortalamasında azalma olduğu izlenmektedir. Tabloda verilen ANOVA sonuçlarına göre istatistiksel olarak gruplar arası anlamlı bir farklılaşma ($F=3.305$; $p<0.01$) vardır. Farklılığın kaynağını belirlemek üzere yapılan Tukey testinde; okuma-yazma bilmeyen grup ile lise mezunları arasında okuma-yazma bilmeyen grup lehine anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Araştırmada, dini tutum düzeyi ile örneklemin eğitim-öğrenim seviyesi arasında anlamlı bir farklılaşma olduğu, okuma-yazma bilmeyen hastaların dini tutum düzeylerinin, lise mezunu hastalardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Dini tutum ölçeğinin davranış alt boyutu puan ortalamasının, örneklemin eğitim-öğrenim düzeyine göre dağılımı Tablo 38’de verilmiştir. Buna göre dini tutumun davranış alt boyutunda en yüksek puan ortalaması okuma-yazma bilmeyen ($X=8.32$) hastalara aittir. En düşük puan ortalaması ise lise ($X=7.14$) mezunu hastalara aittir. Yapılan ANOVA analizinde, gruplar arası anlamlı bir farklılaşma ($F=3.178$; $p<0.01$) olduğu bulunmuştur. Farklılığın hangi gruplara ait puan ortalamasından kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tukey testinde; okuma-yazma bilmeyen grup ile lise mezunları arasında okuma-yazma bilmeyen grup lehine anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. Buna göre araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri hastalarda, dini tutumun davranış alt boyutu puan ortalaması eğitim-öğrenim durumuna göre anlamlı bir farklılaşma göstermektedir. Genel olarak bakıldığında, hastalarda eğitim seviyesi yükseldikçe, dini tutumun davranış boyutu puan ortalamalarında azalma olduğu gözlenmektedir. Okuma-yazma bilmeyen hastaların dini tutumun davranış boyutu düzeyinin, lise mezunu hastalardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 38’deki verilere göre örneklemin dini tutumun duygu alt boyutunda En yüksek puan ortalaması, okuma-yazma bilmeyen ($X=9.26$) hastalara, en düşük puan ortalaması ise lise ($X=8.14$) mezunu hastalara aittir. Yapılan ANOVA analizinde gruplar arası anlamlı bir farklılaşma olduğu ($F=3.784$; $p<0.01$) bulunmuştur. Farklılığın kaynağını tespit etmek amacıyla yapılan Tukey testinde; okuma-yazma bilmeyen hastalar ile ilkökul mezunları arasında okuma-yazma bilmeyen hastalar lehine, okuma-yazma bilmeyen hastalar ile lise mezunları arasında okuma-yazma bilmeyen hastalar lehine anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Bu durumda araştırmada, dini tutumun duygu boyutu düzeyinin, örneklemin eğitim-öğrenim seviyesine göre anlamlı olarak farklılık gösterdiği

ve okuma-yazma bilmeyen hastaların dini tutumun duygu boyutu düzeylerinin, ilkokul ve lise mezunu hastalara göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 38'deki veriler incelendiğinde; örneklemin dini tutumun ilişki alt boyutu puan ortalamasının en yüksek olduğu grubun ortaokul ($X=9.57$) mezunu hastalar olduğu, en düşük puan ortalamasının ise lise ($X=9.29$) mezunu hastalara ait olduğu görülmektedir. Yapılan ANOVA analizinde gruplar arası anlamlı bir farklılaşma olmadığı ($F=.496$; $p>0.05$) bulunmuştur. Araştırmada dini tutumun ilişki alt boyutunun örneklemin eğitim-öğrenim seviyesine göre anlamlı olarak farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır.

2.7.7. Dini Tutum ve Gelir Düzeyi Arasındaki İlişki

Tablo 39. Dini Tutum İle Gelir Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar										
DİNİ TUTUM (TOPLAM)	N	Ort.	Std. S.	Std. H.	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	P
(1) Düşük	131	35.53	3.011	.263	Gruplar Arası	46.898	2	23.449	2.308	.101
(2) Orta	192	36.03	3.292	.238						
(3) İyi	37	36.73	3.246	.534	Grup İçi	3627.766	357	10.162		
TOPLAM	360	35.92	3.199	.169	TOPLAM	3674.664	359			
DAVRANIŞ										
(1) Düşük	131	7.56	1.468	.128	Gruplar Arası	11.717	2	5.858	2.461	.087
(2) Orta	192	7.89	1.573	.114						
(3) İyi	37	8.08	1.639	.270	Grup İçi	849.658	357	2.380		
TOPLAM	360	7.79	1.549	.082	TOPLAM	861.375	359			
DUYGU										
(1) Düşük	131	8.53	1.349	.118	Gruplar Arası	4.805	2	2.402	1.325	.267
(2) Orta	192	8.68	1.334	.096						
(3) İyi	37	8.92	1.402	.230	Grup İçi	647.392	357	1.813		
TOPLAM	360	8.65	1.348	.071	TOPLAM	652.197	359			
İLİŞKİ										
(1) Düşük	131	9.44	.860	.075	Gruplar Arası	2.623	2	1.312	1.689	.186
(2) Orta	192	9.46	.932	.067						
(3) İyi	37	9.73	.652	.107	Grup İçi	277.241	357	.777		
TOPLAM	360	9.48	.883	.047	TOPLAM	279.864	359			

Tablo 39, dini tutum ölçeği puan ortalamasının örneklemin ekonomik gelir düzeyine göre dağılımını göstermektedir. Tablodaki veriler incelendiğinde; iyi ($X=36.73$) gelir düzeyine sahip hastaların dini tutum ölçeği toplam puan ortalamalarının en yüksek olduğu, son sırada ise düşük ($X=35.53$) gelir düzeyine sahip hastaların geldiği

görülmektedir. Davranış alt boyutunda en yüksek puan ortalamasının iyi ($X=8.08$) gelir düzeyindeki hastalara ait olduğu, en düşük puan ortalamasının ise düşük ($X=7.56$) gelir düzeyindeki hastalara ait olduğu izlenmektedir. Duygu alt boyutu puan ortalamasında en yüksek olan grubun iyi ($X=8.92$) gelir düzeyindeki hastalar olduğu, düşük ($X=8.53$) gelir düzeyindeki hastaların ise en düşük puan ortalamasına sahip olduğu görülmektedir. İlişki alt boyutunda ise puan ortalaması en yüksek olan grubun iyi ($X=9.73$) gelir düzeyindeki hastalar olduğu, en düşük olan grubun ise düşük ($X=9.44$) gelir düzeyindeki hastalar olduğu belirlenmiştir. Ancak

Tablodaki puan ortalamalar, gelir düzeyi yükseldikçe, dini tutum ölçeği puan ortalamasının yükselmiş olduğunu gösterse de ANOVA analizi sonuçlarında, dini tutum toplam ($F=2.308$; $p>0.05$) ve davranış ($F=2.461$; $p>0.05$), duygu ($F=1.325$; $p>0.05$), ilişki ($F=1.689$; $p>0.05$) alt boyutlarında gruplar arası anlamlı bir farklılaşma olmadığı bulunmuştur. Buna göre araştırmada, örnekleme oluşturan hastaların ekonomik gelir düzeyleri ile dini tutum seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı söylenebilir.

2.7.8. Dini Tutum ve Hastalık Süresi Arasındaki İlişki

Tablo 40. Dini Tutum İle Hastalık Süresi Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar										
DİNİ TUTUM (TOPLAM)	N	Ort.	Std. S.	Std. H.	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	P
(1) 0-6 Ay	61	35.87	2.952	.378	Gruplar Arası	127.113	7	18.159	1.802	.086
(2) 7-11 Ay	37	34.97	3.131	.515						
(3) 1-2 Yıl	90	35.51	3.520	.371						
(4) 3-4 Yıl	43	36.72	2.797	.427						
(5) 5-6 Yıl	31	35.48	3.086	.554	Grup İçi	3547.551	352	10.078		
(6) 7-8 Yıl	40	36.58	2.872	.454						
(7) 9-10 Yıl	24	37.00	3.401	.694						
(8) ≥ 11 Yıl	34	35.97	3.335	.572						
TOPLAM	360	35.92	3.199	.169	TOPLAM	3674.664	359			
DAVRANIŞ										
(1) 0-6 Ay	61	7.67	1.423	.182	Gruplar Arası	31.899	7	4.557	1.934	.063
(2) 7-11 Ay	37	7.24	1.362	.224						
(3) 1-2 Yıl	90	7.64	1.724	.182						
(4) 3-4 Yıl	43	8.23	1.445	.220						
(5) 5-6 Yıl	31	7.65	1.404	.252	Grup İçi	829.476	352	2.356		
(6) 7-8 Yıl	40	7.95	1.552	.245						
(7) 9-10 Yıl	24	8.29	1.628	.332						
(8) ≥ 11 Yıl	34	8.03	1.507	.258						
TOPLAM	360	7.79	1.549	.082	TOPLAM	861.375	359			
DUYGU										
(1) 0-6 Ay	61	8.69	1.298	.166	Gruplar Arası	13.608	7	1.944	1.072	.381
(2) 7-11 Ay	37	8.43	1.281	.211						
(3) 1-2 Yıl	90	8.49	1.501	.158						
(4) 3-4 Yıl	43	8.79	1.166	.178						
(5) 5-6 Yıl	31	8.52	1.338	.240	Grup İçi	638.589	352	1.814		
(6) 7-8 Yıl	40	8.93	1.228	.194						
(7) 9-10 Yıl	24	9.08	1.316	.269						
(8) ≥ 11 Yıl	34	8.53	1.440	.247						
TOPLAM	360	8.65	1.348	.071	TOPLAM	652.197	359			
İLİŞKİ										
(1) 0-6 Ay	61	9.51	.849	.109	Gruplar Arası	7.628	7	1.090	1.409	.200
(2) 7-11 Ay	37	9.30	1.051	.173						
(3) 1-2 Yıl	90	9.38	.943	.099						
(4) 3-4 Yıl	43	9.70	.638	.097						
(5) 5-6 Yıl	31	9.32	.979	.176	Grup İçi	272.235	352	.773		
(6) 7-8 Yıl	40	9.70	.687	.109						
(7) 9-10 Yıl	24	9.63	.770	.157						
(8) ≥ 11 Yıl	34	9.41	.988	.169						
TOPLAM	360	9.48	.883	.047	TOPLAM	279.864	359			

Tablo 40'da dini tutum ölçeği puan ortalamasının örneklemin hastalık süresine göre dağılımı verilmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde; dini tutum ölçeği toplam puan ortalaması en yüksek olan grubun hastalık tanısı üzerinden 9-10 yıl geçmiş ($X=37.00$) hastalar olduğu, tanı üzerinden 7-11 ay ($X=34.97$) hastaların ise en düşük puan ortalamasına sahip oldukları bulunmuştur. Davranış alt boyutunda en yüksek puan ortalamasının hastalık tanısı üzerinden 9-10 yıl ($X=8.29$) geçmiş hastalara ait olduğu ve en

düşük puan ortalamasının ise tanı üzerinden 7-11 ay ($X=7.24$) geçmiş hastalara ait olduğu görülmektedir. Hastalık tanısı üzerinden 9-10 yıl ($X=9.08$) geçmiş hastaların duygu alt boyutu puan ortalamalarının en yüksek olduğu ve en düşük puan ortalamasının ise 7-11 ay ($X=8.43$) olan hastalara ait olduğu belirlenmiştir. İlişki alt boyutu puan ortalaması en yüksek olan grupların hastalık tanısı üzerinden 7-8 yıl ($X=9.70$) ve 3-4 yıl geçmiş ($X=9.70$) hastalar olduğu görülmektedir. Hastalık süresi 7-11 ay ($X=9.30$) olan hastaların ise en düşük puan ortalamasına sahip oldukları bulunmuştur. Ancak yapılan ANOVA analizinde gruplar arası anlamlı bir farklılaşma olmadığı, dini tutum toplam ($F=1.802$; $p>0.05$) ve davranış ($F=1.934$; $p>0.05$), duygu ($F=1.072$, $p>0.05$), ilişki ($F=1.409$; $p>0.05$) alt boyutlarında dini tutum düzeyi ile hastalık süresi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur.

2.7.9. Dini Tutum ve Hastalık Evresi Arasındaki İlişki

Tablo 41. Dini Tutum İle Hastalık Evresi Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar										
DİNİ TUTUM (TOPLAM)	N	Ort.	Std. S.	Std. H.	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	P
(1) Evre I	86	35.99	3.500	.377	Gruplar Arası	4.795	3	1.598	.155	.926
(2) Evre II	152	35.83	3.273	.265						
(3) Evre III	59	36.14	2.757	.359	Grup İçi	3669.869	356	10.309		
(4) Evre IV	63	35.84	3.033	.382						
TOPLAM	360	35.92	3.199	.169	TOPLAM	3674.664	359			
DAVRANIŞ										
(1) Evre I	86	7.95	1.630	.176	Gruplar Arası	6.149	3	2.050	.853	.466
(2) Evre II	152	7.77	1.550	.126						
(3) Evre III	59	7.86	1.456	.190	Grup İçi	855.226	356	2.402		
(4) Evre IV	63	7.56	1.522	.192						
TOPLAM	360	7.79	1.549	.082	TOPLAM	861.375	359			
DUYGU										
(1) Evre I	86	8.66	1.436	.155	Gruplar Arası	.227	3	.076	.041	.989
(2) Evre II	152	8.62	1.395	.113						
(3) Evre III	59	8.68	1.181	.154	Grup İçi	651.971	356	1.831		
(4) Evre IV	63	8.67	1.283	.162						
TOPLAM	360	8.65	1.348	.071	TOPLAM	652.197	359			
İLİŞKİ										
(1) Evre I	86	9.37	.959	.103	Gruplar Arası	3.209	3	1.070	1.377	.250
(2) Evre II	152	9.44	.940	.076						
(3) Evre III	59	9.59	.698	.091	Grup İçi	276.655	356	.777		
(4) Evre IV	63	9.62	.771	.097						
TOPLAM	360	9.48	.883	.047	TOPLAM	279.864	359			

Tablo 41’de dini tutum ölçeği puan ortalamasının hastalık evresine göre dağılımına ilişkin sonuçlar verilmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde; dini tutum ölçeği toplam puan ortalamasının Evre III (X=36.14) meme kanseri hastalarda en yüksek olduğu, en düşük puan ortalamasının ise Evre II (X=35.83) hastalara ait olduğu görülmektedir. Davranış alt boyutunda en yüksek puan ortalamasının Evre I (X=7.95) hastalara ait olduğu, en düşük puan ortalamasının ise Evre IV (X=7.56) hastalara ait olduğu görülmektedir. Evre III (X=8.68) meme kanseri hastalarda duygu alt boyutu puan ortalamasının en yüksek olduğu, en düşük puan ortalamasına ise Evre II (X=8.62) hastaların sahip olduğu belirlenmiştir. İlişki alt boyutunda en yüksek puan ortalamasının Evre IV (X=9.62) hastalara, en düşük puan ortalamasının da Evre I (X=9.37) meme kanseri hastalara ait olduğu görülmektedir. Ancak yapılan Tek Yönlü ANOVA analizinde, dini tutum toplam (F=.155; p>0.05), ve davranış (F=.853; p>0.05), duygu (F=.041; p>0.05), ilişki (F=1.377; p>0.05) alt boyutlarında gruplar arası anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur.

2.7.10. Dini Tutum ve Tedavi Arasındaki İlişki

Tablo 42. Dini Tutum İle Tedavi Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar							
DİNİ TUTUM (TOPLAM)	N	Ort.	Std. S.	Std. H.	Sd	T	P
(1) Kemoterapi	117	35.52	3.276	.303	233.705	-2.568	.011
(2) Kemoterapi + Radyoterapi	129	36.54	2.926	.258			
TOPLAM	246	p<0.05					
DAVRANIŞ							
(1) Kemoterapi	117	7.58	1.510	.140	241.387	-2.542	.012
(2) Kemoterapi + Radyoterapi	129	8.07	1.501	.132			
TOPLAM	246	p<0.05					
DUYGU							
(1) Kemoterapi	117	8.57	1.385	.128	236.462	-1.461	.145
(2) Kemoterapi + Radyoterapi	129	8.82	1.278	.112			
TOPLAM	246	p>0.05					
İLİŞKİ							
(1) Kemoterapi	117	9.37	.961	.089	244	-2.658	.008
(2) Kemoterapi + Radyoterapi	129	9.65	.703	.062			
TOPLAM	246	p<0.01					

Tablo 42’de dini tutum ölçeği puan ortalamasının, örneklemin almış olduğu tedaviye ilişkin dağılımı verilmiştir. Araştırmada, birey sayısı az olan tedavi gruplarının analiz sonuçlarını etkileyebileceği düşünülerek, birey sayısı fazla olan ve kanser hastaları

üzerinde önemli düzeyde etkisi olan yalnız kemoterapi tedavisi almış hastalardan oluşan grup ile kemoterapi ve radyoterapi tedavilerinin her ikisini de almış olan grupların t-Testi analizi ile karşılaştırması yapılmıştır. Tabloya göre; dini tutum ölçeği toplam puan ortalamasının kemoterapi ve radyoterapi (X=36.54) tedavilerinin her ikisini de almış olan grupta, yalnız kemoterapi (X=35.52) tedavisi almış olan gruptan anlamlı olarak (t=-2.568; p<0.05) daha yüksek olduğu bulunmuştur. Tablo 42'ye göre, davranış alt boyutu puan ortalamasının, kemoterapi ve radyoterapi (X=8.07) tedavilerinin her ikisini de almış olan hastalarda, yalnız kemoterapi (X=7.58) tedavisi almış hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. İki grup arasındaki farkın, yapılan t-Testi (t=-2.542; p<0.01) sonucunda istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. İlişki alt boyutu puan ortalamasının kemoterapi ve radyoterapi (X=9.65) tedavilerinin her ikisini de almış olan grupta, yalnız kemoterapi (X=9.37) tedavisi almış olan gruptan anlamlı (t=-2.658; p<0.01) olarak daha yüksek olduğu görülmektedir.

Duygu alt boyutu puan ortalamasının, kemoterapi ve radyoterapi (X=8.82) tedavilerinin her ikisini de almış olan hastalarda, yalnız kemoterapi (X=8.57) tedavisi almış hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak t-Testi analizi sonuçlarına göre (t=-1.461; p>0.05), istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır.

2.7.11. Din Tutum ve Aile Desteği Arasındaki İlişki

Tablo 43. Dini Tutum İle Aile Desteği Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar							
DİNİ TUTUM (TOPLAM)	N	Ort.	Std. S.	Std. H.	Sd	T	P
(1) Hayır	5	32.80	1.924	.860	4.317	-3.608	.020
(2) Evet	355	35.96	3.194	.169			
TOPLAM	360	p<0.05					
DAVRANIŞ							
(1) Hayır	5	7.00	1.414	.632	4.136	-1.259	.274
(2) Evet	355	7.80	1.550	.082			
TOPLAM	360	p>0.05					
DUYGU							
(1) Hayır	5	6.60	1.673	.748	4.071	-2.762	.050
(2) Evet	355	8.68	1.323	.070			
TOPLAM	360	p≤0.05					
İLİŞKİ							
(1) Hayır	5	9.20	1.095	.490	4.073	-.578	.594
(2) Evet	355	9.48	.881	.047			
TOPLAM	360	p>0.05					

Örneklemin dini tutum düzeyinde, aileden gelen sosyal destek algısının etkisi olup olmadığını tespit etmek amacıyla gruplar arası t-Testi analizi (Tablo 43) yapılmıştır. Tablodaki bulgulara göre, hastalık sürecinde ailesinden ve yakınlarından sosyal destek aldığını belirten hastaların (X=35.96) dini tutum ölçeği toplam puan ortalamasının, destek almadığını belirten gruptan (X=32.80) anlamlı olarak (t=-3.608; p<0.05) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sosyal destek aldığını belirten hastalarda (X=8.68) dini tutumun duygu alt boyutu puan ortalamasının da, destek almadığını (X=6.60) belirten hastalardan anlamlı (t=-2.762; p<0.05) olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgulara göre hastalık sürecinde ailesinden ve yakınlarından sosyal destek aldığını belirten hastalarda dini tutum düzeyinin, destek almayan hastalara göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

Hastalık sürecinde ailesinden ve yakınlarından sosyal destek aldığını belirten hastaların (X=7.80) davranış alt boyutu puan ortalamasının, destek almadığını belirten gruptan (X=7.00) daha yüksek olduğu, ancak gruplar arası anlamlı bir fark olmadığı (t=-1.259; p>0.05) bulunmuştur. Sosyal destek aldığını belirten hastaların (X=9.48) ilişki alt boyutu puan ortalamasının, destek almadığını belirten gruptan (X=9.20) daha yüksek olduğu, ancak istatistiksel olarak gruplar arası anlamlı bir fark olmadığı (t=-.578; p>0.05) bulunmuştur.

2.7.12. Din Tutum ve Geçmiş Psikolojik Hastalık Tanısı Arasındaki İlişki

Tablo 44. Dini Tutum İle Geçmiş Psikolojik Hastalık Tanısı Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar							
DİNİ TUTUM (TOPLAM)	N	Ort.	Std. S.	Std. H.	Sd	T	P
(1) Hayır	304	36.07	3.193	.183	77.509	2.150	.035
(2) Evet	56	35.09	3.135	.419			
TOPLAM	360	p<0.05					
DAVRANIŞ							
(1) Hayır	304	7.84	1.572	.090	82.641	1.560	.123
(2) Evet	56	7.52	1.401	.187			
TOPLAM	360	p>0.05					
DUYGU							
(1) Hayır	304	8.69	1.336	.077	74.694	1.493	.140
(2) Evet	56	8.39	1.397	.187			
TOPLAM	360	p>0.05					
İLİŞKİ							
(1) Hayır	304	9.54	.820	.047	358	2.812	.005
(2) Evet	56	9.18	1.130	.151			
TOPLAM	360	p<0.01					

Araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastalarda, geçmişte psikolojik hastalık tanısı alıp almama durumunun dini tutum düzeyine etkisi tespit edilmeye çalışılmıştır. Bu amaçla yapılan Bağımsız t-Testi sonuçlarına (Tablo 44) göre geçmişte psikolojik hastalık tanısı almayan ($X=36.07$) bireylerin dini tutum ölçeği toplam puan ortalamasının, geçmişte psikolojik hastalık tanısı alan ($X=35.09$) bireylerden anlamlı olarak ($t=2.150$; $p<0.05$) daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yine geçmişte psikolojik hastalık tanısı almayan ($X=9.54$) bireylerin dini tutumun ilişki alt boyutu puan ortalamasının, geçmişte psikolojik hastalık tanısı alan ($X=9.18$) bireylerden anlamlı ($t=2.812$; $p<0.01$) olarak daha yüksek bulunmuştur.

Geçmişte psikolojik hastalık tanısı almayan ($X=7.84$) bireylerin davranış alt boyutu puan ortalamasının, geçmişte psikolojik hastalık tanısı alan ($X=7.52$) bireylerden daha yüksek olduğu, ancak istatistiksel olarak gruplar arası anlamlı bir fark olmadığı ($t=1.560$; $p>0.05$) bulunmuştur. Duygu alt boyutu puan ortalamasının, geçmişte psikolojik hastalık tanısı almayan ($X=8.69$) bireylerde, geçmişte psikolojik hastalık tanısı alan ($X=8.39$) bireylerden daha yüksek olduğu ancak yapılan t-Testi analizinde, istatistiksel olarak anlamlılık seviyesinde bir farklılaşma ($t=1.493$; $p>0.05$) olmadığı bulunmuştur.

2.8. BAĞIMLI DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİLERE YÖNELİK BULGULAR

2.8.1. Ağrı ve Diğer Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki

2.8.1.1. Ağrı ve Beden Algısı Arasındaki İlişki

Tablo 45. Ağrı İle Beden Algısı Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar							
BEDEN ALGISI	N	Ort.	Std. S.	Std. H.	Sd	t	P
(1) Olumlu	276	26.20	24.532	1.477	135.986	-1.580	.116
(2) Olumsuz	84	31.07	24.838	2.710			
TOPLAM	360	$p>0.05$					

Tablo 45'te, örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastalarda beden algısına göre ağrı düzeyinin değişimini belirlemek amacıyla yapılan t-Testi sonuçları verilmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde; olumsuz beden algısına sahip olan hastaların ($X=31.07$) sayısal ağrı skalası puan ortalamalarının, olumlu beden algısına sahip hastalardan ($X=26.20$) daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak t-Testi analizinde, sayısal ağrı

skalası puan ortalamalarının, hastaların beden algısına göre anlamlı bir farklılık göstermediği ($t=-1.580$; $p>0.05$) bulunmuştur.

2.8.1.2. Ağrı-Depresyon ve Ağrı-Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Tablo 46. Ağrı-Depresyon ve Ağrı-Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki			
DEĞİŞKENLER	n	R	P
Ağrı & Depresyon	360	.374**	.000
Ağrı & Yaşam Kalitesi			
Ağrı & Fonksiyonel Durum	360	-.476**	.000
Ağrı & Semptom Kontrolü	360	.557**	.000
Ağrı & Genel İyilik Hali	360	-.513**	.000
** $p<0.01$			

Tablo 46’da, araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastalarda ağrı algısı ile depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi gösteren Pearson Korelasyon analizi sonuçları verilmiştir. Tablodaki sonuçlara göre örneklemin ağrı algısı düzeyi ile depresyon düzeyi arasında ($r=.374$; $p=.000$) pozitif yönlü anlamlı bir ilişki; ağrı algısı ile yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum ($r=-.476$; $p=.000$) ve Genel İyilik Hali ($r=-.513$; $p=.000$) boyutları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki; ağrı algısı ile yaşam kalitesinin Semptom Kontrolü boyutu arasında ($r=.557$; $p=.000$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Buna göre araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastalarda ağrı algısı şiddetinin yüksek düzeyde olmasının, artmış depresyon düzeyi ve düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu söylenebilir.

2.8.2. Beden Algısı ve Diğer Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki

2.8.2.1. Beden Algısı ve Depresyon Arasındaki İlişki

Tablo 47. Beden Algısı İle Depresyon Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar							
BEDEN ALGISI	N	Ort.	Std. S.	Std. H.	Sd	T	P
(1) Olumlu	276	5.81	4.338	4.338	358	-5.009	.000
(2) Olumsuz	84	8.79	5.986	5.986			
TOPLAM	360	** $p<0.01$					

Tablo 47'deki, örnekleme oluşturan meme kanseri kadın hastalarda beden algısına göre depresyon düzeyinin değişimini belirlemek amacıyla yapılan t-Testi sonuçlarına göre; olumsuz beden algısına sahip olan hastaların (X=8.79) BDE puan ortalamalarının, olumlu beden algısına sahip hastalardan (X=5.81) anlamlı olarak (t=-5.009; p<0.01) daha yüksek olduğu görülmektedir.

2.8.2.2. *Beden Algısı ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki*

Tablo 48. Beden Algısı İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar							
FONKSİYONEL DURUM	N	Ort.	Std. S.	Std. H.	Sd	T	P
(1) Olumlu	276	80.53	12.760	.768	127.143	2.632	.010
(2) Olumsuz	84	76.01	14.100	1.538			
TOPLAM	360	** p<0.01					
SEMPTOM KONTROLÜ							
(1) Olumlu	276	20.34	14.237	.857	145.093	-.574	.567
(2) Olumsuz	84	21.31	13.356	1.457			
TOPLAM	360	p>0.05					
GENEL İYİLİK HALİ							
(1) Olumlu	276	70.83	21.573	1.299	143.301	2.031	.044
(2) Olumsuz	84	65.58	20.526	2.240			
TOPLAM	360	* p<0.05					

Tablo 48'de, örnekleme oluşturan meme kanseri kadın hastalarda beden algısına göre yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum boyutu düzeyinin değişimini belirlemek amacıyla yapılan t-Testi sonuçları verilmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde; olumlu beden algısına sahip olan hastaların (X=80.53) Fonksiyonel Durum boyutu puan ortalamalarının, olumsuz beden algısına sahip hastalardan (X=76.01) anlamlı olarak (t=2.632; p<0.01) daha yüksek olduğu bulunmuştur

Tablo 48'deki t-Testi sonuçlarına göre; olumsuz beden algısına sahip olan hastaların (X=21.31) Semptom Kontrolü boyutu puan ortalamalarının, olumlu beden algısına sahip hastalardan (X=20.34) daha yüksek olduğu, ancak anlamlı bir farklılık göstermediği (t=-.574; p>0.05) tespit edilmiştir.

Tablo 48'deki veriler incelendiğinde; olumlu beden algısına sahip olan hastaların (X=70.53) Genel İyilik Hali boyutu puan ortalamalarının, olumsuz beden algısına sahip hastalardan (X=65.58) anlamlı olarak (t=2.031; p<0.05) daha yüksek olduğu bulunmuştur.

2.8.2.3. Depresyon ve Diğer Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki

2.8.2.3.1. Depresyon ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Tablo 49. Depresyon ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki			
DEĞİŞKENLER	n	R	P
Depresyon-Yaşam Kalitesi			
Depresyon & Fonksiyonel Durum	360	-.642**	.000
Depresyon & Semptom Kontrolü	360	.541**	.000
Depresyon & Genel İyi Hali	360	-.508**	.000
** p<0.01			

Tablo 49’da, depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye ait Pearson Korelasyon analizi sonuçları verilmiştir. Tablodaki verilere göre, araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastalarda, depresyon düzeyi ile yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum ($r=-.642$; $p=.000$) ve Genel İyi Hali ($r=-.508$; $p=.000$) boyutları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki, Semptom Kontrolü ($r=.541$; $p=.000$) boyutu ile de pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Bu durumda araştırma örnekleminde depresyon düzeyi yükseldikçe, yaşam kalitesi düzeyinin düştüğü söylenebilir.

2.8.3. Dini Tutum ve Diğer Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki

2.8.3.1. Dini Tutum ve Ağrı Algısı Arasındaki İlişki

Tablo 50. Dini Tutum ve Ağrı Arasındaki İlişki			
DEĞİŞKENLER	n	R	P
Dini Tutum (Toplam) & Ağrı	360	-.024	.646
Dini Tutum (Davranış) & Ağrı	360	-.017	.751
Dini Tutum (Duygu) & Ağrı	360	-.027	.613
Dini Tutum (İlişki) & Ağrı	360	-.018	.737
$p>0.05$			

Tablo 50’de alt boyutları ile birlikte dini tutum düzeyi ve ağrı algısı arasındaki ilişkiyi gösteren Pearson Korelasyon analizi bulgularına yer verilmiştir. Tablodaki verilere bakıldığında, dini tutum ve dini tutumun davranış, duygu ve ilişki alt boyutları ile

örneklemin ağrı algısı arasında anlamlı bir korelasyon olmadığı ($p>0.05$) görülmektedir. Bu durumda araştırmada, dini tutum ve ağrı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı ifade edilebilir.

2.8.3.2. *Dini Tutum ve Beden Algısı Arasındaki İlişki*

2.8.3.2.1. *Dini Tutum (Toplam) ve Beden Algısı Arasındaki İlişki*

Tablo 51. Dini Tutum İle Beden Algısı Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar							
DİNİ TUTUM (TOPLAM)	N	Ort.	Std. S.	Std. H.	Sd	T	P
(1) Olumlu	276	36.21	3.182	.192	140.903	3.216	.002
(2) Olumsuz	84	34.96	3.087	.337			
TOPLAM	360	** p<0.01					
DAVRANIŞ							
(1) Olumlu	276	7.92	1.589	.096	161.159	3.166	.002
(2) Olumsuz	84	7.37	1.333	.145			
TOPLAM	360	** p<0.01					
DUYGU							
(1) Olumlu	276	8.73	1.314	.079	128.533	1.985	.049
(2) Olumsuz	84	8.38	1.430	.156			
TOPLAM	360	* p<0.05					
İLİŞKİ							
(1) Olumlu	276	9.56	.822	.049	358	3.197	.002
(2) Olumsuz	84	9.21	1.019	.111			
TOPLAM	360	** p<0.01					

Tablo 51’de, örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastalarda beden algısına göre dini tutum düzeyinin değişimini belirlemek amacıyla yapılan t-Testi sonuçları verilmiştir. Tablodaki verilere göre; olumlu beden algısına sahip olan hastaların ($X=36.21$) dini tutum ölçeği toplam puan ortalamalarının, olumsuz beden algısına sahip hastalardan ($X=34.96$) anlamlı olarak ($t=3.216$; $p<0.01$) daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 51’deki verilere göre; olumlu beden algısına sahip olan hastaların ($X=7.92$) dini tutumun davranış alt boyutu puan ortalamalarının, olumsuz beden algısına sahip hastalardan ($X=7.37$) anlamlı olarak ($t=3.166$; $p<0.01$) daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 51’deki t-Testi sonuçlarına göre; olumlu beden algısına sahip olan hastaların ($X=8.73$) dini tutumun duygu alt boyutu puan ortalamalarının, olumsuz beden algısına sahip hastalardan ($X=8.38$) anlamlı olarak ($t=1.985$; $p<0.05$) daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 51'deki dini tutumun ilişki alt boyutu düzeyindeki değişimi gösteren t-Testi sonuçlarına göre; olumlu beden algısına sahip olan hastaların (X=9.56) dini tutumun ilişki alt boyutu puan ortalamalarının, olumsuz beden algısına sahip hastalardan (X=9.21) anlamlı olarak (t=3.197; p<0.01) daha yüksek olduğu görülmektedir. Dolayısıyla olumlu beden algısına sahip hastaların dini tutumun ilişki boyutunu, olumsuz beden algısına sahip hastalardan daha yüksek düzeyde yaşadıkları söylenebilir.

2.8.3.3. *Dini Tutum ve Depresyon Arasındaki İlişki*

Tablo 52. Dini Tutum ve Depresyon Arasındaki İlişki			
DEĞİŞKENLER	n	R	P
Dini Tutum (Toplam) & Depresyon	360	-.271**	.000
Dini Tutum (Davranış) & Depresyon	360	-.300**	.000
Dini Tutum (Duygu) & Depresyon	360	-.197**	.000
Dini Tutum (İlişki) & Depresyon	360	-.154**	.003
** p<0.01			

Tablo 52'de araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastalarda, tüm alt boyutları ile birlikte dini tutum düzeyi ve depresyon arasındaki ilişkiyi gösteren Pearson Korelasyon analizi sonuçları verilmiştir. Buna göre dini tutum ile depresyon arasında (r=-.271; p=.000) negatif yönde anlamlı bir ilişki; dini tutumun davranış alt boyutu ile depresyon arasında (r=-.300; p=.000) negatif yönde anlamlı bir ilişki; dini tutumun duygu alt boyutu ile depresyon arasında (r=-.197; p=.000) negatif yönde anlamlı bir ilişki; dini tutumun ilişki alt boyutu ile depresyon arasında (r=-.154; p=.003) negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Buna göre araştırma örnekleminde dini tutum düzeyi yükseldikçe, depresyon seviyesinin düştüğü söylenebilir.

2.8.3.4. Dini Tutum ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Tablo 53. Dini Tutum ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki			
DEĞİŞKENLER	n	r	P
Dini Tutum (Toplam) & Fonksiyonel Durum	360	.090	.090
Dini Tutum (Davranış) & Fonksiyonel Durum	360	.110*	.037
Dini Tutum (Duygu) & Fonksiyonel Durum	360	.041	.438
Dini Tutum (İlişki) & Fonksiyonel Durum	360	.069	.192
* p<0.05			
Dini Tutum (Toplam) & Semptom Kontrolü	360	.010	.848
Dini Tutum (Davranış) & Semptom Kontrolü	360	-.029	.586
Dini Tutum (Duygu) & Semptom Kontrolü	360	.056	.292
Dini Tutum (İlişki) & Semptom Kontrolü	360	.002	.968
p>0.05			
Dini Tutum (Toplam) & Genel İyi Hali	360	.124*	.019
Dini Tutum (Davranış) & Genel İyi Hali	360	.142**	.007
Dini Tutum (Duygu) & Genel İyi Hali	360	.087	.101
Dini Tutum (İlişki) & Genel İyi Hali	360	.067	.202
* p<0.05 ** p<0.01			

Tablo 53'te dini tutum ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi gösteren Pearson Korelasyon analizi sonuçları verilmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde; dini tutumun davranış alt boyutu ile yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum boyutu arasında ($r=.110$; $p=.037$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki; dini tutum (toplam) düzeyi ile yaşam kalitesinin Genel İyi Hali arasında ($r=.124$; $p=.019$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki; dini tutumun davranış alt boyutu düzeyi ile yaşam kalitesinin Genel İyi Hali arasında ($r=.142$; $p=.007$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu; dini tutum ve yaşam kalitesinin diğer boyutları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur. Bu durumda yüksek dini tutum düzeyinin, örneklemin yaşam kalitesi üzerinde olumlu bir etki oluşturduğu söylenebilir.

3. ARAŞTIRMA BULGULARININ YORUMLANMASI

3.1. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERLE İLGİLİ BULGULARIN YORUMLANMASI

Bu araştırmada, meme kanseri 360 kadın hastadan oluşan örneklem grubunun minimum 30 ile maksimum 81 yaş aralığında ve yaş ortalamasının 54.69 olduğu bulunmuştur. Örneklemin yaş gruplarına göre dağılımı ise şöyledir: % 8.6'sı 30-39; % 23.1'i 40-49, % 34.2'si 50-59, % 24.2'si 60-69, % 9.4'ü 70-79 ve % 0.6'sı 80 yaş ve üzeri grupta yer almaktadır. Hastaların çoğunluk olarak 50-59 yaş grubunda olduğu tespit edilmiştir. (Bkz. Tablo 4)

Meme kanseri insidansının yaşla birlikte yükseldiği görülmektedir. Meme kanserlerinin kadınlarda yaklaşık % 50'sinin, 50-64 yaş aralığında; % 30'unun ise 70 yaş üzerinde ortaya çıktığı saptanmıştır.²³ Türkiye'de meme kanseri görülme yaşının, Batı ülkelerine göre daha genç (% 40'ı 50 yaş altı) olduğu belirlenmiştir.²⁴ 2009 Türkiye Kanser İstatistikleri'ne göre meme kanserinin tüm kanserler içinde görülme oranının, 25-49 yaş aralığında % 34.4, 50-69 yaş aralığında % 23.9 ve 70 yaş ve üzeri gruplarda ise % 12.8 olduğu tespit edilmiştir.²⁵ Yapılan çeşitli çalışmalarda, elde edilen bulgular da bu yöndedir.

Karanlık ve arkadaşlarının (2006), 1989-2005 yılları arasında toplam 1841 meme kanseri hasta ile yapmış oldukları araştırmada, hastaların % 54'ünün 41-60 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir.²⁶ Özbaş'ın (2008) araştırmasında, meme kanseri kadın hastaların % 5.8'inin 35 yaş altı, % 57.8'inin 35-49, % 30.6'sının 50-64 yaş aralığında, % 5.8'inin ise 65 ve üzeri yaşta olduğu bulunmuştur.²⁷ Aygün ve Aslan'ın (2008) 191 meme kanseri kadın hasta ile yapmış oldukları araştırmada yaş ortalaması 50.66 ve hastaların % 48.4'ü 50 yaş üzeri olduğu tespit edilmiştir.²⁸ Uzun'un (2009) araştırmasında ise meme kanserli

²³ Michael Baum - Harvey Schipper, **Meme Kanseri**, çev. Türker Ülker, And Yayıncılık, 2007, s. 7.

²⁴ T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı, **Meme Kanseri ve Mamografi**, <http://www.kanser.gov.tr>, (07.04.2014), s. 6.

²⁵ Murat Gültekin - Güledal Boztaş, **Türkiye Kanser İstatistikleri**, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı, 2014, ss. 23-25.

²⁶ Hasan Karanlık ve diğerleri, "Meme Kanseri Cerrahi Tedavisinin Uzun Dönem Sonuçları", **Meme Sağlığı Dergisi**, C. II, S. 2, 2006, s.90.

²⁷ Azize Atlı Özbaş, Meme Kanseri Hastalarının Distres ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 2008, s. 37.

²⁸ Dilek Aygün - Fatma E. Aslan, "Meme Kanserli Kadınlarda Cinsel İşlev Bozukluklarının İncelenmesi", **Meme Sağlığı Dergisi**, C. IV, S 2, 2008, ss. 105-114.

hastaların yaş ortalamasının 54.3 ve % 50'sinin 40-49 yaş aralığında olduğu bulunmuştur.²⁹

Çam ve arkadaşları (2009), meme kanserli hastaların yaş ortalamasını 51.9 ve % 9.9'unun 28-37, % 28.6'sının 38-47, % 31.9'unun 48-57, % 19.8'inin 58-67, % 9.9'unun 68-77 yaş aralığında olduğunu³⁰ bulmuşlardır. Yıldız ve Karayurt'un (2011), lenfödem gelişen meme kanseri 100 kadın hastada yaptığı araştırmada, yaş ortalaması 52.25 olarak bulunmuştur.³¹ Zanalpalıoğlu ve arkadaşlarının (2009), meme kanseri hastalarda meme koruyucu cerrahinin yaşam kalitesine etkisi üzerine yaptığı araştırmada, hastaların % 9.4'ünün 20-30 ve % 58.1'inin 40-59 yaş aralığında, % 32.4'ünün ise 60 yaş ve üzeri olduğu tespit edilmiştir.³²

Ganz ve arkadaşlarının (2002) meme kanserinde yaşam kalitesi üzerine yapmış oldukları izlem çalışmasında ise araştırmaya katılan 817 meme kanserli kadın hastanın yaş ortalaması 55.6 olarak bulunmuştur.³³ Carver ve arkadaşlarının (2006) meme kanseri kadın hastalarda uzun dönemli yaşam kalitesini inceledikleri ve örneklem sayısı 163 olan araştırmada, yaş ortalaması 54.18 olarak tespit edilmiştir.³⁴

Zainal ve arkadaşları (2013), meme kanserinde depresyon üzerine yaptıkları sistematik incelemede, farklı kültürlerde ve bölgelerde yapılmış 32 çalışmayı değerlendirmişlerdir.³⁵ Bu incelemede, yapılan çalışmalarda yer alan örneklem gruplarına

²⁹ Gülcan Uzun, Mastektomi Ameliyatı Olan Hastalarda Postoperatif Dönemde Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyeti ve Bireyin Sosyodemografik Özellikleri İle İlişkinin Değerlendirilmesi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Edirne, 2009, s. 29.

³⁰ Olcay Çam - Şenay Saka - Aysun B. Gümüş, "Meme Kanserli Hastaların Psikososyal Uyumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi", **Meme Sağlığı Dergisi**, C. V, S. 2, 2009, ss. 73-81

³¹ Ayşegül Yıldız - Özgül Karayurt, "Meme Kanserli Kadınların Lenfödem Nedeniyle Yaşadıkları Güçlükler", **Meme Sağlığı Dergisi**, C. VII, S. 3, 2011, ss. 154-162.

³² Yasemin Zanalpalıoğlu ve diğerleri, "Effect of Breast Conserving Surgery in Quality of Life in Breast Cancer Patients", **The Journal of Breast Health**, Vol. V, No. 3, 2009, pp. 152-156.

³³ Patricia A. Ganz et al., "Quality of Life in Long-Term, Disease-Free Survivors of Breast Cancer: a Follow-up Study", **Journal of the National Cancer Institute**, Vol. XCIV, No. 1, 2002, <http://jnci.oxfordjournals.org/>, (03.05.2014), pp. 39-49.

³⁴ Charles S. Carver et al., "Quality of Life Among Long-Term Survivors of Breast Cancers: Different Types of Antecedents Predict Different Classes of Outcomes", **Psycho-Oncology**, Vol. XV, 2006, pp. 749-758.

³⁵ Nor Zuraida Zainal et al., "Prevalence of Depression in Breast Cancer Survivors: A Systematic Review of Observational Studies", **Asian Pacific J Cancer Prev**, Vol. XIV, 2013, pp. 2649-2656.

ait tanımlayıcı özellikler tablo halinde verilmiştir. Buna göre meme kanseri hastalarda yaş ortalamasının 46-62 aralığında değiştiği belirlenmiştir.³⁶

Bu araştırmada meme kanseri kadın hastalara ait yaş bulgularının, literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Araştırmada örneklem grubunun medeni durumuna ait bulgular ise şöyle bulunmuştur: Hastaların % 3.3'ünün bekar, % 76.4'ünün evli, % 3.6'sının eşinden ayrılmış, % 16.7'sinin ise eşinin vefat etmiştir (bkz. Tablo 4). Araştırmada yer alan hastaların yerleşim yeri olarak % 13.1'inin köyde, % 26.9'unun ilçede ve % 60'ının şehirde ikamet ettiği görülmüştür (bkz. Tablo 4). Örneklemin mesleklere göre dağılımı; % 83.3 ev hanımı, % 10.6 emekli, % 1.1 öğretmen ve % 5.0 diğer meslek grupları olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların genel olarak yoğunlaştıkları mesleklere göre bu tasnif yapılmış, “diğer” olarak belirtilen mesleklerde (hemşire, bankacı, muhasebeci, sekreter, terzi vb.) birey sayısının (1-2 kişi gibi) az olması nedeniyle böyle bir gruplandırmaya gidilmiştir. (bkz. Tablo 4) Örneklemin gelir durumu algısına göre dağılımı ise şöyledir: % 36.4 düşük, % 53.3 orta, % 10.3 iyi gelir düzeyindedir. Hastaların büyük çoğunluğunun orta gelir düzeyinde olduğu görülmektedir. (bkz. Tablo 4)

Saral'ın (2008) araştırmasında, hastaların % 79.2'sinin evli, % 6.5'inin bekar ve % 14.3'ünün eşinin vefat ettiği tespit edilmiştir. Hastaların % 90.6'sının ev hanımı olduğu bulunmuştur. Saral'ın çalışmasındaki örneklem grubunun % 57.9'u şehirde, % 31.7'si ilçede, % 10.4'ü köyde yaşamaktadır. Hastaların % 65.3'ü ekonomik durumlarını orta, % 14.4'ü iyi ve % 20.3'ü kötü olarak değerlendirmiştir.³⁷

³⁶ (Bkz.) M. Inagaki et al., “Hippocampal Volume and First Major Depressive Episode After Cancer Diagnosis in Breast Cancer Survivors”, **Am J Psychiatry**, Vol. CLXI, 2004, pp. 2263-2270; T. Deshields et al., “Differences in Patterns of Depression After Treatment for Breast Cancer”, **Psychooncology**, Vol. XV, 2006, pp. 398-406; X. Chen et al., “Prevalence of Depression and Its Related Factors Among Chinese Women with Breast Cancer”, **Acta Oncol**, Vol. XLVIII, 2009, pp. 1128-1136; M. Vahdaninia - S. Omidvari - A. Montazeri, “What Do Predict Anxiety and Depression in Breast Cancer Patients? A Follow-up Study”, **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, Vol. 45, 2010, pp. 355-361; P. Hopwood et al., “The Course of Anxiety and Depression Over 5 Years of Follow-up and Risk Factors in Women with Early Breast Cancer: Results from the UK Standardisation of Radiotherapy Trials (START)”, **Breast**, Vol. XIX, 2010, pp.84-91; M. A. Geiger et al., “Contentment With Quality of Life Among Breast Cancer Survivors With and Without Contralateral Prophylactic Mastectomy”, **Journal of Clinical Oncology**, Vol. IX, No. 24, 2005, pp. 1350-1356.

³⁷ Esra Kabataş Saral, Meme Kanseri Hastalarının Kansere Uyumlarının Belirlenmesi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 2008, s. 47.

Öncü'nün (2008) araştırmasında, hastaların yerleşim yeri olarak % 12.2'sinin köyde, % 59.2'sinin ilçede, % 28.6'sının şehirde yaşadığı tespit edilmiştir.³⁸ Göktaş'ın (2008) araştırmasında, meme kanserli olguların % 84.31'i evlidir ve hastaların % 11.76'sı düşük, % 47.07'si orta, % 41.17'si yüksek gelir düzeyinde olduğu belirlenmiştir.³⁹

Çalışkan'ın (2009) araştırmasında, hastaların % 60.4 ü ev hanımı, % 8.9 u memur, % 30.7 si diğer meslek gruplarındandır.⁴⁰ Ceylan'ın (2009) araştırmasında, hastaların % 73.2'sinin evli ve % 82.92'sinin ev hanımı olduğu bulunmuştur.⁴¹ Sütçü'nün (2010) çalışmasında, hastaların % 71.8'inin evli, % 20'sinin dul, % 8.2'sinin bekar ve % 63.5'inin ev hanımı olduğu; yine hastaların % 10.6'sının düşük, % 22.4'ünün orta, % 42.4'ünün ise iyi gelir düzeyinde olduğu belirlenmiştir.⁴²

Yola'nın (2011) araştırmasına katılan meme kanseri kadın hastaların % 86.3'ünün evli, % 27.4'ünün düşük gelir, % 72.6'sının orta ve yüksek gelir düzeyinde olduğu saptanmıştır.⁴³ Sert'in (2011) araştırmasında meme kanserli hastaların % 79.5'inin evli ve % 70.5'inin ev hanımı olduğu; % 54.1'inin asgari ücret, % 45.9'unun asgari ücret üzeri bir gelir düzeyinde olduğu; % 27.9'unun kırsal kesimde, % 72.1'inin kentte yaşadığı belirlenmiştir.⁴⁴ Ganz ve arkadaşlarının (2002) meme kanseri kadın hastalarda yaptığı izlem çalışmasında, örneklemin % 70.1'inin evli, % 14.5'inin eşinden ayrı, % 9.9'unun dul ve % 5.5'inin bekar olduğu belirlenmiştir.⁴⁵

³⁸ Hatice Kurt Öncü, Mastektomi Ameliyatı Olmuş Meme Kanserli Kadınların, Mastektomi Sonrası Eş Uyumlu ile Yalnızlık Düzeyinin İncelenmesi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Samsun, 2008, s. 39.

³⁹ Sonay Baltacı Göktaş, Meme Kanseri Mastektomi Sonrası Uygulanan Erken ve Geç Rekonstrüksiyonun Hastanın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İstanbul, 2008, s. 52.

⁴⁰ İlknur Çalışkan, Mastektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Beden Algıları ve Eş Uyumlarının İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İzmir, 2009, s. 35.

⁴¹ Veysi Ceylan, Meme Kanseri Olan Hastalarda Tanı Sonrası Psikososyal Sorunlar, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Diyarbakır, 2009, s. 40.

⁴² Güler Gündüz Sütçü, Tanı-Ameliyat Süreci Yakın Zamanlı Olan Meme Kanseri Hastalarının Öfke, Depresyon ve Stresle Başa Çıkma ve Sosyal Destek Değişkenleri Açısından İncelenmesi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 2010, s. 63.

⁴³ İrem Yola, The Mediating Roles of Coping Styles and Perceived Social Support Between Dispositional Hope and Posttraumatic Growth/PTSD Relationships Among Postoperative Breast Cancer Patients: a Longitudinal Study, The Graduate School of Social Sciences of Middle East Technical University, 2011, s. 40.

⁴⁴ Fatma Sert, Meme Kanseri Tanılı Hastalarda Adjuvan Hormonal Tedavinin Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), İzmir, 2011, s. 36.

⁴⁵ Ganz et al., a.g.m., pp. 39-49.

Bu araştırmada, örneklemin medeni durumu, yerleşim yeri, gelir durumu ve mesleklerine ilişkin bulguların, literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların eğitim-öğrenim durumlarını gösteren bulgulara göre örneklemin % 13.9'u okuma-yazma bilmiyor, % 7.8'i herhangi bir okuldan mezun olmamış ancak okuma-yazma biliyor, % 58.9'u ilkokul, % 5.8'i ortaokul, % 9.7'si lise ve % 3.9'u niversite mezunudur. Bu durumda örneklem grubunu oluşturan hastaların büyük oranda ilkokul mezunu olduğu görülmektedir. (Bkz. Tablo 4)

Araştırmadan elde edilen örneklemin eğitim-öğrenim durumlarına ilişkin bulguların literatür ile uyumlu olduğu sylenabilir.

Bu araştırmada, örnekleme yer alan hastalarda eğitim-öğrenim ile ilgili bulgularda, örneklemin yaş ortalamasının ve Türkiye'deki kadın okur-yazarlık oranlarına ilişkin durumun etkili olduğu düşünülebilir. TK istatistiklerine göre; 2011 yılı itibariyle Türkiye'de (15 ve daha yukarı yaştaki nüfus için) kadınların % 11.4'ünün okur-yazar olmadığı, % 8.2'sinin okuma-yazma bilen ama herhangi bir öğrenim kurumundan mezun olmayan, % 39.3'ünün ilkokul, % 8.1'inin ilköğretim, % 5.1'inin ortaokul, % 14.5'inin lise ve dengi, % 8.8'inin yüksekokul ve fakülte mezunu olduğu belirlenmiştir.⁴⁶

Can ve arkadaşlarının (2005) yapmış oldukları araştırmada hastaların % 47.5'nin ilkokul mezunu olduğu belirtilmiştir.⁴⁷ Uçar'ın (2008) alışmasında ise hastaların % 50'sinin ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır.⁴⁸ alışkan'ın (2009) araştırmasında, hastaların % 51.4  ilköğretim, % 24.8 i lise, % 23.8 i yükseköğretim mezunudur.⁴⁹ Uzun'un (2009) alışmasında, hastaların % 54.7'si ilköğretim, % 26.4' ortaöğretim, % 7.6'sı niversite ve üzeri mezunu iken % 11.3' okur-yazar değil ve olarak bulunmuştur.⁵⁰ Sütcü (2010) araştırmasında, hastaların % 41.2'sinin ilköğretim mezunu, % 12.9'unun sadece okur-yazar, % 4.7'sinin ise okur-yazar olmadığını tespit etmiştir.⁵¹

⁴⁶ TK (Türkiye İstatistik Kurumu), **İstatistiklerle Kadın 2012**, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara 2013, s. 66.

⁴⁷ Gülbeyaz Can ve diğerleri, "Sistemik Tedavi Alan Meme Kanseri Kadınlarında Cinsel Fonksiyonların Değerlendirilmesi", **Androloji Bülteni**, Vol. XXII, 2005, ss. 268-271.

⁴⁸ Tuba Uçar, Meme Kanseri Kadınlarında Mastektominin Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Eş Uyumu zerine Etkisinin İncelenmesi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Malatya, 2008, s. 35.

⁴⁹ alışkan, a.g.t., s. 35.

⁵⁰ Uzun, a.g.t., s. 29.

⁵¹ Sütcü, a.g.t., s. 63.

Çam ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında ise meme kanserli hastaların % 14.6'sının okur-yazar olmadığı, % 60.4'ünün ilkökul, % 9.9'unun ortaokul ve % 12.1'inin lise ve üniversite mezunu olduğu bulunmuştur.⁵²

Yıldız ve Karayurt'un (2011), lenfödem gelişen meme kanseri 100 kadın hastada yaptığı araştırmada, hastaların % 57'sinin ilkökul ve orta öğretim, % 25'inin lise ve % 18'inin üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir.⁵³ Yola'nın (2011) çalışmasında, hastaların % 53.4'ünün ilkökul mezunu olduğu bulunmuştur.⁵⁴ Sert'in (2011) araştırmasında, meme kanseri hastaların % 63.9'unun ilkökul ve altı, % 36.1'inin ortaokul ve üzeri eğitim düzeyinde olduğu tespit edilmiştir.⁵⁵

3.2. HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERLE İLGİLİ BULGULARIN YORUMLANMASI

Araştırmada örneklemin hastalığa ait tanı konduktan sonra geçen hastalık süresine göre; % 16.9'unun 0-6 ay, % 10.3'ünün 7-11 ay, % 25'inin 1-2 yıl, % 11.9'unun 3-4 yıl, % 8.6'sının 5-6 yıl, % 11.1'inin 7-8 yıl, % 6.7'sinin 9-10 yıl ve % 9.4'ünün 11 yıl ve üzeri olarak dağılım gösterdiği bulunmuştur. Araştırmaya katılan örnekleimde hastalık süresi 1-2 yıl olan grubun ve ardından da 0-6 ay olan grubun daha yüksek oranda olduğu görülmektedir (bkz. Tablo 5).

Bu araştırmada hastalık süresine ilişkin bulgularda, hastalık tanısı üzerinden 1-2 yıl ve 0-6 ay geçmiş meme kanseri olgularının daha fazla görülmesinde, bu hastaların henüz tedavilerinin tamamlanmamış olması sebebiyle ve tedavisi tamamlananların ise kontrol aralıklarının kısa süreli olması nedeniyle hastaneye daha sık gelmelerinin etkisi olabilir. Nitekim 5-6 yıl ve üzeri hastaların kontrol aralığının 1 yıl olması, bu hastaların hastaneye gelme sıklığını da azaltmaktadır.

Araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri kadınların hastalık evresi dağılımları; % 23.9 Evre I, % 42.2 Evre II, % 16.4 Evre III ve % 17.5 Evre IV olarak

⁵² Çam – Saka - Gümüş, a.g.m., ss. 73-81.

⁵³ Ayşegül Yıldız - Özgül Karayurt, "Meme Kanserli Kadınların Lenfödem Nedeniyle Yaşadıkları Güçlükler", **Meme Sağlığı Dergisi**, C. VII, S. 3, 2011, ss. 154-162.

⁵⁴ Yola, a.g.t., s. 40.

⁵⁵ Sert, a.g.t., s. 36.

bulunmuştur. Araştırma grubunda yer alan hastaların Evre II’de yoğunluk kazandığı gözlenmektedir. (bkz. Tablo 5)

Çolak ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan ve örneklem sayısı 273 olan çalışmada, meme kanseri hastaların % 37’sinin Evre I’de ve % 47’sinin Evre II’de, % 16’sının Evre III’te olduğunu tespit etmişlerdir.⁵⁶ Çalışkan (2009)’ın araştırmasında; mastektomili hastaların % 5’inin Evre 0, % 46.5’inin Evre I, % 39.6’sının Evre II, % 8.9’unun Evre III de bulunduğu tespit edilmiştir.⁵⁷

Çapar’ın (2010) araştırmasında yer alan meme kanseri kadın hastaların % 23.3’ünün Evre I, % 26.7’sinin Evre II, % 56.7’sinin Evre III, % 43.3’ünün Evre IV’te olduğu bulunmuştur.⁵⁸ Sert’in (2011) araştırmasında, meme kanserli hastaların % 7.4’ünün in situ (yayılma göstermeyen), % 31.1’inin Evre I, % 48.3’ünün Evre II, % 22.1’inin ise Evre III’te olduğu tespit edilmiştir.⁵⁹ Yıldız ve Karayurt’un (2011), lenfödem gelişen meme kanseri 100 kadın hastada yaptığı çalışmada, hastaların % 5’inin Evre I, % 56’sının Evre II, % 33’ünün Evre III ve % 6’sının Evre IV’te olduğu bulunmuştur.⁶⁰

Cappiello ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışmada, meme kanserli kadınların % 45’inin Evre I’de olduğu belirlenmiştir.⁶¹ Eisenbraun ve arkadaşlarının (2011), Almanya’da meme kanseri hastalarda kemoterapi ve kemoterapi ile eş zamanlı olarak ökseotu ekstraktı terapisinin yaşam kalitesine etkisi üzerine yaptıkları çalışmada, hastaların % 18.5’inin Evre I, % 42.6’sının Evre II, % 10.4’ünün Evre III, % 4.4’ünün Evre IV olduğu belirlenmiştir.⁶²

Zainal ve arkadaşlarının⁶³ (2013) meme kanserinde depresyon üzerine yaptıkları sistematik incelemede yer alan çalışmalardan, Tangney ve arkadaşlarının⁶⁴ (2002)

⁵⁶ Taner Çolak ve diğerleri, “Meme Kanserli Kadınlarda Cerrahi Yöntemin Seçimini Etkileyen Faktörler”, **Meme Sağlığı Dergisi**, C. IV, S. 1, 2008, ss. 29-33.

⁵⁷ Çalışkan, a.g.t., s. 37.

⁵⁸ Sevinç Gülçığ Çapar, Kemoterapi Gören Kanserli Hastalarda Ağrı ile Anksiyete ve Depresyon Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), Edirne, 2010, s. 42.

⁵⁹ Sert, a.g.t., s. 37.

⁶⁰ Yıldız - Karayurt, a.g.m., ss. 154-162.

⁶¹ M. Cappiello et.al., “Breast Cancer Survivors Information and Support After Treatment”, **Clinical Nursing Research**, Vol. IV, No. 16, 2007, pp. 279-294.

⁶² C. Eisenbraun et. al., “Quality of Life in Breast Cancer Patients During Chemotherapy and Concurrent Therapy with a Mistletoe Extract”, **Phytomedicine**, Vol. XVIII, 2011, pp. 151-157.

⁶³ Nor Zuraida Zainal et al., “Prevalence of Depression in Breast Cancer Survivors: A Systematic Review of Observational Studies”, **Asian Pacific J Cancer Prev**, Vol. XIV, 2013, pp. 2649-2656.

çalışmasında hastaların % 48'i Evre I, % 46'sı Evre II, % 4'ü Evre III; Schou ve arkadaşlarının⁶⁵ (2004) çalışmasında Evre 0 % 2, Evre I % 60, Evre II % 34, Evre III % 4; Eversley ve arkadaşlarının⁶⁶ (2005) çalışmasında Evre I % 41, Evre II % 29, Evre III % 25, Evre IV % 4; Hsiao ve arkadaşlarının⁶⁷ araştırmasında (2012) Evre 0 % 15, Evre I % 26, Evre II % 42, Evre III % 17; Jang ve arkadaşlarının⁶⁸ (2012) araştırmasında Evre 0 % 11, Evre I % 35, Evre II % 39, Evre III % 12, Evre IV % 23 olarak bulunmuştur.

Araştırmada uygulanan tedaviye göre örneklemin, % 3.3'üne tedavi (hormonoterapi, radyoterapi, kemoterapi) uygulanmadığı, % 0.8'ine yalnız hormonoterapi, % 2.8'ine yalnız radyoterapi, % 32.5'ine yalnız kemoterapi, % 0.6'sına radyoterapi ve hormonoterapi, % 35.8'ine kemoterapi ve radyoterapi, % 24.2'sine kemoterapi, radyoterapi ve hormonoterapinin birlikte uygulandığı belirlenmiştir. Araştırma kapsamındaki hastalardan kemoterapi ve radyoterapiyi birlikte alan grubun oransal olarak ilk sırada olduğu ve ikinci sırada yalnız kemoterapi tedavisi uygulanan grubun olduğu görülmektedir. (bkz. Tablo 5)

Meme kanseri hastalarda, hastalığın seyrine göre genel olarak kemoterapi ve ardından radyoterapi uygulanması yaygındır. Bu çalışmada, hastalara uygulanan tedavilere ilişkin bulgular, literatür ile benzerlik göstermektedir.

Bakar'ın (2005) araştırmasında, olguların % 93.3'üne radyoterapi, % 65'ine kemoterapi uygulandığı tespit edilmiştir.⁶⁹ Çam ve arkadaşlarının (2009) araştırmasında, meme kanseri 91 kadın hastadan oluşan örneklemin % 42.9'unun kemoterapi, % 54.9'unun radyoterapi ve % 2.2'sinin hormon tedavisi gördüğü belirlenmiştir.⁷⁰ Tünel'in (2011)

⁶⁴ C. C. Tangney et al., "Self-reported Dietary Habits, Overall Dietary Quality and Symptomatology of Breast Cancer Survivors: A Cross-Sectional Examination", **Breast Cancer Res Treat**, Vol. LXXI, 2002, pp. 113-123.

⁶⁵ I. Schou et al., "Pessimism as a Predictor of Emotional Morbidity One Year Following Breast Cancer Surgery", **Psychooncology**, Vol. XIII, 2004, pp. 309-320.

⁶⁶ R. Eversley et al., "Post-Treatment Symptoms Among Ethnic Minority Breast Cancer Survivors", **Oncol Nurs Forum**, Vol. XXXII, 2005, pp. 250-256.

⁶⁷ F. H. Hsiao et al., "A Longitudinal Study of Cortisol Responses, Sleep Problems, and Psychological Well-Being as the Predictors of Changes in Depressive Symptoms Among Breast Cancer Survivors", **Psychoneuroendocrinology**, Vol. XXXVIII, 2013, pp. 356-366.

⁶⁸ J. E. Jang et al., "Religiosity, Depression, and Quality of Life in Korean Patients with Breast Cancer: A 1-Year Prospective Longitudinal Study", **Psychooncology**, Vol. XXII, 2013, pp. 922-929.

⁶⁹ Yeşim Bakar, Mastektomi Sonrası Gelişen Lenfödemde Fizyoterapinin Etkinliği, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış doktora Tezi), Ankara, 2005, s. 43.

⁷⁰ Çam-Saka-Gümüş, a.g.m., ss. 73-81.

çalışmasında, araştırma grubunda yer alan hastaların % 82.4'ünün kemoterapi, % 41.2'sinin radyoterapi aldığı belirlenmiştir.⁷¹

Ganz ve arkadaşlarının (2002) meme kanseri hastalarında uzun dönemli yaşam kalitesini araştırdıkları izlem çalışmasında, hastaların % 42.2'sinin kemoterapi, % 48.4'ünün tamoxifen tedavisi gördüğü tespit edilmiştir.⁷² Weiss (2004) tarafından yapılan araştırmada meme kanseri hastaların % 25'nin radyoterapi, % 32'sinin kemoterapi tedavisi gördüğü belirlenmiştir.⁷³ Dorval ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan çalışmada, hastalardan % 40'ının kemoterapi, % 51'nin ise hormon tedavisi gördüğü tespit edilmiştir.⁷⁴ Carver ve arkadaşlarının (2006) meme kanserinde uzun dönemli yaşam kalitesi üzerine yaptıkları araştırmada, örneklemin % 50'sinin radyasyon, % 31'inin kemoterapi ve % 56'sının tamoxifen tedavisi gördüğü belirlenmiştir.⁷⁵ Epplein ve arkadaşlarının (2011), Şangaylı 2230 meme kanseri kadın hastada yaptığı araştırmada, örneklemin % 91.9'unun kemoterapi, % 30.5'inin radyoterapi, % 57.3'ünün tamoksifen tedavisi gördüğü belirlenmiştir.⁷⁶

Araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastaların ameliyat tipine göre dağılımı şöyle bulunmuştur: % 1.1 ameliyat olmamış, % 1.7'sine rekonstrüksiyon, % 36.4'üne meme koruyucu cerrahi ve % 60.8'ine mastektomi uygulanmıştır. Örnekleimde mastektomi yapılmış hastaların çoğunlukta olduğu gözlenmektedir. (Bkz. Tablo 5)

Bu araştırmada, meme kanseri hastalarda mastektomi oranının daha fazla olduğu görülmektedir. Bu bulgu, literatürde bu konuyla ilgili yapılmış çalışmalarla da örtüşmektedir.

Bakar'ın (2005) çalışmasında, hastaların % 20'sine lumpektomi, % 80'ine ise radikal mastektomi ve modifiye radikal mastektomi uygulandığı görülmüştür.⁷⁷ Saral'ın

⁷¹ Münevver Tünel, Meme Kanseri Hastalarda Cerrahi Tedavi Öncesi ve Sonrası Anksiyete ve Depresyon Düzeyi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), Adana, 2011, s. 29.

⁷² Ganz et al., a.g.m., pp. 39-49.

⁷³ T. Weiss, "Correlates of Posttraumatic Growth in Married Breast Cancer Survivors", **Journal of Social and Clinical Psychology**, Vol. 23, No. 5, 2004, pp. 733-746.

⁷⁴ M. Dorval et al., "Couples Who Get Closer After Breast Cancer: Frequency and Predictors in a Prospective Investigation", **Journal of Clinical Oncology**, Vol. XXIII, No. 15, 2005, pp. 3588-3596 .

⁷⁵ Charles S. Carver et al., "Quality of Life Among Long-Term Survivors of Breast Cancers: Different Types of Antecedents Predict Different Classes of Outcomes", **Psycho-Oncology**, Vol. XV, 2006, pp. 749-758.

⁷⁶ M. Epplein et al., "Quality of Life After Breast Cancer Diagnosis and Survival", **J Clin Oncol**, Vol. XXIX, 2011, <http://jco.ascopubs.org/cgi/doi/10.1200/JCO.2010.30.6951>, (03.05.2014), pp. 406-412.

⁷⁷ Bakar, a.g.t., s. 43.

(2008) araştırmasında, hastaların % 56.4'ünün modifiye radikal mastektomi, % 7.4'ünün ise meme koruyucu cerrahi uygulandığı tespit edilmiştir.⁷⁸ Çalışkan'ın (2009) araştırmasında; hastaların %73.3'üne total mastektomi, %26.7'sine meme koruyucu cerrahi uygulandığı bulunmuştur.⁷⁹ Karanlık ve arkadaşlarının (2006) erken evre (Evre I-II) 1841 meme kanserli olguyu incelediği araştırmasında, örneklem grubundaki meme kanserli hastaların % 66'sına mastektomi, % 34'üne meme koruyucu cerrahi uygulandığı saptanmıştır.⁸⁰

Ceylan'ın (2009) araştırmasında, meme kanserli hastaların % 73.17'sine total mastektomi, % 19.51'ine parsiyel mastektomi, % 7,32'sine ise meme rekonstrüksiyonu yapıldığı tespit edilmiştir.⁸¹ Çam ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları çalışmada, meme kanserli hastaların % 69.2'sine total mastektomi, % 30.8'ine parsiyel mastektomi uygulandığı bulunmuştur.⁸² Sütçü'nün (2010) araştırma kapsamında yer alan meme kanseri kadın hastaların % 24.7'sine meme koruyucu cerrahi, % 75.3'üne mastektomi uygulandığı saptanmıştır.⁸³ Tünel'in (2011) çalışmasında, meme kanseri kadın hastaların % 91.2'sine mastektomi, % 8.8'ine lumpektomi uygulandığı tespit edilmiştir.⁸⁴ Yıldız ve Karayurt'un (2011), lenfödem gelişen meme kanseri 100 kadın hastada yaptığı araştırmada, hastaların % 72'sine modifiye radikal mastektomi, % 28'ine lumpektomi uygulandığı belirlenmiştir.⁸⁵

Ganz ve arkadaşlarının (2002) izlem çalışmasında, araştırma grubunu oluşturan meme kanseri hastaların % 52.6'sına lumpektomi, % 28.5'ine mastektomi, % 18.9'una mastektomi ile rekonstrüksiyon uygulandığı belirlenmiştir.⁸⁶ Weiss (2004) yapmış olduğu araştırmada, meme kanseri kadın hastaların % 61'ine total mastektomi uygulandığını tespit etmiştir.⁸⁷

Carver ve arkadaşları (2006) meme kanserinde yaşam kalitesinde uzun dönemli izlem çalışmasında, örneklemin % 47'sine mastektomi, % 53'üne lumpektomi

⁷⁸ Saral, a.g.t., s. 50.

⁷⁹ Çalışkan, a.g.t., s. 37.

⁸⁰ Karanlık ve diğerleri, a.g.m., ss. 89-95.

⁸¹ Ceylan, a.g.t., s. 40.

⁸² Çam - Saka - Gümüş, a.g.m., ss. 73-81.

⁸³ Sütçü, a.g.t., s. 73.

⁸⁴ Tünel, a.g.t., s. 29.

⁸⁵ Yıldız - Karayurt, a.g.m., ss. 154-162.

⁸⁶ Ganz et al., a.g.m., pp. 39-49.

⁸⁷ T. Weiss, "Correlates of Posttraumatic Growth in Married Breast Cancer Survivors", **Journal of Social and Clinical Psychology**, Vol. XXIII, No. 5, 2004, pp. 733-746.

uygulandığını ve % 25'inin rekonstrüksiyon yaptırdığını bulgulamışlardır.⁸⁸ Araştırma kapsamında yer alan hastaların % 15.6'sının geçmişte psikolojik bir hastalık geçirdiği, % 84.4'ünün geçmişte psikolojik bir hastalık geçirmediği; % 12.8'inin antidepresan kullandığı ve % 87.2'sinin antidepresan kullanmadığı belirlenmiştir. Ayrıca kemoterapi sürecinin hastaların % 71.9'unda tamamlandığı, % 23.9'unda devam ettiği, % 15'ine ise kemoterapi uygulanmadığı tespit edilmiştir. (Bkz. Tablo 5)

Sütcü'nün (2010) çalışmasında yer alan hastalardan % 37.6'sı geçmişte psikiyatrik bir hastalık yaşadığını, % 54.1'i ise geçmişte psikiyatrik bir hastalık yaşamadığını belirtmiştir. Ayrıca Sütcü'nün araştırmasında, test uygulama sırasında hastaların % 77.6'sının psikiyatri ilacı kullanmadığı, % 21.2'sinin ise psikiyatri ilacı kullandığı tespit edilmiştir.⁸⁹ Tünel'in (2011) yapmış olduğu çalışmada yer alan meme kanserli hastaların % 38.2'sinin geçmişte psikiyatrik hastalık geçirdiği, % 61.8'inin ise geçirmediği saptanmıştır.⁹⁰

3.3. AĞRI ALGISI İLE İLGİLİ BULGULARIN YORUMLANMASI

3.3.1. Örneklemin Sayısal Ağrı Skalası Puan Ortalaması

Araştırmaya katılan meme kanseri kadın hastaların sayısal ağrı skalası puan ortalamaları 27.63 olarak bulunmuştur. (Bkz. Tablo 6) Sayısal ağrı skalasında en düşük puan "0", en yüksek puan ise "100" olarak belirlenmiştir. Dolayısıyla örneklem grubunun, ağrı algısı ortalamasının oldukça düşük olduğu söylenebilir.

3.3.2. Ağrı Algısı ve Yaş İlişkisi

Araştırmada, yaş ile ağrı algısı şiddeti arasında $p < 0.05$ düzeyinde anlamlı ve pozitif yönde bir korelasyon ($r=0.128$) olduğu tespit edilmiştir. Hastalarda yaş ilerledikçe, ağrı algısı düzeyinin de arttığı görülmüştür (bkz. Tablo 7). Dolayısıyla örneklem grubunda yer alan meme kanseri kadın hastalarda ağrı algısı düzeyinin, yaşın ilerlemesine bağlı olarak artmış olduğu görülmektedir.

Yaşla birlikte psikolojik algı düzeyinin de değişebileceği düşünüldüğünde, özellikle daha yaşlı hastalarda, psikolojik olarak ağrı algısı düzeyinde artış olabilir. Ayrıca yaşın

⁸⁸ Carver et al., a.g.m., pp. 749–758.

⁸⁹ Sütcü, a.g.t., s. 75.

⁹⁰ Tünel, a.g.t., s. 28.

ilerlemesi kansere bağlı semptomların daha belirgin bir şekilde hissedilmesinde önemli bir faktördür. Bununla birlikte yaşlı hastalarda kanserin yanısıra osteoporoz vb. diğer fiziksel hastalıkların da yaşa bağlı olarak ortaya çıkması ağrı algısı şiddetini etkilemiş olabilir. Ağrı ile hastalık evresi arasında anlamlı bir fark ortaya çıkmaması da bu araştırmada, ağrı algısının, örneklemede yer alan hastaların buldukları evre ile ilişkili olmadığını göstermektedir.

Genç'in (2005) kemoterapi gören akciğer kanseri hastalarda yaptığı araştırmada, 60 yaş ve üzeri grupta ağrı algısının diğer yaş gruplarından daha yüksek olduğu ve gruplar arası anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur.⁹¹ Peker'in (2007), ağrı yakınması olan hastalarda ağrı şiddetini belirlemede GAS (Görsel Analog Skala) kullanarak yaptığı araştırmada, ağrı algısı ile yaş arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, hastalarda yaş ilerledikçe ağrı algısının şiddetinde artış olduğu saptanmıştır.⁹²

Karateke (2010) yanık hastalarında ağrı, anksiyete ve depresyon düzeyini incelediği araştırmasında, yaş ve VAS (Görsel Analog Skala) ağrı skalası puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirlemiştir.⁹³ Çapar (2010), kemoterapi alan kanser hastalarında ağrı ile anksiyete ve depresyon ilişkisini incelediği araştırmasında ağrı düzeyi ile hastaların yaş, medeni durum, gelir düzeyi, eğitim durumu, çalışma durumu, hastalık tanısı özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını tespit etmiştir.⁹⁴

Carver ve arkadaşlarının (2006) meme kanserinde uzun dönemli yaşam kalitesini inceledikleri izlem çalışmasında, yaşam kalitesinin alt boyutu olan ağrı ile yaş arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu, ağrı şiddetinin yaş ilerledikçe azaldığı bulunmuştur.⁹⁵

⁹¹ Fatma Genç, "Kemoterapi Alan Akciğerli Hastalarda Görülen Semptomlar ve Başaıkma Tarzları", Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Erzurum, 2005, s. 51.

⁹² Didem Salt Peker, Ağrı Yakınması Olan Hastalarda Yaşam Kalitesi, Başaıkma Tutumları ve Depresif Belirtilerin Ağrı Algısı ile İlişkisi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), Aydın, 2007, s. 74.

⁹³ Yeliz Karateke, Yanıklı Hastalarda Ağrı, Anksiyete ve Depresyon İlişkisinin İncelenmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2010, s. 61.

⁹⁴ Çapar, a.g.t., s. 48.

⁹⁵ Carver et al., a.g.m., pp. 749–758.

3.3.3. Ağrı Algısı ve Hastalık Süresi İlişkisi

Araştırmada, sayısal ağrı skalası puan ortalamasının hastalık tanısı üzerinden 9-10 yıl geçmiş hastalarda en yüksek olduğu ($X=40.83$), hastalık tanısı üzerinden 0-6 ay ($X=18.52$) geçmiş hastalarda ise en düşük olduğu belirlenmiştir. Konuyla ilgili olarak yapılan Tek Yönlü ANOVA testine göre istatistiksel olarak ($F=2.988$; $p<0.05$) anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. Hastalık üzerinden 9-10 yıl geçen hastaların ağrı algısı düzeyinin, hastalık süresi 0-6 ay olan hastalardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Diğer gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma saptanmamıştır. (Bkz. Tablo 8)

Meme kanserinde, ağrı yakınmasına neden olan fibrozis, lenfödem gibi birtakım kronik yan etkiler meme operasyonlarından çok sonraları, evreden bağımsız olarak ortaya çıkabilirler. Hastalık tanı süresi üzerinden 9-10 yıl geçen hastalarda ağrı düzeyinin, 0-6 ay geçen hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek olmasında belirtilen faktörün etkisi düşünülebilir. Yapılan araştırmalarda, mastektomi sonrası uygulanan radyoterapinin, hastalarda lenfödem riskini arttırdığı ifade edilmektedir. Meme kanserinde lenfödem, ameliyat sonrası ilk aylarda görülebildiği gibi sonraki yıllarda da ortaya çıkabilir. Mortimer ve arkadaşlarının uzun süreli çalışmalarında, radyoterapi alan grupta lenfödem görülme oranının ikinci yılda % 23, 15 yıllık takipte ise % 45 olduğu tespit edilmiştir.⁹⁶

3.3.4. Ağrı Algısı ve Hastalık Evresi İlişkisi

Araştırmada sayısal ağrı skalası puan ortalamasının Evre IV ($X=33.97$) hastalarda en yüksek olduğu, ardından ikinci sırada Evre I ($X=27.79$), üçüncü sırada Evre II ($X=26.18$) ve dördüncü sırada Evre III ($X=22.54$) hastaların geldiği gözlenmiştir. Evre III meme kanseri hastalarında, ağrı algısı düzeyinin en düşük seviyede olduğu görülmektedir.

⁹⁶ Hakan Meral, Meme Kanseri Hastalarının Mastektomi Sonrası Komplikasyonları ve Risk Faktörleri, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), Trabzon, 2009; C. Shaw - P. Mortimer - P. A. Judd, "Randomized Controlled Trial Comparing a Low-Fat Diet with a Weight-Reduction Diet in Breast Cancer-Related Lymphedema", **Cancer**, Vol. CIX, No. 10, 2007, pp. 1949-1956; S. M. Beaulac et al., "Lymphedema and Quality of Life in Survivors of Early-Stage Breast Cancer", **Archives of Surgery**, Vol. CXXXVII, No. 11, 2002, pp.1253-1257; K. K. Swenson et al., "Case-Control Study to Evaluate Predictors of Lymphedema After Breast Cancer Surgery", **Oncol Nurs Forum**, Vol. XXXVI, No. 2, 2009, pp. 185- 193; A. Herd-Smith et.al., "Prognostic Factors for Lymphedema After Primary Treatment of Breast Carcinoma", **Cancer**, Vol. XCII, 2001, pp.1783- 1787; V. S. Erickson, "Arm Edema in Breast Cancer Patients", **J Natl Cancer Inst.**, Vol. XCIII, No. 2, 2001, pp. 96- 111.

Ancak yapılan Tek Yönlü ANOVA analizinde ($F=2.411$; $p>0.05$) ağrı algısı ile hastalık evresi arasında gruplar arası anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. (Bkz. Tablo 8)

Karadibak ve Özdirenc'in (2002), kanserin farklı evrelerinde bulunan olgularda fonksiyonel düzeyi belirlemek ve kronik kanser ağrısının bu olgulardaki fonksiyonel bağımsızlığa olan etkilerini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada, Evre III kanserli olguların VAS (Görsel Analog Skala) ağrı skalası ortalamalarının, diğer iki gruptaki (Evre I ve Evre II) olguların ortalamalarından ileri derecede farklı olduğu saptanmıştır.⁹⁷

Genç'in (2005) kemoterapi gören akciğer kanseri hastalarda yaptığı araştırmada, Evre IV'te olan hastaların ağrı puan ortalamasının Evre III'ten daha yüksek olduğu ve ancak gruplar arası anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur.⁹⁸ Çapar (2010) kemoterapi alan kanser hastalarında ağrı ile anksiyete ve depresyon ilişkisini incelediği araştırmasında, hastaklığın klinik seyrine göre ağrı düzeyinin değiştiğini ancak ağrı şiddeti ile kanser evresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını belirlemiştir.⁹⁹

Coyle ve arkadaşları (1991) ileri evre kanser hastalarında ağrı ve diğer semptomların görüldüğünü ve semptomların fonksiyon durumu üzerinde yaygın etkisi olduğunu tespit etmişlerdir. Araştırmalar, hastalarda kansere bağlı ağrının anksiyete ve depresyon düzeyi ve fiziksel ve sosyal fonksiyon alanlarında bozulmalarla ilgili olduğunu göstermektedir.¹⁰⁰

3.3.5. Ağrı Algısı ve Tedavi İlişkisi

Araştırmada, ağrı algısı ile uygulanan tedavi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla birey sayısı fazla olan yalnız “kemoterapi” almış ve “kemoterapi ve radyoterapi”yi birlikte almış hastaların t-Testi analizinde, “kemoterapi ve radyoterapi” tedavilerinin her ikisini de almış olan hastaların sayısal ağrı skalası puan ortalamasının ($X=30.16$), yalnız

⁹⁷ Didem Karadibak - Mehtap Özdiranç, “Kanser Ağrısının Fonksiyonel Kapasiteye Etkisi”, **Fizyoterapi Rehabilitasyon**, C. XIII, S. 3, 2002, ss. 113-116.

⁹⁸ Genç, a.g.t, s. 53.

⁹⁹ Çapar, a.g.t., s. 49.

¹⁰⁰ N. Coyle et al., “Character of Terminal Illness in the Advanced Cancer Patient: Pain and Other Symptoms During the Last Four Weeks of Life” **J Pain Symptom Management** , Vol. VI, 1991, pp. 408-410; P. Strang - H. Qvarner, “ Cancer-Related Pain and Its Influence on Quality of Life”, **Anticancer Res**, Vol. X, 1990, pp. 109-112; T. A. Rummans et al., “Quality of Life and Pain in Patients with Recurrent Breast and Gynecologic Cancer”, **Psychosomatics**, Vol. XXXIX, 1998, pp. 437-445; Yasemin K. Yıldırım - Meltem Uyar - Çiçek Fadilloğlu, “Kanser Ağrısı ve Yaşam Kalitesine Etkisi”, **Ağrı**, C. XVII, S. 4, 2005, s. 21.

“kemoterapi” tedavisi görmüş hastalardan ($X=24.02$) anlamlı olarak ($t=-2.017$; $p<0.05$) daha yüksek olduğu saptanmıştır. (Bkz. Tablo 9)

3.3.6. Ağrı Algısı ve Ameliyat Tipi İlişkisi

Araştırmada, mastektomi yapılmış hastaların ($X=29.59$) sayısal ağrı skalası puan ortalamasının diğer gruplardan daha yüksek olduğu, ardından sırasıyla meme koruyucu cerrahi ($X=25.04$), ameliyat olmamış hastalar ($X=12.50$) ve en düşük puan ortalamasına sahip olarak da rekonstrüksiyon ($X=5.00$) uygulanmış olguların geldiği belirlenmiştir. Yapılan ANOVA analizinde gruplar arasında $p<0.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiştir. Ağrı algısı şiddetinin meme koruyucu cerrahi uygulanmış ve mastektomi yapılmış hastalarda, rekonstrüksiyonlu hastalardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. (Bkz. Tablo 8)

Bu araştırmada, meme rekonstrüksiyonu olarak ifade edilen cerrahi operasyon, subkutan mastektomi içeren olguları kapsadığı belirlenmiştir. Bu olgular, memenin içinin boşaltılıp silikon implant yerleştirilen hastalardır. Araştırma kapsamındaki rekonstrüksiyon uygulanan toplam hasta sayısı ($n=6$) çok düşük sayıdadır. Bu hastalarda, bedensel doku kaybı ya da bedensel imaj bozulmasının, meme koruyucu cerrahi ve mastektomiye nazaran daha az olması, ağrının daha düşük düzeyde algılanması üzerinde etkili olmuş olabilir.

Dolayısıyla yapılan istatistiksel analizler sonucunda *“hipotez A-1: Örneklem grubunda yer alan meme kanseri kadın hastaların ağrı algı düzeyleri; yaş, hastalık süresi, hastalık evresi, uygulanan tedavi, ameliyat tipi değişkenlerine göre farklılık gösterir”* hipotezinin “hastalık evresi” değişkeni özelinde desteklenmediği ancak “yaş”, “hastalık süresi” “uygulanan tedavi” ve “ameliyat tipi” değişkenleri açısından kısmen desteklendiği görülmüştür. (Bkz. Tablo 7-8-9)

3.4. BEDEN ALGISI İLE İLGİLİ BULGULARIN YORUMLANMASI

3.4.1. Örneklemin Beden Algısı

Araştırmada, geçirilen ameliyata ve mastektomiye bağlı uzuv kaybının oluşturduğu fiziksel görünümdeki bozulmaya rağmen, örneklemini oluşturan meme kanseri kadın

hastaların büyük çoğunluğunun (% 76.7) olumlu beden algısına, % 23.3'ünün ise olumsuz beden algısına sahip oldukları tespit edilmiştir. (Bkz. Tablo 10)

Mastektominin kadınlarda, farklı düzeylerde fonksiyonel yetersizlik, kaygı ve korkuya neden olduğu bilinmektedir. Ayrıca mastektominin, hastaların beden algıları, özgüvenleri, psikolojik durumları ve sosyal çevreleriyle olan ilişkileri üzerinde de etkili olduğu görülmektedir.¹⁰¹

Bu konuda yapılan bazı araştırmalarda, mastektominin meme kanseri kadın hastalarda beden algısı, eş uyumu ve duygusal anlamda önemli bir tehdit oluşturmadığı yönünde bulgulara ulaşılmıştır.

Öncü (2008) çalışmasında, mastektomi ameliyatı geçiren kadınların, ameliyat öncesi evlilik ilişkilerini iyi olarak tanımlamalarını ve ameliyat sonrası eş uyum puanlarının orta düzeyde çıkması sonucunu, mastektominin eş uyumunu etkilemediği ya da çok az etkilediği yönünde değerlendirmiştir.¹⁰² Tünel'in (2011) araştırmasına katılan hastaların % 58.8'i hastalıktan sonra eşlerinin davranışının daha yakın olduğunu, % 41.6'sı ise hastalık sonrası eşlerinin davranışında değişme olmadığını belirtmiştir. Çalışma grubunda yer alan hastaların % 82'si ameliyattan sonra giyiminde ve kendine olan bakımında değişiklik olmadığını, % 11.8'i azaldığını, % 5.9'u ise arttığını ifade etmiştir.¹⁰³

Shover ve arkadaşlarının (1994) yaptıkları çalışmada, meme kanserli hastaların beden algılarının yüksek olduğu tespit edilmiştir.¹⁰⁴ Engel ve Kerr'in (2004), meme kanserli kadın hastalarda mastektomiye bağlı olarak beden algısının düşük olduğunu tespit etmişlerdir.¹⁰⁵

¹⁰¹ Sedat Özkan, "Kanser Hastalarında Psikiyatrik ve Psikososyal Tedavi", **Psikoonkoloji**, İstanbul, 2007, ss. 153-169.

¹⁰² Hatice K. Öncü, Mastektomi Ameliyatı Olmuş Meme Kanserli Kadınların, Mastektomi Sonrası Eş Uyumu ile Yalnızlık Düzeyinin İncelenmesi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Samsun, 2008, s. 52.

¹⁰³ Tünel, a.g.t., s. 33.

¹⁰⁴ R. L. Schover et al., "Partial Mastectomy and Breast Reconstruction", **Cancer**, Vol. VII, 1994, pp. 54-64

¹⁰⁵ J. Engel - J. Kerr, "Quality of Life Following Breast-Conserving Therapy or Mastectomy: Results of a 5-Year Prospective Study", **The Breast Journal**, Vol. X, No. 3, 2004, ss. 223-231.

3.4.2. Beden Algısı ve Yaş İlişkisi

Araştırmada, örneklem grubunun beden algısı ve yaş değişkeni arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan korelasyon analizinde beden algısı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($p>0.05$) bulunmamıştır. (Bkz. Tablo 11)

Beden algısında yaşın önemli bir etken olduğunu, özellikle mastektominin genç yaştaki kadın hastalarda beden algısı ile ilgili önemli problemlere neden olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur.¹⁰⁶

Uçar'ın (2008) çalışmasında, mastektomili kadınlarda 40-49 ile 50 yaş ve üzeri grupta vücut algısının, daha yüksek olduğu bulunmuştur. 30-39 yaş grubundaki mastektomili kadın hastaların beden algısının diğer yaş gruplarından daha düşük olduğu bulunmuştur. Yine bu araştırmada, 40 yaş ve üzeri mastektomili kadınların benlik saygısının, sağlıklı kontrol grubuna oranla daha düşük olduğu tespit edilmiştir¹⁰⁷.

Çalışkan (2009)'ın araştırmasında; mastektomili hastaların uygulanan vücut algısı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının ($X= 152.22$) oldukça yüksek olduğu belirtilmiştir. Çalışkan'ın (2009) araştırmasında yaşın, eğitim durumunun ve mesleklerin vücut algısını etkilemediği saptanmıştır.¹⁰⁸

Wenzel ve arkadaşlarının (1999), 304 meme kanserli olgu üzerinde yaptıkları karşılaştırmalı çalışmada¹⁰⁹, ayrıca Engel ve Kerr'in (2004), 990 mastektomili hastalarda yapmış oldukları çalışmada yaşın beden algısını etkilemediği tespit edilmiştir.¹¹⁰

Carver ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan meme kanserinde yaşam kalitesinde uzun dönemli izlem çalışmasında, meme kanseri kadın hastalarda yaş ilerledikçe fiziksel görünüme ait endişelerde anlamlı olarak bir azalma olduğu görülmüştür.¹¹¹

¹⁰⁶ S. K. Al Ghazal - L. Fallowfield - R. W Blamey, "Comparison of Psychological Aspects and Patient Satisfaction Following Breast Conserving Surgery, Simple Mastectomy and Breast Reconstruction", **Eur J Cancer**, Vol. XXXVI, 2000, pp. 1938- 1943; S. K. Al-Ghazal - L. Fallowfield - R. W. Blamey, "Does Cosmetic Outcome from Treatment of Primary Breast Cancer Influence Psychosocial Morbidity?", **European Journal of Surgical Oncology**, Vol. XXV, 1999, pp. 571-573; Aysun B. Gümüş, "Meme Kanserinde Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler", **Meme Sağlığı Dergisi**, Vol. II, No. 3, 2006, ss. 108-113.

¹⁰⁷ Uçar, a.g.t., s. 43.

¹⁰⁸ Çalışkan, a.g.t., s. 40.

¹⁰⁹ L. B. Wenzel et. al., " Age-Related Differences in the Quality of Life of Breast Carcinoma Patients After Treatment", **Amerikan Cancer Society**, Vol. LXXXVI, No. 9, 1999, pp.1768-1774.

¹¹⁰ Engel - Kerr, a.g.m., ss. 223-231.

¹¹¹ Carver et al., a.g.m., pp. 749-758.

3.4.3. Beden Algısı ve Medeni Durum Arasındaki İlişki

Araştırmada bekar hastaların (X=.33) beden algılarının, evli (X=.23) ve eşinden ayrılmış (X=.23) hastalara göre daha olumsuz olduğu görülmüştür. Olumlu beden algısı en yüksek olan grubun ise eşi vefat etmiş (X=.22) hastalar olduğu tespit edilmiştir. Ancak yapılan ANOVA’da, gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olmadığı bulunmuştur. (Bkz. Tablo 12)

Araştırmada, beden algısı ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki ortaya çıkmamış olduğu görülmektedir. Ancak bekar hastalarda puan ortalamasının, evli hastalardan daha yüksek çıkmasında, örnekleme yer alan bekar hastaların, evli hastalara göre yaşça daha genç olmaları ve geleceğe dair evlilik planlarında, çekiciliği kaybetme ve beğenilmeme gibi korkular yaşamaları ile ilişkili olabilir.

Kadınlarda, cinsel çekicilik konusunda endişeler ve evliliğin tehlikeye girmesi¹¹² gibi durumların, mastektomi yapılmış evli hastalarda beden algısı üzerinde daha olumsuz etki oluşturabileceği düşünülmektedir. Uygulanan cerrahi girişime bağlı olarak memenin tümünü ya da bir kısmını kaybeden meme kanserli kadın hastalarda bu durum, cinsel kimliğe tehdit olarak algılandığı gibi kadınlarda cinsel açıdan yetersizlik ve eksiklik hissi, evliliklerinin ve eşleriyle olan duygusal ilişkilerinin tehlikeye girmesi gibi korkular da oluşturmaktadır.¹¹³ Ancak yapılan bazı çalışmalarda, ameliyat sonrası eş uyumlarının ve ilişkilerinin iyi olduğunu göstermektedir. Şendil’in (1995), mastektomili kadın hastalarda, evlilik ilişkisini incelediği çalışmasında, mastektomi geçirmiş kadınların, evliliklerinde duygusal ve sosyal yönden bir uyum olduğu, hatta ameliyat öncesi dönemden daha mutlu ve uyumlu oldukları belirlenmiştir.¹¹⁴

Çalışkan (2009)’ın araştırmasında, hastalarda mastektomiden sonra mastektomiye bağlı duygusal sorun yaşama durumunun beden algısını etkilediği, duygusal sorun yaşamayan hastaların beden algısının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu araştırmada, beden algısının eş uyumunu etkilediği sonucu ortaya çıkmıştır (p= .029). Çalışkan’ın

¹¹² Ayşe Okanlı, “Kadınlarda Mastektominin Psikososyal Etkileri”, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, C. I, S.1, 2004, www.InsanBilimleri.com, (29.06.2014), s. 3.

¹¹³ Neriman Akyolcu, “Meme Kanserinde Cerrahi Girişim Sonrası Cinsel Yaşam”, **Meme Sağlığı Dergisi**, C. IV, S. 2, 2008, s. 79.

¹¹⁴ Gül Şendil, “Mastektomi Geçirmiş Kadınların Evlilik İlişkisinin İncelenmesi”, **İstanbul Üniversitesi Psikoloji Çalışmaları**, C. XX, 1995, <http://www.journals.istanbul.edu.tr/iupcd/article/view/1023013643/1023012859>, (29.06.2014), ss. 151-157.

(2009) araştırmasında, örneklem grubunda yer alan kadın hastaların beden algıları ve eş uyumları yüksek çıkmıştır.¹¹⁵

Avis ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında, meme kanseri genç kadınlarda görülen psikososyal sorunların arasında, bedenlerinde oluşan fiziksel değişimden hoşnutsuzluğun ve eş ilişkilerinde problem yaşamanın daha belirgin olduğu tespit edilmiştir.¹¹⁶

3.4.4. Beden Algısı ve Yerleşim Yeri Arasındaki İlişki

Araştırmada, ilçede yaşayan hastalarda köyde ve şehirde yaşayan hastalara göre olumlu beden algısı düzeyinin daha yüksek olduğu, şehirde yaşayan hastaların daha olumsuz beden algısına sahip oldukları, fiziksel görünümünden daha fazla rahatsızlık duydukları belirlenmiştir. ANOVA analizinde gruplar arası anlamlı bir farklılık ($F=3.130$; $p<0.05$) olduğu bulunmuş; şehirde yaşayan hastaların, ilçede yaşayan hastalara göre olumlu beden algısı düzeylerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 12).

Ortaya çıkan bu durum, şehirde yaşayan hastalarda, fiziksel anlamda beden imajına verilen değer, köyde ve ilçede yaşayan hastalara göre daha fazla olduğunu göstermektedir. Şehir yaşamında, bireyci kültürün daha hakim olması, karşılıklı ilişkilerde belirli mesafe olması, sembolik davranışlar içeren soğuk ilişkilerin olması, insanların dış görünümüne ve moda kültürüne odaklı bir yaşam geliştirmelerine ve bu yaşama uygun olarak da fiziksel görünümde çekicilik ve cazibe algısının daha önem kazandığı düşünülebilir. Bireyci kültürlerde, bireyin kendisine verilen önemin arttığı, toplulukçu kültürlerde ise grup içi uyum ve ait olma duygusunun daha fazla önem kazandığı görülmektedir.¹¹⁷ Bu durum, günümüzün modern kent yaşamında ve geleneksel köy yaşamında da belirgin olarak gözlenmektedir. Modern kent yaşamı, yoğun ve karmaşık ilişkileri içinde barındırır da bu ilişkiler, sıcak ve yakın dostluk ilişkilerinden uzak geçici, biçimsel ve yüzeyseldir.¹¹⁸ Köyde ve ilçede yaşayan bireylerde ise topluluk içi aidiyet kültürünün varlığı, yakın komşuluk ve akrabalık ilişkilerinin olması, geleneksel ve ahlaki değerlerin sıcak ve samimi

¹¹⁵ Çalışkan, a.g.t., s. 42, s. 59.

¹¹⁶ N. Avisa - S. Crawford - J. Manuela, "Psychosocial Problems Among Younger Women with Breast Cancer", *Psycho-Oncology*, Vol. XIII, 2004, pp. 295–308.

¹¹⁷ Çiğdem Kağıtçıbaşı, *Yeni İnsan ve İnsanlar*, Evrim Yayınevi, İstanbul, 1999, s. 214.

¹¹⁸ Doğan Cüceloğlu, *Yeniden İnsan İnsana*, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1995, s. 233.

insani ilişkiler olarak yansımaları, kırsal kesimde yaşayan hastalarda bireysel anlamda fiziksel görünüm algısına odaklanma ve önem verme kaygısını azaltmış olabilir.

3.4.5. Beden Algısı ve Meslek Arasındaki İlişki

Araştırmada, olumlu beden algısı en yüksek seviyede olan grubun ev hanımları (X=.23) olduğu, ardından sırasıyla emekli (X=.24), öğretmen (X=.25) ve diğer (X=.28) meslek grubunda olan hastaların geldiği görülmektedir. “Diğer” meslek grubunda olan hastaların daha olumsuz beden algısına sahip oldukları izlenmektedir. Ancak yapılan ANOVA analizinde (F=.075; p>0.05), beden algısının mesleklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma göstermediği bulunmuştur. (Bkz. Tablo 12)

Sertöz’ün (2002) çalışmasında, eğitimin beden algısını etkilemediği sonucu ortaya çıkmıştır.¹¹⁹ Çalışkan’ın (2009) araştırmasında; eğitim durumunun ve mesleklerin vücut algısını etkilemediği saptanmıştır.¹²⁰

3.4.6. Beden Algısı ve Eğitim-Öğrenim Düzeyi Arasındaki İlişki

Araştırmada, olumlu beden algısı düzeyi en yüksek olan grubun okuma-yazma bilmeyenler olduğu, sadece okuma-yazma bilenlerin ise olumlu beden algısı düzeyi en düşük olan grup olduğu bulunmuştur. ANOVA analizinde gruplar arası anlamlı bir farklılık (F=2.477; p<0.05) olduğu belirlenmiş ve ilkökul mezunu hastaların, okuma-yazma bilmeyen gruba göre beden algılarının daha olumsuz olduğu ortaya çıkmıştır. Diğer gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. (Bkz. Tablo 12)

Uçar’ın (2008) çalışmasında da eğitim düzeyi yükseldikçe vücut algısının düştüğü tespit edilmiştir.¹²¹

¹¹⁹ Ö. Ö. Sertöz, Meme Kanseri Ameliyatı Tipinin Beden Algısı, Cinsel İşlevler, Benlik Saygısı ve Eş Uyumuna Etkileri: Kontrollü Bir Çalışma, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), İzmir, 2002.

¹²⁰ Çalışkan, a.g.t., s. 40.

¹²¹ Uçar, a.g.t., s. 43.

3.4.7. Beden Algısı ve Ameliyat Tipi Arasındaki İlişki

Araştırmada, ameliyat olmamış hastaların beden algılarının en olumlu düzeyde olduğu, meme koruyucu cerrahi ve mastektomi uygulanmış hastaların ise rekonstrüksiyon yapılmış hastalara göre beden algılarının daha olumlu olduğu dolayısıyla rekonstrüksiyon yapılmış hastaların olumsuz beden algısı düzeylerinin diğer gruplardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. ANOVA'da gruplar arası anlamlı bir farklılık ($F=4.922$; $p<0.01$) tespit edilmiştir. Bu farklılığa göre, meme koruyucu cerrahi ve mastektomi uygulanmış hastaların beden algılarının ameliyat olmamış hastalara göre daha olumsuz olduğu; mastektomili hastaların, meme koruyucu cerrahi yapılmış hastalara göre daha olumsuz beden algısına sahip oldukları belirlenmiştir. Bu durumda meme koruyucu cerrahi uygulanmış hastaların daha olumlu beden algısına, mastektomi yapılmış hastaların ise daha olumsuz beden algısına sahip oldukları söylenebilir. (Bkz. Tablo 12)

Yapılan araştırmalar, mastektomi sonrası kadınlarda beden imajında bozulma, duyuşsal kayıp ve vücut bütünlüğünü hissetme sorunu, cinsel istek azalması, eş uyumu problemleri, benlik saygısında azalma, depresyon, anksiyete gibi birçok ruhsal problemlerin ortaya çıktığını göstermektedir.¹²²

Meme kanserinde, uygulanan rekonstrüksif cerrahinin hastada vücut bütünlüğünün korunması yönünde etkili olduğu ve böylece hastanın psikolojik durumunu güçlendirdiği ve mastektominin yıkıcı etkisini azalttığı düşünülmektedir. Yapılan çalışmalar rekonstrüksiyonun, meme kanserli hastalarda benlik saygısını arttırdığını, güven duygusunun ve kişisel ilişkilerin gelişmesine katkı sağladığını, psikolojik ve sosyal sorunları azalttığı ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğini göstermektedir.¹²³ Meme kanseri kadın hastalarda ameliyat şeklinin psikososyal uyumdan çok beden imajı ve cinsel uyumu etkilediği bulunmuştur.¹²⁴

İşgüzar (2002), Total Mastektomi ve Meme Koruyucu Tedavi geçirmiş hasta grupları arasında kaygı, depresyon, yaşam kalitesi ve psikolojik uyum değişkenleri açısından yaptığı karşılaştırmalı çalışmada; Total Mastektomi grubunda Meme Koruyucu Tedavi grubuna oranla daha yüksek seviyede bedensel eksiklik duygusu, fiziksel

¹²² Göktaş, a.g.t., s. 93; H. J. Burstein - E. P. Winer, "Primary Care for Survivors of Breast Cancer", **N Eng J Med**, Vol. CCCXLIII, 2000, pp. 1086-1094; Uçar, a.g.t., s. 22.

¹²³ Göktaş, a.g.t., s. 102; L. Wolf, "Bir Kadının Bakış Açısından Meme Rekonstrüksiyonu", ed. G. Rovere et al., **Onkoplastik ve Rekonstrüktif Meme Cerrahisi**, Turgut Yayıncılık, İstanbul, 2007.

¹²⁴ Saral, a.g.t., s. 69.

görünümünden rahatsızlık, giyim tarzında değişiklik ve yakınların ilgisinde eksiklik hissini yaşadığı bulgularına ulaşmıştır.¹²⁵

Saral'ın (2008) araştırmasında, ameliyat şeklinin kansere uyumu etkilemediği belirtilmiştir.¹²⁶ Uçar'ın (2008) karşılaştırmalı araştırmasında, mastektominin beden algısını, benlik saygısını ve çift uyumunu olumsuz yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Ancak ameliyat sonucundan memnun olduğunu belirten mastektomili kadın hastaların beden algısının ve eş uyumunun, memnun olmayan hasta grubundan daha yüksek olduğu saptanmıştır.¹²⁷ Burada, kadınlar için kaybedilen uzvun ifade ettiği anlama göre de beden algısının şekillendiği düşünülebilir.

Ceylan'ın (2009) araştırmasında, parsiyel mastektomi uygulanan hastaların benlik saygısı, total mastektomi ve meme rekonstrüksiyonu uygulanan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Özellikle, meme rekonstrüksiyonu yapılan hastalarda total mastektomide olduğu gibi benlik saygısının düşük çıkmasına, rekonstrüksiyon sonucu oluşturulan uzvun da kadına bütünlük duygusunu hissettiremediği, beden algısının bozulması ve deforme olma duygusunu onaramadığı yorumuyla açıklama getirilmiştir.¹²⁸

Zanapalıoğlu ve arkadaşlarının (2009), meme kanseri hastalarda meme koruyucu cerrahinin yaşam kalitesine etkisi üzerine yaptığı çalışmada, modifiye radikal mastektomi yapılmış hastaların % 93.3'ünün ve meme koruyucu cerrahi uygulanmış hastaların % beden imajlarından dolayı mutsuz olduğu bulunmuştur.¹²⁹

Al-Ghazal ve arkadaşlarının (2000) yaptıkları çalışmada, mastektominin beden algısını, benlik saygısını ve eş uyumunu olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir.¹³⁰ Nano ve arkadaşlarının (2005) araştırmasında da mastektominin beden algısını olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur.¹³¹

¹²⁵ Selma İşgüzar, Total Mastektomi yapılmış Kadınlarda Kaygı, Depresyon ve Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2002.

¹²⁶ Saral, a.g.t., s. 73.

¹²⁷ Uçar, a.g.t., s. 41.

¹²⁸ Ceylan, a.g.t., 2009, s. 47.

¹²⁹ Yasemin Zanapalıoğlu ve diğerleri, "Effect of Breast Conserving Surgery in Quality of Life in Breast Cancer Patients", **The Journal of Breast Health**, Vol. V, No. 3, 2009, pp. 152-156.

¹³⁰ Al Ghazal - Fallowfield - Blamey, a.g.m., pp.1938- 1943.

¹³¹ M. T. Nano et al., "Psychological Impact and Cosmetic Outcome of Surgical Breast Cancer Strategies", **ANZ J Surg**, Vol. LXXV, 2005, pp. 940-947.

İstatistiksel analizler sonucunda ortaya çıkan bulgulara göre bu araştırmada; “hipotez A-2: Meme kanseri kadın hastalarda ameliyat sonrası beden algısı; yaş, medeni durum, yerleşim yeri, meslek, eğitim-öğrenim durumu ve ameliyat tipi değişkenlerine göre farklılık gösterir” hipotezinin “yaş”, “medeni durum” ve “meslek” değişkenleri özelinde desteklenmediği ancak “yerleşim yeri”, “eğitim-öğrenim durumu” ve “ameliyat tipi” değişkenleri açısından desteklendiği gözlenmiştir. (Bkz. Tablo 11-12)

3.5. DEPRESYON İLE İLGİLİ BULGULARIN YORUMLANMASI

3.5.1. Örneklemin Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalaması

Araştırmada, örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastaların Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarının ($X=6.50$) olduğu bulunmuştur. (Bkz. Tablo 13) Hisli'nin (1988) Beck Depresyon Envanteri için poliklinik hastalarında yaptığı geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, Türk popülasyonu için 17 ve üstündeki BDE puanlarının, tedavi gerektirebilecek depresyonu % 90 üzerinde bir doğrulukla ayırt edebildiği bulunmuştur. Ölçeğin puan dağılımı kesme noktalarına göre şu şekilde belirlenmiştir.¹³² Araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri hastalarının BDE puan ortalamasına ($X=6.50$) bakıldığında, tanımlanabilir depresyon düzeyine ulaşmadıkları görülmektedir. Örneklemin % 40.6'sının (0-4) puan, % 41.7'sinin (5-10) puan, % 14.4'ünün (11-17) puan, % 0.8'inin (18-19) puan, % 2.5'inin (20-35) puan aralığında olduğu bulunmuştur.(Bkz. Tablo 13) Hastaların % 3.9'unun BDE'nin kesim noktası olarak belirlenen 17 puan ve üzerinde aldığı, % 96.1'inin ise 17 puanın altında kaldığı tespit edilmiştir. Buna göre, araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastaların yalnızca % 3.9'unun tanımlanabilir depresyon düzeyinde oldukları söylenebilir.

¹³² Nesrin Hisli, “Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği, Güvenirliliği”, **Psikoloji Dergisi**, C. VII, 1989, ss. 3–13; Aslıhan Kurt, Kanser Ağrılı ve Kanser Dışı Kronik Ağrılı Hastaların Psikolojik Faktörler (Depresyon, Kaygı, Başa Çıkma) Açısından Karşılaştırılması, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2005, s. 27; Didem Salt Peker, Ağrı Yakınması Olan Hastalarda Yaşam Kalitesi, Başa Çıkma Tutumları ve Depresif Belirtilerin Ağrı Algısı ile İlişkisi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), Aydın, 2007, s. 54; Karateke, a.g.t., s. 53; Sebahat A. Ateş, Kemoterapiye Bağlı Alopesi Algısı ve Yaşam Kalitesi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İstanbul, 2011, s. 36; Nagehan I. Açıkmeşe, Kanser Hastalarında İç-Dış Kontrol Odağının Depresyon Üzerine Etkisinin Araştırılması, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2007, s. 30.

Üzüntü, korku, kızgınlık ve acı kanser teşhisinin ardından gelen doğal ve anlaşılabilir duygusal tepkilerdir. Bunlara bağlı olarak kanser hastalarının yaklaşık beşte birinde kronik depresif rahatsızlık gelişebileceği bildirilmektedir.¹³³ Depresyon prevalansının (yaygınlık), genel popülasyonda yaklaşık olarak % 6 olduğu ancak hastanede yatan hastalarda depresyon oranının oldukça yüksek olduğu, hastaların % 22 ila % 24'ünde görüldüğü belirtilmektedir.¹³⁴ Massie ve Holland, kanser hastalarında komorbid depresyon oluşumunu gösteren bir dizi çalışmayı incelemişler ve depresyon oranının en düşük % 4.5 ve en yüksek % 58 aralığında olduğunu bulmuşlardır.¹³⁵ Hastalar arasındaki depresyonun teşhis ve tedavisi, kanser için tedavide hastalığın seyri açısından önemli bir rol oynayabilir ve buna ek olarak hastaların yaşam kalitesi gelişebilir.¹³⁶

Kandemir (2006) kader inancının psikoterapik fonksiyonu üzerine yaptığı araştırmasında, hasta ve sağlıklı bireylerin depresyon düzeylerinin karşılaştırmış ve hastaların depresyon puan ortalamalarının anlamlılık seviyesinde ve daha yüksek olduğunu bulmuştur.¹³⁷ Karakaş'ın (2007) çeşitli kanser hastaları ile yaptığı çalışmasında, örneklem grubunun % 43'ünde anksiyete ve % 60'inde depresyon olduğu saptanmıştır.¹³⁸

Alacacioğlu'nun (2007), 330 kanser hastası ve 330 hasta yakınının değerlendirmeye alındığı araştırmasında, Beck Depresyon Ölçeği'nin Türk popülasyonu için belirlenen değerine göre hastaların %35,2'sinde depresyon olduğu tespit edilmiştir.¹³⁹

Sütcü (2010) araştırmasında, meme kanseri hasta grubu ile kontrol grubunun BDÖ puan ortalamalarını karşılaştırdığında aradaki farkın anlamlı düzeyde olduğunu ve meme kanseri hastaların BDÖ puan ortalamalarının diğer gruptan daha yüksek olduğunu bulmuştur. Sütcü (2010), BDÖ (Beck Depresyon Ölçeği) puan hesaplamasında kesim noktası olarak belirlediği 21 ve üzeri puan alanları depresyonu olan grup, 20 ve altında

¹³³ M. Aapro - A. Cull, "Depression in Breast Cancer Patients: The Need for Treatment", **Annals of Oncology** Vol. X, 1999, pp. 627-636.

¹³⁴ Aapro - Cull, a.g.m., pp. 627-636.

¹³⁵ M. J. Massie - J. C. Holland, "Depression and the Cancer Patient", **J Clin Psychiatry**, Vol. LI (Suppl 7), 1990, pp. 12-17.

¹³⁶ Aapro - Cull, a.g.m., pp. 627-636.

¹³⁷ Yusuf Kandemir, Kader İncancının Psikoterapik Açısından Fonksiyonu, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Erzurum, 2006, s. 89.

¹³⁸ Sibel Ası Karakaş, Kanser Hastalarının Hastalığı Değerlendirme Biçimlerinin Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Erzurum, 2007, s. 43.

¹³⁹ Ahmet Alacacioğlu, Kanser Hastası ve Hasta Yakınlarının Depresyon, Umutsuzluk ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), İzmir, 2007, s. 36.

puan alanları ise depresyonu olmayan grup olarak ikiye ayırmıştır. Buna göre hastaların % 81.2'sinde depresyon olmadığı, % 18.8'inde ise depresyon olduğu saptanmıştır.¹⁴⁰

Yurt dışında yapılan bazı çalışmalar, meme kanseri hastalarında depresyon prevalansının % 10 ile % 55 arasında değiştiğini göstermektedir. Depresyon prevalansı, Maquire ve arkadaşları (1978) tarafından 201 meme kanserli örneklem grubunda % 26; Silberfarb ve arkadaşlarının (1980) örneklem sayısı 146 olan çalışmalarında % 10; Faber ve arkadaşlarının (1984) araştırmalarında 141 kişiden oluşan örneklemde % 19.5; Hopwood ve arkadaşları (1991) tarafından yapılan ve örneklem sayısı 222 olan çalışmada % 24.5; Ramirez ve arkadaşlarının (1995) 91 kişiden oluşan örnekleminde % 55 olarak bulunmuştur.¹⁴¹ Haghighi (2013), İranlı kanser hastalarında Beck Depresyon Envanteri kullanarak dini başa çıkma ve depresyon arasındaki ilişkiyi incelediği araştırmasında, kadın hastaların depresyon puan ortalamasını 5.58 olarak bulmuştur.¹⁴²

Bu araştırmada, meme kanseri kadın hastalarda depresyon prevalansı (% 3.9), literatür ile uyumlu bulunmamıştır. Bu durumun oluşmasında, araştırmada normal dağılıma uymayan yüksek BDE değerlerinin (30 puan ve üzeri) analize dâhil edilmemiş olması etkili olmuş olabilir.

3.5.2. Depresyon ve Antidepresan Kullanımı İlişkisi

Araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastalarda, antidepresan kullanımının depresyon düzeyini etkileyeceği, dolayısıyla sonuçlar üzerinde karıştırıcı etkisi olabileceği düşünülerek, antidepresan kullanan ve kullanmayan hastaların BDE puan ortalamalarının karşılaştırılması amacıyla t-Testi analizi uygulanmıştır. (Bkz. Tablo 14) Analiz sonuçlarına göre antidepresan kullanan (X=8.54) hastaların BDE puan ortalamalarının, antidepresan kullanmayan (X=6.20) hastalardan anlamlı olarak ($t=-3.103$; $p<0.01$) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Depresyon düzeyinin, antidepresan kullanan hastalarda, kullanmayan hastalardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmasının, araştırmadaki antidepresan kullanımına bağlı belirsizliği giderdiği düşünülmektedir.

¹⁴⁰ Sütçü, a.g.t., s. 77.

¹⁴¹ Aapro - Cull, a.g.m., pp. 627-636.

¹⁴² Fatemeh Haghighi, "Correlation Between Religious Coping and Depression in Cancer Patients", *Psychiatria Danubina*, Vol. XXV, No. 3, 2013, pp. 236-240.

3.5.3. Depresyon ve Yaş İlişkisi

Araştırmada, depresyon ve yaş arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan korelasyon analizine göre depresyon ve yaş değişkeni arasında anlamlı bir ilişki ($p>0.05$) bulunmamıştır. (Bkz. Tablo 15)

Literatürde, yaşın depresyon üzerinde önemli bir etken olduğunu gösteren çalışmalar olduğu gibi yaşın depresyon ile anlamlı bir ilişkisi olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur. Bu araştırmada, yaş ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunamaması, meme kanseri hastalarında depresyon düzeyinin yaşa bağlı olmadığını göstermektedir.

Bölükbaş ve Çevik'in (1999) araştırmasında, mastektomi sonrası 20-30 yaş aralığındaki hastaların depresyon düzeylerinin orta derecede olduğu, genç meme kanserli kadın hastaların ileri yaş grubundaki hastalara göre depresyon ve umutsuzluk düzeylerinin daha fazla olduğu belirtilmiştir.¹⁴³ Genç'in (2005) kemoterapi gören akciğer kanseri hastalarda yaptığı araştırmada, depresyon puan ortalamasının 30-49 yaş grubu genç hastalarda ileri yaş grubunda bulunan hastalardan daha yüksek olduğu ve ancak gruplar arası anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur.¹⁴⁴

Özbaş (2008) araştırmasında, en fazla distress yaşayan grubun 35 yaş altı genç hastalar olduğunu, en az distress yaşayan grubun ise 65 yaş ve üstü hastalar olduğunu tespit etmiştir. Ancak örneklem grubunda yaş değişkeni ile distress puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.¹⁴⁵ Çapar'ın (2010) kemoterapi alan kanser hastalarında yaptığı araştırmasında, 50 yaş ve üzeri hastaların depresyon (HAD-D) puan ortalamalarının, genç hastalara göre daha düşük olduğu fakat aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulgulanmıştır.¹⁴⁶

Tünel'in (2011) çalışmasında, 40 yaş ve altı gruba, 40 yaş üstü grubun Hamilton depresyon, Hamilton anksiyete ve süreklilik kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir.¹⁴⁷ Öztürk (2012), akciğer kanseri hastalarında 60 yaş altı grupta

¹⁴³ N. Bölükbaş - R. Çevik, "Mastektomili Hastalarda Depresyon ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi", **VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı**, Erzurum, 22-24 Haziran 1999, ss.116-121.

¹⁴⁴ Fatma Genç, Kemoterapi Alan Akciğerli Hastalarda Görülen Semptomlar ve Başaçıkma Tarzları, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), Erzurum, 2005, s. 72.

¹⁴⁵ Özbaş, a.g.t., s. 41.

¹⁴⁶ Çapar, a.g.t., s. 53.

¹⁴⁷ Tünel, a.g.t., s. 47.

depresyon düzeyinin daha yüksek olduğunu ancak bunun istatistiki olarak anlamlı olmadığını bulmuştur.¹⁴⁸

Ott'un (1996) araştırmasında, yaş ile distress arasında negatif yönde bir ilişki olduğu, yaş ilerlemiş olan hastaların, genç hastalara göre anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir.¹⁴⁹ Wenzel ve arkadaşları (1999); Evre I, Evre II ve Evre IIIA olan 304 meme kanserli hastada 50 yaş ve altı olanlarda depresyon görülme oranının % 32, 50 yaş üstü olanlarda % 20 olduğunu bulmuştur.¹⁵⁰

Fann ve arkadaşları (2007), meme kanseri kadınlarda major depresyonun prevalansı, tedavisi ve etkisi üzerine tıbbi literatürde son yirmi yılda yapılmış çalışmalarını gözden geçirerek özetlemişlerdir. Yapılan araştırmalar depresyonun, meme kanserli hastaların yaşam kalitesini anlamlı olarak etkilediğini göstermektedir. Literatürde meme kanserinde depresyonun, kanser teşhisinden sonraki ilk yılda, özellikle genç hastalar için önemli bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir.¹⁵¹ Bulotiene ve arkadaşlarının (2008) meme kanseri kadınlarda sosyal faktörlerin depresyon ve anksiyete ile ilişkisini inceledikleri araştırmada, ameliyat sonrası depresyon olasılığının 50-59 yaş aralığındaki kadınlarda, 70 yaş ve üzeri kadınlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir.¹⁵²

Haghighi (2013), BDE kullanarak İranlı kanser hastalarında dini başa çıkma ve depresyon ilişkisini incelediği araştırmasında, yaş ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bulgulamıştır.¹⁵³

Meme kanserinde genç yaş grubunda bulunan hastaların yaşlı hastalara göre, sosyal boyutlarının daha düşük olduğu, benlik kavramı ve fiziksel görünüş ile ilgili daha çok endişe taşıdıkları, bunun yanında tanı-tedavi ve aileye ilişkin psikolojik distress yaşama

¹⁴⁸ Rengin Öztürk, Yeni Tanı Akciğer Kanseri Hastalarda Anksiyete ve Depresyonun Klinik Seyir Üzerine Etkileri, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), İzmir, 2012, s. 28.

¹⁴⁹ C. D. Ott, "Cancer Support Groups, Psychosocial Adjustment and Health-Promoting Behaviors", Nebraska University, Interdepartmental Area Of Community And Human Resources, (Doctoral Dissertation), Lincoln, Nebraska, 1996.

¹⁵⁰ Wenzel et al., "Age-Related Differences in the Quality of Life of Breast Carcinoma Patients After Treatment", **Cancer**, Vol. LXXXVI, 1999, pp. 1768-1774.

¹⁵¹ Jesse R. Fann et al., "Major Depression After Breast Cancer: A Review of Epidemiology and Treatment", **General Hospital Psychiatry**, Vol. XXX, 2008, pp. 112-126.

¹⁵² Giedre Bulotiene et al., "Women with Breast Cancer: Relationships Between Social Factors Involving Anxiety and Depression", **Archives of Psychiatry and Psychotherapy**, Vol. IV, 2008, pp. 57-62.

¹⁵³ Fatemeh Haghighi, "Correlation Between Religious Coping and Depression in Cancer Patients", **Psychiatria Danubina**, Vol. XXV, No. 3, 2013, pp. 236-240.

düzeylerinin de yüksek olduğu belirlenmiştir. Yaşlı hastalarda ise geleceğe ait belirsizlik ve endişe duygularının daha az yaşandığı görülmüştür.¹⁵⁴

Kanseri hastası olmayan örneklem grupları ile yapılan çalışmalar da yaş ve depresyon arasındaki ilişkilerin farklılık arzettiğini göstermektedir. Kandemir'in (2006), 16-78 yaş aralığındaki örneklem grubunda kader inancının psikoterapik fonksiyonunu incelediği çalışmasında, yaş ile depresyon düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, yaşı ilerlemiş bireylerde depresyon düzeyinde artış olduğu bulunmuştur.¹⁵⁵ Güven'in (2008) araştırmasında, depresyon puanı en yüksek olan yaş grubunun 46 yaş ve üzeri olduğu fakat depresyon düzeyleri ile yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur.¹⁵⁶

Yoğurtçu'nun (2009) örneklem grubunu 300 yetişkinin oluşturduğu araştırmasında, yaş ilerledikçe umutsuzluk ve kaygı düzeylerinde de artış olduğu bulunmuştur.¹⁵⁷ Karateke'nin (2010) yanık hastalarında ağrı, depresyon ve anksiyete düzeylerini incelediği araştırmasında, yaş ve depresyon arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir. Ancak yaşı ilerlemiş olan hastalarda, anksiyete ve depresyon düzeyinin, genç hastalara göre daha düşük olduğu görülmüştür.¹⁵⁸ Aydın'ın (2011) yaşamı sürdürmede dini inancın rolü üzerine yaptığı çalışmada, depresyonu yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla yapılan analizde, yaş ilerledikçe depresyon şiddetinde azalma olduğu belirlenmiştir.¹⁵⁹

3.5.4. Depresyon ve Medeni Durum İlişkisi

Araştırmada, BDE puan ortalaması en yüksek olan grubun eşinden ayrılmış hastalar (X=9.08) olduğu; en düşük puan ortalamasına sahip olan grubun ise bekar (X=3.67) hastalar olduğu; BDE puan ortalamasında eşi vefat etmiş hastalar (X=6.83) ile evli hastaların (X=6.43) bu ikisi arasında yer aldığı belirlenmiştir. Tek Yönlü ANOVA

¹⁵⁴ Ishveen Chopra - Khalid M. Kamal, "A Systematic Review of Quality of Life instruments in Long-Term Breast Cancer Survivors", **Health and Quality of Life Outcomes**, Vol. X, No. 14, 2012, <http://www.hqlo.com/content/10/1/14>, (03.05.2014), p. 7.

¹⁵⁵ Kandemir, a.g.t., s. 87.

¹⁵⁶ Hülya Güven, Depresyon ve Dindarlık İlişkisi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2008, s. 106.

¹⁵⁷ Fatma Yoğurtçu, Yetişkinlerde Dindarlık ve Ruh Sağlığı, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Sakarya, 2009, s. 76.

¹⁵⁸ Karateke, a.g.t., s. 69.

¹⁵⁹ Özlem Güler Aydın, Yaşamı Sürdürmede Dini İnançın Rolü, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Ankara, 2011, ss. 136-137.

analizinde, depresyon ve medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ($F=2.651$; $p<0.05$) olduğu ve bekar hastaların depresyon düzeyinin, eşinden ayrılmış hastalara göre daha düşük olduğu bulunmuştur. (Bkz. Tablo 16)

Literatürde, depresyon ve medeni durum ilişkisi üzerine farklı bulgular olduğu görülmektedir. Yapılan araştırmaların bir kısmında, bekar hastalarda depresyon düzeyi daha yüksek bulunmuş iken bir kısmında da evli hastalarda daha yüksek bulunmuştur. Bu araştırmada, bekar hastalarda düşük düzeyde depresyona rastlanmasında, örnekleme yer alan bekar hastaların sayıca az olması, genç yaşta olmalarına bağlı olarak hastalığın sıkıntı ve zorluklarıyla daha kolay mücadele edebilmeleri dolayısıyla geleceğe daha umutlu bakabilmeleri etkili olmuş olabilir. Eşinden ayrılmış hastalarda depresyon düzeyinin daha yüksek olması, bu hastaların eş ve aile desteğine çok ihtiyaç duydukları bir dönemde kendilerini yalnız ve terkedilmiş hissetmelerine bağlı olabilir.

Yapılan çalışmalar kanser hastalarında hastalıkla başa çıkmada, özellikle eşin ve diğer aile üyelerinin yaklaşımlarının oldukça önemli olduğunu göstermektedir. Bu dönemde ruhsal sıkıntıların paylaşımında, tedavi ve hastalık sürecinde alınacak kararlarda eşlerin katılımının ve destekleyici tutumlarının meme kanseri kadın için hastalığa ve değişen yaşam biçimine uyumda büyük etkisi olduğu belirtilmektedir.¹⁶⁰ Aileden alınan destek ve sosyal destek, meme kanserinde hastalıkla başetmede, çaresizlik ve umutsuzluğu azaltmada önemli bir etken olarak görülmektedir.¹⁶¹ Sosyal desteğin, meme kanseri hastalarında, hastalığa uyumu kolaylaştırmada, anksiyete, stres, depresyon ve psikolojik sıkıntıları azaltmada, yaşam kalitesini artırma ve hayat süresini uzatmada olumlu etkiler gösterdiğini veren sonuçlar vardır.¹⁶²

Beser ve Öz'ün (2003), örneklem grubunu 80 lenfomalı hastanın oluşturduğu ve kemoterapinin anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesine (EORTC QLQ C-30 Quality of Life Scale) etkisini araştırdıkları çalışmada, evli hastaların 3. kür kemoterapi sonrasında

¹⁶⁰ Ceylan, a.g.t., s. 64.

¹⁶¹ S. Inoue - T. Saeki - T. Mantani et al., "Factors Related to Patient's Mental Adjustment to Breast Cancer: Patient Characteristics and Family Functioning", **Support Care Cancer**, Vol. XI, 2003, pp. 178-184; Sütçü, a.g.t., s. 12.

¹⁶² L. Baider et al., "Psychological Intervention in Cancer Patients: A Randomised Study", **General Hospital Psychiatry**, Vol. XXIII, No. 5, 2001, pp. 272-277; K. D. Holland - C. J. Holahan, "The Relation of Social Support and Coping to Positive Adaptation to Breast Cancer", **Psychology and Health**, Vol. XVIII, No. 1, 2003, pp. 15-30; P. Lueboonthavatchai, "Prevalence and Psychosocial Factors of Anxiety and Depression in Breast Cancer Patients", **Journal of Medical Association of Thailand**, Vol. XC, No. 10, 2007, pp. 2164-2174; Sütçü, a.g.t., s. 101.

depresyon ve anksiyete düzeylerinde artış olduğu bulunmuştur.¹⁶³ Genç'in (2005) kemoterapi gören akciğer kanseri hastalarda yaptığı araştırmada, bekar hastaların depresyon puan ortalamalarının, evli hastalardan daha yüksek olduğu ve gruplar arası anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur.¹⁶⁴

Kanser hastası olmayan örneklem grupları ile yapılan araştırmalardan Şengül'ün (2007) çalışmasında, bekar bireylerin depresyon puan ortalamalarının evli bireylerden daha yüksek olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur.¹⁶⁵ Güven'in (2008) depresyon ve dindarlık ilişkisini konu edindiği araştırmasında, bekar bireylerin depresyon ortalamalarının evli bireylerden daha yüksek olduğu ancak aradaki farklılığın anlamlı olmadığı bulunmuştur.¹⁶⁶ Aydın'ın (2011) yaşamı sürdürmede dini inancın rolü üzerine yaptığı araştırmada, depresyonu yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla yapılan analizde, bekar olmanın depresyon olasılığını arttırdığı tespit edilmiştir.¹⁶⁷

Carver ve arkadaşlarının (2006) meme kanserinde uzun dönemli yaşam kalitesini inceledikleri izlem çalışmasında, yaşam kalitesinin alt boyutları olan olumsuz duyguların ve sosyal kaçınmanın eşi olan hastalarda anlamlı olarak daha az yaşandığı, ailenin geleceği konusunda ve hastalığın nüksetmesi ile ilgili distress yaşama düzeyinin de eşi olan hastalarda daha düşük olduğu belirlenmiştir.¹⁶⁸

Bulotiene ve arkadaşlarının (2008) meme kanseri kadınlarda sosyal faktörlerin depresyon ve anksiyete ile ilişkisini inceledikleri araştırmada, ameliyat sonrası yalnız, dul ve eşinden ayrılmış kadınların depresyon düzeylerinde bir değişme görülmez iken evli kadınların depresyon ve anksiyete skorlarında anlamlı düşüş olduğu, dolayısıyla meme kanseri kadınlarda, ameliyat sonrası medeni durumun depresyon ve anksiyete üzerinde önemli etkisi olduğu belirlenmiştir.¹⁶⁹

¹⁶³ Nalan G. Beser - Fatma Öz, "Kemoterapi Alan Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi", *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, C. VII, S. 1, 2003, ss. 47-58.

¹⁶⁴ Genç, a.g.t., s. 60.

¹⁶⁵ Fatma Şengül, Dindarlık ve Ruh Sağlığı İlişkisi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2007, s. 128.

¹⁶⁶ Güven, a.g.t., s. 105.

¹⁶⁷ Aydın, a.g.t., s. 118.

¹⁶⁸ Carver et al., a.g.m., pp. 749-758.

¹⁶⁹ Giedre Bulotiene et al., "Women with Breast Cancer: Relationships Between Social Factors Involving Anxiety and Depression", *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, Vol. IV, 2008, pp. 57-62.

3.5.5. Depresyon ve Yerleşim Yeri İlişkisi

Araştırmada, BDE puan ortalaması en yüksek olan hastaların ilçede ($X=6.60$) yaşayanlar, daha sonra şehirde ($X=6.50$) yaşayanlar olduğu ve en düşük puan ortalamasının da köyde ($X=6.32$) yaşayan hastalara ait olduğu tespit edilmiştir. Yerleşim yerine göre hastaların depresyon puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu görülmektedir. ANOVA analizinde, depresyon düzeyinin yerleşim yerine göre anlamlı bir farklılaşma ($F=.050$; $p>0.05$) göstermediği bulunmuştur. (Bkz. Tablo 16)

Şengül (2007) tarafından Kısa Semptom Envanteri kullanılarak örneklem grubunun ruh sağlığının değerlendirildiği araştırmada, ruh sağlığı üzerinde bireyin yaşadığı çevrenin etkili olmadığı belirtilmiştir.¹⁷⁰ Gürsu'nun (2011) ergenlerde psikolojik sağlık ve dindarlık konulu araştırmasında, ergenlerin hayatlarını en uzun süresini geçirdikleri yer değişkeni ile psikolojik sağlık ve alt ölçeği olan depresyon arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur.¹⁷¹

3.5.6. Depresyon ve Meslek İlişkisi

Bu çalışmada, BDE puan ortalamasının ev hanımlarında ($X=6.61$) ve emeklilerde ($X=6.42$) en yüksek, öğretmenlerde ($X=3.50$) ise en düşük düzeyde olduğu görülmüştür. Ancak yapılan analizlerde, depresyon düzeyinin mesleklere göre anlamlı bir farklılık ($F=.776$; $p>0.05$) arzetmediği tespit edilmiştir. (Bkz. Tablo 16)

Bu araştırmada, depresyon ile hastaların meslekleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasında, ev hanımları dışındaki meslek gruplarından olan hastaların örneklem içindeki oranlarının çok düşük olmasının etkilemiş olduğu düşünülebilir. Ancak literatürde, meslekler ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki olmadığını gösteren çalışmalar da vardır.

Çam ve arkadaşları (2009) tarafından meme kanserli kadın hastaların psiko-sosyal uyumları üzerine yapılan araştırmada, kullanılan psiko-sosyal uyum ölçeğinin aile çevresine uyum boyutunun emekli hastalarda, memur ve ev hanımı hastalara göre daha iyi düzeyde olduğu, bu sonucun emekli hastaların ileri yaşta olması ve meme kanseri

¹⁷⁰ Şengül, a.g.t., s. 133.

¹⁷¹ Orhan Gürsu, Ergenlik Döneminde Psikolojik Sağlık ve Dindarlık İlişkisi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Konya, 2011, s. 213.

hastalarında yaş ilerledikçe kaygı düzeyinin azalması ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir.¹⁷²

Albal'ın (2009) depresyon tanısı almış hastalarda yaptığı araştırmada, çalışan hastaların, çalışmayan hastalara göre depresyonla başa çıkmada özyeterlik düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur.¹⁷³ Özbaş (2008) çalışmasında, çalışan grubun % 76.9'unun distress yaşadığını, çalışmayan grubun ise % 69.9'unun distress yaşadığını tespit etmiştir. Ancak aradaki fark anlamlı bulunmamıştır.¹⁷⁴

Bulotiene ve arkadaşlarının (2008) meme kanseri kadınlarda sosyal faktörlerin depresyon ve anksiyete ile ilişkisini inceledikleri ve örneklem sayısı 117 olan çalışmada, meme kanserli kadınların ameliyattan önce ve ameliyattan bir hafta sonra depresyon ve anksiyete düzeyleri sosyal faktörlerle ilişkili olarak değerlendirilmiştir. Buna göre, emekli ve çalışmayan kadınlarda depresyon ve anksiyete düzeylerinde değişme olmaz iken çalışan kadınların ameliyattan sonra depresyon ve anksiyete skorlarında anlamlılık seviyesinde azalma olduğu belirlenmiştir.¹⁷⁵

3.5.7. Depresyon ve Eğitim-Öğrenim Düzeyi İlişkisi

Araştırmada depresyon düzeyinin, örneklemin eğitim-öğrenim seviyesine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ($F=1.833$; $p>0.05$) göstermediği bulunmuştur. Örneklemin eğitim-öğrenim durumuna göre BDE puan ortalaması en yüksek olan grubun; herhangi bir okuldan mezun olmayıp sadece okuma-yazma bilen ($X=7.82$) hastalar olduğu ve üniversite ($X=3.50$) mezunu hastaların depresyon düzeyi en düşük olan grup olduğu görülmüştür, ancak gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur. (Bkz. Tablo 16)

Araştırmada, depresyon ile eğitim-öğrenim seviyesi arasında her ne kadar anlamlı bir ilişki bulunamamışsa da eğitim seviyesi yüksek olan hastaların düşük düzeyde depresyona sahip oldukları görülmektedir. Eğitim seviyesi yüksek olan meme kanseri hastalarda, hastalığa ilişkin doğru bilgi ve kaynaklara daha kolay ulaşabilmenin, hastalığa

¹⁷² Çam - Saka - Gümüş, a.g.m., ss. 73-81.

¹⁷³ Esra Albal, Depresyonla Başa Çıkmada Özyeterlik ile Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2009, s. 56.

¹⁷⁴ Özbaş, a.g.t., s. 42.

¹⁷⁵ Bulotiene et al., a.g.m., pp. 57-62.

ait belirsizlik ve endişeleri azaltmasıyla düşük depresyona neden olduğu söylenebilir. Araştırmadan elde edilen bu bulgu, literatür ile de uyumludur.

Genç'in (2005) kemoterapi gören akciğer kanseri hastalarda yaptığı araştırmada, okur-yazar olmayan grubun depresyon puan ortalamasının diğer gruplardan daha yüksek olduğu ve fakat gruplar arası anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur.¹⁷⁶ Alacacıoğlu'nun (2007) araştırmasında, kanser hastalarında eğitim düzeyi yükseldikçe Beck Depresyon puanlarında düşme olduğu tespit edilmiştir ancak bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.¹⁷⁷

Ceylan'ın (2009), meme kanserli hastalarda psikososyal sorunlar üzerine yaptığı araştırmasında, meme kanseri hastaların eğitim düzeyi ile depresyon düzeyi (HAM-D) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.¹⁷⁸ Çapar'ın (2010) çalışmasında, hastaların eğitim düzeyi arttıkça anksiyete ve depresyon düzeylerinin azaldığı tespit edilmiştir.¹⁷⁹ Öztürk'ün (2012) akciğer kanseri hastaları ile yaptığı çalışmasında, depresyon oranı ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.¹⁸⁰

Carver ve arkadaşlarının (2006) meme kanserinde uzun dönemli yaşam kalitesini inceledikleri izlem çalışmasında, yaşam kalitesinin alt boyutu olan ailenin geleceği konusunda distress yaşama düzeyinin eğitim seviyesi yükseldikçe azaldığı belirlenmiştir.¹⁸¹ Bulotiene ve arkadaşlarının (2008) meme kanseri kadınlarda sosyal faktörlerin depresyon ve anksiyete ile ilişkisini inceledikleri araştırmada, yüksek eğitim seviyesi ile düşük düzeyde depresyon ve anksiyete arasında pozitif yönde ilişki olduğu ve yüksek eğitimin daha iyi iş fırsatları ve daha iyi gelir düzeyi olan ilişkisinin kısmen de olsa bu durumu açıklayabileceği belirtilmiştir.¹⁸²

Haghighi (2013), BDE kullanarak İranlı kanser hastalarında dini başa çıkma ve depresyon ilişkisini incelediği araştırmasında, hastaların eğitim düzeyi yükseldikçe depresyon skorlarında azalma olduğunu, eğitim seviyesi düşük olan hastalarda depresyon

¹⁷⁶ Genç, a.g.t., s. 61.

¹⁷⁷ Alacacıoğlu, a.g.t., s. 28.

¹⁷⁸ Ceylan, a.g.t., s. 46.

¹⁷⁹ Çapar, a.g.t., s. 80.

¹⁸⁰ Rengin Öztürk, Yeni Tam Akciğer Kanserli Hastalarda Anksiyete ve Depresyonun Klinik Seyir Üzerine Etkileri, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), İzmir, 2012, ss. 32-33.

¹⁸¹ Carver et al., a.g.t., pp. 749-758.

¹⁸² Bulotiene et al., a.g.m., pp. 57-62.

düzeyinin daha yüksek olduğunu ve gruplar arası farklılığın anlamlılık gösterdiğini bulmuştur.¹⁸³

Kanser hastası olmayan örneklem grubu ile yapılan çalışmalardan Kandemir'in (2006) çalışmasında, eğitim seviyesi yükseldikçe bireylerin depresyon düzeylerinde azalma olduğunu bulgulamıştır.¹⁸⁴ Ergin ve arkadaşları (2007) tarafından, engelli çocuğa sahip ebeveynlerin depresyon düzeyleri üzerine BDE kullanılarak yapılan araştırmada, eğitim düzeyi yükseldikçe depresyon puan ortalamasının düştüğü ancak gruplar arası anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur.¹⁸⁵ Karateke (2010), yanık hastaları ile yaptığı araştırmasında eğitim durumu ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığını bulmuştur.¹⁸⁶ Aydın'ın (2011) yaşamı sürdürmede dini inancın rolü üzerine yaptığı araştırmada, depresyonu yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla yapılan analizde, düşük eğitim düzeyinin depresyonu etkileyen bir faktör olduğu bulunmuştur.¹⁸⁷ Bakar (2012), yaşlı bireylerde yaptığı araştırmasında eğitim düzeyi düşük olan yaşlılarda depresyon puan ortalamasının daha yüksek olduğunu tespit etmiştir.¹⁸⁸

3.5.8. Depresyon ve Gelir Düzeyi İlişkisi

Bu araştırmada, BDE puan ortalaması en fazla olan grubun düşük gelir (X=7.95) düzeyindeki hastalar, en az olan grubun ise iyi gelir (X=4.70) düzeyinde olan hastalar olduğu, orta gelir (X=5.86) düzeyindeki hastaların puan ortalamasının ise bu iki grup arasında olduğu görülmüştür. Depresyon düzeyinin, hastaların ekonomik gelir seviyesine göre anlamlı bir farklılık (F=10.291; p<0.01) gösterdiği bulunmuştur. Düşük gelir düzeyindeki hastaların, orta ve iyi gelir düzeyindeki hastalara göre depresyon düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. (Bkz. Tablo 16)

Araştırmada, gelir seviyesi düşük olan meme kanseri hastalarında depresyon düzeyinin daha yüksek olmasında, ihtiyaçların ve tedaviye ilişkin masrafların karşılanmasında zorluk çekilmesi bu hastalarda umutsuzluk ve çaresizlik duygularını

¹⁸³ Haghghi, a.g.m., pp. 236-240.

¹⁸⁴ Kandemir, a.g.t., s. 86.

¹⁸⁵ Dilek Ergin ve diğerleri, "Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Depresyon Düzeyi ve Etkileyen Faktörler", **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, C. X, S. 1, 2007, ss. 41-48.

¹⁸⁶ Karateke, a.g.t., s. 69.

¹⁸⁷ Aydın, a.g.t., s. 118.

¹⁸⁸ Nihal Bakar, Yaşlı Bireylerde Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler, Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Erzincan, 2012, s. 48.

arttırmaktadır. Araştırmanın anket uygulama safhasında, hastaların büyük bir çoğunluğuna eşlerinin refakat ettiği gözlenmiştir. Bu hastalarla yapılan küçük mülakatlarda, özellikle eşi emekli olmamış meme kanseri kadın hastaların, tedavi sürecinde eşlerinin evde ve hastanede kendileri ile ilgilenmek zorunda olduğundan çalışmadığını, bu durumdan dolayı da sürekli bir maddi güçlük içinde olduklarını belirtmişlerdir.

Alacacioğlu'nun (2007) çalışmasında, kanser hastalarının gelir düzeyi ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.¹⁸⁹ Çam ve arkadaşları (2009) tarafından, meme kanseri kadın hastalarda psiko-sosyal uyum üzerine yapılan araştırmada, “geliri giderinden az olan” hastaların “geliri gidere eşit” hastalara göre, kullanılan psiko-sosyal uyum ölçeğinin mesleki çevre, aile çevresi, geniş aile ilişkileri ve sosyal çevreye uyum boyutlarında daha kötü düzeyde ve psikolojik baskı boyutunda da daha yüksek düzeyde oldukları bulunmuştur. Bu durum, meme kanserinde düşük gelir düzeyinin, hastalığa psiko-sosyal uyumu çok yönlü olarak etkileyen olumsuz bir faktör olduğunu düşündürmektedir.¹⁹⁰

Çapar'ın (2010) kemoterapi alan hastalarda ağrı, anksiyete ve depresyon ilişkisini incelediği araştırmasında, düşük gelir düzeyinde olan hastaların anksiyete ve depresyon ortalamalarının daha iyi gelir düzeyinde olan hastalardan yüksek olduğu ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.¹⁹¹ Bakar (2012), yaşlılarda depresyon ve yaşam kalitesini araştırdığı çalışmasında, gelir düzeyi düşük olan bireylerde, depresyon düzeyinin daha yüksek olduğunu saptamıştır.¹⁹²

Kanser hastası olmayan gruplar ile yapılan araştırmalardan Şengül'ün (2007) çalışmasında, düşük gelir düzeyinde olan deneklerin depresyon puan ortalamalarının diğer gruplardan daha yüksek olduğu ve düşük ile iyi gelir düzeyindeki gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır.¹⁹³ Güven'in (2008), dindarlık ve depresyon ilişkisini incelediği ve Beck Depresyon Envanteri kullandığı araştırmasında, gelir düzeyi yükseldikçe depresyon düzeyinde azalma olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.¹⁹⁴ Kandemir (2006) kader inancının psikoterapik fonksiyonu

¹⁸⁹ Alacacioğlu, a.g.t., s. 29.

¹⁹⁰ Çam - Saka - Gümüş, a.g.m., ss. 73-81.

¹⁹¹ Çapar, a.g.t., s. 53.

¹⁹² Bakar, a.g.t., s.49.

¹⁹³ Şengül, a.g.t., s. 140.

¹⁹⁴ Güven, a.g.t., s. 111.

üzerine yaptığı araştırmasında, sosyo-ekonomik düzey ile depresyon arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğunu, düşük sosyo-ekonomik düzeydeki bireylerde depresyon düzeyinin daha yüksek olduğunu bulmuştur.¹⁹⁵

3.5.9. Depresyon ve Hastalık Süresi İlişkisi

Araştırmada, depresyon ve hastalık süresi arasındaki ilişkiye ait ANOVA sonuçlarına göre, gruplar arası anlamlı bir farklılaşma ($F=1.090$; $p>0.05$) olmadığı tespit edilmiştir. Örneklemin hastalık süresine göre BDE puanı ortalamasının 9-10 yıl ($X=8.29$) olan hastalarda en yüksek; 5-6 yıl ($X=5.55$) olan hastalarda ise en düşük düzeyde olduğu bulunmuştur, ancak gruplar arası anlamlı bir farklılık yoktur. (Bkz. Tablo 17)

Literatürde hastalık tanı süresinin, depresyon üzerinde etkili bir faktör olduğunu gösteren bulgular vardır. Ancak bu araştırmada olduğu gibi hastalık süresi ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki olmadığını gösteren çalışmalar da vardır. Meme kanseri hastalarında, hastalığın kaçınıcı yılında oldukları değil ancak hastalığa ait semptomları, güçlükleri, fonksiyonel yetersizlikleri ne ölçüde yaşadıkları depresyon şiddetini belirleyici olabilir.

Meme kanseri kadın hastalarda, ameliyat sonrası geçen süre ilerledikçe depresyon oranında azalma olduğunu gösteren çalışmalar vardır.¹⁹⁶ Fallowfield¹⁹⁷ ve arkadaşları tarafından, örneklem sayısı 269 olan Evre I ve Evre II kanser hastalarında yapılan çalışmada, ameliyattan iki hafta sonra hastaların % 26'sında, üç ay sonra % 22'sinde ve oniki ay sonra % 20'sinde depresyon görüldüğü tespit edilmiştir. Lee¹⁹⁸ ve arkadaşları, 197 meme kanseri hastada ameliyat sonrası depresyon görülme oranının % 7, üç ay sonra % 7, oniki ay sonra % 4 olduğunu bulmuştur. Goldberg¹⁹⁹ ve arkadaşları, 166 meme kanserli hasta ile yaptıkları çalışmada, hastalarda depresyon görülme oranını operasyon öncesi % 32, operasyondan altı ay sonra % 24, oniki ay sonra % 21 olarak saptamışlardır.

¹⁹⁵ Kandemir, a.g.t., s. 86.

¹⁹⁶ Jesse R. Fann et al., "Major Depression After Breast Cancer: A Review of Epidemiology and Treatment", **General Hospital Psychiatry**, Vol. XXX, 2008, pp. 112–126.

¹⁹⁷ L. J. Fallowfield et al., "Psychological Outcomes of Different Treatment Policies in Women with Early Breast Cancer Outside a Clinical Trial", **BMJ**, Vol. CCCI, 1990, pp. 575–580.

¹⁹⁸ M. S. Lee et al., "Mastectomy or Conservation for Early Breast Cancer: Psychological Morbidity", **Eur J Cancer**, Vol. XXVIII-A, 1992, pp. 1340–1344.

¹⁹⁹ J. A. Goldberg et al., "Psychological Morbidity in the First Year After Breast Surgery", **Eur J Surg Oncol**, Vol. XVIII, 1992, pp. 327–331.

Genç'in (2005) kemoterapi gören akciğer kanseri hastalarda yaptığı araştırmada, tanı süresi 19 ay ve üzeri olan hastalarda depresyon puan ortalamasının en düşük, 13-18 ay olan hastalarda ise en yüksek olduğu, hastalık tanısı üzerinden geçen süre arttıkça depresyon düzeyinde azalma görüldüğü fakat gruplar arası anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur.²⁰⁰

Alacacıoğlu'nun (2007) araştırmasında, hastalık tanısı üzerinden tam olarak 6 ay geçmemiş kanser hastalarında depresyon düzeyinin, tanı üzerinden 6 ay ve daha fazla geçmiş hastalara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.²⁰¹ Çapar'ın (2010) araştırmasında, kanser hastalarından oluşan örnekleminde hastalık tanısı üzerinden 1 yıl geçmiş olan grubun depresyon (HAD-D) puan ortalamasının diğer gruplardan yüksek olduğu fakat aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.²⁰²

Tünel (2011), "meme kanserli hastalarda cerrahi tedavi öncesi ve sonrası anksiyete ve depresyon düzeyi"ni incelediği çalışmasında, hastaların cerrahi tedavi sonrası erken dönemdeki (1-3 ay) anksiyete ve depresyon düzeylerinin, tedavi sonrası geç dönemden (9-12 ay) daha yüksek olduğunu tespit etmiştir.²⁰³ Öztürk (2012), akciğer kanseri hastalarından oluşan örneklem grubu ile yaptığı araştırmada, hastaların 6. aydaki depresyon oranının, 1. aydaki depresyon oranından daha yüksek olduğunu saptamıştır.²⁰⁴

Haghighi (2013), BDE kullanarak İranlı kanser hastalarında dini başa çıkma ve depresyon ilişkisini incelediği araştırmasında, hastalık süresi ile depresyon arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu, hastalık süresi ilerledikçe depresyon düzeyinde artış görüldüğünü belirlemiştir.²⁰⁵

3.5.10. Depresyon ve Hastalık Evresi İlişkisi

Araştırmada, örnekleme oluşturan meme kanseri kadın hastalarda BDE puan ortalamasının, hastalık evresine göre anlamlı olarak ($F=3.599$; $p<0.05$) farklılaştığı bulunmuştur. Evre IV meme kanseri hastalarında depresyon düzeyinin, Evre I ve Evre II'den anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Evrelere göre depresyon puan

²⁰⁰ Genç, a.g.t., s. 64.

²⁰¹ Alacacıoğlu, a.g.t., s. 35.

²⁰² Çapar, a.g.t., s. 55.

²⁰³ Tünel, a.g.t., s. 42.

²⁰⁴ Öztürk, a.g.t., s. 27.

²⁰⁵ Haghighi, a.g.m., pp. 236-240.

ortalamalarının en yüksekten en düşüğe doğru dağılımı ise şöyledir: Evre IV (X=8.29), Evre III (X=6.56), Evre I (X=6.03), Evre II (X=6.01). (Bkz. Tablo 17)

Evre IV meme kanseri hastaları, fiziksel ve ruhsal olarak daha fazla rahatsızlık yaşamaktadırlar. Hastalığa ilişkin belirtilerin şiddetlenmesi ve kendilerini ölüme daha yakın hissetmelerine bağlı olarak taşıdıkları ölüm endişesi, Evre IV kanser hastalarında, depresyon düzeyini arttırmış olabilir.

Alacacioğlu'nun (2007) çalışmasında, ileri evre ve nüks hastalığı olanlarda depresyon ve anksiyete düzeyinin anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur.²⁰⁶ Ceylan (2009), meme kanserli hastalarda psikososyal sorunlar üzerine yaptığı araştırmasında, kanser evresi ilerledikçe hastaların Hamilton Depresyon ölçeği puanlarının da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yükseldiğini saptamıştır.²⁰⁷

Demiralp ve Oflaz'ın (2011) meme kanseri hastalarında gevşeme eğitiminin depresyon ve anksiyete üzerine etkisini inceledikleri araştırmada, ileri evre kanser hastalarında, erken evre kanser hastalarına göre depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu fakat istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği bulunmuştur. Gevşeme egzersizlerine bağlı olarak yapılan ölçümlerde, ileri evre hastaların aynı zamanda anksiyete düzeylerinde de belirgin bir artış olduğu, anksiyete ölçeğinin ikinci ölçümünde lokal ileri evre kanser hastalarında anksiyete puan ortalamasının anlamlı olarak, erken evre hastalardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.²⁰⁸ Tünel'in (2011) araştırmasında, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da kanserin geç evresinde olan hastaların, erken evrede olan hastalara göre Hamilton Depresyon ve süreklilik kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.²⁰⁹

3.5.11. Depresyon ve Tedavi İlişkisi

Araştırmada, örneklemin almış olduğu tedaviye göre BDE puan ortalaması en yüksek olan hastaların yalnızca hormonoterapi (X=8.67) tedavisi ve yalnız kemoterapi (X=6.88) tedavisi almış olan gruplar olduğu, yalnız radyoterapi (X=4.10) alan grubun ise

²⁰⁶ Alacacioğlu, a.g.t., s. 33.

²⁰⁷ Ceylan, a.g.t., s. 45.

²⁰⁸ Meral Demiralp - Fahriye Oflaz, "Gevşeme Eğitiminin Meme Kanserli Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Belirtileri Üzerine Etkisi", **TAF Preventive Medicine Bulletin**, Vol. X, No. 2, 2011, ss. 165-174.

²⁰⁹ Tünel, a.g.t., s. 48.

depresyon düzeyinin en düşük seviyede olduğu görülmüştür. Ancak ANOVA analizinde, depresyon düzeyinin, hastaların almış olduğu tedaviye bağlı olarak istatistiksel anlamlılık düzeyinde bir farklılaşma ($F=.707$; $p>0.05$) göstermediği bulunmuştur. (Bkz. Tablo 17)

Araştırmada, ayrıca kemoterapi tedavisinin devam etmesi ve depresyon arasındaki ilişki de incelenmiştir. Elde edilen bulgularda, kemoterapi tedavi sürecine göre BDE puan ortalamalarının anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Buna göre, kemoterapi tedavi süreci devam eden meme kanseri hastaların ($X=7.66$) BDE puan ortalamalarının, tedavisi tamamlanmış olan hastalardan ($X=6.21$) anlamlı olarak ($t=-2.430$; $p<0.05$) daha yüksek olduğu görülmektedir. (Bkz. Tablo 31)

Araştırmadan elde edilen bulgular, kemoterapi tedavisi devam eden hastaların, tedavisi tamamlanmış hastalara göre depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermiştir. Alanın uzmanları, kemoterapi tedavisi esnasında kemoterapiye bağlı etkileri azaltmak için hastalara kortizon verildiğini, kortizonun ise depresyon yakınmasını arttırabileceğini belirtmektedirler.

Literatürde, kanser hastalarına uygulanan tedavilerin depresyon düzeyini önemli oranda etkilediğini gösteren çalışmalar olduğu gibi iki değişken arasında anlamlı bir ilişki olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur. Bu araştırmada konu ile ilgili elde edilen bulgular, literatür ile uyumludur.

Yapılan araştırmalar, kemoterapi alan hastalarda depresyon düzeyinin yüksek olduğu ve kemoterapinin olumsuz etkilerinin depresyon artışı ve yaşam kalitesinin düşmesi ile ilişkilendirildiği; kemoterapinin etkilerine bağlı olarak çeşitli sağlık sorunlarının (menapoz, osteoporoz, kalp-damar hastalıkları vb.) distress düzeyinin yükselmesinde etkili olabileceği belirlenmiştir.²¹⁰ Meme kanserinde, kemoterapi ve radyoterapi uygulanan hastalarda, anksiyete ve depresif bulguların arttığını gösteren çalışmalar vardır.²¹¹

Beser ve Öz'ün (2003), örneklem grubunu 80 lenfomalı hastanın oluşturduğu ve kemoterapinin anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesine etkisini araştırdıkları çalışmada, hastalarda kemoterapi öncesi ve 3.kür sonrası yapılan ölçümde depresyon ve anksiyete düzeylerinin 3.kür sonrası arttığı ancak puan farkının sadece anksiyetede istatistiksel

²¹⁰ Fann et al., a.g.m., pp. 112–126.

²¹¹ A. M. Scheier-S. A. Williams, "Anxiety and Quality of Life of Women Who Receive Radiation or Chemotherapy for Breast Cancer", **Oncology Nursing Forum**, Vol. XXXI, No. 1, 2004, pp. 127-130; Tünel, a.g.t., s. 44.

olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.²¹² Özbaş'ın (2008) çalışmasında, aradaki fark anlamlı olmasa da sadece kemoterapi alan hastaların % 63.4'ünün, kemoterapi ve radyoterapi tedavilerinin her ikisini de alan hastaların ise % 74.5'inin distress yaşadığı tespit edilmiştir.²¹³

Tünel'in (2011) araştırmasında, radyoterapi alan ve almayan grubun anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak kemoterapi alan grupta almayan gruba göre, Hamilton anksiyete ve depresyon ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı bir artış bulunmuştur.²¹⁴ Öztürk'ün (2012) araştırmasında, akciğer kanseri hastalarında 6. ayda sadece radyoterapi almış veya kemoterapi ve radyoterapiyi birlikte almış olan grupların depresyon oranının istatistiksel olarak anlamlı olmasa da sadece kemoterapi alan gruptan yüksek olduğu tespit edilmiştir.²¹⁵

3.5.12. Depresyon ve Ameliyat Tipi İlişkisi

Araştırmada, BDE puan ortalamasının mastektomili (X=6.65) hastalarda en yüksek olduğu, daha sonra sırasıyla meme koruyucu cerrahi (X=6.48), rekonstrüksiyon (X=3.83) ve en düşük puan ortalamasına sahip olarak da ameliyat olmamış (X=3.25) hastaların geldiği görülmüştür. Ancak, depresyon düzeyi ve ameliyat tipi arasındaki ilişkiye yönelik ANOVA sonuçlarında, hastaların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olmadığı (F=1.235; p>0.05) bulunmuştur. (Bkz. Tablo 17)

Bölükbaş ve Çevik' in (1999) araştırmasında, ameliyat öncesi olumsuz beden algısına sahip hastaların mastektomi sonrası orta derecede depresyon yaşadıkları bulunmuştur.²¹⁶ İşgüzar (2002), Total Mastektomi ve Meme Koruyucu Tedavi geçirmiş hasta grupları arasında kaygı, depresyon, yaşam kalitesi ve psikolojik uyum değişkenleri açısından yaptığı karşılaştırmalı çalışmada; kaygı, depresyon ve yaşam kalitesi açısından Total Mastektomi ve Meme Koruyucu Tedavi gruplarındaki hastalar arasında anlamlı bir

²¹² Beser - Öz, a.g.m., ss. 47-58.

²¹³ Özbaş, a.g.m., s. 44.

²¹⁴ Tünel, a.g.t., s. 45.

²¹⁵ Öztürk, a.g.t., s. 32.

²¹⁶ Bölükbaş - Çevik, a.g.m., ss.116-121.

farklılık olmadığı sonucuna ulaşmıştır.²¹⁷ Özbaş (2008) çalışmasında, total mastektomi ve meme koruyucu cerrahi uygulanan hastaların distress yaşama oranları arasında anlamlı bir fark bulmamıştır.²¹⁸

Okanlı ve Ekinci'nin (2008) araştırmasında, mastektomi öncesi ve sonrasında meme kanseri hastaların ve eşlerinin duygu kontrol ölçeği toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu, hastaların ve eşlerinin mastektomi sonrası duygularını bastırarak ifade etmekten çekindikleri gözlenmiştir. Duygu kontrol ölçeğinin alt boyutları olan öfke ve mutsuzluk puan ortalamalarının hastalarda ve eşlerinde mastektomi öncesi ve sonrası anlamlı bir fark oluşturduğu, mastektomi sonrası öfke ve mutsuzluk duygularının ifade edilemediği ve daha çok içe atıldığı belirlenmiştir. Araştırmada, meme kanseri hastalarda yaşam doyumu ve evlilik uyumu arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki; duygu kontrolü ile yaşam doyumu ve evlilik uyumu arasında ise negatif yönlü anlamlı bir ilişki ve olduğu, hastaların duygularını bastırdıkça yaşam doyumlarının ve evlilik uyumlarının azaldığı tespit edilmiştir.²¹⁹

Demiralp ve Oflaz'ın (2011), gevşeme eğitiminin meme kanseri hastalarda depresyon ve anksiyete üzerine etkisini inceledikleri araştırmada, koruyucu mastektomi yapılan hastaların, modifiye radikal mastektomi uygulanan hastalar göre depresyon puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ancak gruplar arası anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Çalışmanın 0 ve 7. günlerinde yapılan ölçümlerde koruyucu mastektomi yapılan hastaların, modifiye radikal mastektomi uygulanan hastalar göre istatistiksel olarak daha yüksek düzeyde anksiyete yaşadıkları belirlenmiştir. Bu durumun ortaya çıkmasında, radikal mastektomi uygulanan hastaların tümörlü dokunun tamamen temizlendiği düşüncesiyle yaşamlarını daha az tehdit altında hissetmelerinin; koruyucu mastektomi yapılan hastalarda ise hastalığın tekrarlayacağı korkusunu yoğun olarak yaşamalarının etkili olabileceği belirtilmiştir.²²⁰

²¹⁷ Selma İşgüzar, Total Mastektomi yapılmış Kadınlarda Kaygı, Depresyon ve Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2002.

²¹⁸ Özbaş, a.g.t., s. 50.

²¹⁹ Ayşe Okanlı - Mine Ekinci, "Meme Kanseri Hastaları ve Eşlerinin Yaşam Doyumları Duygu Kontrol Düzeyleri ve Evlilik Uyumlarının Mastektomi Öncesi ve Sonrası Karşılaştırılması", **New/Yeni Symposium Journal**, C. XLVI, S. 1, 2008, ss. 9-14.

²²⁰ Demiralp - Oflaz, a.g.m., ss. 165-174.

Tünel'in (2011) çalışmasında, ameliyat tipinin depresyon ve anksiyete düzeyinde belirgin bir fark oluşturmadığı yönünde bulgular elde edilmiştir. Bu bulgulara göre, meme koruyucu cerrahi uygulanan hastalar ile mastektomi yapılan hastaların Hamilton anksiyete, Hamilton depresyon, süreklilik ve durumluk kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.²²¹

Carver ve arkadaşlarının (2006) meme kanserinde uzun dönemli yaşam kalitesi üzerine yaptıkları çalışmada, meme kanseri kadın hastalarda ailenin geleceği konusunda distress yaşama ve fiziksel görünüme ait endişe düzeyinin cerrahi uygulamaya bağlı olarak arttığı belirlenmiştir.²²² Meme kanseri kadın hastalarda, fiziksel görünüm ile ilgili endişenin, ameliyat sonrası psiko-sosyal uyumu yordayan önemli bir faktör olduğu görülmüştür.²²³

3.5.13. Depresyon ve Geçmiş Psikolojik Hastalık Tanısı İlişkisi

Araştırmada, örnekleme oluşturan meme kanseri kadın hastalarda geçmişte psikolojik hastalık tanısı alma durumunun, depresyon düzeyini etkilediği bulunmuştur. Buna göre geçmişte psikolojik hastalık tanısı alan ($X=8.00$) bireylerin BDE puan ortalamasının, psikolojik hastalık tanısı almayan ($X=6.23$) bireylerden anlamlı olarak ($t=-2.550$; $p<0.05$) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durumda geçmişte psikolojik bir hastalık geçirmiş olan hastaların depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu söylenebilir. (Bkz.Tablo 18)

Güven'in (2008) araştırmasında da, depresyon teşhisi konularak tedavi gören bireylerin depresyon puan ortalamalarının, depresyon teşhisi almayan ve tedavi görmeyen gruptan anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.²²⁴

²²¹ Tünel, a.g.t., s. 46.

²²² Carver et al., a.g.m., pp. 749-758.

²²³ A. Begovic - Juhant et al., "Impact of Body Image on Depression and Quality of Life Among Women with Breast Cancer", **J Psychosoc Oncol**, Vol. XXX, 2012, pp. 446-460; Nor Zuraida Zainal et al., "Prevalence of Depression in Breast Cancer Survivors: A Systematic Review of Observational Studies", **Asian Pacific J Cancer Prev**, Vol. XIV, 2013, pp. 2649-2656.

²²⁴ Güven, a.g.t., s. 117.

3.5.14. Depresyon ve Aile Desteği İlişkisi

Araştırmada, aileden gelen sosyal destek algısının, örneklemin depresyon düzeyinde etkili olduğu belirlenmiştir. Elde edilen bulgulara göre, hastalık sürecinde ailesinden ve yakınlarından sosyal destek aldığını belirten hastaların (X=6.41) BDE puan ortalamasının, aileden ve yakınlardan destek almadığını belirten gruptan (X=12.80) istatistiksel olarak anlamlı (t=2.907; p<0.01) bir şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır. Örnekleme oluşturan meme kanseri kadın hastalarda, aileden ve yakınlardan gelen sosyal destek algısının düşük düzeyde depresyonla ilişkili olduğu söylenebilir. (Bkz. Tablo 19)

Literatür sosyal desteğin, meme kanseri hastalarında önemli olduğunu, sosyal destek algısının azalmasının depresyon düzeyinin artmasında etkili olduğunu göstermektedir.²²⁵ Eşinden destek alamayan hastaların, psikolojik yardım alma talebinde buldukları görülmüştür.²²⁶

Bölükbaş ve Çevik' in (1999) araştırmasında, mastektomi sonrası ailesinden ve yakınlarından destek almayan hastaların orta derecede depresyon yaşadıkları bulunmuştur.²²⁷ Kandemir (2006) araştırmasında, büyük oranda sağlıklı bireylerden oluşan örneklem grubunun çevreleriyle olan sosyal ilişki ve aile içi ilişki düzeyleri iyiye doğru gittikçe depresyon düzeyi puan ortalamasında düşüş olduğunu ve diğer ruh sağlığı değişkenlerinde de olumlu yönde düzelme olduğunu saptamıştır.²²⁸

Özbaş'ın (2008) çalışmasında, meme kanseri hastalarda algılanan sosyal desteğin, güçsüzlük, hüznün, korku, depresyon,anksiyete, panik, endişe, üzüntü gibi çok çeşitli durumları kapsayan distress yaşama üzerinde etkili olduğu ve distress seviyesini azalttığı yönünde bulgulara ulaşılmıştır. Aileden, özel bir insandan ve arkadaştan alınan sosyal desteğin, hastaların distress seviyeleri üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir.²²⁹

²²⁵ A. Mehnert - U. Koch, "Psychological Comorbidity and Health-Related Quality of Life and Its Association with Awareness, Utilization, and Need for Psychosocial Support in a Cancer Register-Based Sample of Long-Term Breast Cancer Survivors", **J Psychosom Res**, Vol. LXIV, 2008, pp. 383-391; B. L. Den Oudsten et al., "Predictors of Depressive Symptoms 12 Months After Surgical Treatment of Early-Stage Breast Cancer", **Psychooncology**, Vol. XVIII, 2009, pp. 1230-1237.

²²⁶ Ömür K. Çelik et.al., "Depression and Anxiety Levels in Woman Under Follow-up for Breast Cancer: Relationship to Coping with Cancer and Quality of Life", **Med Oncol**, Vol. XXVII, 2010, pp. 108-113; Zainal et al., a.g.m., pp. 2649-2656.

²²⁷ Bölükbaş - Çevik, a.g.m., ss.116-121.

²²⁸ Kandemir, a.g.t., s. 93.

²²⁹ Özbaş, a.g.t., s. 56.

Çam ve arkadaşlarının (2009), meme kanseri kadın hastalarda psiko-sosyal uyumu inceledikleri araştırmada, yalnız yaşayan hastaların çekirdek ve geniş ailede yaşayan hastalara göre psiko-sosyal uyumun geniş aile ilişkileri boyutunun daha kötü düzeyde olduğu, bu hastaların aile ve akraba desteği gibi sosyal destek kaynaklarına uzak olmalarının bu sonuç üzerinde etkili olabileceği belirtilmiştir.²³⁰

Ceylan'ın (2009) araştırmasında, hastalık tanısı aldıktan sonra ailenin ilgisinde değişiklik olup olmadığı sorusuna hastaların % 61'i kendilerine olan ilginin arttığını, 5 29.2'si herhangi bir değişiklik olmadığını, % 9.8'i ise kendilerine olan ilginin azaldığını ifade etmişlerdir. Yapılan çalışmalar, aile desteği ve eş uyumu iyi olan hastaların, bu zorlu dönemi daha kolay tolare ettiklerini göstermektedir.²³¹ Albal (2009) depresyon tanısı almış hastalarla yaptığı çalışmada, algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça, depresyon puanlarının azaldığını ve depresyonla başa çıkmada özyeterlik düzeyinin de arttığını tespit etmiştir.²³²

Sütcü'nün (2010) çalışmasında, aileden alınan sosyal destek ile depresyon arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, aileden alınan sosyal destek arttıkça hastaların depresyon düzeyinde de azalma olduğu tespit edilmiştir.²³³ Karateke'nin (2010), yanık hastalarında yaptığı çalışmasında, yetersiz sosyal destek alan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin, yeterli sosyal destek alan hastalardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.²³⁴ Yola'nın (2011) araştırmasında, algılanan sosyal desteğin ve arkadaştan algılanan sosyal desteğin umut eğilimi ve travma sonrası gelişme arasındaki ilişkiyi moderate ettiği belirtilmiştir.²³⁵

Erdem'in (2012) araştırmasında, örneklem grubunda yer alan kadınların algılamış oldukları sosyal destek arttıkça depresyon belirtilerinin azaldığı saptanmıştır. Sosyal desteğin, depresyon üzerinde belirleyici olduğunu; eşten, aileden ve çevreden alınan sosyal desteğin anksiyete, depresyon ve kaygı belirtilerinin daha düşük seviyede görülmesine neden olduğunu gösteren bulgular vardır.²³⁶ Bakar (2012) yaşlılarda, yalnız yaşamının ve

²³⁰ Çam - Saka - Gümüş, a.g.m., ss. 73-81.

²³¹ Ceylan, a.g.t., s. 49.

²³² Albal, a.g.t., s. 82.

²³³ Sütcü, a.g.t., s. 112.

²³⁴ Karateke, a.g.t., s. 70.

²³⁵ Yola, a.g.t., s. 99.

²³⁶ Kübra Erdem, İnfertil Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek ile Depresyon Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Erzurum, 2012, s. 42.

çevreden sosyal destek alamamanın depresyon düzeyini arttırdığı yönünde sonuç elde etmiştir.²³⁷

Yapılan istatistiksel analizlerden elde edilen bulgular sonucunda “hipotez A-3: Meme kanseri kadın hastalarda depresyon düzeyi; yaş, medeni durum, yerleşim yeri, meslek, eğitim-öğrenim durumu, gelir düzeyi, hastalık süresi, hastalık evresi, uygulanan tedavi, ameliyat tipi, geçmiş psikolojik hastalık tanısı, aileden ve yakınlardan algılanan sosyal destek değişkenlerine göre farklılık gösterir” hipotezinin sosyo-demografik özelliklerden “yaş”, “yerleşim yeri”, “meslek” ve “eğitim-öğrenim durumu” değişkenleri açısından desteklenmediği ancak “medeni durum” ve “gelir düzeyi” değişkenleri özelinde desteklendiği gözlenmiştir (bkz. Tablo 15-16). Ayrıca hipotezin “hastalık süresi”, “uygulanan tedavi” ve “ameliyat tipi” açısından desteklenmediği ancak “hastalık evresi”, “geçmiş psikolojik hastalık tanısı” ve “aileden ve yakınlardan algılanan sosyal destek” değişkenleri özelinde desteklendiği ortaya çıkmıştır. (Bkz. Tablo 17-18-19)

3.6. YAŞAM KALİTESİ İLE İLGİLİ BULGULARIN YORUMLANMASI

3.6.1. Örneklemin EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan

Ortalaması

Araştırmanın örneklem grubunu oluşturan meme kanseri kadın hastaların EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin alt boyutlarında puan ortalamaları; Fonksiyonel Durum (X=79.48), Semptom Kontrolü (X=20.56) ve Genel İyilik Hali (X=69.61) şeklinde bulunmuştur. Yaşam kalitesi ölçeğinin boyutlarına ait puan aralığı 0-100'dür. Fonksiyonel Durum ve Genel İyilik Hali boyutlarındaki yüksek puanlar yaşam kalitesinin iyi düzeyde olduğunu; Semptom Kontrolü boyutunda ise yüksek puanlar, bu boyuta ait yaşam kalitesinin düşük seviyede olduğunu göstermektedir. Tablodaki verilere göre, örneklemin yaşam kalitesi boyutlarında; Fonksiyonel Durum ve Genel İyilik Hali puan ortalamalarının (X=50)'nin üzerinde olduğu, Semptom Kontrolü puan ortalamasının ise (X=50)'nin altında olduğu görülmektedir. Bu durumda, örneklemin genel olarak yaşam kalitesi düzeyinin yüksek olduğu söylenebilir. (Bkz. Tablo 21)

²³⁷ Bakar, a.g.t., s. 50.

Yapılan çalışmalar, kanser hastalarında yaşam kalitesindeki düşüşün, fonksiyonel yetersizlik hissinin, rol performansındaki azalmanın hastalığın oluşturduğu fiziksel değişikliklerden çok hastada meydana gelen psikolojik, duygusal ve manevi etkiler sonucu hastanın motivasyonunun, kendi değer hissinin ve kendine olan güveninin olumsuz yönde etkilenmesine bağlı olduğunu göstermektedir.²³⁸

Yıldırım'ın (2006) kanser hastalarında ağrı yönetimi ve yaşam kalitesini araştırdığı çalışmasında, deney ve kontrol grubundaki hastaların çalışmanın başlangıç döneminde, fiziksel fonksiyon, rol fonksiyonu, sosyal fonksiyon alt boyutlarından “orta” düzeyin altında ve global yaşam kalitesi alt boyutundan oldukça düşük puanlar aldığı tespit edilmiştir.²³⁹ Kılıçkap'ın (2009) çalışmasında, kanser hastalarında yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları; genel sağlık durumu ($X= 61.9$), işlevsel ölçeklerden en düşük puan ortalaması fiziksel işlev ($X= 67.9$), semptom ölçeklerinden en yüksek puan ortalamaları ise yorgunluk (42.0), mali güçlükler (30.08), ağrı (29.8) ve uykusuzluk (28.1) olarak bulunmuştur.²⁴⁰

3.6.2. Yaşam Kalitesi ve Yaş Değişkeni Arasındaki İlişki

Araştırmada, EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Fonksiyonel Durum, Semptom Kontrolü ve Genel İyilik Hali boyutları ile yaş değişkeni anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Elde edilen bulgulara göre, Fonksiyonel Durum ve yaş arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki ($r=-.208$; $p<0.01$); Semptom Kontrolü ile yaş arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki ($r=.139$; $p<0.01$); Genel İyilik Hali ile yaş arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki ($r=-.144$; $p<0.01$) vardır. Fonksiyonel Durum ve Genel İyilik Hali puanlarının yüksek olması, bu boyutlardaki yaşam kalitesinin iyi düzeyde olduğunu; Semptom Kontrolü puanlarının yüksek olması ise bu boyuttaki yaşam kalitesinin düşük seviyede olduğunu göstermektedir. Bu durumda, örnekleme oluşturan meme kanseri kadın

²³⁸ Meral Huri, Metastatik Prostat Kanseri Bireylerde Ergoterapinin İyi Olma Hali ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Ankara, 2011, s. 106.

²³⁹ Yasemin K. Yıldırım, Kansere Ağrısı Deneyimleyen Hastalarda Ağrı Eğitim Programının Ağrı Yönetimi, Plazma-Beta Endorfin Düzeyleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İzmir, 2006, s. 138.

²⁴⁰ Saadettin Kılıçkap, Kansere Hastalarında Yaşam Kalitesi ile Hastalığın Klinikopatolojik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 2009, s. 24.

hastalarda, yaş ilerledikçe yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum ve Genel İyi Hali boyutlarında azalma, Semptom Kontrolü boyutunda yani hastalığa ait semptom belirtilerinde artma olduğu söylenebilir. Sonuç olarak, araştırmada yer alan ilerlemiş yaş grubundaki meme kanseri hastalarda, genç hastalara göre yaşam kalitesi düzeyinin daha düşük olduğu söylenebilir. (Bkz. Tablo 22)

Genç yaştaki meme kanseri kadın hastaların, daha ileri yaştaki hastalara göre hastalık belirtileri ile daha iyi mücadele ettikleri, özellikle kemoterapi gibi zorlu bir tedavinin yan etkilerini daha iyi tolare ettikleri ve şikayet yakınmalarının da daha az olduğu görülmüştür. Ayrıca, hastalarda yaşla beraber organ fonksiyonlarının bozulması da yaşlı hastalarda, yaşam kalitesini düşürmektedir. Araştırmada, yaş ve yaşam kalitesi ilişkisine dar ortaya çıkan bulgu, literatürdeki diğer araştırmalar ile örtüşmektedir.

Yaş ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi ortaya koyan çalışmalarda genç yaştaki kanser hastalarında yaşam kalitesinin yaşlı hastalara göre daha iyi olduğu yönündedir.²⁴¹

Yıldırım'ın (2006) araştırmasında, 60 yaş altındaki kanser hastalarında, çalışmanın başlangıç döneminde, yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyutunda yer alan fiziksel fonksiyon puanının, 60 yaş üstü hastalara göre daha yüksek olduğu ve 60 yaş üstü hastalarda bulantı-kusma semptomunun daha fazla görüldüğü belirlenmiştir.²⁴² Yılmaz'ın (2006) kronik ağrılı hastalarda SF-36 yaşam kalitesi kullanarak yaptığı araştırmada, 65 yaş ve üzeri hastalarda fonksiyonel durum ve yaşam doyumu puanlarının genç yaştaki bireylere göre anlamlı olarak daha düşük olduğu tespit edilmiştir.²⁴³

Kılıçkap'ın (2009) araştırmasında, kanser hastalarında yaş ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur.²⁴⁴ Öztürk'ün (2011) baş ve boyun kanserli hastalarda radyoterapi ve sonrasında yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri incelediği çalışmasında, 60 yaş ve üzeri hastalarda genel yaşam kalitesinin daha iyi olduğunu, 60 yaş altı hastalarda ise tat/koku sorunu, sosyal ortamda yeme sıkıntısı, kilo

²⁴¹ T. Rustoen et al., "Quality of Life in Newly Diagnosed Cancer Patients", *J Adv Nurs*, Vol. XXIX, No. 2, 1999, pp. 490-498; Patricia A. Ganz, "Exploring the Influence of Multiple Variables on the Relationship of Age to Quality of Life in Women with Breast Cancer", *J Clin Epidemiol*, Vol. XLV, 1992, pp. 473-485.

²⁴² Yıldırım, a.g.t., s. 102.

²⁴³ Eren Yılmaz, *Kronik Ağrılı Hastalarda Yaşam Kalitesi*, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2006, s. 59.

²⁴⁴ Kılıçkap, a.g.t., s. 36.

kaybı gibi yaşam kalitesi sorunlarının daha fazla görüldüğü ancak 60 yaş altı hastalarda, tedavi süresince oluşan bu gibi sorunlarda daha fazla düzelme olduğu tespit edilmiştir.²⁴⁵

Ateş'in (2011) kanser hastalarında kemoterapiye bağlı alopesi ve yaşam kalitesini incelediği araştırmasında, yaşam kalitesi ve yaş arasında anlamlı bir fark olmadığı ancak 71-80 yaş aralığındaki hastaların yaşam kalitesi puan ortalamalarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir.²⁴⁶ Sert'in (2011) meme kanserli hastalarda FACT-G (The Functional Assessment of Cancer Therapy General FACT-G v4) ve FACT-ES (The Functional Assessment of Cancer Therapy Endocrine Subscale FACT-ES v4) yaşam kalitesi ölçeklerini kullandığı çalışmasında, yaş grupları ile yaşam kalitesi boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.²⁴⁷

Bakar'ın (2012) araştırmasında, yaşlanmanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği, yaş arttıkça yaşam kalitesi puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş olduğu tespit edilmiştir.²⁴⁸ Öz'ün (2012) akciğer kanserli hastalarda EORTC-C 30 yaşam kalitesi ölçeği kullandığı araştırmasında, tek değişkenli analizde yaş ile yaşam kalitesi anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuş ancak çok değişkenli analizde bu anlamlılığın kaybolduğu görülmüştür. Yaş ile yaşam kalitesi sonuçlarının çelişkili olmasını, araştırmaya alınan hasta grubunun kısmen genç (<65) yaşta olması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.²⁴⁹

Yapılan araştırmalar genel olarak yaşlı hastalarda, yorgunluk, ağrı, uyku değişimleri ve sindirim sistemi bozuklukları ile fiziksel iyilik haline ilişkin yaşam kalitesinin, genç hastalara göre daha düşük olduğunu göstermektedir.²⁵⁰

Sammarco ve arkadaşları²⁵¹ (2003) tarafından 50 yaş üzeri meme kanseri hastalarda yaşam kalitesi üzerine yapılan araştırmada, yaşlanmaya bağlı olarak fonksiyonel

²⁴⁵ Esra Öztürk, Radyoterapi Alan Baş ve Boyun Kanseri Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2011, s. 41.

²⁴⁶ Sebahat A. Ateş, Kemoterapiye Bağlı Alopesi Algısı ve Yaşam Kalitesi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İstanbul, 2011, s. 105.

²⁴⁷ Sert, a.g.t., 2011, s. 39.

²⁴⁸ Bakar, a.g.t., s. 45.

²⁴⁹ Ayşen Öz, Akciğer Kanseri Hastalarda İzlem Sürecindeki Değişikliklerin Yaşam Kalitesine Etkisinin European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC-C 30) Yaşam Kalitesi Ölçeği ve İzlem Sonuçları ile Değerlendirilmesi, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), Manisa, 2012, s. 87.

²⁵⁰ Chopra-Kamal, a.g.m., p. 7.

yetersizliğin artması ve meme kanserinin öngörülemeyen doğasının ve tedavisinin diğer hastalıklarla da birleşmesinin yaşlı hastalarda düşük yaşam kalitesine neden olduğu gözlenmiştir. Ayrıca yaşlı hastalarda, hastalığın nüksetme korkusunun, ölüm ve acı çekme korkusunun, ekonomik sıkıntıların ve hastalık ile ilgili belirsizliğin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir.²⁵²

Perkins ve arkadaşlarının (2007), 70 yaş ve üzeri meme kanseri hastalarda bireysel farklılıklara bağlı olarak esenlik halini değerlendirdikleri araştırmada, yaşlı hastalarda düşük düzeydeki sağlık durumu ile düşük düzeydeki esenlik hali, depresyon, genel sağlık algısı ve yaşam doyumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.²⁵³

Fang-Rong Shen ve arkadaşlarının (2012), örneklem sayısı 190 erkek ve 332 kadından oluşan Çinli meme kanseri hastasında, FACT-B (Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast) kullanarak yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada, yaşam kalitesinin tüm boyutlarında 50 yaş altı bireylerin puan ortalamasının, 50 yaş ve üzeri bireylerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu, yaşam kalitesinin Çinli genç hastalarda yaşı ilerlemiş hastalara göre daha iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir.²⁵⁴

3.6.3. Yaşam Kalitesi ve Medeni Durum Arasındaki İlişki

Araştırmada, yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum boyutu puan ortalaması en yüksek olan grubun bekar hastalar ($X=90.74$) olduğu, en düşük puan ortalamasının ise eşinden ayrılmış ($X=71.30$) hastalara ait olduğu görülmüştür. ANOVA analizinde yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum boyutunun, örneklemin medeni durumuna göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı ($F=4.758$; $p<0.01$) bulunmuştur; bekar hastaların Fonksiyonel Durum boyutu puan ortalamalarının evli, eşinden ayrılmış ve eşi vefat etmiş hastaların puan ortalamalarından anlamlı olarak farklılık arzettiği belirlenmiştir. (Bkz. Tablo 23)

²⁵¹ A. Sammarco, "Quality of Life Among Older Survivors of Breast Cancer", **Cancer Nurs**, Vol. XXVI, 2003, pp. 431-438.

²⁵² Chopra - Kamal, a.g.m., p. 7.

²⁵³ E. A. Perkins et al., "Individual Differences in Well-Being in Older Breast Cancer Survivors", **Crit Rev Oncol Hematol**, Vol. LXII, 2007, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17240157>, (29.05.2014), pp. 74-83

²⁵⁴ Fang-Rong Shen et al., "Health-Related Quality of Life Among Breast Cancer Patients and Its Influencing Factor in a Chinese Population", **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, Vol. XIII, 2012, pp. 3747-3750.

Eşinden ayrılmış hastaların Semptom Kontrolü puan ortalamalarının ($X=17.310$) en yüksek olduğu, bekar ($X=11.97$) hastaların puan ortalamalarının en düşük olduğu belirlenmiştir. Yaşam kalitesinin Semptom Kontrolü boyutunun örneklemin medeni durumuna göre anlamlı bir farklılık ($F=2.905$; $p<0.05$) gösterdiği saptanmıştır. Gruplar arası farklılığın, bekar ve eşinden ayrılmış hastalardan kaynaklandığı, bekar hastaların yaşam kalitesinin semptom kontrolü boyutunda eşinden ayrılmış hastalara göre daha iyi düzeyde olduğu bulunmuştur. (Bkz. Tablo 23)

Araştırmada, yaşam kalitesinin Genel İyilik Hali boyutunda, bekar hastaların ($X=87.50$) en yüksek puan ortalamasına sahip olduğu, ardından evli ($X=70.00$), eşi vefat etmiş ($X=66.53$) ve en düşük puan ortalamasıyla da eşinden ayrılmış ($X=58.97$) hastaların geldiği görülmüştür. Yapılan Tek Yönlü ANOVA analizinde, gruplar arası anlamlı bir farklılık ($F=4.426$; $p<0.01$) olduğu saptanmıştır. Bekar hastaların yaşam kalitesinin Genel İyilik Hali boyutunun evli, eşinden ayrılmış ve eşi vefat etmiş hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. (Bkz. Tablo 23)

Araştırmada, yaşam kalitesinin alt boyutları ile medeni durum arasındaki ilişkiye genel olarak bakıldığında, bekar hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin, diğer gruplardan daha yüksek olduğu, eşinden ayrılmış hastalarda ise en düşük düzeyde olduğu ve bu iki grup arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Depresyon ve medeni durum arasındaki ilişkide de bekar hastaların anlamlı olarak eşinden ayrılmış hastalardan daha düşük depresyon düzeyine sahip oldukları bulgusu ile yaşam kalitesinde ortaya çıkan bulgu ile ötrüşmektedir. Bu durumda yaşam kalitesi ve depresyonun, meme kanseri hastalarında birbirini etkileyen önemli faktörler olduğu söylenebilir. Ayrıca araştırmada yer alan bekar hastaların genç yaşta olması, hastalığa ait semptomları ve güçlükleri daha kolay tolare etmelerinde etkili olabilir. Nitekim, yaş ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi gösteren, genç yaştaki hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin daha iyi olduğu bulgusu da bu sonucu destekler mahiyettedir.

Pınar ve arkadaşlarının (2003), kanser hastalarında yaşam kalitesini inceledikleri araştırmada, bekar hastaların psikolojik iyilik hali, genel fiziksel iyilik hali, semptom kontrolü ve kişiler arası iyilik hali boyutlarında yaşam kalitesi düzeylerinin, evli ve dul olan hastalara göre daha yüksek olduğu, ancak istatistiksel anlamlılık düzeyinde olmadığı

bulunmuştur.²⁵⁵ Yılmaz'ın (2006) kronik ağrılı hastalarda yaşam kalitesi araştırmasında, medeni durum ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.²⁵⁶ Yıldırım (2006) araştırmasında, kanser hastalarında yaşam kalitesi fonksiyonel durum boyutları ile medeni durum arasında anlamlı bir fark olmadığını bulgulamıştır.²⁵⁷

Gürel'in (2007), kemoterapi alan hastalarda yaşam kalitesini etkileyen faktörleri incelediği çalışmasında, bekar hastaların, evli hastalardan yaşam kalitesinin Genel İyi Hali boyutunda puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ancak istatistiksel anlamlılık olmadığı; yaşam kalitesinin rol performans ve sosyal durum alt boyutlarında ise anlamlı olarak evli hastalardan daha yüksek puan ortalamasına sahip oldukları bulunmuştur.²⁵⁸

Doğan'ın (2011) akciğer kanserli hastalarda yaşam kalitesi ve sosyal destek ilişkisi üzerine yaptığı çalışmada, yaşam kalitesinin sağlık ve hareketlilik alt boyutu ile aile alt boyutu puan ortalamasının bekar/dul bireylerde daha yüksek, diğer alt boyutlar (sosyal ve ekonomi alt boyutu, psikolojik/dinsel alt boyutu) ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamasının ise evli bireylerde daha fazla olduğu tespit edilmiştir.²⁵⁹

Öztürk'ün (2011) araştırmasında, evli olmayan hastalarda yaşam kalitesi alt boyutlarından diyare ve sosyal ortamda yeme sıkıntısı sorunlarının daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir.²⁶⁰ Ateş'in (2011) araştırmasında, medeni durum ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki bulunmamıştır.²⁶¹ Sert'in (2011) araştırmasında, bazal yaşam kalitesi verileri ile hastaların medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.²⁶² Literatürde evli hastalarda yaşam kalitesinin bekar hastalara göre daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalarda bu durum evli bireylerin aile desteği ve sosyal destek yönünden bekarlardan daha avantajlı olmaları ile açıklanmıştır.²⁶³

²⁵⁵ Rukiye Pınar - Taflan Salepçi - Füsün Afşar, "Assesment of Quality of Life in Turkish Patients with Cancer", Turkish Journal of Cancer, Vol. XXXIII, No. 2, 2003, pp. 96-101.

²⁵⁶ Yılmaz, a.g.t., s. 66.

²⁵⁷ Yıldırım, a.g.t., s. 103.

²⁵⁸ Derya Kanarğ Gürel, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Erişkin Onkoloji, Hematoloji Kliniklerinde Kemoterapi Uygulanan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Adana, 2007, s. 63.

²⁵⁹ Nurhan Doğan, Akciğer Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Erzurum, 2011, ss. 38-39.

²⁶⁰ Öztürk, a.g.t., s. 44.

²⁶¹ Ateş, a.g.t., s. 106.

²⁶² Sert, a.g.t., s. 40.

²⁶³ Kılıçkap, a.g.t., s. 37.

Bu araştırmada ise ilgili literatürün aksine bekar hastaların yaşam kalitesi evli hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, araştırmaya katılan bekar hastaların, evli hastalara göre daha genç yaşta olması ve araştırmada yaş ilerledikçe yaşam kalitesinde azalma olduğu bulguları ile açıklanabilir.

3.6.4. Yaşam Kalitesi ve Meslek Arasındaki İlişki

Araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastalarda yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum boyutu puan ortalamasının meslek durumuna göre anlamlı olarak farklılaştığı ($F=4.837$; $p<0.01$) belirlenmiştir. Araştırmada, Fonksiyonel Durum boyutu puan ortalaması en yüksek olanların “diğer” meslek (hemşire, sekreter, bankacı, terzi vb.) grubu ($X=86.91$) hastalar olduğu, daha sonra sırasıyla emekli ($X=84.50$), öğretmen ($X=84.44$) olan hastaların geldiği görölmektedir. Fonksiyonel Durum boyutu puan ortalaması en düşük olan grubun ise ev hanımları ($X=78.33$) olduğu belirlenmiştir. Elde edilen bulgulara göre, emekli hastaların ev hanımlarından; “diğer” meslek gruplarından olan hastaların da yine ev hanımı olan hastalardan, yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum boyutunun, anlamlı olarak daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. (Bkz. Tablo 24)

Araştırmada, yaşam kalitesinin Semptom Kontrolü puan ortalaması en yüksek olan grubun ev hanımları ($X=21.71$) olduğu, ikinci sırada emeklilerin ($X=17.07$) ve üçüncü sırada da öğretmenlerin ($X=13.46$) bulunduğu, en düşük puan ortalamasının ise “diğer” meslek grubundan ($X=10.40$) olan hastalara ait olduğu belirlenmiştir. Semptom Kontrolü boyutunda puan ortalamasının yüksek olması, düşük düzeyde yaşam kalitesi ile ilişkilidir. Yaşam kalitesinin Semptom Kontrolü boyutunun, örneklemin mesleklerine göre anlamlı bir farklılık ($F=5.117$; $p<0.01$) gösterdiği bulunmuştur. Ev hanımlarının, “diğer” meslek grubundaki hastalardan; emekli hastaların, öğretmenlerden Semptom Kontrolü boyutunda yaşam kalitesi düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. (Bkz. Tablo 24)

Araştırmada, örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastalarda, yaşam kalitesinin Genel İyilik Hali boyutunun mesleklere göre anlamlı bir farklılaşma göstermediği ($F=2.441$; $p>0.05$) tespit edilmiştir. Yaşam kalitesinin Genel İyilik Hali puan ortalaması en yüksek olan grubun öğretmenler ($X=85.42$) olduğu, ardından sırasıyla “diğer” ($X=79.17$) meslek grubu hastaların, emekli ($X=72.37$) hastaların ve en düşük puan

ortalaması ile de ev hanımı (X=68.47) hastaların geldiği görülmüştür. Ancak gruplar arası anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur. (Bkz. Tablo 24)

Araştırmada, yaşam kalitesinin fonksiyonel durum ve semptom kontrolü boyutları ile meslek arasında anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır. Ev hanımlarının, herhangi bir mesleğe sahip hastalara göre, fonksiyonel durum boyutunda puan ortalaması daha düşük, semptom kontrolü boyutunda ise daha yüksek çıkmıştır. Bu durum, ev hanımlarında yaşam kalitesi düzeyinin, araştırmada yer alan emekli, öğretmen ve “diğer” meslek grubu hastalara göre daha düşük olduğunu göstermektedir. Araştırmada yaşam kalitesi ve hastaların mesleki durumlarına göre ortaya çıkan bu bulgu, literatür ile uyumlu görünmektedir.

Hastaların herhangi bir işle düzenli olarak ya da zorunluluk duyarak meşgul olmaları hastalıklarını daha az düşünmelerine neden olabilir. Yapmış oldukları işe bağlı olarak hastalık yakınmalarına zihinsel anlamda daha az odaklanan hastaların, hem fonksiyonel olarak hem de semptom belirtileri yönünden daha iyi durumda oldukları söylenebilir.

Bireylerin günlük rolleri ile meşgul olmasının, kendi temel ihtiyaçlarının karşılanmasına yardımcı olmakta, bu ihtiyaçların karşılanmasının ise kişinin mutluluğunun, yaşam tatmininin ve yaşam kalitesinin artmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Günlük yaşam aktivitelerine dönük uğraşların kanser hastalarında, fiziksel, duygusal, psikolojik ve manevi değerlere ait iç dengede olumlu yönde değişimler meydana getirdiği tespit edilmiştir.²⁶⁴

Yıldırım'ın (2006) araştırmasında, çalışan hastaların fiziksel fonksiyon ve kognitif fonksiyon puan ortalamalarının çalışmayan hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.²⁶⁵ Yılmaz'ın (2006) kronik ağrılı hastalarda SF-36 yaşam kalitesi ölçeği kullandığı çalışmasında, memurların fonksiyonel durum puanlarının emekli hastalar ve ev hanımlarından ve yine memurların global yaşam doyumu puanlarının emeklilerden ileri derecede anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yılmaz'ın araştırmasında, tam gün çalışan hastalarda çalışmayan hastalara göre yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.²⁶⁶

²⁶⁴ Huri, a.g.t., s. 14.

²⁶⁵ Yıldırım, a.g.t., s. 103.

²⁶⁶ Yılmaz, a.g.t., ss. 63-64.

Ateş'in (2011) kanser hastalarında alopesi ve yaşam kalitesi araştırmasında, çalışan hastaların, çalışmayan hastalara göre anlamlılık seviyesinde yaşam kalitesi düzeylerinin daha iyi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.²⁶⁷ Yıldız ve Karayurt'un (2011), lenfödem gelişen meme kanseri 100 kadın hastada yaptığı çalışmada, çalışmayan hastaların lenfödem nedeniyle yaşadıkları güçlük puan ortalamasının çalışan hastalardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu, daha fazla güçlük yaşadıkları belirlenmiştir. Çalışan kadınların sosyal çevrelerinin geniş ve iş arkadaşlarının fazla olmasına, ekonomik durumlarının ise daha iyi düzeyde olmasına bağlı olarak profesyonel desteğe ve yardımcıya daha kolay ulaşabilmelerinin bu sonuç üzerinde etkili olabileceği düşünülmüştür.²⁶⁸

Doğan'ın (2011) akciğer kanserli hastalarda yaşam kalitesi ve sosyal destek arasındaki ilişkiyi araştırdığı çalışmasında, toplam yaşam kalitesi ve yaşam kalitesinin alt boyutlarında emekli kişilerin daha yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu belirlenmiştir. Mesleklere göre yaşam kalitesinin sosyal ve ekonomi alt boyutu için puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir.²⁶⁹

Huri'nin (2012) ergoterapinin (hasta için anlamlı olan günlük yaşam aktivitelerine katılım yolu ile hastanın fiziksel ve psikolojik performansını en üst düzeye çıkarabilme ve sosyal katılım becerisini arttırma) metastatik prostat kanserli hastalarda iyi-olma hali ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini araştırdığı çalışmasında ergoterapi sonrası kansere bağlı yorgunluk, stres ve anksiyeteye ait VAS (Visual Analog Skala) puanları gruplar arası karşılaştırıldığında tedavi grubunda anlamlı azalma tespit edilir iken kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber artış saptanmıştır. Ergoterapinin, metastatik prostat kanserli hastalarda iyi olma hali ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği tespit edilmiştir. Ergoterapinin hastaların spiritüel ve psikososyal iyi olma halini arttırdığı yönünde de çalışmalar vardır.²⁷⁰

Fang-Rong Shen ve arkadaşlarının (2012), örneklem sayısı 190 erkek ve 332 kadından oluşan Çinli meme kanseri hastasında, FACT-B (Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast) kullanarak yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada, çalışan hastaların yaşam kalitesinin fiziksel iyilik, sosyal iyilik, emosyonel iyilik ve toplam yaşam

²⁶⁷ Akbal Ateş, a.g.t., s. 107.

²⁶⁸ Ayşegül Yıldız - Özgül Karayurt, "Meme Kanserli Kadınların Lenfödem Nedeniyle Yaşadıkları Güçlükler", **Meme Sağlığı Dergisi**, C. VII, S. 3, 2011, ss. 154-162.

²⁶⁹ Doğan, a.g.t., s. 38.

²⁷⁰ Huri, a.g.t., ss. 74-77, s. 106, s. 121.

kalitesi boyutları puan ortalamalarının, çalışmayan hastalardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.²⁷¹

3.6.5. Yaşam Kalitesi ve Yerleşim Yeri Arasındaki İlişki

Araştırmada, köyde ($X=80.14$) yaşayan hastaların en yüksek Fonksiyonel Durum puan ortalamasına sahip olduğu, daha sonra sırasıyla şehirde ($X=79.41$) ve ilçede ($X=79.21$) yaşayan hastaların geldiği bulunmuştur. Yerleşim yerine göre örneklemin Fonksiyonel Durum puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu gözlenmiştir. Yapılan ANOVA analizinde yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum boyutu puan ortalamasının, örneklemin yaşadığı yerleşim yerine göre anlamlı bir farklılık göstermediği ($F=.071$; $p>0.05$) tespit edilmiştir. (Bkz.Tablo 25)

Araştırmada elde edilen bulgulara göre, ilçede ($X=22.05$) yaşayan hastaların Semptom Kontrolü puan ortalamaları, şehirde ($X=20.04$) ve köyde ($X=19.91$) yaşayan hastalara göre daha yüksektir. Köyde yaşayan hastaların ise puan ortalamaları en düşüktür. Bu durumda yaşam kalitesinin Semptom Kontrolü boyutunun köyde yaşayan hastalarda daha iyi düzeyde olduğu söylenebilir fakat yaşam kalitesinin Semptom Kontrolü boyutu ve yerleşim yeri arasında gruplar arası anlamlı bir fark olmadığı ($F=.743$; $p>0.05$) bulunmuştur. (Bkz.Tablo 25)

Araştırmada, Genel İyi Hali boyutu puan ortalamasının şehirde ($X=69.83$) yaşayan hastalarda en yüksek olduğu, ikinci sırada ilçede ($X=69.42$) ve son sırada da köyde ($X=68.97$) yaşayan hastaların yer aldığı görülmüştür. Yerleşim yerine göre hastaların puan ortalamalarının birbirine çok yakın olduğu görülmektedir. Yaşam kalitesinin Genel İyi Hali boyutunun, örneklemin yerleşim yerine göre anlamlı bir farklılaşma göstermediği ($F=.036$; $p>0.05$) bulunmuştur. (Bkz. Tablo 25)

Araştırmada, yaşam kalitesi boyutları ile hastaların yerleşim yeri arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır. Ancak yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum ve Semptom Kontrolü boyutlarında köyde yaşayan hastaların, Genel İyi Hali boyutunda ise şehirde yaşayan hastaların anlamlı olmasa da yaşam kalitesi yönünden daha iyi düzeyde oldukları

²⁷¹ Shen et al., a.g.m., pp. 3747-3750.

görülmektedir. Araştırma sonucunda, yaşam kalitesi ve yerleşim yeri arasında anlamlı bir ilişki bulunamaması bulgusu, literatür ile benzerlik arz etmektedir.

Yılmaz'ın (2006) kronik ağırlı hastalarda yaşam kalitesi araştırmasında, kentte yaşayan hastaların yaşam kalitesi fonksiyonel durum puanı, kırsal alanda yaşayanlara göre oldukça yüksek çıkmış ancak aradaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur.²⁷² Sert'in (2011) çalışmasında, meme kanserli hastaların yaşam kalitesi düzeylerini yerleşim yerinin etkilemediği bulgusuna ulaşılmıştır.²⁷³ Bakar'ın (2012) çalışmasında, ilde yaşayan bireylerin yaşam kalitesi puan ortalamalarının, köy/kasaba/ilçe de yaşayan bireylerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.²⁷⁴

3.6.6. Yaşam Kalitesi ve Eğitim-Öğrenim Düzeyi Arasındaki İlişki

Araştırmada, üniversite (X=89.68) ve lise (X=82.79) mezunu meme kanseri hastaların Fonksiyonel Durum boyutu puan ortalamasının en yüksek olduğu, en düşük puan ortalamasına sahip olarak da okuma-yazma bilmeyen hastalar (X=75.24) ile yalnız okuma-yazma bilen (X=72.30) gruptaki hastaların geldiği görülmüştür. Genel olarak verilere bakıldığında, eğitim seviyesi yükseldikçe Fonksiyonel Durum boyutu puan ortalamalarında artış olduğu izlenmektedir. Yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum boyutu ile örneklemin eğitim-öğrenim durumu arasında istatistiksel olarak gruplar arası anlamlı bir farklılaşma (F=5.218; p<0.01) olduğu bulunmuştur. Üniversite mezunu hastaların, okuma-yazma bilmeyen ve yalnız okuma-yazma bilen gruptan; ilkokul mezunlarının, yalnız okuma-yazma bilen gruptan; lise mezunu hastaların, yalnız okuma-yazma bilen gruptan Fonksiyonel Durum boyutu puan ortalamalarının, anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. (Bkz. Tablo 26)

Semptom Kontrolü boyutunda ise en yüksek puan ortalamalarının ortaokul (X=26.01) mezunu hastalar ile yalnız okuma-yazma bilen (X=25.27) hastalara ait olduğu; en düşük puan ortalamasının ise lise (X=15.68) ve üniversite (X=11.92) mezunu hastalara ait olduğu bulunmuştur. Yaşam kalitesinin Semptom Kontrolü boyutu ile örneklemin eğitim-öğrenim düzeyi arasında, gruplar arası anlamlı bir farklılaşma (F=3.932; p<0.01) olduğu bulunmuştur. Yalnız okuma-yazma bilen grubun, üniversite mezunu hastalardan;

²⁷² Yılmaz, a.g.t., ss. 68-69.

²⁷³ Sert, a.g.t., s. 41.

²⁷⁴ Bakar, a.g.t., s. 55.

ortaokul mezunu hastaların, üniversite mezunu hastalardan yaşam kalitesinin Semptom Kontrolü boyutu puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Semptom Kontrolü boyutunda yüksek puanlar, düşük yaşam kalitesi ile ilişkilidir. Dolayısıyla ortaokul mezunu hastalar ve yalnız okuma-yazma bilen hastalarda, diğer gruplara göre Semptom Kontrolü boyutunda yaşam kalitesinin daha düşük düzeyde, üniversite mezunlarında ise yüksek düzeyde olduğu söylenebilir. (Bkz.Tablo 26)

Araştırmada, yaşam kalitesinin Genel İyi Hali boyutunda en yüksek puan ortalamasına üniversite ($X=80.95$) mezunu hastaların; en düşük puan ortalamasına ise yalnız okuma-yazma bilen ($X=63.10$) hastaların sahip olduğu görülmüştür. Ancak yapılan ANOVA analizinde, yaşam kalitesinin Genel İyi Hali boyutu ile örneklemin eğitim-öğrenim düzeyi arasında gruplar arası anlamlı bir farklılaşma olmadığı ($F=1.824$; $p>0.05$) bulunmuştur. (Bkz.Tablo 26)

Araştırmada, yaşam kalitesinin tüm boyutlarında, üniversite mezunu hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin en yüksek olduğu, Fonksiyonel Durum ve Semptom Kontrolü boyutlarında gruplar arası anlamlı bir farklılaşma olduğu, Genel İyi Hali boyutunda ise anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. Eğitim seviyesi düzeyi yüksek olan hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin daha iyi olmasında, problemlerinin çözümünde kaynaklara ve bilgiye daha kolay erişebilmelerinin ve başa çıkma becerilerini daha iyi kullanmalarının etkili olabileceği ileri sürülebilir. Literatürde, eğitim seviyesi yüksek hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin anlamlı olarak daha iyi olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Araştırmada yaşam kalitesi ve eğitim-öğrenim seviyesi ilişkisine dair elde edilen bu bulgu, literatür ile uyumludur.

Yılmaz'ın (2006) çalışmasında kronik ağrılı hastalarda, eğitim seviyesi yüksek olan lisansüstü eğitim mezunlarının yaşam kalitesi fonksiyonel durum ve global yaşam doyumu puanlarının diğer gruplardan daha yüksek olduğu belirtilmiştir.²⁷⁵ Yıldırım'ın (2006) çalışmasında, hastaların eğitim düzeyinin yaşam kalitesini etkileyen bir faktör olmadığı tespit edilmiştir.²⁷⁶ Doğan'ın (2011) çalışmasında, akciğer kanserli hastalarda yaşam kalitesi puan ortalamasının en düşük olduğu grubun ilköğretim mezunlarına, en yüksek puan ortalamasının ise üniversite mezunlarına ait olduğu belirlenmiştir. Eğitim durumuna göre

²⁷⁵ Yılmaz, a.g.t., ss. 61-62.

²⁷⁶ Yıldırım, a.g.t., s. 103.

farklılığın, kullanılan yaşam kalitesi ölçeğinin psikolojik ve dinsel alt boyutu ile sosyal ve ekonomi alt boyutu için istatistiksel düzeyde anlamlı olduğu tespit edilmiştir.²⁷⁷

Öztürk'ün (2011) radyoterapi alan baş ve boyun kanserli hastalarda yaşam kalitesini ve etkileyen faktörleri incelediği araştırmasında, eğitim düzeyi ilkökul ve altı olan hastaların rol fonksiyonun ve genel yaşam kalitesinin daha iyi olduğu; ilkökul üstü eğitilmiş hastalarda ise yorgunluk, bulantı-kusma, iştahsızlık, sosyal ortamda yeme ve kendini hasta hissetme sorunlarının daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir.²⁷⁸

Ateş'in (2011) kanser hastalarında alopesi ve yaşam kalitesi üzerine yaptığı araştırmasında eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır.²⁷⁹ Sert'in (2011) araştırmasında, eğitim seviyesi yüksek hastaların yaşam kalitesi FACT-G skorlarının anlamlılığa yakın düzeyde yüksek olduğu gözlenmiştir.²⁸⁰

Carver ve arkadaşlarının (2006) meme kanseri hastalarında yaşam kalitesinde uzun dönemli izlem çalışmasında, kullanılan yaşam kalitesinin alt boyutları olan ağrı şiddeti ile eğitim düzeyi arasında pozitif yönde, yorgunluk, finansal problemler ve ailenin geleceği konusunda distress yaşama arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Buna göre, hastaların eğitim düzeyi yükseldikçe ağrı algısı dışında genel olarak yaşam kalitesi düzeyinde artış olduğu görülmüştür.²⁸¹

3.6.7. Yaşam Kalitesi ve Gelir Düzeyi Arasındaki İlişki

Araştırmada, iyi (X=84.02) gelir düzeyine sahip hastaların Fonksiyonel Durum boyutu puan ortalamalarının en yüksek olduğu, ikinci sırada orta (X=81.85) ve son sırada da düşük (X=74.71) gelir düzeyine sahip hastaların geldiği görülmektedir. ANOVA analizi sonuçlarında, yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum boyutu ile örneklemin ekonomik gelir düzeyi arasında gruplar arası anlamlı bir farklılaşma olduğu (F=14.919; p<0.01) bulunmuştur. Orta gelir düzeyindeki hastaların, düşük gelir düzeyindeki hastalardan; iyi gelir düzeyindeki hastaların, düşük gelir düzeyindeki hastalardan yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum boyutu puan ortalamasının anlamlı olarak daha yüksek olduğu olduğu

²⁷⁷ Doğan, a.g.t., s. 38.

²⁷⁸ Öztürk, a.g.t., s. 41.

²⁷⁹ Ateş, a.g.t., s. 106.

²⁸⁰ Sert, a.g.t., s. 40.

²⁸¹ Carver et al., a.g.m., pp. 749–758.

bulunmuştur. (Bkz.Tablo 27) Bu durumda Fonksiyonel Durum boyutunda iyi ve orta gelir düzeyindeki hastaların, düşük gelir düzeyindeki hastalara göre yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu söylenebilir.

Araştırmada, yaşam kalitesinin Semptom Kontrolü boyutunda en yüksek puan ortalamasının düşük ($X=25.27$) gelir düzeyindeki hastalara ait olduğu görülmüştür. Daha sonra sırasıyla orta ($X=18.06$) ve en düşük puan ortalaması ile de iyi ($X=16.91$) gelir düzeyindeki hastalar gelmektedir. Örnekleme oluşturan meme kanseri kadın hastalarda, gelir düzeyine göre yaşam kalitesinin Semptom Kontrolü puan ortalamalarının anlamlı bir farklılaşma ($F=12.447$; $p<0.01$) gösterdiği bulunmuştur. Düşük gelir düzeyindeki hastaların, orta ve iyi gelir düzeyindeki hastalara göre Semptom Kontrolü boyutu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Buna göre düşük gelir düzeyinde olan hastaların, orta ve iyi gelir düzeyindeki hastalara göre hastalığa ilişkin semptomları daha belirgin olarak yaşadıkları ve Semptom Kontrolü boyutunda yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu söylenebilir. (Bkz.Tablo 27)

Araştırmadan elde edilen bulgularda, yaşam kalitesinin Genel İyi Hali boyutu puan ortalaması en yüksek olan grubun orta ($X=74.44$) gelir düzeyindeki hastalar olduğu, ardından iyi ($X=71.30$) ve düşük ($X=61.77$) gelir düzeyindeki hastaların geldiği tespit edilmiştir. Örneklemin yaşam kalitesinin Genel İyi Hali boyutu ve gelir düzeyi arasında gruplar arası anlamlı bir farklılaşma olduğu ($F=15.030$; $p<0.01$) bulunmuştur. Orta gelir düzeyindeki hastaların, düşük gelir düzeyindeki hastalardan ve iyi gelir düzeyindeki hastaların, düşük gelir düzeyindeki hastalardan yaşam kalitesinin Genel İyi Hali boyutu puan ortalamasının anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Buna göre düşük gelir düzeyindeki hastaların, orta ve iyi gelir düzeyindeki hastalara göre Genel İyi Hali boyutunda yaşam kalitesi düzeylerinin daha düşük seviyede olduğu ifade edilebilir. (Bkz. Tablo 27)

Araştırmada anlamlılık düzeyinde, düşük gelir düzeyinde olduğunu belirten hastaların orta ve iyi gelir düzeyindeki hastalara göre, yaşam kalitesinin fonksiyonel durum ve genel sağlık boyutlarındaki puan ortalamalarının daha düşük; semptom kontrolü boyutundaki puan ortalamalarının ise daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Aynı zamanda, düşük gelir düzeyindeki hastaların, orta ve iyi gelir düzeyindeki hastalara göre depresyon düzeylerinin yüksek olması da burada önemli bir faktör olarak

düşünülebilir. Araştırma bulgularında depresyon ile yaşam kalitesinin fonksiyonel durum ve genel sağlık boyutları arasında pozitif yönde, semptom kontrolü boyutu arasında ise negatif yönde anlamlı ve güçlü bir ilişki çıkmıştır.

Araştırma sonucunda, depresyon ile yaşam kalitesi ve depresyon ile gelir düzeyi arasındaki ilişkilere bakıldığında yaşam kalitesi ve gelir düzeyi arasındaki farklılığın anlamı belki daha iyi anlaşılabilir. Gelir düzeyi iyi olan hastaların, tedavi imkanları ve seçeneklerine daha kolay ulaşmalarının, hastalıkla mücadelede konusunda maddi ve sosyal destek almada zorluk yaşamamalarının yaşam kalitesi düzeylerinin daha iyi olmasında etkili olduğu düşünülebilir.

Literatürde, yaşam kalitesinin gelir düzeyi iyi olan hastalarda daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar olduğu gibi yaşam kalitesi ve gelir düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını gösteren çalışmalar da vardır. Bu araştırmada elde edilen yaşam kalitesi ve gelir düzeyi arasındaki ilişkiye ait bulgu, literatür ile uyumludur.

Yılmaz'ın (2006) kronik ağrılı hastalarda yaşam kalitesi çalışmasında gelir düzeyi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.²⁸² Yıldırım'ın (2006) araştırmasında, kanser hastalarında yaşam kalitesi fonksiyonel durum ve semptom alt boyutları ile gelir durumu arasında bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir.²⁸³ Ateş'in (2011) kanser hastalarında kemoterapiye bağlı alopesi ve yaşam kalitesi araştırmasında gelir düzeyinin yaşam kalitesi üzerinde etkisi olmadığı bulunmuştur.²⁸⁴ Sert'in (2011) araştırmasında, anlamlılık seviyesinde olmamasına rağmen meme kanserli hastalarda yüksek ekonomik düzeye sahip hastaların yaşam kalitesi skorlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.²⁸⁵

Öztürk'ün (2011) baş ve boyun kanserli hastalarda yaşam kalitesini konu edindiği araştırmasında, geliri yetersiz olan hastaların genel yaşam kalitesinin daha iyi olduğu; geliri iyi olan hastaların ise yutma, sosyal ortamda yeme ve kendini hasta hissetme sorunlarını daha fazla yaşadıkları bulunmuştur.²⁸⁶

²⁸² Yılmaz, a.g.t., s. 66.

²⁸³ Yıldırım, a.g.t, s. 103, s. 108.

²⁸⁴ Ateş, a.g.t., s. 106.

²⁸⁵ Sert, a.g.t., s. 41.

²⁸⁶ Öztürk, a.g.t., s. 47.

Ferrel ve arkadaşlarının (2005) over kanseri kadın hastalarda yaptığı araştırmada, yaşam kalitesi ile ekonomik durum arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuş ve gelir düzeyi iyi olan hastaların yaşam kalitesi puan ortalamalarının, gelir düzeyi kötü olan hastalara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir.²⁸⁷ Bulotiene ve arkadaşlarının (2008) meme kanseri kadınlarda sosyal faktörlerin depresyon ve anksiyete ile ilişkisini inceledikleri araştırmada, ailenin yüksek gelir düzeyine sahip olmasının genel yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği bulunmuştur.²⁸⁸

Fang-Rong Shen ve arkadaşlarının (2012), örneklem sayısı 190 erkek ve 332 kadından oluşan Çinli meme kanseri hastasında, FACT-B (Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast) kullanarak yaşam kalitesini inceledikleri araştırmada, ekonomik durumu iyi olan grubun yaşam kalitesinin BCS (meme kanseri alt ölçekleri) boyutu dışında diğer tüm boyutlarındaki puan ortalamalarının, düşük ekonomik düzeyde olan hastalardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur.²⁸⁹

3.6.8. Yaşam Kalitesi ve Hastalık Süresi Arasındaki İlişki

Bu çalışmada, Fonksiyonel Durum boyutu puan ortalaması en yüksek olan grupların hastalık tanısı üzerinden 3-4 yıl geçmiş hastalar ($X=82.53$) ile hastalık tanısı üzerinden 5-6 yıl ($X=81.15$) hastalar olduğu; puan ortalaması en düşük olan grupların ise hastalık süresi 7-11 ay ($X=77.24$) ve 9-10 yıl ($X=77.22$) olan hastalar oldukları bulunmuştur. Ancak yapılan ANOVA analizinde gruplar arası anlamlı bir farklılaşma olmadığı ($F=.806$; $p>0.05$) saptanmıştır. Yani yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum boyutu ile hastalık süresi arasında anlamlı bir ilişki yoktur. (Bkz. Tablo 28)

Araştırmadan elde edilen verilere göre Semptom Kontrolü boyutunda en yüksek puan ortalamasının, hastalık süresi 11 yıl ve üzeri olan ($X=23.83$) ile 7-8 yıl ($X=23.78$) olan hastalara ait olduğu, ve en düşük puan ortalamasının da hastalık süresi 1-2 yıl ($X=19.40$) ile 3-4 yıl ($X=17.05$) olan hastalara ait olduğu görülmüştür. Bu durumda Semptom Kontrolü boyutunda, hastalık tanısı üzerinden 11 yıl ve üzeri ile 7-8 yıl geçmiş hastalarda yaşam kalitesinin diğer gruplardan daha düşük seviyede olduğu söylenebilir

²⁸⁷ B. Ferrell et al., "Perspectives on the Impact of Ovarian Cancer: Women's Views of Quality of Life", *Oncol Nurs Forum*, Vol. XXXII, No. 6, 2005, pp. 1143-1149.

²⁸⁸ Bulotiene et al., a.g.m., pp. 57-62.

²⁸⁹ Shen et al., a.g.m., pp. 3747-3750.

fakat ANOVA sonuçları, gruplar arası anlamlı bir farklılaşma olmadığını ($F=1.143$; $p>0.05$) göstermektedir. Buna göre araştırmada, yaşam kalitesinin Semptom Kontrolü boyutu ile örneklemin hastalık süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. (Bkz. Tablo 28)

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlara göre hastalık tanısı üzerinden 3-4 yıl ($X=74.22$) ile 1-2 yıl ($X=71.94$) geçmiş hastaların Genel İyi Hali boyutu puan ortalamalarının en yüksek olduğu, en düşük puan ortalamasının da 7-8 yıl ($X=62.50$) ile 9-10 yıl ($X=64.24$) geçmiş olan hastalara ait olduğu görülmüştür. Yaşam kalitesinin Genel İyi Hali boyutunda en iyi düzeyde olan hastaların hastalık tanısı üzerinden 3-4 yıl ve 1-2 yıl geçmiş hastalar olduğu söylenebilir ancak yapılan ANOVA analizinde gruplar arası anlamlı bir farklılaşma olmadığı ($F=1.385$, $p>0.05$) bulunmuştur. Araştırmada yaşam kalitesinin Genel İyi Hali boyutu ile hastalık süresi arasında anlamlı bir ilişki ortaya çıkmamıştır. (Bkz. Tablo 28)

Araştırmada, yaşam kalitesinin tüm boyutlarının, hastalık süresi ile anlamlı bir farklılaşma göstermediği bulunmuştur. Bu bulgu, literatürde ilgili konuda yapılan çalışmalarla örtüşmektedir.

Yıldırım (2006), kanser hastalarında yaşam kalitesi fonksiyonel ve semptom alt boyutları üzerinde hastalık süresinin önemli bir etken olmadığını bulmuştur.²⁹⁰ Kılıçkap'ın (2009) çalışmasında, hastalık süresi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu; tanı sonrası ilk 1 yıl içinde başvuran hastalarda genel yaşam kalitesi skoru ortalamasının, tanı sonrası 1 yıl ve daha fazla olan hastalara göre daha düşük olduğu, 3-5 yıl arasında başvuran hastalarda ise puan ortalamasının en yüksek olduğu belirlenmiştir.²⁹¹ Ateş'in (2011) araştırmasında, kanser hastalarında yaşam kalitesi ve hastalık süresi arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.²⁹²

Holzner ve arkadaşları da (2003) yapmış oldukları çalışmada hastalık süresinin yaşam kalitesini etkilemediğini tespit etmişlerdir.²⁹³ Carver ve arkadaşlarının (2006) meme kanserinde uzun dönemli yaşam kalitesini inceledikleri izlem çalışmasında, yaşam kalitesinin alt boyutları olan olumsuz duygular ve sosyal kaçınma ile tedaviden sonra

²⁹⁰ Yıldırım, a.g.t., s. 103, s. 108

²⁹¹ Kılıçkap, a.g.t., s. 28.

²⁹² Ateş, a.g.t., s. 108.

²⁹³ B. Holzner et al., "Fatigue in Ovarian Carcinoma Patients", *Cancer*, Vol. XCVII, 2003, pp. 1564-1572.

geçen zaman arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, tedavi sonrası geçen süre ilerledikçe olumsuz duygularda ve sosyal kaçınmada azalma olduğu belirlenmiştir.²⁹⁴

Holzner ve arkadaşları²⁹⁵ (2001) tarafından yapılan diğer bir çalışmada, meme kanseri hastalarda ilk tedaviden bir süre geçtikten sonra yaşam kalitesi sonuçları değerlendirilmiştir. Sadece ilk tedavisinin üzerinden 1-2 yıl geçen hastalarda değil 5 yıl ve üzeri süre geçmiş hastalarda da yaşam kalitesinde azalma olduğu gözlenmiştir. Bu çalışmada, “geri tepme etkisi” (ilk düzelmeden sonra yaşam kalitesinde tekrar azalma olması) olarak ifade edilen durumun, özellikle yaşam kalitesinin psiko-sosyal yönünde olduğu görülmüştür. Meme kanseri hastaların, kanser tedavisinin uzun süreli fiziksel etkilerinin (kol ödemi, ameliyat yarasında ağrı vb.) yanında hastalığın sürekli farkında olma, olası nüks korkusu gibi duygular yaşadıkları belirlenmiştir. Kanser tedavisinin fiziksel etkilerine bağlı olarak meme kanseri kadın hastalarda, yaşam kalitesinin rol fonksiyon boyutunda azalma olduğu, hastaların mesleki görevlerinde, boş zaman aktivitelerini organize etmede ve hobilerini sürdürmede zorlandığı gözlenmiştir.²⁹⁶

3.6.9. Yaşam Kalitesi ve Hastalık Evresi Arasındaki İlişki

Araştırmada elde edilen bulgulara göre Fonksiyonel Durum boyutu puan ortalamasının Evre II (X=80.91) meme kanseri hastalarda en yüksek olduğu, daha sonra ikinci sırada Evre I (X=80.67), üçüncü sırada Evre III (X=80.53) ve son sırada en düşük puan ortalaması ile Evre IV (X=73.40) meme kanseri kadın hastaların geldiği bulunmuştur. Evre I, Evre II ve Evre III meme kanseri hastalarda yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum boyutu düzeyinin Evre IV hastalardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum boyutu ile hastalık evresi arasında anlamlı bir farklılık olduğu (F=5.603; p<0.01) ve Evre IV meme kanseri kadın hastaların Fonksiyonel Durum boyutunda yaşam kalitesi düzeylerinin diğer evrelerde bulunan hastalardan daha düşük seviyede olduğu tespit edilmiştir. (Bkz. Tablo 29)

²⁹⁴ Charles S. Carver et al., “Quality of Life Among Long-Term Survivors of Breast Cancers: Different Types of Antecedents Predict Different Classes of Outcomes”, **Psycho-Oncology**, Vol. XV, 2006, pp. 749–758.

²⁹⁵ B. Holzner et al., “Quality of Life in Breast Cancer Patients not Enough Attention for Long-Term Survivors?”, **Psychosomatics**, Vol. XLII, 2001, pp.117-123.

²⁹⁶ Chopra - Kamal, a.g.m., p. 8.

Araştırmada, en yüksek puan ortalamasının Evre IV (X=28.16) hastalara ait olduğu, ardından Evre III (X=20.38), Evre I (X=19.20) ve en düşük puan ortalamasıyla da Evre II (X=18.20) meme kanseri hastaların geldiği tespit edilmiştir. Yaşam kalitesinin Semptom Kontrolü boyutu ile hastalık evresi arasında, gruplar arası anlamlı bir farklılaşma (F=8.296; p<0.01) olduğu bulunmuştur. Evre IV meme kanseri hastalarda yaşam kalitesinin Semptom Kontrolü boyutu düzeyinin Evre I, Evre II ve Evre III hastalardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla yaşam kalitesinin Semptom Kontrolü boyutu ile hastalık evresi arasında anlamlı bir ilişki vardır ve Evre IV meme kanseri hastaların Semptom Kontrolü boyutundaki yaşam kalitesi düzeyleri diğer evrelerde bulunan hastalardan daha düşüktür, bu evredeki hastalar hastalığa ait semptomları daha şiddetli bir şekilde yaşamaktadırlar. (Bkz.Tablo 29)

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre; Evre II (X=72.31) meme kanseri hastalarda Genel İyilik Hali puan ortalamasının en yüksek olduğu, daha sonra ise Evre I (X=72.29), Evre III (X=70.06) ve en düşük puan ortalamasına sahip olarak da Evre IV (X=58.99) hastaların geldiği görülmüştür. Araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastalarda, yaşam kalitesinin Genel İyilik Hali boyutu ile hastalık evresi arasında, gruplar arası anlamlı bir farklılık olduğu (F=6.727; p<0.01) bulunmuştur. Evre I, Evre II ve Evre III meme kanseri hastalarda yaşam kalitesinin Genel İyilik Hali boyutu düzeyinin Evre IV hastalardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Bu durumda, yaşam kalitesinin Genel İyilik Hali boyutu ve hastalık evresi arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve Evre IV meme kanseri kadın hastaların Genel İyilik Hali boyutunda yaşam kalitesi düzeylerinin, Evre I, Evre II ve Evre III'te bulunan hastalara göre daha düşük olduğu söylenebilir (Bkz.Tablo 29).

Araştırmada Evre IV kanser hastalarının, sırasıyla Evre I, Evre II ve Evre III hastalara göre yaşam kalitesi boyutlarında anlamlı bir farklılık sergilediği gözlenmiştir. Evre IV hastalar, Evre I, Evre II ve Evre III hastalara göre, yaşam kalitesinin fonksiyonel durum ve genel sağlık boyutlarında daha düşük; semptom kontrolü boyutunda ise daha yüksek puan ortalamasına sahiptirler. Evre IV'teki kanser hastalarının aynı zamanda depresyon düzeyleri de diğer evrelerde bulunan hastalardan daha yüksek çıkmıştır.

Evre IV, meme kanserinde hastalık yaşantısı açısından oldukça ağır ve zorlu bir dönemdir. Bu dönemde kemik metastazına bağlı olarak şiddetli ağrıların; akciğer

metastazına bağılı olarak nefes darlığı; karaciğer metastazına bağılı olarak sarılık gibi semptomların ortaya çıkması Evre IV hastalarda diğer evrelere göre, hem yaşam kalitesinin düşmesine hem de depresyon düzeyinin yükselmesine sebep olabilmektedir. Araştırmada yaşam kalitesi ve hastalık evresine ilişkin elde edilen bulgu, literatür ile uyumludur.

Yıldırım'ın (2006) araştırmasında, Evre IV kanser hastalarında rol fonksiyon, emosyonel fonksiyon ve global yaşam kalitesi puan ortalamalarının diğer evrelerdeki hastalara göre daha düşük olduğu, yorgunluk ve uyku bozukluğu semptomlarının daha fazla yaşandığı tespit edilmiştir.²⁹⁷

Kılıçkap'ın (2009) kanser hastalarında yaşam kalitesi araştırmasında, hastalarda kanser evresi ilerledikçe genel yaşam kalitesinde azalma olduğu tespit edilmiştir. En düşük genel yaşam kalitesi puan ortalamasının Evre IV'teki (X= 54.9) hastalara ait olduğu belirlenmiştir.²⁹⁸ Doğan'ın (2011) akciğer kanserli hastalarda yaptığı çalışmada, hastalık evresine göre yaşam kalitesinin tüm alt boyutları ve toplam yaşam kalitesi için Evre I-II olan hastaların puan ortalamalarının en yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ancak hastalık evresi ile yaşam kalitesinin tüm alt boyutları için aradaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur.²⁹⁹

Öztürk'ün (2011) radyoterapi alan baş ve boyun kanserli hastalarda yaptığı araştırmasında, Evre III ve IV'te olan hastalarda emosyonel ve sosyal fonksiyon ve genel yaşam kalitesinin daha kötü olduğu; bulantı-kusma, iştahsızlık, kilo kaybı gibi semptom boyutuna ait belirtilerin daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir.³⁰⁰

Kessler'in (2002) araştırmasında, meme kanseri tanısı ile yaşam süresi ve hastalık evresinin, yaşam kalitesi ile negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.³⁰¹ Fang-Rong Shen ve arkadaşlarının (2012), 522 Çinli meme kanseri hastasında FACT-B (Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast) kullanarak yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada, hastalık evresi ilerledikçe yaşam kalitesinin tüm boyutlarındaki puan ortalamalarının anlamlı olarak düştüğü gözlenmiştir.³⁰²

²⁹⁷ Yıldırım, a.g.t., s. 103, s. 108.

²⁹⁸ Kılıçkap, a.g.t., s. 25.

²⁹⁹ Doğan, a.g.t., s. 39.

³⁰⁰ Öztürk, a.g.t., s. 47.

³⁰¹ T. A. Kessler, "Contextual Variables, Emotional State, and Current and Expected Quality of Life in Breast Survivors", **Oncology Nursing Forum**, Vol. XXIX, No. 7, 2002, pp. 1109-1116.

³⁰² Shen et al., a.g.m., pp. 3747-3750.

3.6.10. Yaşam Kalitesi ve Tedavi Arasındaki İlişki

Araştırmada, Fonksiyonel Durum boyutu puan ortalamasının radyoterapi-hormonoterapi alan ($X=83.33$) grup ile kemoterapi-radyoterapi-hormonoterapi ($X=81.84$) tedavilerinin her üçünü de almış olan grupta en yüksek olduğu, yalnız hormonoterapi ($X=65.19$) ve yalnız radyoterapi ($X=78.89$) tedavisi almış olan hastalarda ise puan ortalamasının en düşük olduğu görülmüştür. Ancak yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum boyutunun örneklemin almış olduğu tedaviye göre anlamlı bir farklılık göstermediği ($F=1.286$; $p>0.05$) bulunmuştur. dolayısıyla yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum boyutu ile örneklemin almış olduğu tedavi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı söylenebilir. (Bkz.Tablo 30)

Bu çalışmada, Semptom Kontrolü boyutu puan ortalaması en yüksek olan grubun yalnız hormonoterapi ($X=40.17$) tedavisi almış olan hastalar olduğu, en düşük puan ortalamasına sahip olarak da tedavi uygulanmamış ($X=18.80$) ve radyoterapi-hormonoterapi ($X=11.54$) tedavisi almış olan hastalar olduğu bulunmuştur. Araştırmada, radyoterapi-hormonoterapi tedavisi uygulanmış hastaların, Semptom Kontrolü boyutunda yaşam kalitesi düzeylerinin diğer tedavi gruplarındaki hastalardan daha iyi düzeyde olduğu söylenebilir. Ancak araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastaların, yaşam kalitesinin Semptom Kontrolü boyutu puan ortalamalarının alınan tedaviye göre anlamlı bir farklılaşma göstermediği ($F=1.412$; $p>0.05$) belirlenmiştir. Dolayısıyla, örnekleme yer alan meme kanseri kadın hastalarda yaşam kalitesinin Semptom Kontrolü boyutu ile uygulanan tedavi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. (Bkz.Tablo 30)

araştırmada, yaşam kalitesinin Genel İyi Hali boyutu puan ortalamasının tedavi uygulanmamış ($X=80.56$) olan grupta ve radyoterapi-hormonoterapi ($X=75.00$) tedavisi uygulanmış grupta en yüksek olduğu, yalnız hormonoterapi ($X=55.56$) tedavisi almış olan ve kemoterapi-radyoterapi ($X=67.57$) tedavileri uygulanmış hastalarda puan ortalamasının en düşük olduğu bulunmuştur. Ancak yaşam kalitesinin Genel İyi Hali boyutu ile uygulanan tedavi arasında, gruplar arası anlamlı bir farklılık olmadığı ($F=1.154$; $p>0.05$) bulunmuştur. Bu durumda, yaşam kalitesinin Genel İyi Hali boyutu ile örneklemin almış olduğu tedavi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir. (Bkz. Tablo 30)

Bu araştırmada, yaşam kalitesi boyutları ve hastaların almış oldukları tedavi arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır. Bu durumun ortaya çıkmasında, tedavi

gruplarında yer alan birey sayısının oransal eşitlik göstermemesi, örnekleme oluşturan hastaların büyük bir kısmının tedavisinin tamamlanmış olması ve tedavinin üzerinden uzun bir süre geçtiği için tedaviye bağlı yan etkilerin azalmış ya da kaybolmuş olmasının etkili olduğu düşünülebilir. Literatürde konu ile ilgili çalışmalar, genel olarak kanser hastalarında uygulanan tedavinin yaşam kalitesini etkilediği yönündedir. Ancak uygulanan tedavi ve yaşam kalitesi arasında, bu çalışmada olduğu gibi anlamlı bir ilişki olmadığını gösteren çalışmalar da vardır.

Pınar ve arkadaşlarının (2003), kanser hastalarında yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada, radyoterapi, kemoterapi ve kombine tedavi gruplarından oluşan hastalarda yaşam kalitesi boyutları ve uygulanan tedavi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.³⁰³ Yılmaz'ın (2006) kronik ağrılı hastalarda yaşam kalitesi araştırmasında radyoterapi ve kemoterapi tedavileri ile yaşam kalitesinin fonksiyonel durum boyutu arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.³⁰⁴ Buna göre radyoterapi ve kemoterapi alan hastalarda fonksiyonel boyut düzeyinde yaşam kalitesinin daha düşük olduğu söylenebilir.

Tuncer'in (2011) kanser hastalarında depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada, EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeğinin Genel İyi Hali boyutunun, kemoterapi ve radyoterapi tedavilerinin her ikisini alan hastalarda, yalnız kemoterapi tedavisi gören hastalara göre anlamlı olarak daha düşük düzeyde olduğu bulunmuştur.³⁰⁵ Öztürk'ün (2011) radyoterapi alan baş ve boyun kanserli hastalarda yaptığı çalışmasında, sadece RT alan hastaların fiziksel ve rol fonksiyonu ve genel yaşam kalitesinin daha iyi olduğu; RT ile birlikte başka tedavi alan hastalarda yorgunluk, bulantı-kusma, iştahsızlık, kilo kaybı gibi problemlerin daha fazla görüldüğü belirlenmiştir.³⁰⁶

Ganz ve arkadaşlarının (2002) meme kanseri kadın hastalarda uzun dönemli yaşam kalitesini araştırdıkları izlem çalışmasında, geçmişte sistemik adjuvan terapi (kemoterapi, tamoxifen veya her ikisi) almayan hastaların, sistemik adjuvan terapi alan hastalara göre yaşam kalitesi düzeylerinin daha iyi olduğu, yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, fiziksel

³⁰³ Pınar - Salepçi - Afşar, a.g.m., pp. 96-101.

³⁰⁴ Yılmaz, a.g.t., s. 76.

³⁰⁵ Osen Figan Tuncer, Psychological Well-Being of Cancer Patients: Depression, Anxiety and Quality of life Among Turkish Cancer Patients, Tillburg University, Clinical Health Psychology, 2011, s. 14.

³⁰⁶ Esra Öztürk, a.g.t., s. 54.

rol fonksiyon, bedensel ağrı, sosyal fonksiyon ve genel sağlık boyutlarındaki skorlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca yapılan çoklu analizde de geçmişte kemoterapi almanın düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur.³⁰⁷

Casso ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında, meme kanserinde yaşam kalitesinin alınan tedaviye bağlı olarak değiştiği, adjuvan sistemik tedavi alan hastaların almayan hastalara göre yaşam kalitesinin fiziksel, psikososyal ve cinsel boyutlarının daha düşük seviyede olduğu gözlenmiştir.³⁰⁸ Carver ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan meme kanseri hastalarda yaşam kalitesinin uzun dönemli izlem çalışmasında, kullanılan yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutları olan finansal sorunlar, hastalığın nüks etmesi konusunda distress ve fiziksel görünüme ait endişe yaşama düzeylerinin kemoterapi almış hastalarda anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir.³⁰⁹

Salonen'in (2011) Finlandiya'da müdahale grubu ve kontrol grubundan oluşan meme kanseri hastalarda iki fazda gerçekleştirdiği çalışmada, altı aylık izlem boyunca her iki grupta da, kanser tedavisinin yan etkilerinde istatistiksel anlamlılık düzeyinde artış olduğu ve adjuvan terapinin, düşük düzeyde yaşam kalitesini yordadığı bulunmuştur.³¹⁰

3.6.11. Yaşam Kalitesi ve Ameliyat Tipi Arasındaki İlişki

Araştırmada elde edilen verilere göre, ameliyat olmamış (X=95.00) hastaların Fonksiyonel Durum boyutu puan ortalamasının en yüksek olduğu, daha sonra sırasıyla rekonstrüksiyon yapılmış (X=88.50), meme koruyucu cerrahi uygulanmış (X=80.92) ve en düşük puan ortalamasına sahip olarak da mastektomi uygulanmış (X=78.08) hastaların geldiği görülmüştür. Örneklemi oluşturan meme kanseri kadın hastalarda yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum boyutu puan ortalaması ile uygulanan ameliyat tipi arasında, gruplar arası anlamlı bir farklılık olduğunu (F=4.225; p<0.01) görülmektedir. Ameliyat olmamış hastaların mastektomili hastalardan; rekonstrüksiyonlu hastaların, meme koruyucu cerrahi

³⁰⁷ Patricia A. Ganz et al., "Quality of Life in Long-Term, Disease-Free Survivors of Breast Cancer: a Follow-up Study", **Journal of the National Cancer Institute**, Vol. XCIV, No. 1, 2002, <http://jnci.oxfordjournals.org/>, (03.05.2014), pp. 39-49.

³⁰⁸ D. Casso - D. S. Buist - S. Taplin, "Quality of life of 5-10 Year Breast Cancer Survivors Diagnosed Between Age 40 and 49", **Health Qual Life Outcomes**, Vol. II, 2004, pp. 25-33; Chopra - Kamal, a.g.m., p. 7.

³⁰⁹ Carver et al., a.g.m., pp. 749-758.

³¹⁰ Päivi Salonen, "Quality of Life in Patients with Breast Cancer: A Prospective Intervention Study", (Academic Dissertation), School of Health Sciences of the University of Tampere, 2011, p. 8.

uygulanmış hastalardan ve rekonstrüksiyonlu hastaların, mastektomili hastalardan yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum boyutu puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durumda araştırmada yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum boyutu ile ameliyat tipi arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Bu durumda, Fonksiyonel Durum boyutunda mastektomili hastaların, ameliyat olmamış ve rekonstrüksiyon uygulanmış hastalara göre; meme koruyucu cerrahi uygulanmış hastaların ise rekonstrüksiyon yapılmış hastalara göre yaşam kalitesi düzeylerinin daha düşük olduğu söylenebilir. (Bkz. Tablo 31)

Araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastalarda, yaşam kalitesinin Semptom Kontrolü boyutu ile ameliyat tipine ilişkin sonuçlar yer almaktadır. Bu çalışmadan elde edilen bulgulara göre; Semptom Kontrolü puan ortalamasının mastektomili ($X=21.96$) hastalarda en yüksek olduğu, ardından meme koruyucu cerrahi ($X=19.26$) uygulanmış, ameliyat olmamış ($X=7.69$) ve son sırada da rekonstrüksiyon ($X=6.41$) yapılmış hastaların geldiği belirlenmiştir. Yaşam kalitesinin Semptom Kontrolü boyutu ile ameliyat tipi arasında, gruplar arası anlamlı bir farklılaşma ($F=4.837$; $p<0.01$) ortaya çıkmıştır. Yaşam kalitesinin Semptom Kontrolü boyutu puan ortalamasının, mastektomili hastalarda, rekonstrüksiyonlu hastalardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Buna göre araştırmada yaşam kalitesinin Semptom Kontrolü boyutu ile ameliyat tipi arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve mastektomili hastalarda Semptom Kontrolü boyutunda yaşam kalitesi düzeyinin, rekonstrüksiyonlu hastalardan daha düşük olduğu söylenebilir. (Bkz. Tablo 31)

Araştırmadan elde edilen verilere göre; ameliyat olmamış ($X=89.58$) hastalarda Genel İyilik hali boyutu puan ortalamasının en yüksek olduğu, daha sonra sırasıyla rekonstrüksiyon ($X=84.72$) yapılmış, meme koruyucu cerrahi ($X=71.50$) uygulanmış ve en düşük puan ortalamasına sahip olarak da mastektomi ($X=67.69$) yapılmış hastaların geldiği belirlenmiştir. Örneklemin yaşam kalitesinin Genel İyilik hali boyutu ile uygulanan ameliyat tipi arasındaki ilişkiye yönelik ANOVA analizi sonuçlarında gruplar arası anlamlı bir farklılık olduğu ($F=3.134$; $p<0.05$) olduğu görülmüştür. Fakat farklılığın kaynağını tespit etmek amacıyla yapılan Tukey testinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç çıkmamıştır. (Bkz. Tablo 31)

Araştırmada yaşam kalitesi ve ameliyat tipi arasındaki ilişkiye dair elde edilen sonuçlara göre, rekonstrüksiyon uygulanan hastaların sağlıkta yaşam kalitesi düzeylerinin, meme koruyucu cerrahi ve mastektomi yapılan hastalara göre daha iyi olduğu söylenebilir. Bu durum, özellikle depresyon ve fiziksel görünümünden rahatsızlık duyma (olumsuz beden algısı) arasındaki bulgularla birlikte değerlendirilebilir. Olumsuz beden algısına sahip olan grubun depresyon düzeyi, olumlu beden algısına sahip olan gruptan daha yüksek çıkmıştır. Meme kanseri kadın hastalarda mastektomi, birtakım fiziksel ve ruhsal sıkıntıları da beraberinde getirir. Özellikle, uzuv kaybının veya geçirilen operasyona bağlı olarak beden imajının bozulması, meme kanseri kadın hastaların fonksiyonel anlamda yetersizlik ve depresif duyguları yoğun olarak yaşamalarına neden olabilmektedir.

Sonuç olarak, meme kanseri kadın hastalarda, mastektomi ve meme koruyucu cerrahi farklı düzeylerde de olsa sağlıkta yaşam kalitesi düzeyinin azalmasında ve depresyonun yükselmesinde önemli bir faktör olarak görülebilir. Konu ile ilgili yapılan araştırmaların bir kısmında, uygulanan cerrahi operasyonun meme kanseri hastalarında yaşam kalitesini önemli düzeyde etkilediğini göstermektedir. Bu araştırmada konuya ilişkin elde edilen bulgu literatür ile uyumludur. Ancak literatürde, meme kanserinde uygulanan cerrahi tipin yaşam kalitesini etkilemediğini gösteren çalışmalar vardır.³¹¹

Meme kanserinde yapılan cerrahi uygulamanın kadın hastalarda yaşam kalitesini etkilediğini gösteren bulgularda, mastektomi yapılmış kadınların, meme koruyucu cerrahi uygulanmış kadınlarla karşılaştırıldığında fiziksel boyuta ilişkin daha fazla kaygı yaşadıkları belirlenmiştir. Dahası mastektomiye ilişkin olarak ortaya çıkan ağrı, şişlik, uyuşma gibi belirtilerin düşük yaşam kalitesi ile sonuçlandığı gözlenmiştir.³¹²

Zanapalıoğlu ve arkadaşlarının (2009), meme kanseri hastalarda meme koruyucu cerrahinin yaşam kalitesine etkisi üzerine yaptığı araştırmada, meme koruyucu cerrahi uygulanan hastalarda, modifiye radikal mastektomi yapılan hastalara göre yaşam

³¹¹ M. Dorval et al., "Type of Mastectomy and Quality of Life for Long Term Breast Carcinoma Survivors", **Cancer**, Vol. LXXXIII, 1998, pp. 2130-2138; W. Janni et al., "Quality of Life Influenced by Primary Surgical Treatment for Stage I-III Breast Cancer- Long-Term Follow-up of a Matched-Pair Analysis", **Ann Surg Oncol**, Vol. VIII, 2001, pp. 542-548; K. K. Swenson et al., "Comparison of Side Effects Between Sentinel Lymph Node and Axillary Lymph Node Dissection for Breast Cancer", **Ann Surg Oncol**, Vol. IX, 2002, pp. 745-753; Sert, a.g.t., s. 64.

³¹² Chopra - Kamal, a.g.m., p. 8.

kalitesinin daha iyi düzeyde olduğu bulunmuştur.³¹³ Sert'in (2011) araştırmasında, meme koruyucu cerrahi uygulanmış hastaların FACT-G fiziksel boyut skorlarının, total mastektomi yapılmış hastalardan belirgin olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.³¹⁴

Salonen'in (2011), Finlandiya'da müdahale grubu ve kontrol grubundan oluşan meme kanseri hastalarda iki fazda gerçekleştirdiği çalışmada, altı aylık izlem boyunca her iki grupta da beden imajı algısında, özellikle total mastektomi uygulanmış hastalarda anlamlılık düzeyinde bozulma olduğu, ameliyat tipinin ve aksiller disseksiyonun düşük yaşam kalitesini yordayan önemli değişkenler olduğu gözlenmiştir.³¹⁵

3.6.12. Yaşam Kalitesi ve Aile Desteği Arasındaki İlişki

Araştırmada, örneklemin yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum boyutunun aileden gelen sosyal destek algısının etkisi olup olmadığını tespit etmek amacıyla gruplar arası t-Testi analizi (Bkz. Tablo 32) yapılmıştır. Elde edilen bulgulara göre, hastalık sürecinde ailesinden ve yakınlarından sosyal destek aldığını belirten hastaların (X=79.62) Fonksiyonel Durum boyutu puan ortalamasının, aileden ve yakınlardan destek almadığını belirten gruptan (X=68.89) daha yüksek olduğu ancak iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı ($t=-1.811$; $p>0.05$) bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

Araştırmada, yaşam kalitesinin Semptom Kontrolü boyutu ile aileden gelen sosyal destek algısı arasındaki ilişkiye yönelik yapılan Bağımsız t-Testi sonuçlarına göre; hastalık sürecinde yaşam kalitesinin Semptom Kontrolü boyutu puan ortalamasının, aileden ve yakınlardan destek almadığını belirten hastalarda (X=31.79) ailesinden ve yakınlarından sosyal destek aldığını belirten hastalardan (X=20.40) daha yüksek olduğu görülmüştür, ancak istatistiksel olarak gruplar arası anlamlı bir fark olmadığı ($t=1.216$; $p>0.05$) bulunmuştur. (Bkz. Tablo 32)

Örneklemini oluşturan meme kanseri hastalarda, yaşam kalitesinin Genel İyi Hali boyutu puan ortalamasına, aileden gelen sosyal destek algısının etkisini belirlemek amacıyla yapılan Bağımsız t-Testi yapılmıştır. Buna göre; ailesinden ve yakınlarından sosyal destek aldığını belirten hastalarda (X=69.72) Genel İyi Hali puan ortalamasının,

³¹³ Yasemin Zanalıoğlu ve diğerleri, "Effect of Breast Conserving Surgery in Quality of Life in Breast Cancer Patients", *The Journal of Breast Health*, Vol. V, No. 3, 2009, pp. 152-156.

³¹⁴ Sert, a.g.t., s. 43.

³¹⁵ Salonen, a.g.t., pp. 82-83.

aileden ve yakınlardan destek almadığını (X=61.67) belirten hastalardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı (t=-.834; p>0.05) saptanmıştır. (Bkz. Tablo 32)

Araştırmada, yaşam kalitesi boyutları ile aileden ve yakınlardan gelen sosyal destek algısı arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır. Örneklemi oluşturan meme kanseri kadın hastalarda, aileden ve yakınlardan destek görmediğini belirten grubun birey sayısının az olmasının (N=5), bu sonuç üzerinde etkisi olabileceği düşünülmüştür. Buna rağmen aileden ve yakınlardan destek aldığını belirten hastaların, anlamlı olmasa da yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek olduğu söylenebilir. Araştırmada konuya ilişkin elde edilen bulgunun literatür ile uyumlu olmadığı görülmektedir. Bu konu üzerinde yapılan çalışmalar, meme kanseri hastalarda, sosyal destek algısının olumlu yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğunu göstermektedir.

Karakaş'ın (2007) araştırmasında, kanser hastalarında yaşam kalitesi alt boyutları arasında en yüksek puan ortalaması "kişilerarası esenlik" boyutunda olmuştur. Hastaların yakınlardan aldığı destekle oluşan emosyonel ve sosyal destek duygusunun yaşam kalitesinin yükselmesinde önemli rol oynadığı görülmüştür.³¹⁶ Doğan'ın (2011) akciğer kanserli hastalarda yaşam kalitesi ve sosyal destek ilişkisini incelediği araştırmasında, hastaların algıladıkları toplam sosyal destek ile toplam yaşam kalitesi arasında ve aileden algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesinin tüm boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Hastalarda aileden algılanan sosyal destek arttıkça, yaşam kalitesi puan ortalamalarında yükselme olduğu gözlenmiştir.³¹⁷ Bakar'ın (2012) araştırmasında, yaşlılarda sosyal desteğin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği, sosyal desteği olan yaşlıların yaşam kalitesi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.³¹⁸

Ganz ve arkadaşları (2002) meme kanseri kadın hastalarda yapmış oldukları izlem çalışmasında, hastalarda alınan sosyal desteğin daha iyi bir yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu ve yaşam kalitesi için önemli bir yordayıcı olduğunu belirlemişlerdir.³¹⁹

³¹⁶ Karakaş, a.g.t., s. 36.

³¹⁷ Doğan, a.g.t., s. 40.

³¹⁸ Bakar, a.g.t., s. 56.

³¹⁹ Ganz et al., a.g.m., pp. 39-49.

Yapılan bazı araştırmalar, yeterli sosyal destekle düşük distres düzeyi ve yüksek yaşam kalitesi arasında olumlu yönde ilişkilerin olduğunu göstermektedir.³²⁰ Sammarco ve arkadaşları³²¹ (2003) tarafından örneklem sayısı 103 olan ve 50 yaş üzeri meme kanseri hastalarda yapılan araştırmada, algılanan sosyal desteğin yaşam kalitesi ile olumlu yönde; belirsizliğin ise düşük yaşam kalitesi ile anlamlı bir ilişki gösterdiği bulunmuştur.³²²

Salonen'in (2011), Finlandiya'da müdahale grubu ve kontrol grubundan oluşan meme kanseri hastalarda iki fazda gerçekleştirdiği çalışmada, ameliyattan bir hafta sonra kendilerine psikoterapist tarafından telefonla destek ve danışmanlık sağlanan meme kanseri hastalarının, destek ve danışmanlık almayan kontrol grubu hastalarına göre, beden imajı algılarının daha iyi olduğu, ameliyat sonrası yan etkileri daha az yaşadıkları ve geleceğe daha iyi baktıkları gözlenmiştir. Yine bu çalışmanın ikinci fazında ameliyattan altı ay sonra kendilerine yüz yüze destek ve eğitim verilen meme kanseri hastalarının, destek almayan kontrol grubu hastalara göre, klinik olarak kol semptomlarını daha az yaşadığı bulunmuştur. Meme kanseri hastalarında, çeşitli kaynaklardan gelen sosyal desteğin genel yaşam kalitesi, sağlık ve fonksiyonel kapasite üzerinde olumlu yönde etkileri olacağı belirtilmiştir.³²³

Epplein ve arkadaşları tarafından (2011), şangaylı 2230 meme kanseri kadın hastada yaşam kalitesinin sağ kalıma ve hastalık nksne olan etkisi üzerine yapılan araştırmada, yaşam kalitesinin sosyal iyilik boyutunun (evlilik ve aile, sosyal destek, kişiler arası ilişkiler alt boyutları) azalmış mortalite (lm oranı) ve hastalık nüksü riski ile ilişkili olduğu, özellikle tanı sonrası ilk yılda sosyal iyilik hali ve sosyal destek algısının meme kanseri kadın hastalarda yüksek olmasının, hastalığın nksetmesinde ve mortalitenin azalmasında etkili olduğu bulunmuştur.³²⁴

Yapılan istatistiksel analizler sonucunda elde edilen bulgulara göre "*hipotez A-4: Örneklem grubunda yer alan meme kanseri kadın hastalarda sağlıkta yaşam kalitesi düzeyi (fonksiyonel durum, semptom kontrolü ve genel iyilik hali boyutlarında); yaş,*

³²⁰ L. Grassi et al., "Psychosocial Variables Associated with Mental Adjustment to Cancer", **Psychooncology**, Vol. II, 1993, pp. 11-20.

³²¹ A. Sammarco et al., "Quality of Life Among Older Survivors of Breast Cancer", **Cancer Nurs**, Vol. XXVI, 2003, pp. 431-438.

³²² Chopra - Kamal, a.g.m., p. 8.

³²³ Salonen, a.g.t., pp. 76-79.

³²⁴ M. Epplein et al., "Quality of Life After Breast Cancer Diagnosis and Survival", **J Clin Oncol**, Vol. XXIX, 2011, <http://jco.ascopubs.org/cgi/doi/10.1200/JCO.2010.30.6951>, (03.05.2014), pp. 406-412.

medeni durum, yerleşim yeri, meslek, eğitim-öğrenim durumu, gelir düzeyi, hastalık süresi, hastalık evresi, uygulanan tedavi, ameliyat tipi, aileden ve yakınlardan algılanan sosyal destek değişkenlerine göre farklılık gösterir” hipotezinin sosyo-demografik özelliklerden “yerleşim yeri” değişkeni özelinde desteklenmediği; “meslek” ve “eğitim-öğrenim durumu” değişkenleri özelinde ise yaşam kalitesinin fonksiyonel durum ve semptom kontrolü boyutlarında kısmen desteklendiği, genel iyilik hali boyutunda ise desteklenmediği; “yaş”, “medeni durum” ve “gelir düzeyi” değişkenleri açısından yaşam kalitesinin tüm boyutlarında desteklendiği görülmüştür. (Bkz. Tablo 22-23-24-25-26-27)

Yukarıdaki hipotezin ayrıca hastalara ilişkin “hastalık süresi”, “uygulanan tedavi” ve “aileden ve yakınlardan algılanan sosyal destek” değişkenleri açısından desteklenmediği ancak “hastalık evresi” ve “ameliyat tipi” değişkenleri özelinde desteklendiği gözlenmiştir. (Bkz. Tablo 28-29-30-31-32)

3.7. DİNİ TUTUM İLE İLGİLİ BULGULARIN YORUMLANMASI

3.7.1. Örneklemin Dini Tutum Ölçeği Puan Ortalaması

Araştırmada, dini tutum ölçeğinden alınabilecek en düşük puan “0”, en yüksek puan ise “40”; Dini tutum ölçeği alt boyutlarından alınabilecek en düşük puan “0”, en yüksek puan ise “10” olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların, dini tutum ölçeği toplam puan ortalaması ($X=35.92$), dini tutum “davranış” alt boyutu puan ortalaması ($X=7.79$), dini tutum “duygu” alt boyutu puan ortalaması ($X=8.65$), dini tutum “ilişki” altboyutu puan ortalaması ($X=9.48$), dini tutum “bilgi” boyutu puan ortalaması ($X=10.00$) olarak tespit edilmiştir. Araştırma verileri incelendiğinde, Dini Tutum Ölçeği alt boyutlarında en yüksek puan ortalamasının “bilgi” alt boyutuna, daha sonra ise “ilişki” alt boyutuna ait olduğu, en düşük puan ortalamasının ise “davranış” alt boyutunda olduğu görülmektedir. (Bkz. Tablo 33)

Dindarlık üzerine yapılan çeşitli çalışmalarda katılımcıların ibadet düzeni ve devamlılığı konusunda daha zayıf oldukları ve davranış boyutunun genel olarak diğer boyutların daha gerisinde olduğu ortaya çıkmıştır.³²⁵ Bu araştırmada da örneklem

³²⁵ Bkz. Ahmet Onay, **Dindarlık, Etkileşim ve Değişim**, Dem Yayınları, İstanbul, 2004, s. 162; Fatma Şengül, Dindarlık ve Ruh Sağlığı İlişkisi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2007, s. 119; Hülya Güven, Depresyon ve Dindarlık

grubunun, ibadetlerin yerine getirilmesinde ve dini değerlere ilişkin yaşam biçiminde kendilerini düşük seviyede gördükleri ifade edilebilir.

3.7.2. Dini Tutum ve Yaş Değişkeni Arasındaki İlişki

Dini tutum ve alt boyutlarının ile yaş değişkeni arasındaki ilişkiye ait Pearson Korelasyon Analizi sonuçlarına göre, dini tutum (toplam) ve yaş arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki ($r=.111$; $p<0.05$), dini tutumun davranış alt boyutu ile yaş arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki ($r=.107$; $p<0.05$); dini tutumun duygu alt boyutu ile yaş arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki ($r=.113$; $p<0.05$) olduğu, ancak dini tutumun ilişki alt boyutu ile yaş arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($p>0.05$) bulunmuştur. Buna göre, araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastalarda ileri yaşta olanların, daha genç yaşta olanlara göre, dini tutum ve dini tutumun davranış ve duygu boyutu düzeyleri daha yüksektir (Bkz.Tablo 34).

Literatürde, yaş ve dindarlık ilişkisine dair araştırma bulguları, örneklem grubuna ve örneklemin yaş aralığına göre farklılık göstermektedir. Ancak araştırma sonuçlarına genel olarak bakıldığında, yaş ilerledikçe dindarlık düzeyinde artış olduğu görülmektedir. Yaş ve dindarlık ilişkisine dair, araştırmada elde edilen bulgunun literatür çalışmaları ile örtüştüğü söylenebilir.

Batı ülkelerinde yapılan birçok araştırma 18-30 yaşları arasında dinî faaliyetlerde bir azalma olduğunu, 30 yaşından sonra ise sürekli bir artış olduğunu göstermektedir. Taplamacıoğlu'nun ülkemizde yaptığı bir araştırmada, dinî hayatın yaşa bağlı olarak değiştiği ve 16-30 yaşları arasında dinî uygulamanın en düşük seviyeye indiği, daha sonra yaşla birlikte dini uygulamada devamlı bir artış olduğu belirtilmektedir. Bu dönemde dine olan ilginin artmasında sosyal ve ahlaki unsurların yanısıra insanın psikolojik varlığının temelinde yer alan sürekli “genişleme” dürtüsü önemli bir rol oynar. İlerleyen yaşına bağlı olarak kendi benliğiyle yüzleşen insan bir hayat muhasebesine girer ve ruh dünyasında dini gerçeği derinden hissederek kendine maletme ve içselleştirme sürecine girer.³²⁶

İlişkisi, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2008, s. 99; Nurten Kımtır, Benlik Saygısı ve Dindarlık İlişkisi, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Bursa, 2008, s. 183.

³²⁶ Mehmet Taplamacıoğlu, “Yaşlara Göre Dini Yaşayışın Şiddet ve Kesafeti Üzerine Bir Anket Denemesi”, **A.Ü.İ.F. Dergisi**, C. X, 1962, ss. 141-151; Hayati Hökelekli, **Din Psikolojisi**, Türkiye Diyanet Vakfı Yayınları, Ankara, 2010, s. 283.

Yapıcı'nın (2006), örneklem grubunu 840 üniversite öğrencisinin oluşturduğu araştırmasında, yaş ile dinin etkisini hissetme düzeyi arasında negatif yönlü ve anlamlı bir korelasyon olduğu, üniversite öğrencilerinde yaş ilerledikçe dinin etkisini hissetme düzeyinin azaldığı tespit edilmiştir.³²⁷

Şimşek'in (2006) huzurevinde yaşayan yaşlılarda yaptığı araştırmada örneklemin % 67.3'ünün yaş ilerledikçe insanın daha fazla dindarlaştığını düşündükleri belirlenmiştir.³²⁸ Şengül'ün (2007) araştırmasında, genel olarak yaş grupları ile dindarlık arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ancak kadın deneklerde dindarlığın bilgi-ibadet boyutunda 56 yaş ve üstü grubun en yüksek puan ortalamasına sahip olduğu ve gruplar arası anlamlı farklılığın yetişkin ve genç yaş grubundaki kadınlar arasında olduğu tespit edilmiştir.³²⁹ Güven'in (2008) araştırmasında, 46 yaş ve üstü bireylerde öznel dindarlık algısı ve dindarlık boyutları puan ortalamalarının genç yaşta bireylere göre daha yüksek olduğu ancak aradaki farklılığın anlamlı olmadığı bulunmuştur.³³⁰ Aydemir'in (2008) 20-35 yaş aralığındaki yetişkin örnekleminde dindarlık ve mutluluk ilişkisini incelediği araştırmasında, 31-35 yaş grubundaki bireylerin dindarlık düzeyinin diğer yaş gruplarından daha yüksek olduğu ve gruplar arası anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur.³³¹

Koç'un (2008) yetişkinlik döneminde dindarlık ve benlik saygısını konu edindiği araştırmasında, 25-45 yaş aralığındaki örnekleme, 36-40 yaş grubundaki katılımcıların iç güdümlü ve dış güdümlü dindarlık modellerine sahip olma eğilimlerinin diğer yaş gruplarından daha yüksek olduğu; yapılan korelasyon analizinde ise iç güdümlü ve dış güdümlü dindarlık modelleri ile yaş arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür.³³² Yoğurtçu'nun (2009) çalışmasında, dindarlık puan ortalamasının 46-60 yaş grubunda en yüksek olduğu ve 31-45 yaş grubunda ise en düşük olduğu gözlenmiştir.

³²⁷ Asım Yapıcı, "Yeni Bir Dindarlık Ölçeği ve Üniversiteli Gençlerin Dinin Etkisini Hissetme Düzeyi: Çukurova Üniversitesi Örneği", **Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, C. VI, S. 1, 2006, ss. 65-115.

³²⁸ Adeviye Şimşek, Huzurevi Sakinlerinde Dini Yaşayış, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana, 2006, s. 62.

³²⁹ Şengül, a.g.t., s. 135.

³³⁰ Güven, a.g.t., s. 122.

³³¹ Rüveyda Efdal Aydemir, Dindarlık ve Mutluluk İlişkisi (İlk Yetişkinlik Dönemi), Ondokuzmayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Samsun, 2008, s. 48.

³³² Mustafa Koç, Yetişkinlik Döneminde Dindarlık ile Benlik Kavramı Değişkenleri Arasındaki İlişki, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Bursa, 2008, s. 127.

Dindarlık düzeyi ve yaş kategorileri arasında anlamlı bir fark olduğu ve bu farklılığın bu iki yaş grubundan kaynaklandığı bulunmuştur.³³³

Ayten'in (2009), Türk ve Ürdünlü İlahiyat öğrencilerinden oluşan örneklem grubunda yaptığı ölüm kaygısı araştırmada, ölüm kaygısı düzeyinin 17-21 yaş grubunda, 22-30 yaş grubundan anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur.³³⁴ Dağlı'nın (2010) yaşlılarda ölüm kaygısı ve dindarlık ilişkisini konu edindiği ve 60 yaş ve üzeri 212 yaşlıdan oluşan araştırmasında, yaşlılık döneminde yaş ilerledikçe dindarlık düzeyinde azalma olduğu belirlenmiştir.³³⁵ Hümbetova'nın (2011) araştırmasında, liseli ve üniversiteli bireylerden oluşan katılımcıların yaşıyla ibadet tutumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ancak yaş seviyesi yüksek olan grubun puan ortalamasının da yüksek olduğu, yaşla birlikte ibadet tutumunda artış olduğu belirlenmiştir.³³⁶ Dalmış'ın (2011) araştırmasında, kendini dindar olarak görme oranının 36-45 yaş ve 46-60 yaş gurplarında diğer gruplardan daha yüksek olduğu görülmüştür.³³⁷

Ayten ve arkadaşlarının (2012), hasta, hasta yakını ve hastane çalışanlarında dini başa çıkma, şükür ve hayat memnuniyeti üzerine yaptıkları araştırmada, yaş ilerledikçe bireylerin Allah'a yönelme, hayra yorma, dini yalvarma ve dini yakınlaşma gibi olumlu dini başa çıkma etkinliklerini daha fazla kullandıkları fakat ilerleyen yaşla birlikte olumsuz dini başa çıkma etkinliklerini kullanma sıklığının da arttığı görülmüştür.³³⁸ Göcen'in (2012) araştırmasında, dini yönelim ile yaş grupları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur.³³⁹

Ölüm gerçeği ile içiçe yaşayan yaşlı insanda, bu durum şuurlu ya da şuurdışı bir korku duygusu oluşturur. Yaşlı insanlar, artık hayatın sınırlı olduğu ve yok oluşun

³³³ Fatma Yoğurtçu, Yetişkinlerde Dindarlık ve Ruh Sağlığı, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Sakarya, 2009, s. 56.

³³⁴ Ali Ayten, "Üniversite Öğrencilerinde Ölüm Kaygısı: Türk ve Ürdünlü Öğrenciler Üzerine Karşılaştırmalı Bir Araştırma", **Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi**, C. IX, S. 4, 2009, ss. 85-108.

³³⁵ Emel Nuriye Dağlı, Yaşlılarda Ölüm Kaygısı ve Dindarlık, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Konya, 2010, s. 87.

³³⁶ İrade Hümbetova, Dini Tutum ve Davranışların Oluşumunda Mükafat ve Cezanın Etkisi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2011, s. 126.

³³⁷ Leyla Dalmış, Dindarlık Düzeyi ile Dini Pratiklerin İlişkisi (Ankara Örneği), Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 2010, s. 76.

³³⁸ Ali Ayten ve diğerleri, "Dini Başa Çıkma, Şükür ve Hayat Memnuniyeti İlişkisi", **Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi**, C. XII, S. 2, 2012, ss. 45-79.

³³⁹ Gülşan Göcen, Şükür ve Psikolojik İyi Olma Arasındaki İlişki Üzerine Bir Alan Araştırması, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Ankara, 2012, s. 217.

kaçınılmazlığı gerçeğini kabullenme eğilimine yönelerek ağırbaşlı ve kararlı, kaderci bir tevekkül ve teslimiyet duruşu içindedirler. Bu süreçte dinî inançlar yaşlılar için büyük önem taşımaktadır. Yaşlı insanların dini inanç ve ibadetlerindeki artış çoğu zaman geçmişini onarma çabasının bir sonucu olarak da ortaya çıkabilmektedir. Geçmişte yapılan hataların ve günahların oluşturduğu suçluluk ve günahkârlık duyguları yaşlıları bağışlatıcı davranışlara ve yollara sevkeder. Bu durum, yaşlılık döneminde dua, ibadet ve dinî uygulamanın sıklık ve sürekliliğindeki artışın sebebi olarak gösterilebilir. Ancak burada yaşlılıktan önceki hayat devrelerinde yaşanan dindarlığın yaşlılıkla birlikte zirveye ulaşmış olabileceği gerçeği de göz ardı edilmemelidir.³⁴⁰ Genel olarak yaşla birlikte dindarlıkta görülen artış, bu çerçevede değerlendirilebilir.

3.7.3. Dini Tutum ve Medeni Durum Arasındaki İlişki

Araştırmada, dini tutum toplam puan ortalaması en yüksek olan grubun eşi vefat etmiş hastalar ($X=36.78$) olduğu, ardından sırasıyla evli ($X=35.83$), bekar hastalar ($X=35.25$) ve en düşük puan ortalamasına sahip olarak da eşinden ayrılmış ($X=34.54$) hastaların geldiği görülmüştür. Dini tutum ile örneklemin medeni durumu arasında, gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma ($F=2.553$; $p>0.05$) olmadığı belirlenmiştir. Bu durumda, araştırmada dini tutum (toplam) ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılık olmadığı söylenebilir. (Bkz.Tablo 35)

Araştırma sonuçlarına göre, eşi vefat etmiş hastaların dini tutum davranış alt boyutu puan ortalamalarının ($X=7.93$) en yüksek olduğu ve daha sonra ise düşük puan ortalamasına doğru evli ($X=7.79$), bekar ($X=7.58$) ve eşinden ayrılmış ($X=7.31$) hastalar şeklinde sıralandığı belirlenmiştir. Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucunda, dini tutumun davranış alt boyutu puan ortalamasının, örneklemin medeni durumuna göre anlamlı bir farklılaşma ($F=.661$; $p>0.05$) göstermediği bulunmuştur. Buna göre, dini tutumun davranış alt boyutu ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılaşma saptanmamıştır. (Bkz.Tablo 35)

Araştırmada, eşi vefat etmiş hastaların ($X=9.13$) dini tutum duygu alt boyutu puan ortalamalarının en yüksek olduğu, ardından evli ($X=8.60$), bekar ($X=8.08$) ve en düşük puan ortalamasına sahip olarak da eşinden ayrılmış ($X=7.92$) hastaların geldiği izlenmiştir.

³⁴⁰ Hökelekli, a.g.e., s. 287.

Araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastalarda, dini tutumun duygu alt boyutu puan ortalamasının, medeni duruma göre anlamlı bir farklılaşma gösterdiği ($F=4.814$; $p<0.01$) bulunmuştur. Eşi vefat etmiş hastaların, evli hastalardan ve eşinden ayrılmış hastalardan dini tutumun duygu alt boyutu puan ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Dini tutumun duygu alt boyutu puan ortalaması, örneklemin medeni durumuna göre anlamlı bir farklılaşma göstermektedir ve eşi vefat etmiş hastaların dini tutumun duygu boyutu düzeyleri, evli ve eşinden ayrılmış hastalara göre daha yüksektir. (Bkz. Tablo 35)

Araştırmanın sonuçları incelendiğinde; eşi vefat etmiş hastaların ($X=9.72$) dini tutum ilişki boyutu puan ortalamalarının en yüksek olduğu, ardından bekar ($X=9.58$), evli ($X=9.43$) ve en düşük puan ortalamasına sahip olarak da eşinden ayrılmış ($X=9.31$) hastaların geldiği görülmektedir. Ancak dini tutumun ilişki boyutu ile örneklemin medeni durumu arasında gruplar arası anlamlı bir farklılık olmadığı ($F=1.935$; $p>0.05$) bulunmuştur. Bu durumda dini tutumun ilişki boyutunun, örneklemin medeni durumuna göre anlamlı olarak farklılık göstermediği söylenebilir. (Bkz. Tablo 35)

Araştırmada, eşi vefat etmiş hastaların dini tutum ve dini tutumun davranış, duygu ve ilişki alt boyutlarında en yüksek puan ortalamasına, eşi vefat etmiş hastaların ise en düşük puan ortalamasına sahip olduğu görülmüştür. Ancak sadece dini tutumun duygu alt boyutunda gruplar arası anlamlı bir farklılaşma olduğu, eşi vefat etmiş hastaların dini tutumun duygu boyutu düzeylerinin, evli ve eşinden ayrılmış hastalardan, anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Eşi vefat etmiş hastaların, hem en değerli hayat arkadaşlarını kaybetmeleri hem de kanser gibi zorlu bir hastalıkla mücadelede kendilerini yalnız hissetmeleri, onları daha hassas ve duygusal kıldığı gibi güç ve kudret sahibi Yüce Yararıcı'ya sığınma ve O'ndan destek almaya ihtiyacını da beraberinde getirir. Ayrıca yaşlı bireylerin, ölümü daha yakından hissetmeleri, dostlarının ve sevdiklerinin özellikle eşlerinin ölümü, onları duygusal anlamda farklı telafi mekanizmaları geliştirmeye yöneltebilir. Özellikle eşi vefat etmiş yaşlıların, hatıralar yoluyla hayatta kendileri için önemli bir bağlanma unsuru olan fakat fiziksel olarak var olmayan eşlerine karşı, sembolik anlamda bağlanma geliştirdikleri görülebilmektedir. Araştırma sonuçları, yaşlılarda eşin

vefat etmesi durumunda, bireylerin dua ve dini pratiklerini arttırarak Tanrı'ya bağlanma yolu ile rahatladıklarını ve kendilerini güvende hissettiklerini göstermektedir.³⁴¹

Literatürde, dindarlık ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılaşma ve ilişki olduğunu gösteren çalışmaların yanısıra medeni durumun dindarlığı etkilemediğini gösteren çalışmalar da mevcuttur.

Şengül'ün (2007), 336 yetişkinden oluşan örneklem grubunda dindarlık ve ruh sağlığı ilişkisi üzerine yaptığı çalışmada, evli bireylerin “öznel dindarlık algısı” puanları, bekar bireylerin ise “dine verdikleri önem” puanları yüksek çıkmıştır ancak gruplar arası anlamlı bir fark bulunmamıştır. Dindarlığın bütün boyutlarında evli bireylerin, bekar bireylerden daha yüksek puan aldığı ve dindarlığın bilgi-ibadet ve tecrübe-etki boyutlarında gruplar arası farkın anlamlılık düzeyinde olduğu belirlenmiştir.³⁴² Güven'in (2008), örneklem sayısı 305 olan depresyon ve dindarlık konulu araştırmasında, öznel dindarlık algısı bakımından evlilerin kendilerini, bekarlara göre daha dindar olarak değerlendirdikleri görülmüştür. Evlilerin, dindarlığın duygu-tecrübe ve ibadet boyutlarında da bekar bireylerden daha yüksek puan aldıkları ve aradaki farkın anlamlılık seviyesinde olduğu tespit edilmiştir.³⁴³ Aydemir'in (2008) araştırmasında evli bireylerin dindarlık düzeyinin bekar gruptan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.³⁴⁴

Koç'un (2008) araştırmasında, iç güdümlü dindarlık modelinde evlilerin en yüksek, bekarların ise en düşük puan ortalamasına sahip olduğu ve gruplar arası anlamlı bir farklılık olduğu; dış güdümlü dindarlık modelinde de en yüksek puan ortalamasının dulların, en düşük puan ortalamasının ise bekarların olduğu ve gruplar arası anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.³⁴⁵ Yoğurtçu'nun (2009) örneklem grubunu 300 yetişkin bireyin oluşturduğu araştırmasında, evli bireylerin dindarlık puan ortalamalarının, bekar bireylerden daha yüksek ve aradaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir.³⁴⁶ Dağlı'nın (2010) 60 yaş ve üzeri 212 yaşlıdan oluşan araştırmasında, dindarlık puan ortalaması bakımından medeni durum ile gruplar arası bir fark olmadığı bulunmuştur. Ancak

³⁴¹ V. G. Cicirelli, "Attachment Relationships in Old Age", **Journal of Social and Personal Relationships**, C. XXVII, S. 2, 2010, pp.191-199; Hacer Subaşı, Üniversite Öğrencilerinin Tanrı ile İlişkilerinin Bağlanma Kuramı Açısından Değerlendirilmesi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2012, s. 76.

³⁴² Şengül, a.g.t., ss. 126-127.

³⁴³ Güven, a.g.t., s. 104.

³⁴⁴ Aydemir, a.g.t., s.149.

³⁴⁵ Koç, a.g.t., s. 132.

³⁴⁶ Yoğurtçu, a.g.t., s. 55.

dindarlığın davranış boyutu ile medeni durum arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Buna göre davranış boyutunda en düşük puan ortalamasının boşanmış/ayrı yaşayan yaşlılara ait, en yüksek puan ortalamasının da evli yaşlılara ait olduğu; gruplar arası farklılığın ise boşanmış/ayrı yaşayan bireyler ile eşi vefat etmiş ve evli bireyler arasında olduğu görülmüştür.³⁴⁷

Dalmış'ın (2011) araştırmasında, dindarlık ile medeni durum arasında anlamlı bir fark olmadığı ancak kendini dindar olarak görme oranının dul/boşanmış ve evli gruplarında bekar gruba göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.³⁴⁸ Göcen'in (2012) çalışmasında dini yönelim puan ortalaması evli grupta daha yüksek bulunmuştur ancak evli ve bekar gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir.³⁴⁹

3.7.4. Dini Tutum ve Meslek Arasındaki İlişki

Araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastalarda; dini tutum toplam puan ortalaması en yüksek olan grubun ev hanımları (X=36.07) olduğu, daha sonra sırasıyla “diğer” (X=35.56) meslek (hemşire, sekreter, bankacı, terzi vb.) grubu hastaların ve öğretmen (X=35.25) olan hastaların geldiği görülmüştür. Dini tutum toplam puan ortalaması en düşük olan grubun ise emekliler (X=34.95) olduğu belirlenmiştir. Yapılan ANOVA analizinde, dini tutum toplam puan ortalamasının örneklemin meslek durumuna göre anlamlı bir farklılık (F=1.544; p>0.05) göstermediği bulunmuştur. Buna göre, dini tutum ile örneklemin meslek grupları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ifade edilebilir. (Bkz.Tablo 36)

Araştırmada, dini tutum davranış alt boyutu puan ortalaması en yüksek olan grubun ev hanımları (X=7.87) olduğu, ikinci sırada öğretmenlerin (X=7.75) ve üçüncü sırada da “diğer” meslek grubundan (X=7.56) olan hastaların bulunduğu, en düşük puan ortalamasının ise emekli (X=7.32) olan hastalara ait olduğu tespit edilmiştir. Ancak dini tutumun davranış alt boyutu puan ortalamasının, örneklemin meslek durumuna göre anlamlı bir farklılık (F=1.578; p>0.05) göstermediği bulunmuştur. Araştırmada, dini tutumun davranış alt boyutu düzeyinin ev hanımlarında daha yüksek olduğu ancak dini

³⁴⁷ Dağlı, a.g.t., s. 128.

³⁴⁸ Dalmış, a.g.t., s. 77.

³⁴⁹ Göcen, a.g.t., s. 159.

tutumun davranış alt boyutunun mesleklere göre anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur. (Bkz. Tablo 36)

Araştırmada, dini tutum duygu alt boyutu puan ortalaması en yüksek olan grubun “diğer” (X=8.72) meslek grubu hastalar olduğu, ardından sırasıyla ev hanımlarının (X=8.71), emekli (X=8.16) hastaların ve en düşük puan ortalaması ile de öğretmenlerin (X=8.00) geldiği belirlenmiştir. Ancak yapılan ANOVA analizinde, araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastalarda, dini tutumun duygu alt boyutu ve meslek arasında gruplar arası anlamlı bir farklılık olmadığı (F=2.260; p>0.05) bulunmuştur. (Bkz. Tablo 36)

Araştırma verilerine göre; dini tutum ilişki alt boyutu puan ortalaması en yüksek olan grubun öğretmenler (X=9.50) olduğu, ikinci sırada ev hanımlarının (X=9.49) ve üçüncü sırada da emekli (X=9.47) olan hastaların bulunduğu, en düşük puan ortalamasının ise “diğer” meslek grubundan (X=9.28) olan hastalara ait olduğu görülmüştür. Yapılan ANOVA analizinde, dini tutumun ilişki alt boyutu puan ortalamasının, örneklemin meslek durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği (F=.337; p>0.05) bulunmuştur. Araştırmada, dini tutumun ilişki alt boyutu düzeyinin öğretmenlerde daha yüksek olduğu ancak dini tutumun ilişki alt boyutu ile örneklemin mesleklerine arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. (Bkz. Tablo 36)

Araştırmada, tüm alt boyutlarıyla birlikte dini tutumun, örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastaların meslek durumlarına göre anlamlı bir farklılaşma göstermediği görülmüştür.

Şengül’ün (2007) çalışmasında, örneklem grubundaki çalışmayan bireylerin dini tutum ve davranışlar açısından çalışan (memur, işçi vb.) bireylere göre puan ortalamalarının daha yüksek olduğu fakat aradaki farkın anlamlı olmadığı belirtilmiştir. Yine çalışmayan (ev hanımı, emekli, öğrenci, işsiz) grubun dindarlığın bütün boyutlarından çalışan gruba nazaran daha yüksek puanlar aldıkları; dinin inanç ve tecrübe-etki boyutlarında anlamlı bir farklılık olduğu ortaya çıkmıştır.³⁵⁰ Dalmış (2011) çalışmasında, ev hanımlarında ve emeklilerde kendini dindar olarak görme oranının diğer

³⁵⁰ Şengül, a.g.t., s. 129-130.

meslek gruplarına göre daha yüksek olduğunu ve gruplar arası anlamlı bir farklılık olduğunu bulgulamıştır.³⁵¹

3.7.5. Dini Tutum ve Yerleşim Yeri Arasındaki İlişki

Araştırma bulgularına göre, köyde ($X=36.84$) yaşayan hastaların en yüksek dini tutum toplam puan ortalamasına sahip olduğu, daha sonra sırasıyla şehirde ($X=35.87$) ve ilçede ($X=35.58$) yaşayan hastaların geldiği görülmüştür. Yapılan ANOVA analizinde, dini tutum toplam puan ortalaması ile yerleşim yeri arasında, gruplar arası anlamlı bir farklılık olmadığı ($F=2.695$; $p>0.05$) bulunmuştur. Dolayısıyla yerleşim yerine göre örneklemin dini tutum puan ortalamalarının anlamlı bir farklılaşma arzetmediği gözlenmiştir. (Bkz.Tablo 37)

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, köyde ($X=8.09$) yaşayan hastaların dini tutumun davranış alt boyutu puan ortalamaları, şehirde ($X=7.82$) ve ilçede ($X=7.59$) yaşayan hastalara göre daha yüksektir. İlçede yaşayan hastaların ise puan ortalamaları en düşüktür. Bu durumda dini tutumun davranış alt boyutunun köyde yaşayan hastalarda daha yüksek düzeyde olduğu söylenebilir fakat ANOVA sonuçlarına göre, örneklemin yerleşim yerine göre dini tutumun davranış alt boyutu puan ortalamasının, gruplar arası anlamlı bir farklılık göstermediği ($F=1.727$; $p>0.05$) bulunmuştur. (Bkz.Tablo 37)

Araştırma verileri, dini tutumun duygu alt boyutu puan ortalamasının köyde ($X=9.15$) yaşayan hastalarda en yüksek olduğunu, ikinci sırada ilçede ($X=8.58$) ve son sırada da şehirde ($X=8.57$) yaşayan hastaların yer aldığını göstermektedir. Yapılan ANOVA analizinde, dini tutumun duygu alt boyutu ile yerleşim yeri arasında, gruplar arası anlamlı bir fark olduğu ($F=3.805$; $p<0.05$) bulunmuştur. Dini tutumun duygu alt boyutu puan ortalamasının; köyde yaşayan hastalarda, ilçede ve şehirde yaşayan hastalardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durumda, dini tutumun duygu alt boyutu ve yerleşim yeri arasında anlamlı bir farklılaşma olduğu, köyde yaşayan hastaların dini tutumun duygu boyutu düzeylerinin ilçede ve şehirde yaşayan hastalardan daha yüksek olduğu söylenebilir. (Bkz. Tablo 37)

³⁵¹ Dalmış, a.g.t., ss. 78-79.

Araştırmada, köyde (X=9.64) yaşayan hastaların dini tutumun ilişki alt boyutu puan ortalamalarının, şehirde (X=9.48) ve ilçede (X=9.41) yaşayan hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. İlçede yaşayan hastaların, dini tutumun ilişki alt boyutunda puan ortalamalarının en düşük düzeyde olduğu ancak dini tutumun ilişki alt boyutu puan ortalamasının, örneklemin yerleşim yerine göre anlamlı bir fark göstermediği (F=1.041; p>0.05) bulunmuştur. (Bkz. Tablo 81)

Bu araştırmada, yalnızca dini tutumun duygu boyutu ile yerleşim yeri arasında anlamlı bir farklılaşma olduğu, dini tutum ve dini tutumun davranış ve ilişki boyutları ile yerleşim yeri arasında anlamlı bir farklılaşma olmadığı bulunmuştur. Buna göre köyde yaşayan hastaların dini tutumun duygu boyutu düzeylerinin ilçede ve şehirde yaşayan hastalardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Literatür konu ile ilgili bulgular, genel olarak kırsal kesimde yaşayan bireylerin, şehirde yaşayanlara göre daha dindar olduklarını göstermektedir. Ancak, tam tersi bulgular olduğu gibi dindarlık ve yerleşim yeri arasında anlamlı bir ilişki olmadığını gösteren bulgular da vardır. Bu araştırmada konuya ilişkin elde edilen bulgunun literatür ile uyumlu olduğu söylenebilir.

Modernizmin ve sanayileşmenin getirdiği toplumsal değişim, şehirlerin dini hayattan uzaklaşmasına yol açmıştır. Ancak kırsal kesimin, geleneksel düzenin korunmasına bağlı olarak dini hayatın ve dini uygulamaların daha fazla yaşandığı bölgeler olarak kaldığı görülmektedir.³⁵²

Yapıcı ve Zengin'in (2003) İlahiyat Fakültesi öğrencilerinde dinin etkisini hissetme düzeyi üzerine yaptıkları araştırmada, dinin etkisini hissetme düzeyinin büyükşehirde ikamet eden gençlerde en yüksek olduğu, bunu sırasıyla ilçe, köy ve şehirde ikamet edenlerin takip ettiği görülmüş ancak gruplar arası anlamlı bir fark bulunmamıştır.³⁵³

Şengül'ün (2007) çalışmasında, öznel dindarlık algısında örneklem grubunda yer alan bireylerin yaşadığı çevrenin etkili olmadığı ancak “dine verilen önemin”, hayatlarının çoğunu ilde geçiren bireylerde daha fazla olduğu bulunmuştur.³⁵⁴ Aydemir'in (2008) dindarlık ve mutluluk ilişkisini araştırdığı çalışmasında, köy ve kasabada yaşayan

³⁵² Şahin Doğan, “Dini Tutumların Oluşmasına Etki Eden Sosyo-Kültürel Faktörler”, **Toplum Bilimleri Dergisi**, C. IV, S. 8, 2010, ss. 107-126.

³⁵³ Asım Yapıcı - Salih Zengin, “İlahiyat Fakültesi Öğrencilerinin Dinin Etkisini Hissetme Düzeyleriyle Psiko-Sosyal Uyumları Arasındaki İlişki”, **Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, C. III, S. 2, 2003, ss. 65-148.

³⁵⁴ Şengül, a.g.t., s. 132.

bireylerin dindarlık puan ortalamalarının en yüksek olduğu, ilde yaşayan bireylerin ise en düşük ortalamaya sahip olduğu ve gruplar arası farkın anlamlı olduğu bulunmuştur.³⁵⁵

Gürsu'nun (2011) ergenlerde psikolojik sağlık konulu çalışmasında, ergenlerin hayatlarının en uzun süresini geçirdikleri yer değişkeni ile dindarlık arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Bu durumun oluşmasında örneklemin büyük oranda ilde yaşıyor olması ve modernitenin köy ve şehir arasındaki farklılıkları ortadan kaldırarak birbirine benzer insan topluluklarının oluşmasında etkili olduğu gösterilmiştir.³⁵⁶ Göcen'in (2012) şükür ve psikolojik iyi olma arasındaki ilişki üzerine yaptığı araştırmada, dini yönelim genel ortalamasının köy-kasaba ve ilçede yaşayanlarda en yüksek, büyükşehirde yaşayanlarda ise en düşük olduğu, dini yönelim puan ortalamasında ise ilçe ile büyükşehirde yaşayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturduğu tespit edilmiştir.³⁵⁷

3.7.6. Dini Tutum ve Eğitim-Öğrenim Düzeyi Arasındaki İlişki

Araştırmadan elde edilen verilere göre okuma-yazma bilmeyen (X=37.12) meme kanseri hastaların dini tutum toplam puan ortalamasının en yüksek olduğu, daha sonra sırasıyla yalnız okuma-yazma bilen (X=36.54), ilkokul (X=35.87), ortaokul (X=35.67), üniversite mezunu (X=34.86) ve en düşük puan ortalamasına sahip olarak da lise (X=34.57) mezunu gruptaki hastaların geldiği görülmüştür. Genel olarak verilere bakıldığında, eğitim seviyesi yükseldikçe dini tutum ölçeği toplam puan ortalamasında azalma olduğu izlenmektedir. Dini tutum ölçeği toplam puan ortalamasının, örneklemin eğitim-öğrenim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma gösterdiği (F=3.305; p<0.01) bulunmuştur. Okuma-yazma bilmeyen hastalar ile lise mezunu hastalar arasında, gruplar arası anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Araştırmada, dini tutum düzeyi ile örneklemin eğitim-öğrenim seviyesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu, okuma-yazma bilmeyen hastaların dini tutum düzeylerinin, lise mezunu hastalardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. (Bkz. Tablo 38)

³⁵⁵ Aydemir, a.g.t., ss. 54-55.

³⁵⁶ Orhan Gürsu, Ergenlik Döneminde Psikolojik Sağlık ve Dindarlık İlişkisi, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya, 2011, s. 178.

³⁵⁷ Göcen, a.g.t., s. 176.

Araştırmada, dini tutumun davranış alt boyutunda en yüksek puan ortalamasının okuma-yazma bilmeyen ($X=8.32$) hastalara ait olduğu, ardından sırasıyla yalnız okuma-yazma bilen ($X=8.14$) grup, ilkokul ($X=7.77$), ortaokul ($X=7.71$), üniversite ($X=7.21$) ve en düşük puan ortalaması ile de lise ($X=7.14$) mezunu hastaların geldiği görülmüştür. Yapılan ANOVA analizinde, dini tutum ölçeğinin davranış alt boyutu puan ortalamasının, örneklemin eğitim-öğrenim düzeyine göre anlamlı bir farklılaşma gösterdiği ($F=3.178$; $p<0.01$) bulunmuştur. Okuma-yazma bilmeyen grubun, lise mezunu hastalardan, dini tutum ölçeğinin davranış alt boyutu puan ortalamasının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Genel olarak bakıldığında, hastalarda eğitim seviyesi yükseldikçe, dini tutumun davranış boyutu puan ortalamalarında azalma olduğu gözlenmektedir. Okuma-yazma bilmeyen hastaların dini tutumun davranış boyutu düzeyinin, lise mezunu hastalardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. (Bkz. Tablo 38)

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, en yüksek puan ortalamasının okuma-yazma bilmeyen ($X=9.26$) hastalara ait olduğu, daha sonra sırasıyla yalnız okuma-yazma bilen ($X=8.89$) grup, ilkokul ($X=8.60$), ortaokul ($X=8.38$), üniversite ($X=8.21$) ve en düşük puan ortalaması ile de lise ($X=8.14$) mezunu hastalar geldiği belirlenmiştir. Yapılan ANOVA analizinde, dini tutumun duygu alt boyutu puan ortalamasının, örneklemin eğitim-öğrenim düzeyine anlamlı bir farklılaşma gösterdiği ($F=3.784$; $p<0.01$) bulunmuştur. Buna göre, okuma-yazma bilmeyen hastaların, ilkokul ve lise mezunu hastalardan dini tutumun duygu alt boyutu puan ortalamasının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durumda araştırmada, dini tutumun duygu boyutu düzeyinin, örneklemin eğitim-öğrenim seviyesine göre anlamlı olarak farklılık gösterdiği ve okuma-yazma bilmeyen hastaların dini tutumun duygu boyutu düzeylerinin, ilkokul ve lise mezunu hastalara göre daha yüksek olduğu söylenebilir. (Bkz. Tablo 38)

Araştırma bulgularına göre, örneklemin dini tutumun ilişki alt boyutu puan ortalamasının en yüksek olduğu grubun ortaokul ($X=9.57$) mezunu hastalar olduğu görülmektedir. Daha sonra sırasıyla okuma-yazma bilmeyen ($X=9.54$), yalnız okuma-yazma bilen ($X=9.50$) grup ve ilkokul ($X=9.50$) mezunu hastalar, üniversite ($X=9.36$) ve en düşük puan ortalaması ile de lise ($X=9.29$) mezunu hastalar gelmektedir. Yapılan ANOVA analizinde, dini tutumun ilişki alt boyutu puan ortalamasının örneklemin eğitim-öğrenim düzeyine göre anlamlı bir farklılaşma göstermediği ($F=.496$; $p>0.05$) bulunmuştur. (Bkz. Tablo 38)

Araştırmada dini tutum (toplam) ve dini tutumun davranış ve duygu alt boyutları ile örneklemin eğitim-öğrenim seviyesi arasında anlamlı bir farklılaşma olduğu lise mezunu hastalardan dini tutum ve dini tutumun davranış alt boyutunda, ayrıca yine dini tutumun duygu alt boyutunda okuma-yazma bilmeyen hastaların, lise ve ilkokul mezunu hastalardan da anlamlı olarak daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu görülmektedir. Elde edilen bu bulgu, dindarlık düzeyinin eğitim seviyesi düşük bireylerde daha yüksek olduğunu, eğitim seviyesi yüksek bireylerde ise daha düşük olduğunu göstermektedir. Araştırmanın örneklem grubunun yaş ortalaması (54.69) ve hastaların çoğunluk olarak 40 yaş ve üzeri olması dikkate alındığında, bu yaş grubunun Türkiye’de kızların okula gitmesinin ailelerce hoş karşılanmadığı dönemlere denk geldiği söylenebilir. Örnekleme yer alan hastalar, anket uygulaması sırasında eğitim-öğrenim durumları sorulduğunda, genelde ailelerinin, “kız çocukları okumaz” dedikleri için kendilerini okula göndermediklerini ya da okuma-yazma öğrenecek kadar gönderdiklerini belirtmişlerdir. Dolayısıyla araştırmanın örnekleminde, okuma-yazma bilmeyen grubun daha dindar olmalarında, topluma ve kültüre has geleneksel dindarlığın hakim olduğu söylenebilir. Özellikle lise mezunu grupta dindarlığın daha düşük düzeyde olmasında, yine halk arasında kızların okula gitmesinin hoş karşılanmadığı, kız çocuklarının okula gitme oranının çok düşük olduğu bir dönemde, kendilerinin daha seküler bir eğitim sistemi içinde yetişmiş olmalarının etkili olduğu düşünülebilir. Literatürde bu konuda yapılan çalışmalarda, genel olarak eğitim seviyesi yükseldikçe dindarlık düzeyinde azalma olduğu ancak eğitim-öğrenim düzeyi ile dindarlık arasında pozitif ilişki olduğunu gösteren çalışmaların da bulunduğu görülmektedir. Araştırmada dindarlık ve eğitim-öğrenim seviyesi arasındaki ilişkiye dair elde edilen bulgu, literatür ile uyumludur.

Şimşek’in (2006) huzurevinde yaşayan 65 yaş ve üzeri 86 katılımcıdan oluşan araştırmasında, okuma yazması olmayan ve ilkokul mezunu olan gruplarda kendini dindar olarak görme oranının diğer gruplardan daha yüksek olduğu, eğitim seviyesi yükseldikçe öznel dindarlık algısında düşüş olduğu gözlenmiştir. Yine okuma yazma bilmeyen grubun dinin gerekli ve önemli olduğuna (% 67.6) ve kaza ve kaderin Allah’ın takdirinde olduğuna (% 55.8) inanma oranının diğer gruplardan daha yüksek olduğu ve dinin gereksiz ve

önemsiz olduğunu düşünenlerin ise sadece lise mezunlarından (% 18.1) çıktığı tespit edilmiştir.³⁵⁸

Şengül'ün (2007) araştırmasında, dindarlığın bilgi-ibadet boyutunda en yüksek ortalama üniversite/yüksekokul mezunu bireylerin sahip olduğu ve ortaokul mezunları ile arasında anlamlı bir farklılığın olduğu tespit edilmiştir. Dindarlığın tecrübe-etki boyutunda ise üniversite/yüksekokul mezunlarının en düşük ortalama sahip olduğu ve lise mezunları ile arasında, lise mezunları lehine anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur.³⁵⁹

Koç'un (2008) yetişkin örnekleminde yaptığı araştırmasında, iç güdümlü dindarlık puan ortalamasının en yüksek ilköğretim mezunu, en düşük ise lisansüstü derecesine sahip bireylerde görüldüğü; dış güdümlü dinadrlık modeli puan ortalamasının da ilköğrenim ve mezunlarında en yüksek, yükseköğrenim mezunlarında ise en düşük olduğu ancak her iki dindarlık modelinde de gruplar arası anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur.³⁶⁰

Güven'in (2008) araştırmasında, eğitim düzeyi yükseldikçe öznel dindarlık algısında düşme olduğu ancak gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı; dindarlık boyutlarında da en yüksek puanların eğitim seviyesi en düşük olan ilkokul ve altı gruba ait olduğu; dindarlığın duygu-tecrübe boyutunda ilkokul ve altı grup ve diğer gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur.³⁶¹ Yoğurtçu'nun (2009) araştırmasında, dindarlık puan ortalaması en yüksek olan grubun ilkokul mezunu bireyler, en düşük olan grubun ise yüksekokul/üniversite mezunu bireyler olduğu ve eğitim seviyesi yükseldikçe dindarlık puan ortalamasında düşüş olduğu belirlenmiştir.³⁶² Göcen'in (2012) şükür ve psikolojik iyi olma arasındaki ilişkiyi incelediği, 17-65 yaş aralığındaki 611 yetişkin örnekleminde oluşan çalışmada, eğitim seviyesi yükseldikçe dini yönelimin azaldığı ve ilkokul mezunları ile lisans eğitimi arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur.³⁶³

Fransa'da Pin (1956) tarafından ve Amerika'da Kelly (1946) ve Gallup (1954) tarafından yapılan araştırmalarda, eğitim düzeyi ile dindarlık arasında paralellik olduğu tespit edilmiştir. Mitre (1961) tarafından Varşova'da gençlerin dini tutumları üzerine yapılan araştırmada ise dini tutum ile eğitim düzeyi arasında negatif bir ilişki olduğu,

³⁵⁸ Şimşek, a.g.t., ss. 61-64, s. 69.

³⁵⁹ Şengül, a.g.t., s. 137.

³⁶⁰ Koç, a.g.t., s. 130.

³⁶¹ Güven, a.g.t., s. 113.

³⁶² Yoğurtçu, a.g.t., s. 58.

³⁶³ Göcen, a.g.t., s. 166.

eğitim düzeyi yükseldikçe dine olan ilginin azaldığı belirlenmiştir. Yine 1958 yılında, 15-24 yaş arası Katolik mezhebine mensup İngiliz gençleri arasında yapılan bir araştırmada da eğitim düzeyi yükseldikçe, kiliseye devam etme oranının artış gösterdiği bulunmuştur.³⁶⁴ 1960'lı yıllarda yapılan çalışmalarda, modern ve sanayileşmiş Batı toplumlarında eğitim-öğretim, kültür ve sosyo-ekonomik seviyesi yüksek olan tabakanın, dine karşı daha olumlu bir tavır sergilediği ancak belirtilen özellikler yönünden daha alt tabakada olan grubun özellikle de işçi kesiminin dine karşı daha olumsuz bir tutum içinde olduğu tespit edilmiştir. Aynı yıllarda geleneksel kültürün hakim olduğu Polonya, İrlanda gibi ülkelerde yapılan araştırmalarda ise yukarıdaki tablonun aksine sonuçlar elde edilmiştir.³⁶⁵

Koenig (1998), 455 yaşlı hastanın dini katılım ve davranışlarından elde ettiği verilerde, dini inancın hastalıkla başetmede oldukça önemli bir faktör olduğunu bulmuştur. Araştırma grubunda yer alan hastalarda, dindarlığın düşük eğitim düzeyi ve sosyal destek ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca dini katılımın, hastalık yükünün azalması ve hastalarda depresif belirtilerin daha düşük düzeyde görülmesi ile ilişkili olduğu saptanmıştır.³⁶⁶ Frazier ve arkadaşları (2002) çalışmalarında, eğitim düzeyi ile dini veya spiritual başa çıkma arasında negatif bir ilişki olduğunu bulmuşlardır.³⁶⁷

Haghighi'nin (2013), İranlı kanser hastalarında dini başa çıkma ve depresyon ilişkisini araştırdığı çalışmasında, dini başa çıkma stratejilerinden Tanrı ile ilişki ve kaçınmacı ilişki boyutlarında gruplar arası anlamlı bir fark bulunmamıştır fakat kararsız ilişki boyutunda gruplar arası anlamlı bir fark olduğu ve okuma-yazma bilmeyen hastalarda daha yüksek olduğu gözlenmiştir.³⁶⁸

³⁶⁴ Ünver Günay, "Modern Sanayi Toplumlarında Din II", **Erciyes Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, C. IV, 1987, ss. 29-58; Doğan, a.g.m., ss. 107-126.

³⁶⁵ Doğan, a.g.m., ss. 107-126.

³⁶⁶ H. G. Koenig, "Religious Attitudes and Practices of Hospitalized Medically Ill Older Adults", **Int J Geriatr Psychiatry**, Vol. XIII, No. 4, 1998, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9646148>, (07.05.2014), pp. 213-24.

³⁶⁷ İrem Yola, *The Mediating Roles of Coping Styles and Perceived Social Support Between Dispositional Hope and Posttraumatic Growth/PTSD Relationships Among Postoperative Breast Cancer Patients: a Longitudinal Study*, The Graduate School of Social Sciences of Middle East Technical University, 2011, p. 87.

³⁶⁸ Fatemeh Haghighi, "Correlation Between Religious Coping and Depression in Cancer Patients", **Psychiatria Danubina**, Vol. XXV, No. 3, 2013, pp. 236-240.

3.7.7. Dini Tutum ve Gelir Düzeyi Arasındaki İlişki

Araştırma bulgularına göre iyi ($X=36.73$) gelir düzeyine sahip hastalar, dini tutum ölçeği toplam puan ortalaması en yüksek olan gruptur, ikinci sırada orta ($X=36.03$) ve son sırada da düşük ($X=35.53$) gelir düzeyine sahip hastalar gelmektedir. Araştırmada gelir düzeyi yükseldikçe, dini tutum ölçeği puan ortalaması da yükselmiş olarak görülmektedir, ancak ANOVA analizinde, dini tutum ölçeği toplam puan ortalamasının örneklemin ekonomik gelir düzeyine göre anlamlı bir farklılaşma göstermediği ($F=2.308$; $p>0.05$) bulunmuştur. Buna göre araştırmada, örneklemin oluşturulan hastaların ekonomik gelir düzeyleri ile dini tutum seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı söylenebilir. (Bkz. Tablo 39)

Araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastalarda, gelir düzeyine göre dini tutumun davranış alt boyutu puan ortalamalarının dağılımını gösteren verilere bakıldığında; en yüksek puan ortalamasının iyi ($X=8.08$) gelir düzeyindeki hastalara ait olduğu görülmektedir. Daha sonra sırasıyla orta ($X=7.89$) ve en düşük puan ortalaması ile de düşük ($X=7.56$) gelir düzeyindeki hastalar gelmektedir. ANOVA sonuçlarına göre, dini tutumun davranış alt boyutu puan ortalamasının, örneklemin gelir düzeyine göre anlamlı bir farklılaşma ($F=2.461$; $p>0.05$) göstermediği tespit edilmiştir. (Bkz. Tablo 39)

Araştırmada, dini tutum duygu alt boyutu puan ortalaması en yüksek olan grubun iyi ($X=8.92$) gelir düzeyindeki hastalar olduğu, ardından orta ($X=8.68$) ve düşük ($X=8.53$) gelir düzeyindeki hastaların geldiği görülmüştür. Dini tutumun duygu boyutunun, örneklemin oluşturulan hastalarda gelir düzeyi iyiye doğru gittikçe daha fazla yaşandığı düşünülebilir ancak yapılan ANOVA analizinde, dini tutumun duygu alt boyutu puan ortalamasının, örneklemin gelir düzeyine göre anlamlı bir farklılaşma göstermediği ($F=1.325$; $p>0.05$) bulunmuştur. (Bkz. Tablo 39)

Araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastalarda, dini tutumun ilişki alt boyutunda; en yüksek puan ortalamasının iyi ($X=9.73$) gelir düzeyindeki hastalara ait olduğu ve daha sonra sırasıyla orta ($X=9.46$) ve en düşük puan ortalaması ile de düşük ($X=9.44$) gelir düzeyindeki hastaların geldiği görülmüştür. ANOVA sonuçlarına göre dini tutumun ilişki alt boyutu puan ortalamasının, örneklemin gelir düzeyine göre anlamlı bir farklılaşma ($F=1.689$; $p>0.05$) göstermediği belirlenmiştir. Bu durumda araştırmada, dini

tutumun ilişki boyutu ile örneklemin ekonomik gelir düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı söylenebilir. (Bkz. Tablo 39)

Araştırmada, iyi gelir seviyesinde olan grubun dini tutum düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak dini tutum (toplam) ve dini tutumun davranış, duygu ve ilişki alt boyutlarında anlamlı bir farklılaşma olmadığı bulunmuştur. Bu bulgunun literatür ile de uyumlu olduğu görülmektedir.

Koç'un (2002) ergenlerde dua ve ibadet psikolojisinin ruh sağlığına etkisi üzerine yaptığı araştırmada, orta ve ortanın üstü gelir düzeyine sahip ergenlerin oluşturduğu grubun ortanın altı gruba göre, düzenli ve devamlı dua ve ibadet etmede daha yüksek orana sahip olduğu görülmüştür.³⁶⁹

Yapıcı ve Zengin'in (2003) İlahiyat Fakültesi öğrencilerinde dinin etkisini hissetme düzeyi üzerine yaptıkları araştırmada, dinin etkisini hissetme düzeyinin orta gelir grubunda en yüksek, üst gelir grubunda ise en düşük düzeyde olduğu gözlenmiş ancak gruplar arası anlamlı bir fark bulunmamıştır.³⁷⁰ Yapıcı'nın (2006) üniversite öğrenci örnekleminde yaptığı çalışmasında, dinin etkisini hissetme düzeyinin orta gelir düzeyinde olan öğrencilerde en fazla olduğu, üst gelir düzeyinde olan öğrencilerde ise en az olduğu ve gruplar arası anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir.³⁷¹

Şengül'ün (2007) araştırmasında, gelir düzeyi ve dindarlık arasında bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.³⁷² Kırac'ın (2007) üniversite örnekleminde, dindarlık eğilimi, varoluşsal kaygı ve psikolojik sağlık ilişkisini araştırdığı çalışmasında, dindarlık eğilimi puan ortalamasının orta ekonomik düzeyde olanlarda en yüksek, ekonomik durumunu çok iyi olarak belirten grupta ise en düşük olduğu ve gruplar arası anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.³⁷³

Koç'un (2008) yetişkin örneklem üzerinde yaptığı dindarlık ve benlik saygısı araştırmasında, sosyo-ekonomik düzey ile dindarlık arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ancak katılımcıların puan ortalamaları dikkate alındığında alt sosyo-ekonomik düzeyde

³⁶⁹ Mustafa Koç, Ergenlik Döneminde Dua ve İbadet Psikolojisinin Ruh Sağlığı Üzerindeki Etkileri, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Bursa, 2002, s. 103.

³⁷⁰ Yapıcı - Zengin, a.g.m., ss. 65-148.

³⁷¹ Yapıcı, "Yeni Bir Dindarlık Ölçeği ve Üniversiteli Gençlerin Dinin Etkisini Hissetme Düzeyi...", a.g.m., ss. 65-115.

³⁷² Şengül, a.g.t., s. 140.

³⁷³ Ferdi Kırac, Dindarlık Eğilimi, Varoluşsal Kaygı ve Psikolojik Sağlık, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 2007, s. 112.

olanların iç güdümlü ve dış güdümlü dindarlık modellerinden aldıkları puan ortalamalarının diğer gruplardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.³⁷⁴

Kımtır'ın (2008) üniversite öğrencilerinde benlik saygısı ve dindarlık ilişkisini incelediği çalışmasında, ailesinin gelir durumunu zengin olarak belirten öğrencilerin öznel dindarlık algısı ve dini hayatın inanç, ibadet ve etki boyutları puan ortalamalarının en yüksek, fakir olarak belirtenlerin ise en düşük olduğu görülmüştür. Ancak gelir durumuna göre öznel dindarlık algısı ve dini hayatın sadece inanç ve ibadet boyutlarında gruplar arası anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur.³⁷⁵

Aydemir'in (2008) araştırmasında dindarlık düzeyinin, gelir durumu "iyi" olan grupta, düşük ve orta gelir seviyesindeki gruplardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.³⁷⁶ Yoğurtçu'nun (2009) çalışmasında, dindarlık düzeyi ile ekonomik durum arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir.³⁷⁷ Dağlı'nın (2010) yaşlılarda ölüm kaygısı ve dindarlık ilişkisini konu edindiği ve 60 yaş ve üzeri 212 yaşlıdan oluşan araştırmasında ekonomik durum arttıkça, dindarlık düzeyinin de arttığı bulunmuştur.³⁷⁸ Gürsu'nun (2011) ergenlerde psikolojik sağlık ve dindarlık ilişkisini araştırdığı çalışmasında, algılanan aile ekonomik durumu ile dindarlık arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirlenmiştir.³⁷⁹

3.7.8. Dini Tutum ve Hastalık Süresi Arasındaki İlişki

Araştırmada, dini tutum ölçeği toplam puan ortalaması en yüksek olan grupların hastalık tanısı üzerinden 9-10 yıl geçmiş ($X=37.00$) ile 3-4 yıl geçmiş ($X=36.72$) hastalar olduğu görülmüştür. Hastalık süresi 7-11 ay ($X=34.97$) olan hastalar ile hastalık tanısı üzerinden 5-6 yıl geçmiş ($X=35.48$) hastaların ise en düşük puan ortalamasına sahip oldukları bulunmuştur. Ancak yapılan ANOVA analizinde, dini tutum ölçeği toplam puan ortalamasının örneklemin hastalık süresine göre anlamlı bir farklılaşma göstermediği

³⁷⁴ Koç, Yetişkinlik Döneminde Dindarlık ile Benlik Kavramı Değişkenleri Arasındaki İlişki, a.g.t., s. 129.

³⁷⁵ Nurten Kımtır, Benlik Saygısı ve Dindarlık İlişkisi, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Bursa, 2008, s. 195, s. 215.

³⁷⁶ Aydemir, a.g.t., s. 51.

³⁷⁷ Yoğurtçu, a.g.t., s. 60.

³⁷⁸ Dağlı, a.g.t., s. 132.

³⁷⁹ Gürsu, a.g.t., s. 183.

($F=1.802$; $p>0.05$) saptanmıştır. Dolayısıyla araştırmada, dini tutum düzeyi ile hastalık süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. (Bkz. Tablo 40)

Örneklemin hastalık süresine göre dini tutumun davranış alt boyutu puan ortalamalarının dağılımına bakıldığında, en yüksek puan ortalamalarının hastalık tanısı üzerinden 9-10 yıl ($X=8.29$) ve 3-4 yıl ($X=8.23$) geçmiş hastalara ait olduğu ve en düşük puan ortalamalarının ise hastalık tanısı üzerinden 7-11 ay ($X=7.24$) ile 5-6 yıl ($X=7.65$) geçmiş hastalara ait olduğu görülmektedir. Ancak ANOVA sonuçlarına göre, dini tutumun davranış alt boyutu puan ortalamasının, örneklemin hastalık süresine göre anlamlı bir farklılaşma göstermediği ($F=1.934$; $p>0.05$) belirlenmiştir. Dolayısıyla araştırmada, dini tutumun davranış alt boyutu ile hastalık süresi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. (Bkz. Tablo 40)

Araştırma sonuçlarına göre, hastalık tanısı üzerinden 9-10 yıl ($X=9.08$) ve 7-8 yıl ($X=8.93$) geçmiş hastaların dini tutumun duygu alt boyutu puan ortalamalarının en yüksek olduğu ve en düşük puan ortalamalarının ise 7-11 ay ($X=8.43$) ve 1-2 yıl ($X=8.49$) olan hastalara ait olduğu görülmektedir. Dini tutumun duygu boyutunu, hastalık tanısı üzerinden 9-10 yıl geçmiş hastaların daha yoğun yaşadığı söylenebilir ancak yapılan ANOVA analizinde gruplar arası anlamlı bir farklılaşma olmadığı ($F=1.072$, $p>0.05$) bulunmuştur. Araştırmada dini tutumun duygu alt boyutu ile hastalık süresi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. (Bkz. Tablo 40)

Araştırma bulguları incelendiğinde; dini tutumun ilişki alt boyutu puan ortalaması en yüksek olan grupların hastalık tanısı üzerinden 7-8 yıl geçmiş ($X=9.70$), 3-4 yıl geçmiş ($X=9.70$) ve 9-10 yıl ($X=9.63$) hastalar olduğu görülmektedir. Hastalık süresi 7-11 ay ($X=9.30$) olan hastalar ile hastalık tanısı üzerinden 5-6 yıl geçmiş ($X=9.32$) hastaların ise en düşük puan ortalamasına sahip oldukları bulunmuştur. Ancak yapılan ANOVA analizinde gruplar arası anlamlı bir farklılaşma olmadığı ($F=1.409$; $p>0.05$) saptanmıştır. Araştırmada dini tutumun ilişki boyutu ile hastalık süresi arasında anlamlı bir farklılaşma bulunamamıştır. (Bkz. Tablo 40)

Araştırmada örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastalarda, hastalık süresi ile dini tutum arasında anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmektedir. Dini tutum ve alt boyutlarının, hastalık sürelerine ilişkin puan ortalamalarının birbirine oldukça yakın olduğu bulunmuştur. Buradan, dini tutum ve davranışların, kanser hastalarında hastalığın

belli bir dönemine has olarak değil de hastalığın her döneminde önemli bir sığınak ve destek olduğu söylenebilir.

3.7.9. Dini Tutum ve Hastalık Evresi Arasındaki İlişki

Araştırma bulgularına bakıldığında; dini tutum ölçeği toplam puan ortalamasının Evre III (X=36.14) meme kanseri hastalarda en yüksek olduğu, daha sonra ikinci sırada Evre I (X=35.99), üçüncü sırada Evre IV (X=35.84) ve son sırada en düşük puan ortalaması ile Evre II (X=35.83) meme kanseri kadın hastaların geldiği görülmektedir. Örneklemi oluşturan hastalarda dini tutum ölçeği puan ortalamalarının birbirine oldukça yakın olduğu görülmektedir. Yapılan Tek Yönlü ANOVA analizinde, gruplar arası anlamlı bir farklılık olmadığı (F=.155; p>0.05) bulunmuştur. Araştırmada, dini tutum düzeyinin evrelere göre farklılaşmadığı belirlenmiştir. (Bkz.Tablo 41)

Araştırmada, dini tutumun davranış alt boyutu puan ortalamalarının evrelere göre dağılımı incelendiğinde; en yüksek puan ortalamasının Evre I (X=7.95) hastalara ait olduğu, ardından Evre III (X=7.86), Evre II (X=7.77) ve en düşük puan ortalamasıyla da Evre IV (X=7.56) meme kanseri hastaların geldiği görülmektedir. Ancak ANOVA analizi sonuçlarına göre, dini tutumun davranış alt boyutu puan ortalamalarının evrelere göre anlamlı bir farklılaşma göstermediği (F=.853; p>0.05) bulunmuştur. (Bkz. Tablo 41)

Araştırmada, dini tutumun davranış alt boyutu puan ortalamasının Evre IV meme kanseri hastalarda, diğer evrelerdeki hastalardan daha düşük olması, bu evredeki hastaların hastalığa ait semptomları, fiziksel ve ruhsal olarak daha yoğun yaşamaları ile ilişkili olabilir. Özellikle, bu hastalarda kemik metastazlarına bağlı olarak fonksiyonel yetersizlik daha fazla görülmektedir. Yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum boyutu düzeyinin Evre IV meme kanseri kadın hastalarda, diğer evrelerdeki hastalardan anlamlı olarak daha düşük çıkması da (bkz. Tablo 29) bu bulguyu desteklemektedir.

Anket uygulaması sırasında, Dini Tutum Ölçeği'nin davranış boyutuna ait önermeler, hastalar tarafından genel olarak "namaz" ibadeti şeklinde algılanmış ve değerlendirilmiştir. Hastalarla anket uygulama sürecinde yapılan küçük söyleşilerde, Evre IV meme kanseri hastalar, fonksiyonel yetersizlikten dolayı özellikle namaz ibadetlerini yerine getirmede zorluk yaşadıklarını ve namaz kılamamaktan dolayı büyük üzüntü duyduklarını belirtmişlerdir. Araştırmada, hastaların büyük çoğunluğunun, İslam Dini'nin

hastalık ve özürlülük gibi durumlarda, ibadetlerle ilgili kolaylaştırıcı uygulamalar konusunda bilgi sahibi olmadıkları gözlenmiştir.

Araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastalarda, dini tutumun duygu alt boyutu puan ortalamasının hastalık evresine göre dağılımı incelendiğinde; Evre III (X=8.68) meme kanseri hastalarda dini tutumun duygu alt boyutu puan ortalamasının en yüksek olduğu, daha sonra ise Evre IV (X=8.67), Evre I (X=8.66) ve en düşük puan ortalamasına sahip olarak da Evre II (X=8.62) hastaların geldiği görülmektedir. Evreler göre dini tutumun duygu alt boyutu puan ortalamalarının birbirine oldukça yakın olduğu gözlenmektedir. Yapılan Tek Yönlü ANOVA'da gruplar arası anlamlı bir farklılık olmadığı (F=.041; p>0.05) bulunmuştur. Dolayısıyla dini tutumun duygu alt boyutu ile hastalık evresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilememiştir. (Bkz. Tablo 41)

Araştırmada, dini tutumun ilişki alt boyutunda en yüksek puan ortalamasının Evre IV (X=9.62) hastalara ait olduğu, ardından Evre III (X=9.59), Evre II (X=9.44) ve en düşük puan ortalamasıyla da Evre I (X=9.37) meme kanseri hastaların geldiği görülmektedir. ANOVA analizi sonuçlarında, dini tutumun ilişki alt boyutu puan ortalamalarının evrelere göre anlamlı bir farklılaşma göstermediği (F=1.377; p>0.05) bulunmuştur. (Bkz. Tablo 41)

Bu araştırmada, dini tutum (toplam) ve davranış, duygu ve ilişki boyutlarının, hastalık evresine göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Bu durum, dini tutumun örnekleme yer alan hastalarda, evreden bağımsız olduğunu göstermektedir. Araştırmada yer alan hastalarda, özellikle dini tutumun ilişki boyutuna ait puan ortalamalarının evrelere göre dağılımına bakıldığında, ortalamaların oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Buna göre, kanser hastalarında genel olarak, bu zor dönemde Allah ile yakınlaşma, O'na güvenme ve sığınma, dua ile O'ndan yardım dileme ihtiyacının yoğun olarak hissedildiği söylenebilir.

Çiftçi'nin (2007) kanser hastalarında mülakat ve gözlem yöntemi kullanarak yaptığı çalışmasında, kanser hastalarında evrenin ilerlemesine paralel olarak dini başa çıkma tarzlarına başvurma sıklığının arttığı, özellikle Evre III ve Evre IV'te bulunan hastaların tamamının dini başa çıkma yöntemlerini kullandıkları belirtilmiştir. Yine bu araştırmada hastalar, kanserle başa çıkmada Allah'a inanmanın, O'na güvenmenin ve yakınlaşmaya

çalışmanın kendilerini rahatlattığını ve ümitsizlikten koruduğunu ifade etmişlerdir. Sabretmenin, dini bir referansa dayandırılmasının hastalığa tahammül etmeyi arttırdığı ve çekilen acılara anlam kattığı belirtilmiştir. Hastaların % 75'i bu zorlu süreçte dua ve ibadetlerin kendileri için bir sığınak olduğunu belirtmiştir. Araştırmaya katılan kanser hastalar için dua ve ibadetlerin iyimser düşünmeye, hayata daha sıkı tutunmaya, hastalıkla mücadelede daha güçlü olmaya, fiziksel ve ruhsal anlamda rahatlamaya olumlu yönde katkı sağladığı gözlenmiştir.³⁸⁰

3.7.10. Dini Tutum ve Tedavi Arasındaki İlişki

Araştırmada, birey sayısı az olan tedavi gruplarının analiz sonuçlarını etkileyebileceği düşünülerek, birey sayısı fazla olan ve kanser hastaları üzerinde önemli düzeyde etkisi olan yalnız kemoterapi tedavisi almış hastalardan oluşan grup ile kemoterapi ve radyoterapi tedavilerinin her ikisini de almış olan grupların t-Testi analizi ile karşılaştırması yapılmıştır. Yapılan t-Testi sonucuna göre gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma olduğu ($t=-2.568$; $p<0.05$) belirlenmiştir. Elde edilen bulguda, dini tutum ölçeği toplam puan ortalamasının kemoterapi ve radyoterapi ($X=36.54$) tedavilerinin her ikisini de almış olan grupta, yalnız kemoterapi ($X=35.52$) tedavisi almış olan gruptan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Buna göre, dini tutum düzeyi ile örneklemin almış olduğu tedavi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. (Bkz. Tablo 42)

Araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastaların, dini tutumun davranış alt boyutu puan ortalamalarının alınan tedaviye göre anlamlı olarak farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Buna göre, dini tutum davranış alt boyutu puan ortalamasının, kemoterapi ve radyoterapi ($X=8.07$) tedavilerinin her ikisini de almış olan hastalarda, yalnız kemoterapi ($X=7.58$) tedavisi almış hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. İki grup arasındaki farkın, yapılan t-Testi ($t=-2.542$; $p<0.01$) sonucunda istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. (Bkz. Tablo 42)

Araştırmada, dini tutum davranış alt boyutu puan ortalamasının, kemoterapi ve radyoterapi ($X=8.82$) tedavilerinin her ikisini de almış olan hastalarda, yalnız kemoterapi ($X=8.57$) tedavisi almış hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak iki grup

³⁸⁰ Aişe Çiftçi, Hastalıklarla Başa Çıkma Dinin Rolü: Kanserli Hastalar Örneği, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2007, s. 65, s. 71, s. 79.

arasında farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan t-Testi analizinde ($t=-1.461$; $p>0.05$), dini tutumun duygu boyutu puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma göstermediği tespit edilmiştir. (Bkz. Tablo 42)

Dini tutumun ilişki alt boyutu ile örneklemin almış olduğu tedaviye ilişkin araştırma sonuçları incelendiğinde; dini tutumun ilişki alt boyutu puan ortalamasının kemoterapi ve radyoterapi ($X=9.65$) tedavilerinin her ikisini de almış olan grupta, yalnız kemoterapi ($X=9.37$) tedavisi almış olan gruptan daha yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan t-Testi sonucuna göre gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma olduğu ($t=-2.658$; $p<0.01$) belirlenmiştir. Buna göre, dini tutumun ilişki alt boyutu düzeyi ile örneklemin almış olduğu tedavi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. (Bkz. Tablo 42)

Araştırmanın bulgularına göre, örneklem grubunda yer alan yalnız kemoterapi ve kemoterapi ile radyoterapi tedavilerinin her ikisi de uygulanmış olan iki grup hastanın dini tutum (toplam) ve dini tutumun davranış ve ilişki boyutları puan ortalamalarında anlamlı farklılık ortaya çıkmıştır. Kemoterapi ve radyoterapi tedavilerinden her ikisi de uygulanmış olan hasta grubunun puan ortalamaları, yalnız kemoterapi uygulanmış hastalardan daha yüksek çıkmıştır.

Kanser tedavisinde özellikle kemoterapi, hastalarda oluşturduğu fiziksel ve ruhsal yan etkileri ile uzun ve zorlu bir süreçtir. Bu sıkıntılı tedavinin hemen arkasından radyoterapi uygulamasının başlaması kanser hastası için tedavi süresinin 1,5-2 ay daha uzaması, korku, kaygı ve belirsizliklerin yeniden başlaması anlamına gelmektedir.

Meme kanseri kadın hastalarda tedavi sürecinin uzamasına bağlı olarak, hastalıkla başetmede dindarlık, önemli bir faktör olabilir. Dini tutumun davranış ve ilişki boyutları düzeyinin daha yüksek çıkması, bu gruptaki hastaların bu zorlu süreçte, Yüce Allah'a dua ve ibadet ile daha çok sığındıklarını ve O'ndan daha fazla yardım istediklerinin bir göstergesi olabilir. Allah'a yakın olma hissinin, dindar insan için aynı zamanda önemli bir psikolojik destek ve ruhsal bir güven sağladığı da söylenebilir. Zor ve sıkıntılı zamanlar başta olmak üzere, tüm hayatı boyunca Allah'ı yanında ve yakınında hisseden kişi için bu durum, büyük bir moral ve motivasyon kaynağıdır.³⁸¹

³⁸¹ Asım Yapıcı, **Ruh Sağlığı ve Din: Psiko-Sosyal Uyum ve Dindarlık**, Karahan Kitabevi, Adana, 2007, s. 97.

3.7.11. Din Tutum ve Aile Desteği Arasındaki İlişki

3.7.11.1. *Dini Tutum (Toplam) ve Aile Desteği Arasındaki İlişki*

Örneklemin dini tutum düzeyinde, aileden gelen sosyal destek algısının etkisi olup olmadığını tespit etmek amacıyla gruplar arası t-Testi analizi yapılmıştır. Analiz bulgularına göre, hastalık sürecinde ailesinden ve yakınlarından sosyal destek aldığını belirten hastaların ($X=35.96$) dini tutum ölçeği toplam puan ortalamasının, aileden ve yakınlarından destek almadığını belirten gruptan ($X=32.80$) daha yüksek olduğu ve iki grup arasında istatistiksel olarak da anlamlı ($t=-3.608$; $p<0.05$) bir ilişki olduğu saptanmıştır. Araştırmada, örnekleme oluşturan meme kanseri kadın hastalarda, dini tutum düzeyinin aileden ve yakınlarından gelen sosyal destek algısına göre anlamlı bir farklılık arzettiği, hastalık sürecinde ailesinden ve yakınlarından sosyal destek aldığını belirten hastalarda dini tutum düzeyinin, destek almayan hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. (Bkz. Tablo 43)

Dini tutumun davranış alt boyutu ile aileden gelen sosyal destek algısı arasındaki ilişkiye ait Bağımsız t-Testi sonuçlarına göre; hastalık sürecinde ailesinden ve yakınlarından sosyal destek aldığını belirten hastaların ($X=7.80$) dini tutumun davranış alt boyutu puan ortalamasının, aileden ve yakınlarından destek almadığını belirten gruptan ($X=7.00$) daha yüksek olduğu, ancak istatistiksel olarak gruplar arası anlamlı bir fark olmadığı ($t=-1.259$; $p>0.05$) bulunmuştur. Bu durumda, araştırmada dini tutumun davranış alt boyutu ile aileden gelen sosyal destek algısı arasında anlamlı bir ilişki olmasa da ailesinden ve yakınlarından sosyal destek aldığını belirten hastaların dini tutumun davranış boyutunu daha fazla yaşadıkları söylenebilir. (Bkz. Tablo 43)

Örnekleme oluşturan meme kanseri hastalarda, dini tutumun duygu alt boyutu puan ortalamasına, aileden gelen sosyal destek algısının etkisini belirlemek amacıyla yapılan Bağımsız t-Testi sonuçlarına göre; ailesinden ve yakınlarından sosyal destek aldığını belirten hastalarda ($X=8.68$) dini tutumun duygu alt boyutu puan ortalamasının, aileden ve yakınlarından destek almadığını ($X=6.60$) belirten hastalardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan t-Testi analizinde, dini tutumun duygu alt boyutu puan ortalamasının, aileden gelen sosyal destek algısına göre istatistiksel olarak anlamlılık seviyesinde ($t=-2.762$; $p<0.05$) farklılaştığı tespit edilmiştir. (Bkz. Tablo 43)

Dini tutumun davranış alt boyutu ile aileden gelen sosyal destek algısı arasındaki ilişkiye ait Bağımsız t-Testi sonuçlarına göre; hastalık sürecinde ailesinden ve yakınlarından sosyal destek aldığını belirten hastaların ($X=9.48$) dini tutumun ilişki alt boyutu puan ortalamasının, aileden ve yakınlardan destek almadığını belirten gruptan ($X=9.20$) daha yüksek olduğu, ancak istatistiksel olarak gruplar arası anlamlı bir fark olmadığı ($t=-.578$; $p>0.05$) bulunmuştur. Bu durumda, araştırmada dini tutumun ilişki alt boyutu ile aileden gelen sosyal destek algısı arasında anlamlı bir ilişki olmasa da ailesinden ve yakınlarından sosyal destek aldığını belirten hastaların dini tutumun ilişki boyutunu daha fazla yaşadıkları söylenebilir. (Bkz. Tablo 43)

Bu araştırmada, ailesinden ve yakınlarından sosyal destek aldığını belirten hastaların tüm alt boyutlarıyla birlikte dini tutum puan ortalamalarının, destek almadığını belirten gruptan daha yüksek olduğu, ancak puan ortalamaları arasındaki farklılığın, yalnızca dini tutum (toplam) ve dini tutumun duygu alt boyutunda anlamlı olduğu görülmektedir. Hastalık sürecinde, aileden ve yakınlardan destek almadığını belirten grubun depresyon düzeylerinin de anlamlı olarak diğer gruptan daha yüksek olduğu (bkz. Tablo 32) bulgusuyla, bu durum değerlendirilebilir. Literatürde, aileden ve çevreden sosyal destek alamamanın yüksek depresyon düzeyi ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır.³⁸² Bu araştırmada, aynı zamanda dini tutum ve dini tutumun alt boyutları ile depresyon arasında negatif yönde anlamlı bir korelasyon çıkması da (bkz. Tablo 52) bu bulguyu pekiştirmektedir.

Dindar insan, içinde bulunduğu gruptan dini ve sosyal anlamda destek aldıkça kendini yalnız ve terkedilmiş hissetmeyecektir. Bekarlar, yaşlılar ve sağlık problemi yaşayan kişiler arasında dindar olanların çevrelerinden aldıkları sosyal destek ile daha mutlu olduklarını gösteren araştırma sonuçları vardır.³⁸³ Kanser gibi bilinmezlikler ve belirsizlikler içeren hastalıklarda, birey kendi varoluşunu tehlikede hisseder. Hastalığa uyum ve adaptasyonda, pek çok değişkenler rol oynar. Özellikle başatma sürecinde ve

³⁸² Bkz. Kübra Erdem, İnfertil Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek ile Depresyon Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Erzurum, 2012, s. 42; Yeliz Karateke, Yanıklı Hastalarda Ağrı, Anksiyete ve Depresyon İlişkisinin İncelenmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2010, s. 70; Yusuf Kandemir, Kader İncancının Psikoterapik Açısından Fonksiyonu, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Erzurum, 2006, s. 93.

³⁸³ Yapıcı, a.g.e., s. 97.

hastalığı anlamlandırmada; bireyin kendi algı ve değerlendirmelerinin yanında aile ve sosyal çevre desteği önemli bir etkidir.³⁸⁴

İstatistiksel analizler sonucunda “hipotez A-5: Örneklem grubunda yer alan meme kanseri kadın hastaların dini tutum ve dini tutumun davranış, duygu ve ilişki alt boyutlarındaki düzeyi; yaş, medeni durum, yerleşim yeri, meslek, eğitim-öğrenim durumu, gelir düzeyi, hastalık süresi, hastalık evresi, uygulanan tedavi, aileden ve yakınlardan algılanan sosyal destek değişkenlerine göre farklılık gösterir” hipotezinin “yaş” değişkeni özelinde dini tutum (toplam) ve dini tutumun davranış ve duygu alt boyutlarına ilişkin olarak kısmen desteklendiği, ilişki alt boyutu için ise desteklenmediği ortaya çıkmıştır. Hipotezin “medeni durum” değişkeni özelinde yalnızca dini tutumun duygu alt boyutuna ilişkin olarak kısmen desteklendiği gözlenmiştir. “Meslek” ve “gelir düzeyi” değişkenleri özelinde desteklenmediği ancak hipotezinin “yerleşim yeri” değişkeni özelinde dini tutumun duygu alt boyutuna ilişkin olarak kısmen desteklendiği belirlenmiştir. “Eğitim-öğrenim durumu” değişkeni özelinde dini tutum (toplam) ve dini tutumun davranış ve duygu alt boyutlarına ilişkin olarak kısmen desteklendiği, ilişki alt boyutu için ise desteklenmediği ortaya çıkmıştır. (Bkz. Tablo 34-35-36-37-38-39)

Yukarıdaki hipotezin “hastalık süresi” ve “hastalık evresi” değişkenleri özelinde desteklenmediği; “tedavi” değişkeni özelinde ise dini tutum (toplam) ve dini tutumun davranış ve ilişki alt boyutları için kısmen desteklendiği, duygu alt boyutu için ise desteklenmediği ortaya çıkmıştır. “Aileden ve yakınlardan algılanan sosyal destek” değişkeni özelinde de dini tutum (toplam) ve dini tutumun duygu alt boyutunda kısmen desteklendiği, davranış ve ilişki alt boyutları için ise desteklenmediği gözlenmiştir. (Bkz. Tablo 40-41-42-43)

³⁸⁴ Tarık Tuncay, “Kronik Hastalıklarla Başetmede Tinsellik”, **Sağlık ve Toplum**, Y. XVII, S. 2, 2007, s. 16.

3.8. BAĞIMLI DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİLERE YÖNELİK BULGULAR

3.8.1. Ağrı ve Diğer Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki

3.8.1.1. Ağrı ve Beden Algısı Arasındaki İlişki

Araştırmada örnekleme oluşturan meme kanseri kadın hastalarda beden algısına göre ağrı düzeyinin değişimini belirlemek amacıyla yapılan t-Testi sonuçlarında, olumsuz beden algısına sahip olan hastaların (X=31.07) sayısal ağrı skalası puan ortalamalarının, olumlu beden algısına sahip hastalardan (X=26.20) daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak t-Testi analizinde, sayısal ağrı skalası puan ortalamalarının, hastaların beden algısına göre anlamlı bir farklılık göstermediği (t=-1.580; p>0.05) bulunmuştur. (Bkz. Tablo 45)

Araştırmada, meme kanseri hastalarda, beden algısı ve ağrı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ancak olumsuz beden algısına sahip olan hastalarda ağrı algısının daha yüksek düzeyde olduğu gözlenmektedir. Bu hastalarda, olumsuz beden algısının oluşmasında, mastektominin yanısıra lenfödemin de önemli bir etken olduğu söylenebilir. Mastektomi sonrası gelişen en önemli fiziksel problemlerden birisi olan lenfödem, kolda ağırlık, ağrı, hareket kısıtlılığı, fonksiyon bozulması, fibrozis ve inflamasyon ile karakterize edilir. Lenfödem, hastalarda depresyona yol açarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen önemli bir rahatsızlıktır.³⁸⁵ Literatürde, meme kanserli kadın hastalarda aksiller disseksiyona (koltuk altı lenf bezlerinin alınması) bağlı olarak gelişen lenfödemin estetik, fonksiyonel ve psikolojik sorunlara neden olduğu gibi üst ekstremiteler ile ilişkili kanser risklerini de beraberinde getiren ve yaşam boyu devam eden önemli bir faktör olarak belirtilmektedir.³⁸⁶

Yıldız ve Karayurt'un (2011), lenfödem gelişen meme kanseri 100 kadın hastada yaptığı araştırmada, hastaların lenfödeme bağlı yaşadığı fiziksel güçlüklerin lenfödemli kolda ağrı, ağırlık hissi, büyük nesnelere taşımada güçlük, hassasiyet ve kolu hareket

³⁸⁵ M. B. Tobin et al., "The Psychological Morbidity of Breast Cancer-Related Arm Swelling, Psychological Morbidity of Lymphoedema", **Cancer**, Vol. LXXII, 1993, pp. 3248-3252; J. A. Petrek - M. C. Heelan, "Incidence of Breast Carcinoma Related Lymphedema", **Cancer**, Vol. LXXXIII (suppl 12), 1998, pp. 2776-2781; Yeşim Bakar, Mastektomi Sonrası Gelişen Lenfödemde Fizyoterapinin Etkinliği, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış doktora Tezi), Ankara, 2005, s. 10.

³⁸⁶ Hakan Meral, Meme Kanseri Hastalarının Mastektomi Sonrası Komplikasyonları ve Risk Faktörleri, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), Trabzon, 2009, s. 36.

ettirmede güçlük olduğu ve hastaların fiziksel güçlük puan ortalamalarının sosyal ve psikolojik güçlük puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Lenfödemli kadın hastaların yaşadıkları sosyal güçlükler lenfödemli kola aynada bakmamak, lenfödem nedeniyle çalışma hayatında değişiklik, tatile gidememek, eş ile ve insanlarla olan ilişkilerde güçlük olarak belirlenmiştir. Lenfödem sonrası psikolojik güçlüklerde ise lenfödem nedeniyle kendini üzgün hissetme, geleceğe yönelik kaygı duyma, kendini gergin hissetme, lenfödem sonrası kendine olan güvende değişiklik ve kendini değersiz hissetme duygularının ağırlıklı olarak yaşandığı tespit edilmiştir.³⁸⁷

İstatistiksel analizden elde edilen bulguya göre “*hipotez B-1: Ağrı algısı, olumlu ve olumsuz beden algısına sahip hastalar arasında anlamlı bir farklılık gösterir*” hipotezinin desteklenmediği ortaya çıkmıştır. (Bkz. Tablo 45)

3.8.1.2. Ağrı-Depresyon ve Ağrı-Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastalarda ağrı algısı ile depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi gösteren Pearson Korelasyon analizi sonuçlarında; örneklemin ağrı algısı düzeyi ile depresyon düzeyi arasında ($r=.374$; $p=.000$) pozitif yönlü anlamlı bir ilişki; ağrı algısı ile yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum ($r=-.476$; $p=.000$) ve Genel İyi Hali ($r=-.513$; $p=.000$) boyutları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki; ağrı algısı ile yaşam kalitesinin Semptom Kontrolü boyutu arasında ($r=.557$; $p=.000$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. (Bkz. Tablo 46)

Buna göre araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastalarda ağrı algısı şiddetinin yüksek düzeyde olmasının, artmış depresyon düzeyi ve düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu söylenebilir. Bu durumda ağrı, meme kanserinde hastaların fonksiyonel durumlarını kısıtlayan ve genel yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen önemli bir faktör olarak görünmektedir. Elde edilen bu bulgu, literatür ile de uyumludur.

Ağrının kontrol edilmesi, pek çok kanser hastasının yaşam kalitesinin belirlenmesinde anahtar rol oynar. Ağrı kanser hastalarında önemli bir sorun olmasına rağmen ağrının depresyonla ilişkisi tam olarak anlaşılammıştır. Ağrının depresyona sebep

³⁸⁷ Ayşegül Yıldız - Özgül Karayurt, “Meme Kanserli Kadınların Lenfödem Nedeniyle Yaşadıkları Güçlükler”, *Meme Sağlığı Dergisi*, C. VII, S. 3, 2011, ss. 154-162.

olduğu ya da kronik ağrının depresyonla ilişkisinin tesadüfi olup olmadığı henüz açık değildir.³⁸⁸

Karadibak ve Özdirenc'in (2002) çalışmasında, ağrı şiddeti arttıkça fonksiyonel bağımsızlığın azaldığı ve ağrı şiddeti ile FDI (Fonksiyonel Durum İndeksi) arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur. Karadibak ve Özdirenc, FDI (Fonksiyonel Durum İndeksi) ile değerlendirdikleri kanser hastalarının, ağrı şikayeti olmayan sağlıklı kişilere nazaran ağrıya bağlı olarak önemli ölçüde fonksiyon kaybına uğradıklarını, ağrı nedeniyle sağlıklı gruba göre mobilite, kişisel bakım el aktiviteleri, ev işleri, sosyal durum ve mesleki yönden daha bağımlı olduklarını belirlemişlerdir.³⁸⁹

Kurt (2005), kanser ve kronik ağrılı hastaların psikolojik durumlarını ve ağrı derecelerini karşılaştırdığı çalışmada, iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığını ve kanser ağrılı hastaların ağrı dereceleri ortalamasının, kronik ağrılı hastalardan daha düşük olduğunu tespit etmiştir. Ancak çalışmada ağrı derecesini psikolojik faktörler içinde en güçlü ve tek başına yordayan değişkenin depresyon puanı olduğu bulunmuştur. Buna göre depresyon puanı yükseldikçe, ağrı düzeyi de artmaktadır.³⁹⁰

Yıldırım'ın (2006) çalışmasında, rahatsız edici ağrısı olan hastaların yaşam kalitesi kognitif ve sosyal fonksiyon puanlarının hafif ağrısı ve şiddetli/çok şiddetli ağrısı olan hastalara göre düşük olduğu ancak yorgunluk ve nefes darlığı semptomlarını daha fazla yaşadıkları belirlenmiştir.³⁹¹ Yılmaz (2006), ileri evre kanser hastaları ile yaptığı çalışmada, psikolojik ağrı kontrol yöntemleri kullanılan denek grubunda, ağrı şiddetiyle birlikte depresyon şiddetinde de önemli oranda bir azalma olduğunu tespit etmiştir.³⁹²

Yılmaz'ın (2006) kronik ağrılı hastalarda yaşam kalitesi araştırmasında, ağrı algısı şiddeti ile yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol fonksiyon, fonksiyonel durum

³⁸⁸ M. Aapro - A. Cull, "Depression in Breast Cancer Patients: The Need for Treatment", **Annals of Oncology**, Vol. X, 1999, pp. 627-636.

³⁸⁹ Didem Karadibak - Mehtap Özdiranç, "Kanser Ağrısının Fonksiyonel Kapasiteye Etkisi", **Fizyoterapi Rehabilitasyon**, C. XIII, S. 3, 2002, ss. 113-116.

³⁹⁰ Ashlhan Kurt, Kanser Ağrılı ve Kanser Dışı Kronik Ağrılı Hastaların Psikolojik Faktörler (Depresyon, Kaygı, Başa Çıkma) Açısından Karşılaştırılması, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2005, s. 61.

³⁹¹ Yasemin Kuzeyli Yıldırım, Kanser Ağrısı Deneyimleyen Hastalarda Ağrı Eğitim Programının Ağrı Yönetimi, Plazma-Beta Endorfin Düzeyleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İzmir, 2006, s. 141.

³⁹² Melek Yılmaz, İleri Evre Kanser Hastalarında Bilgilendirme Odaklı Ağrı ve Depresyon Değerlendirmesi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 2006, s. 66.

ve mental fonksiyon alt boyutları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki ve ağrı şiddeti ile yaşam kalitesi ağrı, esenlik ve genel sağlık alt boyutları arasında ise pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.³⁹³

Peker'in (2007) ağrı yakınması olan hastalarda yaptığı çalışmada, ağrı algısının şiddeti arttıkça depresyon düzeyinin de arttığı tespit edilmiştir. Ayrıca yaşam kalitesi, başa çıkma tutumları ve depresif belirtilerin ağrı ile ilişkisinin incelendiği bu araştırmada, ağrı algısı şiddeti arttıkça hastaların fiziksel yaşam kalitesinde de düşüş olduğu tespit edilmiştir.³⁹⁴

Karateke'nin (2010) yanık hastalarında yaptığı araştırmasında, ağrı kontrolü yetersiz olan bireylerde, anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir.³⁹⁵ Çapar'ın (2010) kemoterapi alan kanser hastalarında ağrı ile anksiyete ve depresyon ilişkisini incelediği araştırmasında ağrı, anksiyete ve depresyonun birbirini etkilediği ve meme kanseri hastalarda ağrı düzeyi arttıkça anksiyete ve depresyon düzeyinin arttığı; anksiyete ve depresyon şiddetinin artmasında ise ağrının önemli bir faktör olduğu bulunmuştur.³⁹⁶ Öztürk (2012), akciğer kanseri hastalarda HAD ölçeğini kullanarak yaptığı araştırmasında, ağrısı olan hastaların depresyon düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğunu tespit etmiştir.³⁹⁷

Ağrının kanser hastalarında anksiyete, depresyon ve ruhsal sıkıntıya neden olduğu, hastaların aile, sosyal ve çalışma hayatındaki rollerini kısıtladığı bilinmektedir. Bu yönleriyle ağrının kanser hastalarında fiziksel, sosyal ve ruhsal fonksiyonları önemli düzeyde etkilediği ve yaşam kalitesini azalttığı düşünülmektedir.³⁹⁸

³⁹³ Eren Yılmaz, Kronik Ağrılı Hastalarda Yaşam Kalitesi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2006, s. 77.

³⁹⁴ Didem Salt Peker, Ağrı Yakınması Olan Hastalarda Yaşam Kalitesi, Başa Çıkma Tutumları ve Depresif Belirtilerin Ağrı Algısı ile İlişkisi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), Aydın, 2007, s. 66, s. 81.

³⁹⁵ Yeliz Karateke, Yanıklı Hastalarda Ağrı, Anksiyete ve Depresyon İlişkisinin İncelenmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2010, s. 73.

³⁹⁶ Sevinç Gülçığ Çapar, Kemoterapi Gören Kanserli Hastalarda Ağrı ile Anksiyete ve Depresyon Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), Edirne, 2010, s. 57.

³⁹⁷ Rengin Öztürk, Yeni Tanı Akciğer Kanserli Hastalarda Anksiyete ve Depresyonun Klinik Seyir Üzerine Etkileri, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), İzmir, 2012, s. 29.

³⁹⁸ P. Allard et al., "Educational Interventions to Improve Cancer Pain Control: A Systematic Review", **Journal of Palliative Medicine**, Vol. IV, No. 2, 2001, pp. 191-203; No. Katz, "The Impact of Pain Management on Quality of Life", **J Pain Symptom Manage**, Vol. XXIV (1 Suppl), 2002, pp. 38-47; Yıldırım, a.g.t., s. 141.

Kanser hastalarında yaşam kalitesi ve fonksiyonel kapasite üzerinde ağrı, kanserin evresi, alınan tedaviler (kemoterapi, radyoterapi), uygulanan cerrahi işlemler önemli rol oynar. Bunlar arasında ağrının, hastalarda günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılık ve bağımlılık, fiziksel ve sosyal fonksiyonlarda yetersizlik oluşturması nedeniyle yaşam kalitesini belirgin derecede düşürdüğü belirtilmektedir.³⁹⁹

Spiegel ve arkadaşlarının (1994) kanser hastalarında ağrı ve depresyon ilişkisini inceledikleri araştırmada, düşük ve yüksek düzeyde ağrı semptomları gösteren 96 hastada, tüm depresif bozuklukların oranı, ağrı şiddeti yüksek olan grupta düşük olan gruptan anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Ayrıca bu araştırmada, 35 metastatik meme karsinomlu örneklemeden oluşan ikinci bir çalışma grubunda, ağrı şiddeti, ağrı sıklığı ve duygudurum bozukluğu incelenmiştir. Sonuç olarak, ağrı şiddeti ile yorgunluk ve toplam duygu durum bozukluğu arasında pozitif yönde, ağrı şiddeti ve zindelik arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu; ağrı sıklığı ile yorgunluk ve depresyon arasında pozitif yönde, ağrı sıklığı ve zindelik arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.⁴⁰⁰

Bazı çalışmalarda depresyon, distres ve fiziksel ağrı arasında güçlü bir ilişki olduğu belgelenmiştir.⁴⁰¹ Gaston-Johansson ve arkadaşlarının (1999), 127 meme kanserli hastanın sağlık durumu üzerinde ağrı, yorgunluk ve depresyonun etkisini inceledikleri çalışmada, hastaların % 91'inde yorgunluk, % 47'sinde ağrı ve % 54'ünde depresyon görüldüğü ve bu belirtilerin birbirleri ile ve genel sağlık durumu ile anlamlı korelasyon gösterdiği rapor edilmiştir.⁴⁰²

İstatistiksel analiz sonucunda *“hipotez B-2: Ağrı ve depresyon düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır”* hipotezinin desteklendiği gözlenmiştir (bkz. Tablo

³⁹⁹ H. J. Cohen, “Cancer and the Functional Status of the Elderly” **Cancer**, Vol. LXXX, 1997, pp. 1883-1886; J. F. Lehmann et al., “Cancer Rehabilitation: Assessment of Need, development and Evaluation of a Model of Care”, **Arch Phys Med Rehabil**, Vol. LIX, 1978, pp. 410-419; Karadibak - Özdiranç, a.g.m., ss. 113-116.

⁴⁰⁰ D. Spiegel - S. Sands - C. Koopman, “Pain and Depression in Patients with Cancer”, **Cancer**, Vol. LXXIV, No. 9, 1994, pp. 2570-2578.

⁴⁰¹ J. V. Pasacrete, “Depressive Phenomena, Physical Symptom Distress, and Functional Status Among Women with Breast Cancer”, **Nurs Res**, Vol. XLVI, 1997, pp. 214-21; B. K. Reddick et al., “Examining the Influence of Coping with Pain on Depression, Anxiety, and Fatigue Among Women with Breast Cancer”, **J Psychosoc Oncol**, Vol. XXIII, 2005, pp.137-57; Jesse R. Fann et al., “Major Depression After Breast Cancer: A Review of Epidemiology and Treatment”, **General Hospital Psychiatry**, Vol. XXX, 2008, pp. 112-126.

⁴⁰² F. Gaston - Johansson et al. , “Fatigue, Pain, and Depression in Pre-Autotransplant Breast Cancer Patients”, **Cancer Pract**, Vol. VII, 1999, pp. 240-247; Fann et al., a.g.m., pp. 112-126.

46). Elde edilen bulgular sonucunda “hipotez B-3: Ağrı ve yaşam kalitesinin fonksiyonel durum boyutu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır”; “hipotez B-4: Ağrı ve yaşam kalitesinin semptom kontrolü arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır”; “hipotez B-5: Ağrı ve yaşam kalitesinin genel iyilik hali boyutu arasında negatif ve anlamlı bir ilişki vardır” hipotezlerinin doğrulandığı görülmüştür. (Bkz. Tablo 46)

3.8.2. Beden Algısı ve Diğer Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki

3.8.2.1. Beden Algısı ve Depresyon Arasındaki İlişki

Araştırmada örnekleme oluşturan meme kanseri kadın hastalarda beden algısına göre depresyon düzeyinin değişimini belirlemek amacıyla yapılan t-Testi sonuçları incelendiğinde; olumsuz beden algısına sahip olan hastaların (X=8.79) BDE puan ortalamalarının, olumlu beden algısına sahip hastalardan (X=5.81) daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan t-Testi analizinde, BDE puan ortalamalarının, hastaların beden algısına göre anlamlı bir farklılık gösterdiği ($t=-5.009$; $p<0.01$), olumlu beden algısına sahip hastaların depresyon düzeylerinin, olumsuz beden algısına sahip hastalardan anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur. (Bkz. Tablo 47)

Özbaş (2008) meme kanseri hastalarında güçsüzlük, hüznün, korku, depresyon, anksiyete, panik, endişe, üzüntü gibi çok çeşitli durumları kapsayan distress yaşama üzerine yaptığı araştırmada, örneklem grubunun distress yaşama oranını % 70.4 olarak bulmuştur. Araştırmaya katılan hastaların % 76.7’sinin, distress yaşanan sorun alanının duygusal sorunlar olduğu belirlenmiştir. Duygusal sorun alanında en fazla distress kaynağı olarak gösterilen durumların ise % 57.8 oranında üzüntü ve % 48.1 oranında sinirlilik olduğu tespit edilmiştir. Araştırma grubunda yer alan hastaların, duygusal sorunlar alanından sonra en fazla sorun yaşadıkları alanın % 65 ile bedensel sorunlar alanı olduğu bulunmuştur. Hastaların bedensel sorunlar alanında distress kaynağı olarak gösterdikleri durumların sırasıyla % 34.5 ile yorgunluk, % 28.2 ile ağrı ve % 19.9 ile bulantı olduğu saptanmıştır. Özbaş’ın araştırmasında, meme kanseri hastaların, distress yaşanan sorun

alanları ile ilgili en az düzeyde sorun bildirdikleri alanın % 1.0 ile inanç alanı olduğu belirlenmiştir.⁴⁰³

Ceylan (2009) meme kanserinde psikososyal sorunları incelediği araştırmasında yer alan hastaların % 41.3'ünün halsizlik hissettiği, % 37'sinin alıngan ve sinirli olma gibi duygudurum bozukluklarına ilişkin belirtiler gösterdiği, % 34.8'inin ise sosyal yaşamının olumsuz etkilendiği tespit edilmiştir.⁴⁰⁴

Kandemir (2006) araştırmasında, çoğunluğu sağlıklı bireylerden oluşan örneklem grubunda vücudunu güzel ve sağlıklı bulanların depresyon, sürekli kaygı ve durumluluk kaygı düzeylerinin diğer gruplardan daha düşük olduğunu ve aradaki farkın anlamlı olduğunu bulmuştur.⁴⁰⁵ Bu durum, olumlu beden algısının sağlıklı bireylerde de önemli olduğunu ve depresyon ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

Yapılan istatistiksel analizler sonucunda “*hipotez B-6: Olumsuz beden algısına sahip hastalarda depresyon düzeyi, olumlu beden algısına sahip hastalardan anlamlı olarak daha yüksektir*” hipotezinin doğrulandığı görülmüştür. (Bkz. Tablo 47)

3.8.2.2. Beden Algısı ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Araştırmada örnekleme oluşturan meme kanseri kadın hastalarda beden algısına göre yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum boyutu düzeyinin değişimini belirlemek amacıyla yapılan t-Testi sonuçlarına göre; olumlu beden algısına sahip hastaların (X=80.53) Fonksiyonel Durum boyutu düzeylerinin, olumsuz beden algısına sahip hastalardan (X=76.01) anlamlı (t=2.632; p<0.01) olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. (Bkz. Tablo 48)

Araştırmada örnekleme oluşturan meme kanseri kadın hastalarda beden algısına göre yaşam kalitesinin Semptom Kontrolü boyutu düzeyinin değişimini belirlemek amacıyla yapılan t-Testi sonuçlarına göre; olumsuz beden algısına sahip olan hastaların (X=21.31) Semptom Kontrolü boyutu puan ortalamalarının, olumlu beden algısına sahip

⁴⁰³ Azize Atlı Özbaş, Meme Kanseri Hastalarının Distres ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 2008, s. 40.

⁴⁰⁴ Veysi Ceylan, Meme Kanseri Olan Hastalarda Tanı Sonrası Psikososyal Sorunlar, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), Diyarbakır, 2009, s. 50.

⁴⁰⁵ Yusuf Kandemir, Kader İnancının Psikoterapik Açısından Fonksiyonu, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Erzurum, 2006, s. 113.

hastalardan ($X=20.34$) daha yüksek olduğu anlamlı bir farklılık göstermediği ($t=-.574$; $p>0.05$) tespit edilmiştir. (Bkz. Tablo 48)

Araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastalarda beden algısına göre yaşam kalitesinin Genel İyi Hali boyutu düzeyinin değişimini belirlemek amacıyla yapılan t-Testi analizinde; olumlu beden algısına sahip olan hastaların ($X=70.53$) Genel İyi Hali boyutu puan ortalamalarının, olumsuz beden algısına sahip hastalardan ($X=65.58$) anlamlı olarak ($t=2.031$; $p<0.05$) daha yüksek olduğu bulunmuştur. (Bkz. Tablo 48)

Bu araştırmada, olumlu beden algısına sahip hastaların Fonksiyonel Durum ve Genel İyi Hali boyutlarında yaşam kalitesi düzeylerinin anlamlı olarak, olumsuz beden algısına sahip hastalardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Meme kanseri hastalarında, mastektominin ve mastektomi sonrası kolda oluşan lenfödem olumsuz beden algısının oluşumunda etkili olduğu söylenebilir. Bu hastalarda, olumsuz beden algısının depresyon, anksiyete gibi psikolojik sıkıntılara yol açtığı bilinmektedir. Yüksek düzeyde depresyon ve anksiyetenin ise bu hastalarda düşük düzeyde yaşam kalitesi ile de ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır.⁴⁰⁶ Meme kanseri kadın hastalarda, lenfödem beden algısına olan etkisinden ziyade yaşam kalitesine olan olumsuz etkisi yadsınamaz düzeydedir. Yapılan araştırmalar, lenfödem gelişen kadınlarda, gelişmeyenlere göre yaşam kalitesinin anlamlı düzeyde azaldığı yönündedir. Lenfödem oluşan kolda fleksibilite ve kuvvet azlığına bağlı olarak hastalar kaldırma, taşıma, temizleme, bir yere ulaşma gibi eylemleri gerçekleştirmede önemli problemler yaşamaktadırlar. Bu durumun hastalarda güven hissini ortadan kaldırdığı düşünülmektedir.⁴⁰⁷

⁴⁰⁶ Bkz. Sibel Asi Karakaş, Kanser Hastalarının Hastalığı Değerlendirme Biçimlerinin Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Erzurum, 2007, ss. 38-40; Osen Figan Tuncer, Psychological Well-Being of Cancer Patients: Depression, Anxiety and Quality of Life Among Turkish Cancer Patients, Tillburg University, Clinical Health Psychology (Ba/Msc), 2011, s. 14.

⁴⁰⁷ K. Bosompra et al., "Knowledge about Preventing and Managing Lymphedema: A Survey of Recently Diagnosed and Treated Breast Cancer Patients", **Patient Education and Counseling**, Vol. XLVII, 2002, pp. 155-163; Yeşim Bakar, Mastektomi Sonrası Gelişen Lenfödemde Fizyoterapinin Etkinliği, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış doktora Tezi), Ankara, 2005, s. 58.

Ateş'in (2011) kanser hastalarında alopesi (saç kaybı) ve yaşam kalitesi araştırmasında, kemoterapi nedeniyle alopesi gelişen hastalarda anksiyete, negatif beden imajı, benlik saygısında ve yaşam kalitesinde azalma meydana geldiği tespit edilmiştir.⁴⁰⁸

Elde edilen bulgular sonucunda *“hipotez B-7: Olumlu beden algısına sahip hastalarda, fonksiyonel durum boyutunda yaşam kalitesi düzeyi, olumsuz beden algısına sahip hastalardan anlamlı olarak daha yüksektir”* hipotezinin desteklendiği ortaya çıkmıştır. (Bkz. Tablo 48)

Yapılan istatistiksel analizler sonucunda *“hipotez B-8: Olumlu beden algısına sahip hastalarda, semptom kontrolü boyutunda yaşam kalitesi düzeyi, olumsuz beden algısına sahip hastalardan anlamlı olarak daha yüksektir”* hipotezinin desteklenmediği gözlenmiştir. (Bkz. Tablo 48)

Elde edilen bulgulara göre *“hipotez B-9: Olumlu beden algısına sahip hastalarda, genel iyilik hali boyutunda yaşam kalitesi düzeyi, olumsuz beden algısına sahip hastalardan anlamlı olarak daha yüksektir”* hipotezinin desteklendiği ortaya çıkmıştır. (Bkz. Tablo 48)

3.8.3. Depresyon ve Diğer Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki

3.8.3.1. Depresyon ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Araştırmada depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre, araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastalarda, depresyon düzeyi ile yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum ($r=-.642$; $p=.000$) ve Genel İyilik Hali ($r=-.508$; $p=.000$) boyutları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki, Semptom Kontrolü ($r=.541$; $p=.000$) boyutu ile de pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu durumda, araştırma örnekleminde depresyon düzeyi yükseldikçe, fonksiyonel kapasitede azalma, hastalığa ait semptomlarda artış ve genel sağlık düzeyinde de azalma olduğu yani hastalarda yaşam kalitesi düzeyinin düştüğü söylenebilir. (Bkz. Tablo 49)

⁴⁰⁸ Sebahat Akbal Ateş, Kemoterapiye Bağlı Alopesi Algısı ve Yaşam Kalitesi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İstanbul, 2011, s. 126.

Meme kanseri hastalarında yüksek düzeyde depresyon ve düşük düzeyde yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki olduğunu ortaya koyan çalışmalar vardır.⁴⁰⁹ Beser ve Öz'ün (2003), örneklem grubunu 80 lenfomalı hastanın oluşturduğu ve kemoterapinin anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesine (EORTC QLQ C-30 Quality of Life Scale) etkisini araştırdıkları çalışmada, hastalarda 3.kür sonrası yaşam kalitesi puan ortalamalarının düştüğü gözlenmiş; kemoterapi öncesi yapılan ölçümde depresyonu olan grubun, depresyonu olmayan gruba göre, yaşam kalitesinin genel iyilik boyutunda, fonksiyonel alanın fiziksel fonksiyon, emosyonel durum, bilişsel durum ve sosyal durum alt boyutlarında ve semptomlardan ekonomik durum alt boyutunda yaşam kalitesi düzeyinin anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur. Araştırmada depresyonu olan grubun, depresyonu olmayan gruba göre, yaşam kalitesinin genel iyilik boyutunda, fonksiyonel alanın tüm alt boyutlarında, semptomların ise yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, dispne (nefes darlığı), uyuma güçlüğü, iştah kaybı ve ekonomik güçlük alt boyutlarında anlamlı olarak yaşam kalitesi düzeylerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir.⁴¹⁰

Kurt'un (2005) kanser ve kronik ağrılı hastalarda yaptığı araştırmasında, fonksiyon kaybı ve başa çıkma faktörlerinden kaçma ve kaçınma davranışları ile çaresizlik duyguları depresyon oluşumuna neden olan önemli faktörler olarak gösterilmektedir.⁴¹¹ Karakaş'ın (2007) araştırmasında, kanser hastalarında hastalığı olumlu değerlendirmenin yaşam kalitesini yükselttiğini, depresyon ve anksiyete oranını düşürdüğü tespit edilmiştir. Hastalığı bir tehdit olarak algılayan ve hastalığın seyri konusunda belirsizlik yaşayan hastalarda, anksiyete ve depresyon puanının oldukça yüksek olduğu görülmüştür. Karakaş'ın çalışmasında, anksiyete ve depresyon düzeyi arttıkça, yaşam kalitesinin düştüğünü bulunmuştur.⁴¹²

Peker'in (2007) ağrı yakınması olan hastalarda SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri (BDE) kullandığı araştırmasında depresyon düzeyi arttıkça, fiziksel

⁴⁰⁹ T. Deshields et al., "Differences in Patterns of Depression After Treatment for Breast Cancer", **Psychooncology**, Vol. XV, 2006, pp. 398-406; E. G. Rabin et al., "Depression and Perceptions of Quality of Life of Breast Cancer Survivors and Their Male Partners", **Oncol Nurs Forum**, Vol. XXXVI, 2009, pp. 153-158; X. Chen et al., "Prevalence of Depression and Its Related Factors Among Chinese Women with Breast Cancer", **Acta Oncol**, Vol. XLVIII, 2009, pp. 1128-1136.

⁴¹⁰ Nalan G. Beser - Fatma Öz, "Kemoterapi Alan Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi", **Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi**, C. VII, S. 1, 2003, ss. 47-58.

⁴¹¹ Kurt, a.g.t., s. 70.

⁴¹² Karakaş, a.g.t., ss. 38-40.

ve ruhsal yaşam kalitesinde azalma olduğu tespit edilmiştir.⁴¹³ Tuncer'in (2011) kanser hastalarında depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelediği araştırmada, EORTC QLQ C-30 yaşam kalitesi ölçeğinin Fonksiyonel Durum boyutu ile depresyon arasında ($r=-.615$; $p=.000$) negatif yönde ve anlamlı bir ilişki, Semptom Kontrolü ile depresyon arasında ($r=.444$; $p=.011$) pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki, Genel İyi Hali ve depresyon arasında ($r=-.461$; $p=.008$) negatif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.⁴¹⁴

Carver ve arkadaşlarının (2006) meme kanseri hastalarında yaşam kalitesinde uzun dönemli izlem çalışmasında, iyimser düşüncenin meme kanseri hastalarda yaşam kalitesinin psiko-sosyal boyutunu olumlu yönde etkilediği; iyimser düşünce arttıkça olumsuz duygular, sosyal kaçınma, cinsel bozukluklar, yorgunluk, ailenin geleceği ve hastalığın nüksetmesi konusunda distress yaşama, fiziksel görünümünden endişe duyma boyutlarında da azalma olduğu tespit edilmiştir.⁴¹⁵

Yapılan çalışmalar, meme kanserli kadınlarda tedaviye bağlı olarak takım fiziksel sorunların ortaya çıktığını ve bunların hastaların yaşam kalitelerini önemli derecede etkileyerek anksiyete ve depresyona neden olduğunu göstermektedir. Meme kanserinde uygulanan cerrahi girişimlerde aksiller disseksiyonun* yapılmasına bağlı olarak hastalarda ağrı, uyuşukluk, omuz hareketlerinde kısıtlılık, karıncalanma hissi, güçsüzlük ve lenf ödeminin gelişimi gibi önemli yakınmalar görülmektedir. Meme cerrahisi sonrası görülen bu fiziksel sorunlar, hastaların daha fazla psikolojik stres, depresyon, anksiyete yaşamasına ve yaşam kalitelerinin düşmesine neden olmaktadır.⁴¹⁶

İstatistiksel analizlerden elde edilen bulgulara göre *“hipotez B-10: Depresyon ve yaşam kalitesinin fonksiyonel durum boyutu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki*

⁴¹³ Peker, a.g.t., s. 90.

⁴¹⁴ Tuncer, a.g.t., s. 14.

⁴¹⁵ Charles S. Carver et al., “Quality of Life Among Long-Term Survivors of Breast Cancers: Different Types of Antecedents Predict Different Classes of Outcomes”, **Psycho-Oncology**, Vol. XV, 2006, pp. 749–758.

* Aksiller Disseksiyon: Meme kanserinde cerrahi girişimle koltuk altındaki tüm lenf bezlerinin çıkarılması işlemi. (<http://www.memesagligi.com/cerrahi-tedavi/>, (05.05.2014).

⁴¹⁶ Sonay Baltacı Gökaş, Meme Kanserinde Mastektomi Sonrası Uygulanan Erken ve Geç Rekonstrüksiyonun Hastanın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İstanbul, 2008, ss. 100-101; S. M. Beaulac et al., “Lymphedema and Quality of Life in Survivors of Early-Stagebreast Cancer”, **Arch Surg**, Vol. CXXXVII, 2002, pp. 1253-1257; J. Williams - J. Filshie, “Meme Kanserinde Rekonstrüktif Cerrahi Sonrası Kronik Ağrı”, **Onkoplastik ve Rekonstrüktif Meme Cerrahisi**, ed. G. Rovere et al., Turgut Yayıncılık, İstanbul, 2007.

vardır”; “hipotez B-11: Depresyon ve yaşam kalitesinin semptom kontrolü arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır”; “hipotez B-12: Depresyon ve yaşam kalitesinin genel iyilik hali boyutu arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır” hipotezlerinin desteklendiği gözlenmiştir. (Bkz. Tablo 49)

3.8.4. Dini Tutum ve Diğer Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki

3.8.4.1. Dini Tutum ve Ağrı Algısı Arasındaki İlişki

Araştırmada, alt boyutları ile birlikte dini tutum düzeyi ve ağrı algısı arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Elde edilen bulgularda, dini tutum ve dini tutumun davranış, duygu ve ilişki alt boyutları ile örneklemin ağrı algısı arasında anlamlı bir korelasyon olmadığı ($p>0.05$) görülmektedir. Bu durumda araştırmada, dini tutum ve ağrı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı ifade edilebilir (bkz. Tablo 50). Bu sonucun oluşmasında, örneklemin genel olarak ağrı algısı düzeyinin düşük olmasının etkisi düşünülebilir. Bu konuda yapılmış çalışmaların bir kısmında dua etmenin, Allah’a sığınmanın ağrıyla başa çıkmada etkili olduğu görülmüştür.

Galanter⁴¹⁷ (1982), Tanrı’ya güvenmenin, duanın ve inancın, ağrı toleransını arttıran etkili bir yol olduğunu açıklamıştır. Ağrıdan kurtulmada ve ağrının hafifletilmesinde bireysel yeterliliğin artırılması ve spiritual ihtiyaçların sağlanmasının önemli olduğu belirtilmiştir.⁴¹⁸ Babgi’nin (2010), Suudi kanser hastalarında ağrı ve başa çıkma davranışları üzerine yaptığı araştırmasında, ağrıyla başa çıkmada en fazla adaptif ve aktif davranış olarak dua etme (% 99.2), Kur’an-ı Kerim okuma veya dinleme (% 98.5) gibi dini pratiklerin yer aldığı tespit edilmiştir.⁴¹⁹

Lucchetti ve arkadaşlarının (2011), yaşlı hastalarda (60 yaş üstü) dindarlık ile ruh sağlığı, ağrı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki üzerine yaptıkları çalışmada; hastaların % 80.7’sinin ağrı tanımlaması yaptıkları belirlenmiştir. Araştırmada dindarlığın; düşük

⁴¹⁷ M. Galanter, “Charismatic Religious Sects and Psychiatric Overview”, **Am J Psychiatry**, Vol. CXXXIX, 1982, pp. 1539-1548.

⁴¹⁸ Fatemeh Haghghi, “Correlation Between Religious Coping and Depression in Cancer Patients”, **Psychiatra Danubina**, Vol. XXV, No. 3, 2013, pp. 236-240.

⁴¹⁹ Amani A Babgi, “Pain Coping Behaviors of Saudi Patients Suffering from Advanced Cancer : A Revisited Experience”, **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, Vol. XI (MECC Supplement), 2010, pp. 103-106.

düzeyde ağrı algısı, düşük düzeyde depresif semptomlar, daha iyi yaşam kalitesi ve düşük düzeyde bilişsel bozukluklar ile anlamlı ilişki gösterdiği bulunmuştur.⁴²⁰

Dolayısıyla elde edilen bulgulara göre “hipotez C-1: Dini tutum ve ağrı algısı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır”; “hipotez C-2: Dini tutumun davranış boyutu ve ağrı algısı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır”; “hipotez C-3: Dini tutumun duygu boyutu ve ağrı algısı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır”; “hipotez C-4: Dini tutumun ilişki boyutu ve ağrı algısı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır” hipotezlerinin desteklenmediği ortaya çıkmıştır. (Bkz. Tablo 50)

3.8.4.2. *Dini Tutum ve Beden Algısı Arasındaki İlişki*

Araştırmada, örnekleme oluşturan meme kanseri kadın hastalarda beden algısına göre dini tutum düzeyinin değişimini belirlemek amacıyla t-Testi yapılmıştır. Elde edilen bulgularda; olumlu beden algısına sahip olan hastaların (X=36.21) dini tutum ölçeği toplam puan ortalamalarının, olumsuz beden algısına sahip hastalardan (X=34.96) daha yüksek olduğu görülmüştür.Yapılan t-Testi analizinde, dini tutum ölçeği toplam puan ortalamalarının, hastaların beden algısına göre anlamlı bir farklılık gösterdiği (t=3.216; p<0.01) bulunmuştur. (Bkz. Tablo 51)

Dini tutumun davranış alt boyutu düzeyindeki değişimi belirlemek amacıyla yapılan t-Testi analizi neticesinde; olumlu beden algısına sahip olan hastaların (X=7.92) dini tutumun davranış alt boyutu puan ortalamalarının, olumsuz beden algısına sahip hastalardan (X=7.37) anlamlı olarak (t=3.166; p<0.01) daha yüksek olduğu bulunmuştur. (Bkz. Tablo 51)

Araştırmada, örneklemin beden algısına göre dini tutumun duygu alt boyutu düzeyindeki değişimi gösteren t-Testi sonuçlarına göre; olumlu beden algısına sahip olan hastaların (X=8.73) dini tutumun duygu alt boyutu puan ortalamalarının, olumsuz beden algısına sahip hastalardan (X=8.38) daha yüksek olduğu ve anlamlı bir farklılık gösterdiği (t=1.985; p<0.05) belirlenmiştir. (Bkz. Tablo 51)

Örneklemin beden algısına göre dini tutumun ilişki alt boyutu düzeyindeki değişimi gösteren t-Testi sonuçlarına göre; olumlu beden algısına sahip olan hastaların (X=9.56)

⁴²⁰ G. Lucchetti et. al., “Religiousness Affects Mental Health, Pain, and Quality of Life in Older People in an Outpatient Rehabilitation Setting”, **Journal of Rehabilitation Medicine**, Vol. XLIII, No. 4, pp. 316-322.

dini tutumun ilişki alt boyutu puan ortalamalarının, olumsuz beden algısına sahip hastalardan ($X=9.21$) anlamlı ($t=3.197$; $p<0.01$) olarak daha yüksek olduğu görülmektedir. (Bkz. Tablo 51)

Bu araştırmada, dini tutum ve dini tutumun davranış, duygu ve ilişki alt boyutlarında, olumlu beden algısına sahip hastaların puan ortalamasının, olumsuz beden algısına sahip hastalardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, dini tutumun, olumlu beden imajı üzerinde etkili bir faktör olduğunu göstermektedir. Meme kanseri kadın hastalarda, ameliyat sonrası kadınlığı temsil eden bir uzvun kaybına ve beden imajının zedelenmesi fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutları olan önemli problemlere neden olabilmektedir. Olumlu beden algısının, benlik yapısı ya da öz saygı (self-esteem) düzeyi ile ilişkili olduğu söylenebilir. İnsanda benlik yapısı, çevresini, diğer insanları ve kendisini görme ve algılama biçimini, varoluşun temelini oluşturduğu gibi tüm duygu, düşünce ve davranışları üzerinde de etkili olur.⁴²¹ Öz saygı ya da benlik saygısı kişinin kendinden memnun olma duygusunun bir göstergesidir. Öz saygısı yüksek olan bireyler, kendilerini değerli, olumlu, beğenilmeye ve sevmeye layık kişiler olarak görmektedirler. Aynı zamanda öz saygı, kişinin kendini kabullenmesinde ve kendine güven duymasında etkili olan ve bu yönleriyle de bireysel ve sosyal hayata tesir eden önemli bir faktör olarak durmaktadır.⁴²²

Dolayısıyla kişinin kendi beden algısı ya da fiziksel görünüm imajının oluşmasında sahip olduğu öz saygı düzeyi diğer bir ifade ile benlik saygısı belirleyici bir etkidir. Literatürde, dindarlık öz saygı arasında olumlu ilişki olduğunu gösteren çalışmalar olduğu gibi ilişki olmadığını ya da negatif ilişki olduğunu gösteren çalışmalar da vardır. Gartner (1996), dindarlık ve öz saygı arasındaki ilişkiyi konu edinen 18 empirik çalışmayı incelemiş ve bunların 6'sında yüksek ilişki, 4'ünde düşük ilişki olduğunu ve 8'inde ise ilişki olmadığını tespit etmiştir.⁴²³

Yapıcı ve Zengin'in (2003), İlahiyat Fakültesi öğrencilerinde dinin etkisini hissetme düzeyinin psiko-sosyal uyuma etkisini araştırdığı çalışmada, öğrencilerin özsaygı düzeyleri ile dinin etkisini hissetme düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı

⁴²¹ Çiğdem Kağıtçıbaşı, **Yeni İnsan ve İnsanlar**, Evrim Yayınevi, İstanbul, 1999, s. 360.

⁴²² Yapıcı - Zengin, a.g.m., s. 104.

⁴²³ J. Gartner, "Religious Commitment Mental Health and Prosocial Behavior: A Review of the Empirical Literature", **Religion and the Clinical Practice of Psychology**, ed. E. P. Shafranske, American Psychological Association, Washington, 1996, pp. 187-214; Yapıcı, a.g.e., s. 100.

bulunmuştur.⁴²⁴ Kımtır'ın (2007) üniversite öğrencilerinde benlik saygısı ve dindarlık ilişkisini incelediği çalışmasında, dini hayatın inanç boyutuyla benlik saygısı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu, dini hayatın inanç boyutunun benlik saygısı üzerinde olumlu yönde etkisi olduğu belirlenmiştir.⁴²⁵

Koç'un (2008) yetişkin bireylerde dindarlık ve benlik saygısı ilişkisini incelediği araştırmasında, içgüdümlü dindarların genel olarak idealize edilmiş ve realize edilmiş benlik saygısı düzeylerinin dışgüdümlü dindarlardan daha yüksek olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Katılımcıların içgüdümlü dindarlık düzeyleri yükseldikçe, genel anlamda benlik saygılarına gösterdikleri önem düzeyinin ve şu anki benlik saygılarından duydukları memnuniyet düzeylerinin arttığı gözlenmiştir.⁴²⁶ Yoğurtçu'nun (2009) dindarlık ve ruh sağlığı araştırmasında, dindarlık düzeyleri ile umutsuzluk ve kaygı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı, ancak dindarlık ve özsaygı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir.⁴²⁷

Koenig, George ve Titus (2004) tarafından yapılan çalışmada, dindar olmayan ve manevi bir yaşamı bulunmayan tıbbi tedavi gören yaşlı hastalarda, öz saygı düzeyinin ve öznel sağlık algısının, dindar hastalara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu durum araştırmacılar tarafından, dindarlık ve maneviyatın sağladığı sosyal destek ile açıklanmıştır.⁴²⁸

İstatistiksel analizler sonucunda; *“hipotez C-5: Dini tutum düzeyi, olumlu beden algısına sahip hastalarda, olumsuz beden algısına sahip hastalara göre anlamlı olarak daha yüksektir”*; *“hipotez C-6: Dini tutumun davranış boyutu düzeyi, olumlu beden algısına sahip hastalarda, olumsuz beden algısına sahip hastalara göre anlamlı olarak daha yüksektir”*; *“hipotez C-7: Dini tutumun duygu boyutu düzeyi, olumlu beden algısına sahip hastalarda, olumsuz beden algısına sahip hastalara göre anlamlı olarak daha yüksektir”*; *“hipotez C-8: Dini tutumun ilişki boyutu düzeyi, olumlu beden algısına sahip*

⁴²⁴ Yapıcı - Zengin, a.g.m., s. 111.

⁴²⁵ Nurten Kımtır, Benlik Saygısı ve Dindarlık İlişkisi, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Bursa, 2008, s. 257.

⁴²⁶ Koç, Yetişkinlik Döneminde Dindarlık ile Benlik Kavramı Değişkenleri Arasındaki İlişki, a.g.t., ss. 236-237.

⁴²⁷ Yoğurtçu, a.g.t., s. 70.

⁴²⁸ H. G. Koenig - L. K. George - P. Titus, “Religion, Spirituality, and Health in Medically III Hospitalized Older Adults”, **Journal of the American Geriatrics Society**, Vol. LII, No. 4, 2004, pp. 554-562; (akt.) Yapıcı, a.g.e., s. 101.

hastalarda, olumsuz beden algısına sahip hastalara göre anlamlı olarak daha yüksektir” hipotezlerinin desteklendiği görülmüştür. (Bkz. Tablo 51)

3.8.5. Dini Tutum ve Depresyon Arasındaki İlişki

Araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastalarda, tüm alt boyutları ile birlikte dini tutum düzeyi ve depresyon arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Buna göre dini tutum ile depresyon arasında ($r=-.271$; $p=.000$) negatif yönde anlamlı bir ilişki; dini tutumun davranış alt boyutu ile depresyon arasında ($r=-.300$; $p=.000$) negatif yönde anlamlı bir ilişki; dini tutumun duygu alt boyutu ile depresyon arasında ($r=-.197$; $p=.000$) negatif yönde anlamlı bir ilişki; dini tutumun ilişki alt boyutu ile depresyon arasında ($r=-.154$; $p=.003$) negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Buna göre araştırma örnekleminde dini tutum düzeyi yükseldikçe, depresyon seviyesinin düştüğü söylenebilir. (Bkz. Tablo 52)

Bireylerin hastalıklar, güçlükler ve olumsuz durumlar karşısında dine, ibadete ve dua etmeye yönelmeleri içlerinde buldukları durumu daha kolay atlatmalarına yardımcı olmaktadır. Din hayattaki stres verici olayların etkisini azaltarak, bireylerde olumlu duygu durumunun yükselmesini sağlar.⁴²⁹ Böylece insana güven ve ümit telkin eden dinin, umutsuzluğu engelleyerek depresyonun azalmasında etkili olduğu⁴³⁰ söylenebilir.

Meme kanserli kadınlarda hastalıkla başa çıkma sürecinde manevi boyutun, dindarlığın, dua etmenin, mediatasyonun, Tanrı'ya sığınmanın önemli bir güç ve destek olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur.⁴³¹

Literatürde, din ve depresyon ilişkisi üzerine yapılan çalışmalar farklı din ve kültürlerle, dindarlığın boyutlarına ve dindarlık algısına göre farklılık gösterse de genel olarak dindarlık ve depresyon arasında negatif bir ilişki olduğu yönünde bulgular

⁴²⁹ Fatma Balcı, Psikolojik ve Öznel İyi Olma Hali ile Dini İnançlar Arasındaki İlişki Üzerine Bir İnceleme, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Bursa, 2011, s.162.

⁴³⁰ Yapıcı, a.g.e., ss. 126-127.

⁴³¹ B. R. Ferrell et al., “Quality of Life in Breast Cancer: Part II. Psychological and Spiritüel Well-Being”, **Cancer Nursing**, Vol. XXI, No. 1, 1998, pp. 1-9; SL. Fredette, “Breast Cancer Survivors: Concerns and Coping”, **Cancer Nursing**, Vol. XVIII, No. 1, 1995, pp. 35-46; Veysi Ceylan, Meme Kanseri Olan Hastalarda Tanı Sonrası Psikososyal Sorunlar, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), Diyarbakır, 2009.

içermektedirler. Bu araştırmada dindarlık ve depresyona ilişkin elde edilen bulgu literatür ile uyumludur.

Koç'un (2002) ergenlerde dua ve ibadet psikolojisi ve ruh sağlığı ilişkisini araştırdığı çalışmasında, ergenlerin Allah'a olan inançları ile yaptıkları dua ve ibadetlerin hayatı zorluklarına katlanmada ve onlarla baş çıkabilmede oldukça etkili olduğuna inandıkları ve psikolojik rahatlama hissettikleri belirlenmiştir.⁴³²

Kandemir'in (2006) kader inancının psikoterapik fonksiyonu konulu araştırmasında, depresyon düzeyi ile dindarlık göstergeleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır fakat durumluluk kaygı düzeyi ile dini inanç, dini davranış ve içsel dindarlık arasında ve süreklilik kaygı ile dini inanç arasında negatif yönlü anlamlı ilişki olduğu, dindarlığın genel anlamda ruh sağlığına olumlu yönde etkisi olabileceği ortaya çıkmıştır.⁴³³ Şengül'ün (2007) çalışmasında, dindarlığın bilgi-ibadet boyutu ile depresyon arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, bilgi-ibadet boyutu arttıkça depresif belirtilerde azalma olabileceği belirtilmiştir.⁴³⁴

Ergin ve arkadaşları (2007) tarafından, engelli çocuğa sahip ebeveynlerin depresyon düzeyleri üzerine BDE kullanılarak yapılan araştırmada, ebeveynlerin BDE puan ortalamasının düşük ($X=13.44$) olduğu bulunmuştur. Araştırmada, ebeveynlere çocuğunun geleceği ile ilgili beklentileri sorulduğunda; ebeveynlerin % 53'ünün "gelecekte daha iyi olacağını düşünüyorum", % 40'ının ise "Allah'tan ümit kesilmez" olarak cevap verdikleri tespit edilmiştir. Ebeveynlerin kaderci ve boyun eğici yaklaşım biçimini benimsemiş olmaları ve engelli çocuğu olan ailelerin, takdir-i İlahi olarak durumu kabullenmelerinin depresyon düzeyinin düşük olmasında etkili olabileceği belirtilmiştir.⁴³⁵

Kımtır'ın (2008) üniversite öğrencilerinde benlik saygısı ve dindarlık ilişkisi araştırdığı çalışmasında, öğrencilerin dini ibadetleri yerine getirme dereceleri ile psikosomatik belirtiler gösterme düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. İbadetlerini yerine getirmede özenli davranan bireylerde ruh sağlığının daha

⁴³² Koç, Ergenlik Döneminde Dua ve İbadet Psikolojisinin Ruh Sağlığı Üzerindeki Etkileri, a.g.t., s. 144.

⁴³³ Kandemir, a.g.t., s. 98.

⁴³⁴ Şengül, a.g.t., s. 148.

⁴³⁵ Dilek Ergin ve diğerleri, "Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Depresyon Düzeyi ve Etkileyen Faktörler", **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, C. X, No. 1, 2007, ss. 41-48.

olumlu olduğu ve daha az psikosomatik belirtiler görüldüğü belirlenmiştir.⁴³⁶ Güven'in (2008) araştırmasında, örneklem grubunun öznel dindarlık algısı ve dini yönelimi arttıkça, depresyon düzeyinde azalma olduğu ve dindarlığın etki boyutu ile depresyon arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, dinden etkilenme derecesi arttıkça depresyon düzeyinde düşme olduğu tespit edilmiştir.⁴³⁷

Ceylan (2009) meme kanserinde psikososyal sorunları incelediği araştırmasında, zaman zaman intihar düşüncesinde olan hastaların, bu duruma engel olarak dini inançlarını gösterdiği ve hastalarda hastalığın gidişatında Yüce Allah'a olan bağlılığın etkin olduğu gözlenmiştir. Ceylan, araştırma sonucunda araştırma grubunda yer alan meme kanseri hastalarda psikolojik sorunların daha az gözlenmesini, hastaların güçlü aile ilişkisine ve eş uyumunun iyi oluşuna, maneviyatın (spiritual boyutun) sağlam olmasına ve psikolojik stresle başa çıkmada inanç duygusunun hakim olmasına bağlamıştır.⁴³⁸

Aydın'ın (2011) yaşamı sürdürmede dini inancın rolünü incelediği araştırmasında depresyon düzeyinin; olumlu Tanrı algısı ile negatif yönde, olumsuz Tanrı algısı ile pozitif yönde, olumsuz dini başa çıkma tarzları ile pozitif yönde, algılanan dindarlık düzeyi ile negatif yönde, duanın algılanan olumlu etkisi ile negatif yönde anlamlı bir ilişki gösterdiği bulunmuştur.⁴³⁹ Gürsu'nun (2011) Kısa Semptom Envanteri kullanarak ergenlerde psikolojik sağlık ve dindarlık ilişkisini araştırdığı çalışmasında, dindarlık ile psikolojik sağlığın depresyon ve diğer tüm alt boyutları arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir. Ergenlerde dindarlık düzeyi arttıkça, depresyon, anksiyete, somatizasyon, olumsuz benlik ve hostilite düzeylerinde azalma olduğu görülmüştür. Dindarlığın duygu, davranış ve bilgi boyutları ile depresyon arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu bulunmuştur. Bu durum dindarlık ve psikolojik sağlık arasındaki ilişkinin olumlu bir görüntüsü olarak yorumlanabilir.⁴⁴⁰

Koenig ve arkadaşları⁴⁴¹ (1992) tarafından yapılan çalışmada, demografik ve sağlığa ilişkin değişkenlerin kontrolünden sonra dini başa çıkma ve depresyon arasında

⁴³⁶ Kimter, a.g.t., s. 329.

⁴³⁷ Güven, a.g.t., s. 117.

⁴³⁸ Ceylan, a.g.t., s. 50, s. 53.

⁴³⁹ Özlem Güler Aydın, Yaşamı Sürdürmede Dini İnancın Rolü, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Ankara, 2011, s. 110.

⁴⁴⁰ Gürsu, a.g.t., s. 230, ss. 255-261.

⁴⁴¹ H. G. Koenig et al., "Religious Coping and Depression Among Elderly, Hospitalized Medically Ill Men", **Am J Psychiatry**, Vol. CXLIX, 1992, pp. 1693-1700.

negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Olson ve arkadaşlarının⁴⁴² (2012) yaptığı araştırmada, olumlu dini başa çıkmanın, daha iyi ruh sağlığını yordayıcı olduğu aksine olarak olumsuz dini başa çıkmanın ise ruh sağlığı için karıştırıcı bir faktör olduğu bildirilmiştir. Ramirez ve arkadaşlarının⁴⁴³ (2012) hemodiyaliz hastalarında yaptığı çalışmada, olumlu ve olumsuz dini başa çıkmanın, böbrek yetmezliği ile başa çıkmada sıklıkla kullanıldığı bulunmuştur. Bu hastalarda, dini başa çıkma ile depresyon ve anksiyete arasında ve dini başa çıkma ile yaşam kalitesinin çok boyutlu yönleri arasında ilişki olduğu ancak olumlu dini başa çıkma ve psikolojik distress arasında bir ilişki olmadığı görülmüştür.

Haghighi'nin (2013), İranlı kanser hastalarında dini başa çıkma ve depresyon ilişkisini araştırdığı çalışmasında, Tanrı ile ilişki kurmayı dini başa çıkma metodu olarak kullanmanın depresyon düzeyinin düşük olmasında etkili olduğu ve ailesinin dini tutum düzeyi yüksek olan hastaların depresyon oranlarının düşük seviyede olduğu bulunmuştur.⁴⁴⁴

İstatistiksel analizler sonucunda elde edilen bu bulgu ile “*hipotez C-9: Dini tutum ve depresyon arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır*”; “*hipotez C-10: Dini tutumun davranış boyutu ve depresyon arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır*”; “*hipotez C-11: Dini tutumun duygu boyutu ve depresyon arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır*”; “*hipotez C-12: Dini tutumun ilişki boyutu ve depresyon arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır*” hipotezlerinin tümünün desteklendiği görülmüştür. (Bkz. Tablo 52)

3.8.6. Dini Tutum ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Araştırmada, dini tutum ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Analizden elde edilen bulgularda; dini tutumun davranış alt boyutu ile yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum boyutu arasında ($r=.110$; $p=.037$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki; dini tutum (toplam) düzeyi ile yaşam kalitesinin

⁴⁴² M. M. Olson et al., “Religious Coping and Mental Health Outcomes: An Exploratory Study of Socioeconomically Disadvantaged Patients”, *Explore (NY)*, Vol. VIII, 2012, pp. 172-176.

⁴⁴³ S. P. Ramirez et al., “The Relationship Between Religious Coping, Psychological Distress and Quality of Life in Hemodialysis Patients”, *J Psychosom Res*, Vol. LXXII, 2012, pp. 129-135.

⁴⁴⁴ Fatemeh Haghighi, “Correlation Between Religious Coping and Depression in Cancer Patients”, *Psychiatria Danubina*, Vol. XXV, No. 3, 2013, pp. 236-240.

Genel İyilik Hali arasında ($r=.124$; $p=.019$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki; dini tutumun davranış alt boyutu düzeyi ile yaşam kalitesinin Genel İyilik Hali arasında ($r=.142$; $p=.007$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu; dini tutum ve yaşam kalitesinin diğer boyutları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur. Bu durumda yüksek dini tutum düzeyinin, örneklemin yaşam kalitesi üzerinde olumlu bir etki oluşturduğu söylenebilir. (Bkz. Tablo 53)

Bireysel iyilik halinin bir anlatımı olan yaşam kalitesinin, fiziksel ve sosyal iyilik, psiko-sosyal uyum, inanç ve değerlerden oluşan boyutları olduğu belirtilmektedir. Yaşam kalitesi aile, iş yaşamı ve sosyo-ekonomik koşullar gibi hayatın farklı alanlarında, bireyin günlük yaşamından aldığı doyum ve iyilik algısı olarak ifade edilebilir.⁴⁴⁵ Bu durumda çok boyutlu olan yaşam kalitesi üzerinde, dini tutum ve davranışların olumlu yönde etki yapacağı düşünülebilir. Din ve maneviyatın, yaşam kalitesinin inanç boyutu içinde yer aldığı, dinin bireylerin psiko-sosyal uyumları, yaşam doyumları, ruh ve fiziksel sağlıkları üzerindeki etkileri bir arada değerlendirildiğinde, din ve yaşam kalitesi arasında güçlü bir ilişki olduğu ortaya çıkmaktadır.

Örneğin din ve fiziksel sağlık ilişkisi ile ilgili olarak Koenig ve arkadaşlarının (1999) gerçekleştirdikleri bir çalışmada; nöroloji, kalp damar hastalıkları ve diğer genel sağlık dallarına müracaat eden hastaları izlemiş, dinî toplulukla ilişkisi olmayan yaşlıların hastanede kalma süresi ortalama 25 gün iken, dinî toplulukla ilişkisi olanların hastanede kalma süresinin 11 gün olduğunu belirlemişlerdir. Aynı zamanda dinî uygulamalara haftada en az bir defa katılanların % 43 oranında hastanede daha az kaldıkları görülmüştür.⁴⁴⁶

Din, birtakım olaylarda, özellikle bazı hastalıklarla başa çıkmada ve olaylara anlam vermede yardımcı bir unsur olabilir. Nelson ve arkadaşları (2002) tarafından, kanser ve aids hastalarında yapılan bir çalışmada, dini başa çıkma etkinliklerinin hem acı ve sıkıntıya anlam verme hem de dayanma gücünü artırma ve bir umut kaynağı olma konusunda önemli bir etkiye sahip olduğu görülmüştür.⁴⁴⁷

⁴⁴⁵ Beser - Öz, a.g.m., ss. 47-58.

⁴⁴⁶ Harold G. Koenig et al., "Does Religious Attendance Prolong Survival? A Six-Year Follow-up Study of 3,968 Older Adults", *The Journals of Gerontology*, Vol. LIV, No. 7, 1999, ss. 370-376; (akt.) Ali Ayten ve diğerleri "Dini Başa Çıkma, Şükür ve Hayat Memnuniyeti İlişkisi", *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, C. XII, S. 2, 2012, ss. 47-48.

⁴⁴⁷ C. J. Nelson et al., "Spirituality, Religion and Depression in the Terminally Ill", *Psychomatics*, Vol. XLIII, No. 3, 2002, pp.213-220.

Yılmaz'ın (2006) kronik ağrılı hastalarda yaşam kalitesi araştırmasında ise kendini dindar olarak tanımlayan hastalarda, kendini dindar olarak tanımlamayan hastalara göre yaşam kalitesi fonksiyonel durum ve global yaşam kalitesi puanlarının düşük, esenlik ve genel sağlık puanlarının ise daha yüksek olduğu ancak anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur.⁴⁴⁸ Arda'nın (2011), kanser hastalarında yaşamda anlamı incelediği çalışmasında, yaşamda anlam ile yaşam kalitesinin alt boyutlarından bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan, çevresel alan arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.⁴⁴⁹

Yates ve ekibinin (1981), ileri düzeyde 71 kanserli hasta üzerinde yaptığı araştırmada, dini inanç ve eylemlerin daha az ağrıya, daha çok mutluluk ve doyuma sebep oldukları bulunmuştur.⁴⁵⁰ Kirkpatrick ve Shaver⁴⁵¹ (1992), Tanrı'ya güvenli bağlanma göstermiş insanların, Tanrı'ya kaygılı bir şekilde bağlanmış olan insanlara göre yaşam doyumlarının daha yüksek, kaygı, depresyon ve fiziksel hastalık şikayetlerinin ise daha düşük düzeyde olduğunu belirlemiştir.

Gibson ve Hendrick (2006), hayatta kalan Afriko-Amerikan meme kanseri hastalar üzerine 1994-2004 arası yapılmış çalışmalarda spiritualite etkisini incelemiştir. Bu literatür çalışmasında 18 yaş ve üstü hastalardan elde edilen bulgular sonucunda; koruyan ve himaye eden, kudretli ve şifa veren, karar vermede yol gösterici olan ve kendisiyle yakınlık kurulan Tanrı'ya olan inanç olarak tanımlanan durumlara ilişkin spiritualite/maneviyatın güçlü bir başa çıkma sağladığı belirlenmiştir.⁴⁵²

Morgan ve arkadaşlarının (2006), Afrika-Amerikan meme kanseri kadın hastalarda yaşam kalitesi ile spiritual iyilik hali ve dini başa çıkma arasındaki ilişkiyi inceledikleri kesitsel araştırmada; hastaların pozitif dini başa çıkmayı, negatif dini başa çıkmadan daha fazla kullandıkları bulunmuştur. Ayrıca spiritual iyilik hali ile yaşam kalitesinin fiziksel,

⁴⁴⁸ Yılmaz, a.g.t., s. 70.

⁴⁴⁹ Şeyda Arda, Kanser Hastalarında Yaşamda Anlamın İncelenmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2011, s. 100.

⁴⁵⁰ Kenneth I. Pargament, "Tanrım Bana Yardım Et: Din Psikolojisi Açısından Başa Çıkmanın Teorik Çatısına Doğru", çev. Ahmet Albayrak, **Tabula Rasa-Felsefe Teoloji**, Y. III, S. 9, 2003, s. 218.

⁴⁵¹ L. A. Kirkpatrick - P. Shaver, "An Attachment-Theoretical Approach to Romantic Love and Religious Belief", **Personality and Social Psychology Bulletin**, Vol. III, 1992, pp. 18-26; Akif Hayta, "Anneden Allah'a: Bağlanma Teorisi ve İslam'da Allah Tasavvuru", **Değerler Eğitimi Dergisi**, C. IV, S. 12, 2006, s. 41.

⁴⁵² L. M. Gibson - C. S. Hendricks, "Integrative Review of Spirituality in African American Breast Cancer Survivors", **ABNF Journal**, Vol. XVII, No. 2, 2006, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>, (28.12.2014), pp. 67-72.

emosyonel ve fonksiyonel iyilik hali boyutları arasında anlamlı ilişkiler olduğu belirlenmiştir. Elde edilen bulgulardan yola çıkılarak meme kanseri kadın hastalarda, spiritual ve dini uygulamaların tedavi aşamasında destekleyici bir girişim olarak değerlendirilmesinin önemine dikkat çekilmiştir.⁴⁵³

O'Connor ve arkadaşlarının (2007), Avustralya'da 40 lösemi hastasında yaşam kalitesi, spiritual iyi olma ve psikolojik uyum tarzları arasındaki ilişkiyi inceledikleri araştırmada; spiritual iyi olma ve yaşam kalitesi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, ümitsizlik ve çaresizliğin ise hem yaşam kalitesi hem de spiritual iyi olma ile negatif yönde anlamlı bir ilişki gösterdiği bulunmuştur. Araştırmada yaşamak için bir nedeni olan, hayatını daha üretken hale getiren, , yaşamda anlam, huzur, uyum, amaç ve güven duygusuna sahip olan, dini ve manevi inançlarında teselli bulan hastalarda, bu faktörlerin daha iyi bir yaşam kalitesine katkı sağladığı ifade edilmiştir.⁴⁵⁴

Levin ve arkadaşlarının (2009), meme kanseri kadın hastalarda duanın, iyilik hali ve ruhsal durum üzerindeki etkilerini inceledikleri araştırmada; katılımcıların % 81'inin dua ettiklerini; dua etmenin kanser yaşantısında kadınlara yüksek düzeyde olumlu destek sağladığı belirlenmiştir. Araştırmada spiritualiteyi değerlendirmede kullanılan ölçme aracının; anlam ve amaç bulma, uyum ve huzur hissi, Tanrı'ya veya aşkın bir varlığa yakınlık gibi duyguların ifade edilmesine yönelik olduğu bildirilmiştir. Örneklemin anlam ve huzur bulma skorlarının diğerlerinden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Genel spiritualitenin; yüksek düzeyde yaşam kalitesi (fiziksel iyilik hali, emosyonel iyilik hali, fonksiyonel iyilik hali) ve yüksek düzeyde sosyal destek ile pozitif yönde anlamlı ilişki ve yine depresyon ve anksiyete ile de negatif yönde anlamlı ilişki gösterdiği tespit edilmiştir.⁴⁵⁵

Svalina ve Webb (2012), ayaktan fizik tedavi gören hastalarda affedicilik ve sağlık arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada; kendini affetmenin genel sağlık, fiziksel sağlık durumları ve mevcut ağrı ile dolaylı yoldan; ruhsal sağlık durumları ve kronik ağrı ile de

⁴⁵³ P. D. Morgan - F. G. Johansson - V. Mock, "Spiritual Well-Being, Religious Coping, and the Quality of Life African-American Breast Cancer Treatment: A Pilot Study", **ABNF Journal**, Vol. XVII, No. 2, pp. 73-77.

⁴⁵⁴ M. O'Connor et. al., "Realationships Between Quality of Life, Spiritual Well-Being, and Psychological Adjustment Styles for People Living with Leukaemia: An Exploratory Study", **Mental Health, Religion and Culture**, Vol. X, 2007, pp. 631-647.

⁴⁵⁵ Ellen G. Levine, "The Benefits of Prayer on Mood and Well-Being of Breast Cancer Survivors", **Support Care Cancer**, Vol. XVII, No. 3, 2009, pp. 295-306.

doğrudan ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca Tanrı tarafından affedilmiş olma duygusunun, sağlığa ilişkin sosyal fonksiyon ile doğrudan ilişkili olduğu belirlenmiştir.⁴⁵⁶

Stewart (2013) ve arkadaşları, tıp alanında klinik uygulamalarda birincil veya ikincil değişken olarak dini pratiklerin etkisini ele alan çeşitli çalışmaları incelemişlerdir. 49 çalışmayı değerlendiren araştırmacılar; dini inancın hastaların çoğu için oldukça önemli olduğunu, özellikle ciddi hastalıklarda ve bağımlı hastalarda pozitif başa çıkma mekanizması oluşturduğunu belirlemişlerdir. Elde edilen bulgulara göre hastalarda dini pratik sıklığının ve Tanrı ile etkileşimin ön planda olabildiği ifade edilmiştir. Manevi/spiritual etkileşimin hastalarda; huzur duygusunun sağlanmasına, hastalığı anlamlandırmaya, hastalığa yüksek düzeyde uyum sağlamaya ve yaşam kalitesine olumlu yönde etki sağlayabileceği tespit edilmiştir.⁴⁵⁷

İstatistiksel analizler sonucunda elde edilen bu bulguya göre “*hipotez C-13: Dini tutum (toplam) ile yaşam kalitesi fonksiyonel durum ve genel iyilik hali boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır*” hipotezinin “genel iyilik hali” değişkeni özelinde kısmen desteklendiği görülmektedir. “*Hipotez C-14: Dini tutumun davranış boyutu ile fonksiyonel durum ve genel iyilik hali boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır*” hipotezinin ise tümüyle desteklendiği ortaya çıkmıştır. (Bkz. Tablo 53)

Konuya ilişkin elde edilen diğer bulgular ise “*hipotez C-15: Dini tutumun duygu boyutu ile fonksiyonel durum ve genel sağlık boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır*”; “*hipotez C-16: Dini tutumun ilişki boyutu ile fonksiyonel durum ve genel sağlık boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır*”; “*hipotez C-17: Dini tutum ile yaşam kalitesi semptom kontrolü boyutu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır*”; “*hipotez C-18: Dini tutumun davranış boyutu ile yaşam kalitesi semptom kontrolü boyutu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır*”; “*hipotez C-19: Dini tutumun duygu boyutu ile yaşam kalitesi semptom kontrolü boyutu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır*”; “*hipotez C-20: Dini tutumun ilişki boyutu ile yaşam kalitesi semptom kontrolü boyutu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır*” hipotezlerinin desteklenmediğini göstermektedir. (Bkz. Tablo 53)

⁴⁵⁶ S. S. Svalina - J. R. Webb, “Forgiveness and Health Among People in Outpatient Physical Therapy”, **Disability and Rehabilitation**, Vol. XXXIV, No. 5, 2012, pp. 383-392.

⁴⁵⁷ W. C. Stewart et al., “Review of Clinical Medicine and Religious Practice”, **Journal of Religion and Health**, Vol. 52, No. 1, 2013, pp. 91-106.

Sonuç olarak din ve dini başa çıkma sürecinin, özellikle fiziksel ve ruhsal açıdan rahatsız olan insanların zorluklarla mücadele azmini arttırdığı, bireyin iç huzuru kazanmasında yardımcı olduğu, hastalığını kabullenip onunla mücadele etmede bireye güç kazandırdığı söylenebilir.⁴⁵⁸ Kendisini Allah'ın iradesine teslim etmiş olan dindar insan, hayatın keder ve musibetlerinden emin olarak, güvenli bir limana sığınmış olur. Yaşadığı sıkıntıları anlamlandırabilen insan, Allah'a olan inancı ve bağlılığı vasıtasıyla hayata güzellik ve umut katarak yaşam doyumunu artırır.

⁴⁵⁸ Ayten ve diğerleri, a.g.m., s. 48; Yapıcı, a.g.e., ss. 51-86.

SONUÇ VE ÖNERİLER

SONUÇLAR

Kanser, ölümü, acıyı, çaresizliği, ümitsizliği vb. çağrıştıran, tedavisi güç ve uzun süreçli olan yaygın bir hastalıktır. Kanser tanısıyla karşı karşıya kalmak, bir insanın hayatını alt üst eden, geçmişini pişmanlıklara, geleceğini ümitsizliklere teslim eden, varoluşsal kaygılarını ortaya çıkaran, yaşamın anlam ve amacını sorgulamaya iten, insanı ölümle yüzleştiren, bazen herşeyin bir “hiç” olduğunu düşündüren, derin anlamsızlıklara ve belirsizliklere yol açabilen hayatın en zor dönemlerinden birisidir.

Tüm dünyada kadınlar arasında görülen kanser vakalarında ilk sırada yer alan meme kanseri ise, sevginin ve şefkatin kaynağı olarak kadınlığın ve anneliğin sembolü olan bir uzvun kaybı anlamına gelmektedir. Bu nedenle meme kanseri kadın hastalarda duygusal odaklı problemlerin daha sık yaşandığı gözlenmektedir. Ayrıca kanser tanı ve tedavisi ile uzuv kaybına (mastektomi) bağlı olarak ağrı, fonksiyonel yetersizlik, koltuk altı lenf bezlerinin alınmasına (lenfödem) bağlı olarak gelişebilen kolda işlevsizlik ve hareket güçlüğü, yeme-içme bozuklukları, bulantı gibi fizyolojik sorunların yanı sıra depresyon, anskiyete, öfke, ümitsizlik ve ölüm korkusu, stigma (damgalanmışlık duygusu), sosyal izolasyon gibi birçok psiko-sosyal problemler de ortaya çıkabilmektedir.

Görüldüğü gibi kanser, insanı fizyolojik, psikolojik, sosyal ve spiritual/manevi olarak tüm boyutları ile etkileyen önemli bir rahatsızlıktır. Meme kanserinde ise bunlara ek olarak kadın kimliğine tehdit algısının oluştuğu söylenebilir. Bu nedenle son yıllarda kanserli hastaların tedavisinde yalnızca hastalığa ait fiziksel semptomların giderilmesinin değil aynı zamanda psiko-sosyal ve spiritual/manevi hayatı da kapsayan çok boyutlu yaklaşım biçimlerinin geliştirildiği gözlenmektedir. Böylece kanserin insan bedeninde fizyolojik olarak oluşturduğu tahribat her ne kadar tümüyle giderilemese de insan ruhunda oluşturduğu ızdırap ve acının psikolojik, sosyal ve manevi telafi mekanizmalarıyla hafifletilerek hastalığa uyumun kolaylaştırılması ve yaşam kalitesinin en iyi düzeye çıkarılması hedeflenmektedir.

İnsanın çok boyutlu özelliği, her bir yapının birbiri ile karşılıklı etkileşim içinde olduğunu gösterir. Bedensel olarak ortaya çıkan bir aksaklık insanın psikolojik boyutunda ya da psikolojik bir rahatsızlık organizmanın fizyolojik işleyişinde bir bozulmaya neden olabilir. Diğer taraftan yaşamın akışı içinde gerçekleşen hastalık, ölüm, felaketler gibi birçok olumsuz olaylar insanı tüm boyutları ile etkiler. Bu durumda yaşanan olayın anlamlandırılması sürecinde etkin rol oynayan spiritual/manevi boyut, insanın aşkın yani tabiatüstü yönünü ifade eder. İnsandaki spiritual/manevi yönün, hayatın sıkıntıları ve zorlukları ile mücadelede önemli bir güç olduğu ve bu gücün büyüklüğü nisbetinde yaşanan olumsuzlukların fizyolojik, psikolojik ve sosyal alandaki tesirlerinin en aza indirilebileceği söylenebilir.

Spiritual/manevi boyutun en zengin kaynakları arasında; din ve inanç sistemleri, insan hayatına anlam katan değerler, ruhun kendisiyle tatmin bulduğu ve haz aldığı müzik, resim gibi sanatsal ve çeşitli etkinlikler sayılabilir. Ancak bunlar arasında din ve inanç sistemlerinin aşkın özellikleri ile insanı ve yaşadığı hayatı, ölümü ve ölüm sonrasını kuşatıcı olmaları, insana ebediyete uzanan bütünlüklü bir anlam ve amaç sunmaları itibarıyla çok daha güçlü bir kaynak oldukları görülmektedir.

Özellikle kanser gibi hastalıklarda insanın varoluşunu, hayattaki anlam ve amacını, böyle bir hastalığın niçin kendi başına geldiğini, ölümü ve yokluğu vb. sıkça sorguladığı belirlenmiştir. Bu gibi durumlarda dini inanç ve manevi değerlerin önemli bir başa çıkma mekanizması oluşturarak hastalığa uyumu kolaylaştırdığı tespit edilmiştir. Kanser hastalarında yapılan birçok araştırma, dini inanç ve uygulamaların hastalığı anlamlandırma sürecinde etkili olduğunu göstermektedir. Böylece ruhsal yönden kendini daha iyi hisseden hastalarda, fiziksel rahatsızlıkların neden olduğu olumsuzlukların da daha düşük seviyede algılanabileceği belirlenmiştir.

Yurt dışında özellikle Hristiyan ve Yahudi örneğinde dindarlığın, meme kanseri kadın hastalarda yaşam kalitesi, psiko-sosyal uyum, hastalıkla başa çıkma vb. çerçevede konu edinildiği birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada ise meme kanseri kadın hastalarda sıklıkla yaşanabilen ağrı, depresyon gibi belirtiler, uzuv kaybının (mastektominin) oluşturabileceği olumsuz beden algısı ve fonksiyonel, semptomatik ve genel iyilik hali boyutları ile yaşam kalitesi üzerinde dindarlığın etkisi Müslüman Türk kültürü bağlamında incelenmiştir.

“Meme Kanserli Hastalarda Ağrı ve Uzuv Kaybına Depresyon Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Dindarlık ile İlişkisi” başlıklı bu araştırma Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi’nde gerçekleştirilmiş olup örneklem grubu 30-81 yaş aralığındaki 360 meme kanseri kadın hastadan oluşmaktadır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar; demografik ve hastalığa ilişkin özellikler, bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkileri gösteren sonuçlar ve bağımlı değişkenler arasındaki ilişkileri gösteren sonuçlar olarak gruplandırılmıştır.

Demografik değişkenlere ilişkin sonuçlar (bkz. Tablo 4) şu şekilde sıralanabilir:

1. Örneklemin yaş ortalaması 54.69’dur ve hastaların yaş gruplarına göre dağılımı % 8.6’sı 30-39; % 23.1’i 40-49, % 34.2’si 50-59, % 24.2’si 60-69, % 9.4’ü 70-79 ve % 0.6’sı 80 yaş ve üzeri şeklindedir. Araştırmaya katılan hastaların % 3.3’ü bekar, % 76.4’ü evli, % 3.6’sı eşinden ayrılmış, % 16.7’sinin ise eşi vefat etmiştir.
2. Araştırmada yer alan hastaların yerleşim yeri olarak % 13.1’inin köyde, % 26.9’unun ilçede ve % 60’ının şehirde ikamet ettiği; % 83.3’ünün ev hanımı, % 10.6’sının emekli, % 1.1’inin öğretmen ve % 5.0’inin ise diğer meslek gruplarından (hemşire, bankacı, terzi vb.) olduğu belirlenmiştir. Örneklemin gelir durumu algısına göre dağılımı ise şöyledir: % 36.4 düşük, % 53.3 orta, % 10.3 iyi gelir düzeyindedir.
3. Örneklemin % 13.9’u okuma-yazma bilmiyor, % 7.8’i herhangi bir okuldan mezun olmamış ancak okuma-yazma biliyor, % 58.9’u ilkokul, % 5.8’i ortaokul, % 9.7’si lise ve % 3.9’u üniversite mezunudur.

Hastalığa ilişkin özelliklere ait sonuçlar (bkz. Tablo 5) ise şöyledir:

1. Örneklemin hastalığa ait tanı konduktan sonra geçen hastalık süresine göre; % 16.9’unun 0-6 ay, % 10.3’ünün 7-11 ay, % 25’inin 1-2 yıl, % 11.9’unun 3-4 yıl, % 8.6’sının 5-6 yıl, % 11.1’inin 7-8 yıl, % 6.7’sinin 9-10 yıl ve % 9.4’ünün 11 yıl ve üzeri olarak dağılım gösterdiği bulunmuştur.
2. Örneklemin hastalık evresine göre dağılımları; % 23.9 Evre I, % 42.2 Evre II, % 16.4 Evre III ve % 17.5 Evre IV olarak bulunmuştur.
3. Araştırmada uygulanan tedaviye göre örneklemin, % 3.3’üne tedavi (hormonoterapi, radyoterapi, kemoterapi) uygulanmadığı, % 0.8’ine yalnız hormonoterapi, % 2.8’ine yalnız radyoterapi, % 32.5’ine yalnız kemoterapi, %

0.6'sına radyoterapi ve hormonoterapi, % 35.8'ine kemoterapi ve radyoterapi, % 24.2'sine kemoterapi, radyoterapi ve hormonoterapinin birlikte uygulandığı belirlenmiştir.

4. Örnekleme oluşturan meme kanseri kadın hastaların ameliyat tipine göre dağılımı şöyle bulunmuştur: % 1.1'i ameliyat olmamış, % 1.7'sine rekonstrüksiyon, % 36.4'üne meme koruyucu cerrahi ve % 60.8'ine mastektomi uygulanmıştır.
5. Örneklemin % 15.6'sının geçmişte psikolojik bir hastalık geçirdiği, % 84.4'ünün geçmişte psikolojik bir hastalık geçirmediği, % 12.8'inin antidepresan kullandığı ve % 87.2'sinin antidepresan kullanmadığı belirlenmiştir. Ayrıca kemoterapi sürecinin hastaların % 71.9'unda tamamlandığı, % 23.9'unda devam ettiği, % 15'ine ise kemoterapi uygulanmadığı tespit edilmiştir.

Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkileri gösteren sonuçlar aşağıda sıralanmıştır:

Ağrı algısı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkileri gösteren sonuçlar:

1. Örneklemin (puan aralığı 0-100) sayısal ağrı skalası puan ortalaması 27.63 (bkz. Tablo 6) olarak bulunmuştur.
2. Araştırmada, yaş ile ağrı algısı şiddeti arasında anlamlı ve pozitif yönde bir korelasyon ($r=0.128$, $p<0.05$) olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla örneklemin ağrı algısı düzeyinin, yaşın ilerlemesine bağlı olarak artmış olduğu görülmektedir. (Bkz. Tablo 7)
3. Hastalık üzerinden 9-10 yıl geçen hastaların ağrı algısı düzeyinin, hastalık süresi 0-6 ay olan hastalardan ($F=2.988$; $p<0.05$) anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Diğer gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma saptanmamıştır. (Bkz. Tablo 8)
4. Sayısal ağrı skalası puan ortalamasının Evre IV ($X=33.97$) hastalarda en yüksek olduğu, en düşük ise Evre III ($X=22.54$) hastalarda olduğu ancak ağrı algısı ile hastalık evresi arasında gruplar arası anlamlı bir farklılık olmadığı ($F=2.411$; $p>0.05$) tespit edilmiştir. (Bkz. Tablo 8)
5. “Kemoterapi ve radyoterapi” tedavilerinin her ikisini de almış olan hastaların sayısal ağrı skalası puan ortalamasının ($X=30.16$), yalnız “kemoterapi” tedavisi

görmüş hastalardan ($X=24.02$) anlamlı olarak ($t=-2.017$; $p<0.05$) daha yüksek olduğu saptanmıştır. (Bkz. Tablo 9)

6. Mastektomi yapılmış hastaların ($X=29.59$) sayısal ağrı skalası puan ortalamasının diğer gruplardan daha yüksek olduğu, en düşük puan ortalamasına sahip olarak da rekonstrüksiyon ($X=5.00$) uygulanmış olguların geldiği belirlenmiştir. Ağrı algısı şiddetinin meme koruyucu cerrahi uygulanmış ve mastektomi yapılmış hastalarda, rekonstrüksiyonlu hastalardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. (Bkz. Tablo 8)

Beden algısı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkileri gösteren sonuçlar:

Araştırmaya katılan hastaların % 23.3'ünün fiziksel görünümünden rahatsızlık duyduğu (olumsuz beden algısı), % 76.7'sinin ise fiziksel görünümünden rahatsızlık duymadığı (olumlu beden algısı) (bkz. Tablo 10) belirlenmiştir.

1. Beden algısı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($p>0.05$) bulunmamıştır. (Bkz. Tablo 11)
2. Bekar hastaların ($X=.33$) beden algılarının, evli ($X=.23$) ve eşinden ayrılmış ($X=.23$) hastalara göre daha olumsuz olduğu görülmüştür. Ancak gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olmadığı ($p>0.05$) bulunmuştur. (Bkz. Tablo 12)
3. Şehirde yaşayan hastaların, ilçede yaşayan hastalara göre beden algısı düzeylerinin ($F=3.130$; $p<0.05$) anlamlı olarak daha olumsuz olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 12).
4. Beden algısının mesleklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma ($F=.075$; $p>0.05$) göstermediği bulunmuştur. (Bkz. Tablo 12)
5. Olumlu beden algısı düzeyi en yüksek olan grubun okuma-yazma bilmeyenler olduğu, sadece okuma-yazma bilenlerin ise olumlu beden algısı düzeyi en düşük olan grup olduğu bulunmuştur. Ancak İlkokul mezunu hastaların, okuma-yazma bilmeyen gruba göre beden algılarının anlamlı olarak ($F=2.477$; $p<0.05$) daha olumsuz olduğu ortaya çıkmıştır. Diğer gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. (Bkz. Tablo 12)
6. Meme koruyucu cerrahi ve mastektomi uygulanmış hastaların beden algılarının ameliyat olmamış hastalara göre daha olumsuz olduğu; mastektomili hastaların,

meme koruyucu cerrahi yapılmış hastalara göre daha olumsuz beden algısına sahip oldukları belirlenmiştir. (F=4.922; p<0.01) (Bkz. Tablo 12)

Depresyon düzeyi ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkileri gösteren sonuçlar:

Araştırmaya katılan meme kanseri kadın hastalarda Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 6.50 olarak bulunmuştur (bkz. Tablo 13). BDE'nin Türk populasyonu için kesim noktası Hisli tarafından 17 olarak belirlenmiştir. Hastaların % 3.9'unun BDE'nün kesim noktası olarak belirlenen 17 puan ve üzerinde aldığı, % 96.1'inin ise 17 puanın altında kaldığı tespit edilmiştir. Buna göre, araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastaların yalnızca % 3.9'unun tanımlanabilir depresyon düzeyinde oldukları söylenebilir. (Bkz. Tablo 13)

1. Depresyon ve yaş değişkeni arasında anlamlı bir ilişki (p>0.05) bulunmamıştır. (Bkz. Tablo 15)
2. Bekar hastaların depresyon düzeyinin, eşinden ayrılmış hastalara göre anlamlı olarak (F=2.651; p<0.05) daha düşük olduğu bulunmuştur. (Bkz. Tablo 16)
3. Depresyon düzeyinin yerleşim yerine göre anlamlı bir farklılaşma (F=.050; p>0.05) göstermediği bulunmuştur. (Bkz. Tablo 16)
4. Depresyon düzeyinin mesleklere göre anlamlı bir farklılık (F=.776; p>0.05) arzetmediği tespit edilmiştir. (Bkz. Tablo 16)
5. Depresyon düzeyinin, örneklemin eğitim-öğrenim seviyesine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık (F=1.833; p>0.05) göstermediği bulunmuştur. (Bkz. Tablo 16)
6. Düşük gelir düzeyindeki hastaların (X=7.95), orta (X=5.86) ve iyi (X=4.70) gelir düzeyindeki hastalara göre depresyon düzeylerinin (F=10.291; p<0.01) anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. (Bkz. Tablo 16)
7. Örneklemin hastalık süresine göre BDE puanı ortalamasının 9-10 yıl (X=8.29) olan hastalarda en yüksek; 5-6 yıl (X=5.55) olan hastalarda ise en düşük düzeyde olduğu bulunmuştur, ancak gruplar arası anlamlı bir farklılık (F=1.090; p>0.05) olmadığı bulunmuştur. (Bkz. Tablo 17)
8. Örneklemin BDE puan ortalamasının, hastalık evresine göre anlamlı olarak (F=3.599; p<0.05) farklılaştığı; Evre IV (X=8.29) meme kanseri hastalarında

depresyon düzeyinin, Evre I (X=6.03) ve Evre II'den (X=6.01) anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. (Bkz. Tablo 17)

9. Depresyon düzeyinin, hastaların almış olduğu tedaviye bağlı olarak istatistiksel anlamlılık düzeyinde bir farklılaşma ($F=1.707$; $p>0.05$) göstermediği bulunmuştur. (Bkz. Tablo 17)
10. Depresyon düzeyi ve ameliyat tipi arasındaki ilişkiye yönelik ANOVA sonuçlarında, hastaların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olmadığı ($F=1.235$; $p>0.05$) bulunmuştur. (Bkz. Tablo 17)
11. Geçmişte psikolojik hastalık tanısı alan (X=8.00) bireylerin BDE puan ortalamasının, psikolojik hastalık tanısı almayan (X=6.23) bireylerden anlamlı olarak ($t=-2.550$; $p<0.05$) daha yüksek olduğu saptanmıştır. (Bkz. Tablo 18)
12. Hastalık sürecinde ailesinden ve yakınlarından sosyal destek aldığı belirtilen hastaların (X=6.41) BDE puan ortalamasının, aileden ve yakınlarından destek almadığını belirten gruptan (X=12.80) istatistiksel olarak anlamlı ($t=2.907$; $p<0.01$) bir şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır. (Bkz. Tablo 19)

Yaşam kalitesi ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkileri gösteren sonuçlar:

Örneklemin EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin (puan aralığı 0-100) alt boyutlarında puan ortalamaları; Fonksiyonel Durum (X=79.48), Semptom Kontrolü (X=20.56) ve Genel İyi Hali (X=69.61) şeklinde bulunmuştur (bkz. Tablo 21). Fonksiyonel Durum ve Genel İyi Hali boyutlarındaki yüksek puanlar yaşam kalitesinin iyi düzeyde olduğunu; Semptom Kontrolü boyutunda ise yüksek puanlar, bu boyuta ait yaşam kalitesinin düşük seviyede olduğunu göstermektedir.

1. Araştırmada, EORTC-QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Fonksiyonel Durum, Semptom Kontrolü ve Genel İyi Hali boyutları ile yaş değişkeni anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Elde edilen bulgulara göre, Fonksiyonel Durum ve yaş arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki ($r=-.208$; $p<0.01$); Semptom Kontrolü ile yaş arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki ($r=.139$; $p<0.01$); Genel İyi Hali ile yaş arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki ($r=-.144$; $p<0.01$) vardır. (Bkz. Tablo 22)
2. Yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum boyutu puan ortalaması en yüksek olan grubun bekar hastalar (X=90.74) olduğu, en düşük puan ortalamasına sahip olarak

da eşinden ayrılmış ($X=71.30$) hastaların olduğu görülmüştür. ANOVA analizinde yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum boyutunun, örneklemin medeni durumuna göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı ($F=4.758$; $p<0.01$), bekar hastaların Fonksiyonel Durum boyutu puan ortalamalarının evli, eşinden ayrılmış ve eşi vefat etmiş hastaların puan ortalamalarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. (Bkz. Tablo 23)

3. Yaşam kalitesinin Semptom Kontrolü boyutunun örneklemin medeni durumuna göre anlamlı bir farklılık ($F=2.905$; $p<0.05$) gösterdiği saptanmıştır. Bekar hastaların ($X=11.97$) yaşam kalitesinin semptom kontrolü boyutunda eşinden ayrılmış ($X=17.310$) hastalara göre daha iyi düzeyde olduğu bulunmuştur. (Bkz. Tablo 23)
4. Bekar hastaların yaşam kalitesinin Genel İyilik Hali boyutunun evli, eşinden ayrılmış ve eşi vefat etmiş hastalara göre anlamlı olarak ($F=4.426$; $p<0.01$) daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. (Bkz. Tablo 23)
5. Emekli hastaların ev hanımlarından; “diğer” meslek gruplarından olan hastaların da yine ev hanımı olan hastalardan, yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum boyutunun, anlamlı olarak ($F=4.837$; $p<0.01$) daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. (Bkz. Tablo 24)
6. Ev hanımlarının, “diğer” meslek grubundaki hastalardan; emekli hastaların, öğretmenlerden Semptom Kontrolü boyutunda yaşam kalitesi düzeylerinin daha ($F=5.117$; $p<0.01$) düşük olduğu belirlenmiştir. (Bkz. Tablo 24)
7. Yaşam kalitesinin Genel İyilik Hali boyutunun mesleklere göre anlamlı bir farklılaşma göstermediği ($F=2.441$; $p>0.05$) tespit edilmiştir. (Bkz. Tablo 24)
8. Yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum boyutu puan ortalamasının, örneklemin yaşadığı yerleşim yerine göre anlamlı bir farklılık göstermediği ($F=.071$; $p>0.05$) tespit edilmiştir. (Bkz. Tablo 25)
9. Yaşam kalitesinin Semptom Kontrolü boyutu ve yerleşim yeri arasında gruplar arası anlamlı bir fark olmadığı ($F=.743$; $p>0.05$) bulunmuştur. (Bkz. Tablo 25)
10. Yaşam kalitesinin Genel İyilik Hali boyutunun, örneklemin yerleşim yerine göre anlamlı bir farklılaşma göstermediği ($F=.036$; $p>0.05$) bulunmuştur. (Bkz. Tablo 25)

11. Yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum boyutu puan ortalamalarının; üniversite mezunu hastaların, okuma-yazma bilmeyen ve yalnız okuma-yazma bilen gruptan; ilkokul mezunlarının, yalnız okuma-yazma bilen gruptan; lise mezunu hastaların, yalnız okuma-yazma bilen gruptan anlamlı olarak ($F=5.218$; $p<0.01$) daha yüksek olduğu saptanmıştır. (Bkz. Tablo 26)
12. Yaşam kalitesinin Semptom Kontrolü boyutu puan ortalamalarının; yalnız okuma-yazma bilen grubun, üniversite mezunu hastalardan; ortaokul mezunu hastaların, üniversite mezunu hastalardan anlamlı olarak ($F=3.932$; $p<0.01$) daha yüksek olduğu bulunmuştur. Dolayısıyla ortaokul mezunu hastalar ve yalnız okuma-yazma bilen hastalarda, diğer gruplara göre Semptom Kontrolü boyutunda yaşam kalitesinin daha düşük düzeyde, üniversite mezunlarında ise yüksek düzeyde olduğu söylenebilir. (Bkz. Tablo 26)
13. Yaşam kalitesinin Genel İyilik Hali boyutu ile örneklemin eğitim-öğrenim düzeyi arasında gruplar arası anlamlı bir farklılaşma olmadığı ($F=1.824$; $p>0.05$) bulunmuştur. (Bkz. Tablo 26)
14. Orta gelir düzeyindeki hastaların, düşük gelir düzeyindeki hastalardan; iyi gelir düzeyindeki hastaların, düşük gelir düzeyindeki hastalardan yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum boyutu puan ortalamasının anlamlı olarak ($F=14.919$; $p<0.01$) daha yüksek olduğu bulunmuştur. (Bkz. Tablo 27)
15. Düşük gelir düzeyindeki hastaların, orta ve iyi gelir düzeyindeki hastalara göre Semptom Kontrolü boyutu puan ortalamalarının ($F=12.447$; $p<0.01$) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Buna göre düşük gelir düzeyinde olan hastaların, orta ve iyi gelir düzeyindeki hastalara göre hastalığa ilişkin semptomları daha belirgin olarak yaşadıkları ve Semptom Kontrolü boyutunda yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu söylenebilir. (Bkz. Tablo 27)
16. Orta gelir düzeyindeki hastaların, düşük gelir düzeyindeki hastalardan ve iyi gelir düzeyindeki hastaların, düşük gelir düzeyindeki hastalardan yaşam kalitesinin Genel İyilik Hali boyutu puan ortalamasının ($F=15.030$; $p<0.01$) anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. (Bkz. Tablo 27)
17. Yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum boyutu ile hastalık süresi arasında anlamlı bir ilişki ($F=.806$; $p>0.05$) bulunmamıştır. (Bkz. Tablo 28)

18. Yaşam kalitesinin Semptom Kontrolü boyutu ile örneklemin hastalık süresi arasında anlamlı bir ilişki ($F=1.143$; $p>0.05$) bulunmamıştır. (Bkz. Tablo 28)
19. Yaşam kalitesinin Genel İyi Hali boyutu ile hastalık süresi arasında anlamlı bir ilişki ($F=1.385$, $p>0.05$) ortaya çıkmamıştır. (Bkz. Tablo 28)
20. Yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum boyutu ile hastalık evresi arasında anlamlı bir farklılık olduğu ($F=5.603$; $p<0.01$) ve Evre IV meme kanseri kadın hastaların Fonksiyonel Durum boyutunda yaşam kalitesi düzeylerinin diğer evrelerde bulunan hastalardan daha düşük seviyede olduğu tespit edilmiştir. (Bkz. Tablo 29)
21. Yaşam kalitesinin Semptom Kontrolü boyutu ile hastalık evresi arasında anlamlı bir ilişki ($F=8.296$; $p<0.01$) vardır ve Evre IV meme kanseri hastaların Semptom Kontrolü boyutundaki yaşam kalitesi düzeyleri diğer evrelerde bulunan hastalardan daha düşüktür, bu evredeki hastalar hastalığa ait semptomları daha şiddetli bir şekilde yaşamaktadırlar. (Bkz. Tablo 29)
22. Evre I, Evre II ve Evre III meme kanseri hastalarda yaşam kalitesinin Genel İyi Hali boyutu düzeyinin Evre IV hastalardan anlamlı olarak ($F=6.727$; $p<0.01$) daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. (Bkz. Tablo 29)
23. Yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum boyutunun örneklemin almış olduğu tedaviye göre anlamlı bir farklılık göstermediği ($F=1.286$; $p>0.05$) bulunmuştur. (Bkz. Tablo 30)
24. Yaşam kalitesinin Semptom Kontrolü boyutu puan ortalamalarının alınan tedaviye göre anlamlı bir farklılaşma göstermediği ($F=1.412$; $p>0.05$) belirlenmiştir. (Bkz. Tablo 30)
25. Yaşam kalitesinin Genel İyi Hali boyutu ile uygulanan tedavi arasında, gruplar arası anlamlı bir farklılık olmadığı ($F=1.154$; $p>0.05$) bulunmuştur. (Bkz. Tablo 30)
26. Ameliyat olmamış hastaların mastektomili hastalardan; rekonstrüksiyonlu hastaların, meme koruyucu cerrahi uygulanmış hastalardan ve rekonstrüksiyonlu hastaların, mastektomili hastalardan yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum boyutu puan ortalamasının anlamlı olarak ($F=4.225$; $p<0.01$) daha yüksek olduğu saptanmıştır. (Bkz. Tablo 31)
27. Yaşam kalitesinin Semptom Kontrolü boyutu ile ameliyat tipi arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve mastektomili hastalarda Semptom Kontrolü boyutunda yaşam

- kalitesi düzeyinin, rekonstrüksiyonlu hastalardan ($F=4.837$; $p<0.01$) daha düşük olduğu bulunmuştur. (Bkz. Tablo 31)
28. Ameliyat olmamış ($X=89.58$) hastalarda Genel İyilik hali boyutu puan ortalamasının en yüksek, mastektomi ($X=67.69$) yapılmış hastalarda ise en düşük olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç çıkmadığı görülmüştür. (Bkz. Tablo 31)
29. Hastalık sürecinde ailesinden ve yakınlarından sosyal destek aldığını belirten hastaların ($X=79.62$) Fonksiyonel Durum boyutu puan ortalamasının, aileden ve yakınlarından destek almadığını belirten gruptan ($X=68.89$) daha yüksek olduğu ancak iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı ($t=-1.811$; $p>0.05$) bir ilişki olmadığı saptanmıştır. (Bkz. Tablo 32)
30. Hastalık sürecinde yaşam kalitesinin Semptom Kontrolü boyutu puan ortalamasının, aileden ve yakınlarından destek almadığını belirten hastalarda ($X=31.79$) ailesinden ve yakınlarından sosyal destek aldığını belirten hastalardan ($X=20.40$) daha yüksek olduğu görülmüştür, ancak istatistiksel olarak gruplar arası anlamlı bir fark olmadığı ($t=1.216$; $p>0.05$) bulunmuştur. (Bkz. Tablo 32)
31. Ailesinden ve yakınlarından sosyal destek aldığını belirten hastalarda ($X=69.72$) Genel İyilik Hali puan ortalamasının, aileden ve yakınlarından destek almadığını ($X=61.67$) belirten hastalardan daha yüksek olduğu, ancak iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ($t=-.834$; $p>0.05$) saptanmıştır. (Bkz. Tablo 32)

Dini Tutum ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkileri gösteren sonuçlar:

Araştırmaya katılan hastaların, dini tutum ölçeği (puan aralığı 0-40) toplam puan ortalaması ($X=35.92$) dir. Dini tutum ölçeğinin alt boyutlarında puan aralığı (0-10) olarak belirlenmiştir. Buna göre örneklemin “davranış” alt boyutu puan ortalaması ($X=7.79$) “duygu” alt boyutu puan ortalaması ($X=8.65$), “ilişki” alt boyutu puan ortalaması ($X=9.48$), “bilgi” boyutu puan ortalaması ($X=10.00$) olarak tespit edilmiştir. Araştırma verileri incelendiğinde, Dini Tutum Ölçeği alt boyutlarında en yüksek puan ortalamasının “bilgi” alt boyutuna, daha sonra ise “ilişki” alt boyutuna ait olduğu, en düşük puan ortalamasının ise “davranış” alt boyutunda olduğu görülmektedir (bkz. Tablo 33).

Araştırmada kullanılan dini tutum ölçeğinin “bilis” alt boyutuna ait ifadeler şöyledir: “Dinin gereksiz olduğunu düşünüyorum.” “Dini inancın insanlara yararından çok zararı olduğunu düşünüyorum.” Yapılan gözlem ve mülakatlar neticesinde örnekleme oluşturan meme kanseri kadın hastaların genel olarak Müslüman Türk kültürüne ait geleneksel dindarlığı içeren ve dini değerlere ilişkin her türlü olumsuz yargıyı yadırgayan ve reddeden bir profil oluşturdukları görülmüştür. Dolayısıyla katılımcıların tümü istisnasız olarak bu ifadelerle ait seçenekler içinde “hiç katılmıyorum” ibaresini işaretlemişlerdir. Bu nedenle “bilis” alt boyutuna ait puan ortalaması ($X=10.00$) olarak bulunmuş ve istatistiksel analizlerde diğer değişkenlerle ilişkisi incelenememiştir.

Bilis alt boyutundan sonra en yüksek puan ortalamasının “ilişki” alt boyutuna ($X=9.48$) ait olduğu görülmektedir. Bu alt boyutta yer alan ifadeler hastaların çoğunluğu tarafından dua ve yakarış olarak algılanmıştır. Anket uygulama sırasında “ilişki” alt boyutuna ait “Allah’ın bana çok yakın olduğunu hissediyorum” ve “Zor zamanlarda Allah’ın bana yardım ettiğini düşünüyorum” ifadelerine, hastaların genel olarak “hastalık sürecinde sürekli Allah’a dua ettim”, “Allah’ın hep yanımda olduğunu hissettim” gibi cümlelerle karşılık verdiği izlenmiştir.

1. Pearson Korelasyon Analizi sonuçlarına göre, dini tutum (toplam) ve yaş arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki ($r=.111$; $p<0.05$), dini tutumun davranış alt boyutu ile yaş arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki ($r=.107$; $p<0.05$); dini tutumun duygu alt boyutu ile yaş arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki ($r=.113$; $p<0.05$) olduğu, ancak dini tutumun ilişki alt boyutu ile yaş arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($p>0.05$) bulunmuştur. (Bkz. Tablo 34)
2. Dini tutum toplam puan ortalaması en yüksek olan grubun eşi vefat etmiş hastalar ($X=36.78$), en düşük puan ortalamasının ise eşinden ayrılmış ($X=34.54$) hastalara ait olduğu görülmüştür. Ancak dini tutum (toplam) ile örneklemin medeni durumu arasında, gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma ($F=2.553$; $p>0.05$) olmadığı belirlenmiştir. (Bkz. Tablo 35)
3. Eşi vefat etmiş hastaların dini tutum davranış alt boyutu puan ortalamalarının ($X=7.93$) en yüksek; eşinden ayrılmış ($X=7.31$) hastaların ise en düşük olduğu belirlenmiştir. Ancak dini tutumun davranış alt boyutu puan ortalamasının, örneklemin medeni durumuna göre anlamlı bir farklılaşma ($F=.661$; $p>0.05$) göstermediği bulunmuştur. (Bkz. Tablo 35)

4. Eşi vefat etmiş hastaların ($X=9.13$), evli hastalardan ($X=8.60$) ve eşinden ayrılmış hastalardan ($X=7.92$) dini tutumun duygu alt boyutu puan ortalamasının anlamlı olarak ($F=4.814$; $p<0.01$) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. (Bkz. Tablo 35)
5. Eşi vefat etmiş hastaların ($X=9.72$) dini tutum ilişki boyutu puan ortalamalarının en yüksek, eşinden ayrılmış ($X=9.31$) hastaların ise en düşük olduğu bulunmuştur. Ancak dini tutumun ilişki boyutu ile örneklemin medeni durumu arasında gruplar arası anlamlı bir farklılık olmadığı ($F=1.935$; $p>0.05$) belirlenmiştir. (Bkz. Tablo 35)
6. Dini tutum toplam puan ortalaması en yüksek olan grubun ev hanımları ($X=36.07$), en düşük olan grubun ise emekliler ($X=34.95$) olduğu belirlenmiştir. Dini tutum toplam puan ortalamasının örneklemin meslek durumuna göre anlamlı bir farklılık ($F=1.544$; $p>0.05$) göstermediği bulunmuştur. (Bkz. Tablo 35)
7. Dini tutum davranış alt boyutu puan ortalaması en yüksek olan grubun ev hanımlarına ($X=7.87$), en düşük puan ortalamasının ise emekli ($X=7.32$) olan hastalara ait olduğu tespit edilmiştir. Ancak dini tutumun davranış alt boyutu puan ortalamasının, örneklemin meslek durumuna göre anlamlı bir farklılık ($F=1.578$; $p>0.05$) göstermediği bulunmuştur. (Bkz. Tablo 36)
8. Dini tutum duygu alt boyutu puan ortalaması en yüksek olan grubun “diğer” ($X=8.72$) meslek grubu hastalar; en düşük puan ortalamasının ise öğretmenlere ($X=8.00$) ait olduğu belirlenmiştir. Ancak dini tutumun duygu alt boyutu ve meslek arasında gruplar arası anlamlı bir farklılık olmadığı ($F=2.260$; $p>0.05$) bulunmuştur. (Bkz. Tablo 36)
9. Dini tutum ilişki alt boyutu puan ortalaması en yüksek olan grubun öğretmenlere ($X=9.50$), en düşük puan ortalamasının ise “diğer” meslek grubundan ($X=9.28$) olan hastalara ait olduğu bulunmuştur. Ancak dini tutumun ilişki alt boyutu puan ortalamasının, örneklemin meslek durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği ($F=.337$; $p>0.05$) belirlenmiştir. (Bkz. Tablo 36)
10. Köyde ($X=36.84$) yaşayan hastaların en yüksek dini tutum toplam puan ortalamasına sahip olduğu, daha sonra sırasıyla şehirde ($X=35.87$) ve ilçede ($X=35.58$) yaşayan hastaların geldiği görülmüştür. Ancak dini tutum toplam puan ortalaması ile yerleşim yeri arasında, gruplar arası anlamlı bir farklılık olmadığı ($F=2.695$; $p>0.05$) bulunmuştur. (Bkz. Tablo 37)

11. Köyde ($X=8.09$) yaşayan hastaların dini tutumun davranış alt boyutu puan ortalamaları, şehirde ($X=7.82$) ve ilçede ($X=7.59$) yaşayan hastalara göre daha yüksektir. Ancak örneklemin yerleşim yerine göre dini tutumun davranış alt boyutu puan ortalamasının, gruplar arası anlamlı bir farklılık göstermediği ($F=1.727$; $p>0.05$) bulunmuştur. (Bkz. Tablo 37)
12. Dini tutumun duygu alt boyutu puan ortalamasının; köyde yaşayan hastalarda ($X=9.15$), ilçede ($X=8.58$) ve şehirde yaşayan hastalardan ($X=8.57$) anlamlı olarak ($F=3.805$; $p<0.05$) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. (Bkz. Tablo 37)
13. Köyde ($X=9.64$) yaşayan hastaların dini tutumun ilişki alt boyutu puan ortalamalarının, şehirde ($X=9.48$) ve ilçede ($X=9.41$) yaşayan hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ancak dini tutumun ilişki alt boyutu puan ortalamasının, örneklemin yerleşim yerine göre anlamlı bir fark göstermediği ($F=1.041$; $p>0.05$) bulunmuştur. (Bkz. Tablo 37)
14. Araştırmada, dini tutum düzeyi ile örneklemin eğitim-öğrenim seviyesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu, okuma-yazma bilmeyen hastaların ($X=37.12$) dini tutum düzeylerinin, lise mezunu hastalardan ($X=34.57$) anlamlı olarak ($F=3.305$; $p<0.01$) daha yüksek olduğu bulunmuştur. (Bkz. Tablo 38)
15. Okuma-yazma bilmeyen grubun ($X=8.32$), lise mezunu hastalardan ($X=7.14$) dini tutum ölçeğinin davranış alt boyutu puan ortalamasının anlamlı olarak ($F=3.178$; $p<0.01$) daha yüksek olduğu bulunmuştur. (Bkz. Tablo 38)
16. Okuma-yazma bilmeyen hastaların ($X=9.26$), ilkokul ($X=8.60$) ve lise mezunu hastalardan ($X=8.14$) dini tutumun duygu alt boyutu puan ortalamasının anlamlı olarak ($F=3.784$; $p<0.01$) daha yüksek olduğu görülmüştür. (Bkz. Tablo 38)
17. Örneklemin dini tutumun ilişki alt boyutu puan ortalamasında en yüksek grubun ortaokul ($X=9.57$) mezunu, en düşük puan ortalamasında ise lise ($X=9.29$) mezunu hastalar ait olduğu belirlenmiştir. Ancak dini tutumun ilişki alt boyutu puan ortalamasının örneklemin eğitim-öğrenim düzeyine göre anlamlı bir farklılaşma göstermediği ($F=.496$; $p>0.05$) bulunmuştur. (Bkz. Tablo 38)
18. İyi ($X=36.73$) gelir düzeyine sahip hastaların dini tutum ölçeği toplam puan ortalamasının en yüksek, düşük ($X=35.53$) gelir düzeyine sahip hastaların ise en düşük puan ortalamasına sahip olduğu tespit edilmiştir. Ancak dini tutum ölçeği

toplam puan ortalamasının örneklemin ekonomik gelir düzeyine göre anlamlı bir farklılaşma göstermediği ($F=2.308$; $p>0.05$) bulunmuştur. (Bkz. Tablo 39)

19. Dini tutumun davranış alt boyutu puan ortalamasının, iyi ($X=8.08$) gelir düzeyindeki hastalarda en yüksek, düşük ($X=7.56$) gelir düzeyindeki hastalarda ise en düşük olduğu bulunmuştur. Ancak dini tutumun davranış alt boyutu puan ortalamasının, örneklemin gelir düzeyine göre anlamlı bir farklılaşma ($F=2.461$; $p>0.05$) göstermediği tespit edilmiştir. (Bkz. Tablo 39)
20. Dini tutum duygu alt boyutu puan ortalaması en yüksek olan grubun iyi ($X=8.92$) gelir düzeyindeki hastalar olduğu, düşük ($X=8.53$) gelir düzeyindeki hastaların ise en düşük puan ortalamasını aldıkları belirlenmiştir. Ancak dini tutumun duygu alt boyutu puan ortalamasının, örneklemin gelir düzeyine göre anlamlı bir farklılaşma göstermediği ($F=1.325$; $p>0.05$) bulunmuştur. (Bkz. Tablo 39)
21. Dini tutumun ilişki alt boyutunda; en yüksek puan ortalamasının iyi ($X=9.73$) gelir düzeyindeki hastalara, en düşük puan ortalamasının ise düşük ($X=9.44$) gelir düzeyindeki hastalara ait olduğu tespit edilmiştir. Ancak dini tutumun ilişki alt boyutu puan ortalamasının, örneklemin gelir düzeyine göre anlamlı bir farklılaşma ($F=1.689$; $p>0.05$) göstermediği belirlenmiştir. (Bkz. Tablo 39)
22. Dini tutum ölçeği toplam puan ortalaması en yüksek olan grubun, hastalık tanısı üzerinden 9-10 yıl geçmiş ($X=37.00$), en düşük olan grubun ise 7-11 ay ($X=34.97$) geçmiş hastalar olduğu tespit edilmiştir. Ancak dini tutum ölçeği toplam puan ortalamasının örneklemin hastalık süresine göre anlamlı bir farklılaşma göstermediği ($F=1.802$; $p>0.05$) saptanmıştır. (Bkz. Tablo 40)
23. Dini tutumun davranış alt boyutu puan ortalaması en yüksek olan grubun, hastalık tanısı üzerinden 9-10 yıl geçmiş ($X=8.29$), en düşük olan grubun ise 7-11 ay ($X=7.24$) geçmiş hastalar olduğu bulunmuştur. Ancak dini tutumun davranış alt boyutu puan ortalamasının, örneklemin hastalık süresine göre anlamlı bir farklılaşma göstermediği ($F=1.934$; $p>0.05$) belirlenmiştir. (Bkz. Tablo 40)
24. Dini tutumun duygu alt boyutu puan ortalaması en yüksek olan grubun, hastalık tanısı üzerinden 9-10 yıl geçmiş ($X=9.08$), en düşük olan grubun ise 7-11 ay ($X=8.43$) geçmiş hastalar olduğu bulunmuştur. Ancak dini tutumun duygu alt boyutu puan ortalamasının, örneklemin hastalık süresine göre anlamlı bir farklılaşma göstermediği ($F=1.072$, $p>0.05$) belirlenmiştir. (Bkz. Tablo 40)

25. Dini tutumun ilişki alt boyutu puan ortalaması en yüksek olan grupların hastalık tanısı üzerinden 7-8 yıl geçmiş ($X=9.70$) ve 3-4 yıl geçmiş ($X=9.70$) hastalar, en düşük puan ortalamasının ise 7-11 ay ($X=9.30$) geçmiş hastalar olduğu bulunmuştur. Ancak araştırmada dini tutumun ilişki boyutu ile hastalık süresi arasında anlamlı bir farklılaşma ($F=1.409$; $p>0.05$) bulunamamıştır. (Bkz. Tablo 40)
26. Dini tutum ölçeği toplam puan ortalamasının Evre III ($X=36.14$) meme kanseri hastalarda en yüksek olduğu, daha sonra ikinci sırada Evre I ($X=35.99$), üçüncü sırada Evre IV ($X=35.84$) ve son sırada en düşük puan ortalaması ile Evre II ($X=35.83$) meme kanseri kadın hastaların geldiği görülmüştür. Ancak dini tutum düzeyinin evrelere göre farklılaşmadığı ($F=.155$; $p>0.05$) belirlenmiştir. (Bkz. Tablo 41)
27. Dini tutumun davranış alt boyutunda en yüksek puan ortalamasının Evre I ($X=7.95$) hastalara ait olduğu, ardından Evre III ($X=7.86$), Evre II ($X=7.77$) ve en düşük puan ortalamasıyla da Evre IV ($X=7.56$) meme kanseri hastaların geldiği görülmüştür. Ancak dini tutumun davranış alt boyutu puan ortalamalarının evrelere göre anlamlı bir farklılaşma göstermediği ($F=.853$; $p>0.05$) bulunmuştur. (Bkz. Tablo 41)
28. Evre III ($X=8.68$) meme kanseri hastalarda dini tutumun duygu alt boyutu puan ortalamasının en yüksek olduğu, daha sonra ise Evre IV ($X=8.67$), Evre I ($X=8.66$) ve en düşük puan ortalamasına sahip olarak da Evre II ($X=8.62$) hastaların geldiği görülmektedir. Ancak dini tutumun duygu alt boyutu ile hastalık evresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ($F=.041$; $p>0.05$) elde edilememiştir. (Bkz. Tablo 41)
29. Dini tutumun ilişki alt boyutunda en yüksek puan ortalamasının Evre IV ($X=9.62$) hastalara ait olduğu, ardından Evre III ($X=9.59$), Evre II ($X=9.44$) ve en düşük puan ortalamasıyla da Evre I ($X=9.37$) meme kanseri hastaların geldiği görülmektedir. Ancak dini tutumun ilişki alt boyutu puan ortalamalarının evrelere göre anlamlı bir farklılaşma göstermediği ($F=1.377$; $p>0.05$) bulunmuştur. (Bkz. Tablo 41)
30. Dini tutum ölçeği toplam puan ortalamasının; kemoterapi ve radyoterapi ($X=36.54$) tedavilerinin her ikisini de almış olan grupta, yalnız kemoterapi ($X=35.52$) tedavisi almış olan gruptan anlamlı olarak ($t=-2.568$; $p<0.05$) daha yüksek olduğu bulunmuştur. (Bkz. Tablo 42)

31. Dini tutum davranış alt boyutu puan ortalamasının, kemoterapi ve radyoterapi (X=8.07) tedavilerinin her ikisini de almış olan hastalarda, yalnız kemoterapi (X=7.58) tedavisi almış hastalara göre anlamlı olarak ($t=-2.542$; $p<0.01$) daha yüksek olduğu bulunmuştur. (Bkz. Tablo 42)
32. Dini tutum davranış alt boyutu puan ortalamasının, kemoterapi ve radyoterapi (X=8.82) tedavilerinin her ikisini de almış olan hastalarda, yalnız kemoterapi (X=8.57) tedavisi almış hastalara göre daha yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olmadığı ($t=-1.461$; $p>0.05$) tespit edilmiştir. (Bkz. Tablo 42)
33. Dini tutumun ilişki alt boyutu puan ortalamasının kemoterapi ve radyoterapi (X=9.65) tedavilerinin her ikisini de almış olan grupta, yalnız kemoterapi (X=9.37) tedavisi almış olan gruptan anlamlı ($t=-2.658$; $p<0.01$) olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. (Bkz. Tablo 42)
34. Hastalık sürecinde ailesinden ve yakınlarından sosyal destek aldığını belirten hastaların (X=35.96) dini tutum ölçeği toplam puan ortalamasının, aileden ve yakınlarından destek almadığını belirten gruptan (X=32.80) daha yüksek olduğu ve iki grup arasında istatistiksel olarak da anlamlı ($t=-3.608$; $p<0.05$) bir ilişki olduğu saptanmıştır. (Bkz. Tablo 43)
35. Hastalık sürecinde ailesinden ve yakınlarından sosyal destek aldığını belirten hastaların (X=7.80) dini tutumun davranış alt boyutu puan ortalamasının, aileden ve yakınlarından destek almadığını belirten gruptan (X=7.00) daha yüksek olduğu, ancak istatistiksel olarak gruplar arası anlamlı bir fark olmadığı ($t=-1.259$; $p>0.05$) bulunmuştur. (Bkz. Tablo 43)
36. Ailesinden ve yakınlarından sosyal destek aldığını belirten hastalarda (X=8.68) dini tutumun duygu alt boyutu puan ortalamasının, aileden ve yakınlarından destek almadığını (X=6.60) belirten hastalardan daha yüksek olduğu ($t=-2.762$; $p\leq 0.05$) tespit edilmiştir. (Bkz. Tablo 43)
37. Hastalık sürecinde ailesinden ve yakınlarından sosyal destek aldığını belirten hastaların (X=9.48) dini tutumun ilişki alt boyutu puan ortalamasının, aileden ve yakınlarından destek almadığını belirten gruptan (X=9.20) daha yüksek olduğu, ancak istatistiksel olarak gruplar arası anlamlı bir fark olmadığı ($t=-.578$; $p>0.05$) bulunmuştur. (Bkz. Tablo 43)

38. Geçmişte psikolojik hastalık tanısı almayan ($X=36.07$) bireylerin dini tutum ölçeği toplam puan ortalamasının, geçmişte psikolojik hastalık tanısı alan ($X=35.09$) bireylerden anlamlı olarak ($t=2.150$; $p<0.05$) daha yüksek olduğu bulunmuştur. (Bkz. Tablo 106)
39. Geçmişte psikolojik hastalık tanısı almayan ($X=7.84$) bireylerin dini tutumun davranış alt boyutu puan ortalamasının, geçmişte psikolojik hastalık tanısı alan ($X=7.52$) bireylerden daha yüksek olduğu, ancak istatistiksel olarak gruplar arası anlamlı bir fark olmadığı ($t=1.560$; $p>0.05$) bulunmuştur. (Bkz. Tablo 44)
40. Dini tutumun duygu alt boyutu puan ortalamasının, geçmişte psikolojik hastalık tanısı almayan ($X=8.69$) bireylerde, geçmişte psikolojik hastalık tanısı alan ($X=8.39$) bireylerden daha yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği ($t=1.493$; $p>0.05$) bulunmuştur. (Bkz. Tablo 44)
41. Geçmişte psikolojik hastalık tanısı almayan ($X=9.54$) bireylerin dini tutumun ilişki alt boyutu puan ortalamasının, geçmişte psikolojik hastalık tanısı alan ($X=9.18$) bireylerden anlamlı olarak ($t=2.812$; $p<0.01$) daha yüksek olduğu bulunmuştur. (Bkz. Tablo 44)

Bağımlı değişkenler arasındaki ilişkileri gösteren sonuçlar ise aşağıda şöyle sıralanmıştır:

1. Olumsuz beden algısına sahip olan hastaların ($X=31.07$) sayısal ağrı skalası puan ortalamalarının, olumlu beden algısına sahip hastalardan ($X=26.20$) daha yüksek olduğu ancak sayısal ağrı skalası puan ortalamalarının, hastaların beden algısına göre anlamlı bir farklılık göstermediği ($t=-1.580$; $p>0.05$) bulunmuştur. (Bkz. Tablo 45)
2. Örneklemin ağrı algısı düzeyi ile depresyon düzeyi arasında ($r=.374$; $p=.000$) pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. (Bkz. Tablo 46)
3. Ağrı algısı ile yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum ($r=-.476$; $p=.000$) ve Genel İyi Hali ($r=-.513$; $p=.000$) boyutları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki; ağrı algısı ile yaşam kalitesinin Semptom Kontrolü boyutu arasında ($r=.557$; $p=.000$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. (Bkz. Tablo 46)
4. Olumsuz beden algısına sahip olan hastaların ($X=8.79$) BDE puan ortalamalarının, olumlu beden algısına sahip hastalardan ($X=5.81$) anlamlı olarak ($t=-5.009$; $p<0.01$) daha yüksek olduğu görülmüştür. (Bkz. Tablo 47)

5. Olumlu beden algısına sahip olan hastaların ($X=80.53$) yaşam kalitesi Fonksiyonel Durum boyutu puan ortalamalarının, olumsuz beden algısına sahip hastalardan ($X=76.01$) anlamlı olarak ($t=2.632$; $p\leq 0.01$) daha yüksek olduğu bulunmuştur. (Bkz. Tablo 48)
6. Olumsuz beden algısına sahip olan hastaların ($X=21.31$) yaşam kalitesi Semptom Kontrolü boyutu puan ortalamalarının, olumlu beden algısına sahip hastalardan ($X=20.34$) daha yüksek olduğu ancak aradaki ilişkinin anlamlı olmadığı ($t=-.574$; $p>0.05$) tespit edilmiştir. (Bkz. Tablo 48)
7. Olumlu beden algısına sahip olan hastaların ($X=70.53$) yaşam kalitesi Genel İyi Hali boyutu puan ortalamalarının, olumsuz beden algısına sahip hastalardan ($X=65.58$) anlamlı olarak ($t=2.031$; $p<0.05$) daha yüksek olduğu saptanmıştır. (Bkz. Tablo 48)
8. Araştırmanın örneklemini oluşturan meme kanseri kadın hastalarda, depresyon düzeyi ile yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum ($r=-.642$; $p=.000$) ve Genel İyi Hali ($r=-.508$; $p=.000$) boyutları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki, Semptom Kontrolü ($r=.541$; $p=.000$) boyutu ile de pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. (Bkz. Tablo 49)
9. Dini tutum ve dini tutumun davranış, duygu ve ilişki alt boyutları ile örneklemin ağrı algısı arasında anlamlı bir korelasyon olmadığı ($p>0.05$) bulunmuştur. (Bkz. Tablo 50)
10. Olumlu beden algısına sahip olan hastaların ($X=36.21$) dini tutum ölçeği toplam puan ortalamalarının, olumsuz beden algısına sahip hastalardan ($X=34.96$) anlamlı olarak ($t=3.216$; $p<0.01$) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. (Bkz. Tablo 51)
11. Olumlu beden algısına sahip olan hastaların ($X=7.92$) dini tutumun davranış alt boyutu puan ortalamalarının, olumsuz beden algısına sahip hastalardan ($X=7.37$) anlamlı olarak ($t=3.166$; $p<0.01$) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. (Bkz. Tablo 51)
12. Olumlu beden algısına sahip olan hastaların ($X=8.73$) dini tutumun duygu alt boyutu puan ortalamalarının, olumsuz beden algısına sahip hastalardan ($X=8.38$) anlamlı olarak ($t=1.985$; $p<0.05$) daha yüksek olduğu bulunmuştur. (Bkz. Tablo 51)

13. Olumlu beden algısına sahip olan hastaların ($X=9.56$) dini tutumun ilişki alt boyutu puan ortalamalarının, olumsuz beden algısına sahip hastalardan ($X=9.21$) anlamlı olarak ($t=3.197$; $p<0.01$) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. (Bkz. Tablo 51)
14. Dini tutum (toplam) ve depresyon arasında ($r=-.271$; $p=.000$) negatif yönde anlamlı bir ilişki; dini tutumun davranış alt boyutu ile depresyon arasında ($r=-.300$; $p=.000$), duygu alt boyutu ile depresyon arasında ($r=-.197$; $p=.000$), ilişki alt boyutu ile depresyon arasında ($r=-.154$; $p=.003$) negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. (Bkz. Tablo 52)
15. Dini tutum (toplam) düzeyi ile yaşam kalitesinin Genel İyi Hali arasında ($r=.124$; $p=.019$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki; dini tutumun davranış alt boyutu ile yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum boyutu arasında ($r=.110$; $p=.037$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki; dini tutumun davranış alt boyutu düzeyi ile yaşam kalitesinin Genel İyi Hali arasında ($r=.142$; $p=.007$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu; dini tutum ve yaşam kalitesinin diğer boyutları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur. (Bkz. Tablo 53)

Meme kanseri hastalarda ağrı, uzuv kaybı (mastektomi), depresyon ve yaşam kalitesi üzerinde dindarlığın etkisini incelemek üzere tasarlanan bu çalışmada; dindarlığa ilişkin genel sonuçlara bakıldığında örneklemin dindarlık düzeyinin ortalamasının üstünde olduğu yani oldukça yüksek olduğu söylenebilir. Dini tutum ölçeği alt boyutlarında ise en yüksek puan ortalamasının “bilgi” alt boyutundan sonra “ilişki” olması, ardından “duygu” ve en düşük puan ortalaması ile de “davranış” alt boyutunun gelmesi dikkat çekicidir.

“İlişki” alt boyutu, hastalar tarafından genel olarak dua ve Allah’a yakınlaşma duygusu olarak algılanmıştır. Müslüman birey için dua etmenin ya da Allah’a yakarıştaki bulunmanın belli bir vakti ve mekanı yoktur. Daha da önemlisi kanserle başa çıkmada büyük güç ve destek olan dua ve Allah’a yakarış, hastalar için çaresizliklerine sığınak olan en büyük umuttur.

“Davranış” alt boyutunda meme kanseri hastalarda, dinin gereklerini yerine getirme ve yaşantılarında dini değerlere uyma dereceleri sorgulanmıştır. Birçok hasta için bu alt boyuta ait ölçekte yer alan ifadeler düzenli namaz kılma, oruç tutma, Kur’an-ı Kerim okuma gibi ibadetler ile İslam’ın çeşitli emir ve yasaklarını yerine getirme olarak düşünülmüştür. İncanın ve bilginin eyleme dönüştürülmesi bir insan için zorlu bir

aşamadır. Dindarlık üzerine yapılan çeşitli çalışmalarda katılımcıların ibadet düzeni ve devamlılığı konusunda daha zayıf oldukları ve davranış boyutunun genel olarak diğer boyutların daha gerisinde olduğu yapılan pek çok araştırmada ortaya çıkmıştır. Bu araştırmada da örneklem grubunun, ibadetlerin yerine getirilmesinde ve dini değerlere ilişkin yaşam biçiminde kendilerini düşük seviyede gördükleri ifade edilebilir.

Gerek meme kanseri tedavisinin yan etkileri olarak, gerekse ilerlemiş kanser vakalarında görülen fonksiyonel yetersizliğin de hastaların ibadetlerini düzenli olarak yapmalarına engel olduğu da gözlenmiştir. Ancak anket uygulaması sırasında hastalarla yapılan küçük söyleşilerde birçok hastanın, İslam'ın ibadetleri yerine getirme konusunda sağladığı kolaylıklara ilişkin bilgiye (teyemmüm, yatarak ya da oturarak namaz kılabilmek vb.) sahip olmadığı görülmüştür. Hastaların bir kısmı, abdest almada fiziksel zorluk yaşadıkları için özellikle namaz kılamadıklarını hatta bazı hastalar namaz için ayakta durmaya halleri olmadığını belirterek namaz kılmayı bıraktıklarını ifade etmişlerdir. Hastaların, namazı ve ibadetleri terk etmeden dolayı büyük bir pişmanlık ve günahkarlık duygusu içinde oldukları izlenmiştir. Bu durumun ise hastalarda depresyona zemin oluşturabileceği ve manevi olarak cezalandırılmışlık ve uzaklaştırılmışlık duygularına yol açabileceği düşünülebilir.

Araştırmada ağrı algısı ile dini tutum arasında (bkz. Tablo 50) bir ilişki bulunmadığı gibi örneklemin ağrı algısı puan ortalamasının da düşük olduğu görülmüştür. Bu durumun genel olarak hastaların ağrıya yönelik ilaç kullanımı ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Dini tutum (toplam) ve dini tutumun davranış, duygu ve ilişki alt boyutlarına ait puan ortalamalarının olumlu beden algısına sahip hastalarda daha yüksek çıkması da (bkz. Tablo 51) dindarlığın, meme kanserinde uzuv (meme) kaybının ya da fiziksel bozulmanın yol açabileceği olumsuzluklara karşı önemli bir koruyucu olduğu şeklinde açıklanabilir. Hastalık, uzuv kayıpları, engellilik gibi bedensel anomali durumlarında dindar bireylerin “Allah’ın takdiri, imtihan, Allah’ın sevdiği kullarını hastalık ve sıkıntılara maruz bırakması vb.” atıflar yaparak daha kolay başa çıktıkları ve yaşananları daha çabuk kabullendikleri söylenebilir.

Araştırmada bir duygu durum bozukluğu olarak görülen depresyon ile dini tutum ve dini tutumun tüm alt boyutları arasında (bkz. Tablo 52) negatif yönlü anlamlı ilişkiler

bulunmuştur. Bilindiği gibi Depresyon; umutsuzluk, karamsarlık, üzüntü, zevk alamama, çaresizlik vb. olumsuz duygularla karakterize çökkünlük hali olarak tanımlanır. Daha önce yapılan çalışmalarda, meme kanseri hastalarda genel olarak bu tür duyguların yoğun olarak yaşandığı ve depresif eğilimin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ancak bu araştırmada elde edilen bulgular, meme kanseri hastalarda dindarlık düzeyi arttıkça depresyonun azaldığını göstermektedir. Dolayısıyla din, hastalarda olumsuz ve depresif duyguların bertaraf edilmesinde etkili olan, çaresizlik ve ümitsizlik duyguları içinde çırpınanlara yol gösteren, güvenli ve huzurlu bir sığınaktır.

Araştırmanın diğer önemli bulgularından biri, dini tutum (toplam) düzeyi ile yaşam kalitesinin Genel İyi Hali arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki; dini tutumun davranış alt boyutu ile yaşam kalitesinin Fonksiyonel Durum ve Genel İyi Hali boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğunun bulunmasıdır (bkz. Tablo 53).

Araştırmada uygulanan yaşam kalitesi ölçeğinde “Fonksiyonel Durum” alt boyutu ile son bir hafta içinde hastaların günlük aktiviteleri yerine getirmedeki fiziksel yeterlilik ve bağımlılık düzeylerini göstermektedir. Meme kanseri hastalarında ameliyat tipine, tümörün yayılımına veya evresine göre koltuk altı lenf bezlerinin tamamı ya da bir kısmı alınabilmektedir. Bu hastalarda, lenf bezlerinin alındığı kolda zamanla lenf sıvısının birikmesine bağlı olarak lenfödem oluşabilmektedir. Lenfödem; kolda güçsüzlük, işlevsellikte azalma, enfeksiyonlara açıklık gibi sorunlara neden olarak hastaların günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanmasına ve bağımlılığın artmasına yol açabilir. Meme kanseri kadın hastalarda, bu durum hastalığa ve tedaviye bağlı diğer semptomlarla birleştiğinde yaşam kalitesini hem fiziksel hem psikolojik olarak olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Ayrıca kadın ve anne rolünün getirdiği sorumlulukları ve ev içi aktiviteleri de kısıtlayan fonksiyonel yetersizlik, sosyal alanda da yaşam kalitesini düşürür.

Bu araştırmada daha önce de belirtildiği gibi örneklemin dini tutum ölçeği alt boyutları arasında “davranış” boyutunda en düşük puan ortalamasına sahip olduğu görülmüştür. Meme kanseri hastalar, özellikle fonksiyonel yetersizlik ve güçsüzlük nedeniyle dini ibadetlerini yapmada zorluk yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Dolayısıyla “davranış” ve “Fonksiyonel Durum” arasındaki bu ilişkinin oldukça anlaşılır ve anlamlı olduğu söylenebilir.

Araştırmada uygulanan yaşam kalitesi ölçeği “Genel İyilik Hali” boyutu, hastaların son bir hafta içindeki genel sağlık ve hayat kailtelerinin öznel değerlendirmesini içermektedir. Bu boyutun, hastaların kendi fiziksel sağlık algılarına yönelik olduğu ifade edilebilir. Genel İyilik Hali boyutu ile dini tutum (toplam) ve dini tutumun davranış alt boyutu arasında pozitif ilişki olması, dindarlığın meme kanseri kadın hastalarda fiziksel sağlık algısına olumlu yönde katkı sağladığını gösteren önemli bir bulgudur. İslam Dini metinlerinde insanın iyi ve güzel hallerine şükür etmesi, sıkıntılı hallerinde ise sabretmesi tavsiye edilmiştir. Hastalıkta ve sağlıkta yani her halde Allah’a hamd ve şükür içinde olunması ise övülmüştür. Bu yüzden müslümanlar arasında şiddetli hastalık dönemlerinde dahi Allah’a şükretmek, acı ve ızdıraptan dolayı şikayette bulunmamak yaygındır. Örneklem grubunda da hastalığa ait semptomlar (ağrı, bulantı, kusma vb.) yoğun olarak görülse de “Genel İyilik Hali” algılarının yüksek olabildiği gözlenmiştir. Nitekim araştırmamızda, yaşam kalitesinin “Semptom Kontrolü” boyutuyla dindarlık arasında anlamlı bir ilişki ortaya çıkmamıştır.

Bu araştırmanın temel amacı dindarlığın, meme kanseri kadın hastalarda ağrı, uzuv kaybı (mastektomi), depresyon ve yaşam kalitesi ile olan ilişkisinin incelenmesi olmuştur. Aynı zamanda bağımlı değişkenlerin kendi aralarında ve diğer bağımsız değişkenlerle (sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özellikler) olan ilişkileri de incelenmiştir. Ortaya çıkan bulgular, meme kanseri hastalarında fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutta çok yönlü etkileşimlerden söz edilmesine imkan tanımaktadır. Bu bulgular aileden ve yakınlardan sosyal destek almanın düşük düzeyde depresyonla (bkz. Tablo 35) ve yüksek düzeyde dini tutum (toplam) ile (bkz. Tablo 19) ilişkili olduğunu; olumlu beden algısına sahip hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin olumsuz beden algısına sahip hastalardan daha yüksek olduğunu (bkz. Tablo 48); depresyon ile yaşam kalitesi arasında negatif yönlü anlamlı ilişkiler (bkz. Tablo 49) olduğunu göstermektedir.

Dini tutum ve diğer bulgular birlikte değerlendirildiğinde, meme kanseri kadın hastalarda, fiziksel ve ruhsal sağlığa etki eden çok sayıda faktörün olduğu ve bu faktörlerin birbirinden bağımsız olarak düşünülmemeyeceğini göstermektedir. Bu ilişkiler ağının, insanın bedensel, psikolojik, sosyal ve manevi boyutları ile karşılıklı etkileşim içinde olduğu söylenebilir.

Sonuç olarak bu araştırmada, ana hipotez olarak belirlenen “*meme kanseri kadın hastalarda dini tutum; ağrı algısı, uzuv kaybının kabullenilmesi, depresyon ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu yönde etkide bulunur*” hipotezinin “ağrı algısı” özelinde desteklenmediği ancak “uzuv kaybının kabullenilmesi (olumlu beden algısı)”, “depresyon” ve yaşam kalitesinin “Fonksiyonel Durum” ve “Genel İyilik Hali” alt boyutlarında bağımsız değişkenlere bağlı olarak farklı ölçülerde desteklendiği görülmüştür.

Din, hayatın içinde yaşanılanların anlamlandırılmasında etkili olan, insana yaşamda anlam ve amaç sağlayan İlahi bir sistemdir. İşlam Dini, hayattaki her olayın bir hikmet ve kader çizgisinde meydana geldiğini, mü’minlere dünyanın bir imtihan yeri olduğunu ve insanların çeşitli sıkıntı ve hastalıklarla sınanacaklarını bildirir. Din sağlıkla ilgili her türlü tedbirleri almamıza ve gerekli koruyucu hekimlik hizmetlerine başvurmamıza rağmen başımıza gelebilecek sıkıntılara isyan etmeden sabredenlere mükafat olarak Cennet’i vaad eder. Bu nedenle Müslüman bireyin dini motivasyonla, kanser vb. olumsuz durumları anlamlandırmada ve hastalıkla başa çıkmada daha az zorlanacağı, genel sağlık algısının ve psiko-sosyal uyumunun da daha iyi olacağı söylenebilir.

ÖNERİLER

Bu araştırma, dinin ve dindarlığın meme kanseri kadın hastalarda depresyon ve yaşam kalitesini yani fiziksel ve ruhsal sağlığı olumlu yönde etkileyen önemli bir faktör olduğunu ortaya koymuştur. Dolayısıyla meme kanseri kadın hastalarda dini inancın hastalığı ve kendini kabullenme, hastalığa uyum sağlama, depresif duyguların azalması ve genel sağlığın daha iyi düzeyde algılanmasında etkili olduğu söylenebilir.

Kanser teşhisiyle yüz yüze gelmek, yaşamı alt üst eden, yaşamın anlam ve amacını sorgulamaya yönelten önemli bir olaydır. Hastaları ümitsizlik, çaresizlik ve ölüm korkusu ile yüzleştiren meme kanserinde, özellikle hastalığın anlamlandırılmasının ve hayatın amacına ilişkin sorulara yanıt alınmasının önemli olduğu görülmüştür. Bu süreçte hastaların dini inanç ve manevi değerlerinden destek almalarını sağlayacak manevi bakım çalışmalarının isteğe bağlı olarak yapılmasının, kanserle başa çıkmada ve psiko-sosyal uyumda etkili olacağı düşünölmektedir. Ancak bu çalışmaların sadece dini bilgiler çerçevesinde değil, aynı zamanda Din Psikolojisi’nin de zemini olan psikolojik, sosyolojik ve tıbbi bakış açılarıyla insanı anlamaya yönelik bir perspektifle olması gereklidir. Çünkü

bu araştırmadan ve birçok çalışmadan elde edilen bulgular kanser tedavisinde ve kanserle başa çıkmada çok sayıda değişkenin rol aldığını göstermektedir.

Meme kanseri kadın hastalarda dini inanç ve manevi değerlere ilişkin çalışmalar, çok boyutlu ve disiplinler arası bir perspektif içermelidir. Bu konuda din, sağlık, psikoloji, sosyoloji, manevi bakım ve sosyal hizmet vb. alanları kapsayan eğitim programlarından geçmiş uzmanlara ihtiyaç olduğu söylenebilir. Bununla birlikte doktor, hemşire gibi sağlık personelinin de bireysel önyargılarından uzak olarak konuya ilişkin eğitim alması, kanser tedavisinde çok boyutlu yaklaşım biçimlerinin ve manevi odaklı bakım programlarının uygulanması açısından önemlidir.

Bu kapsamda kanser hastalarında din ve dindarlığın etkisi üzerine yapılabilecek manevi bakım çalışmalarında dikkate alınacak temel konular şöyle özetlenebilir:

1. Kanser hastalarına yapılacak manevi danışmanlık hizmetinin sağlık, klinik psikoloji, sosyal hizmet, ilahiyat vb. alanlardan uzmanların katılımıyla disiplinler arası bir yaklaşımla yürütülmesi, hastalığa ve hastalara ilişkin holistik (fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlık, spiritualite/maneviyat) bakış açısının uygulamalı bir rneği olacaktır. Bir kanser hastasının, profesyonel düzeyde multidisipliner bir yaklaşımla değerlendirilmesi, hastalığa uyumu ve tedaviyi daha etkili hale getirecektir.
2. Kanser hastalığına ilişkin tıbbi kavramlar ve terimler hakkında belirli bir düzeyde bilgi sahibi olmak, hastanın yaşamış olduğu fiziksel ve psikolojik problemlerin anlaşılmasında kolaylık sağlayacaktır. Örneğin; kanserde tedavi aşamaları, evre, metastaz vb. hastalığın seyri ve süreci hakkında genel bir değerlendirme sunan önemli kavramlardır. Kanserinin ilk evresinde olan bir hasta ile son evrelerde ya da metastaz durumunda olan bir hastanın hissettiği acı, ızdırap ve ruhsal sıkıntılarının farklılık arzettiği bilinmektedir. İlk evrelerde olan hastalara nazaran metastazlı hastalarda ümitsizlik ve ölüm korkusunun daha yoğun hissedildiği belirtilmektedir. Bu hastalar acılarını, korku ve endişelerini dile getirmeseler de tedavi aşamasına ya da hastalık evresine göre yaşanabilecek problemlerin bilinmesi, hastaları rahatlatmaya yönelik uygun dini ve manevi motifin seçilmesinde yardımcı olacaktır.

3. Diğer taraftan sosyal destek algısı, hastalık evresi, uygulanan tedavilerin de meme kanseri hastalarında depresyon, anksiyete gibi psikolojik bozukluklarla ilişkili olduğu bildirilmektedir. Burada hastayı depresyona ve duygusal çöküntüye yönlendiren nedenlerin anlaşılması önemlidir. Özellikle kanser tedavisinde kullanılan bazı ilaçların, yakın zamanda yaşanmış travmatik olayların (ölüm, boşanma vb.) depresif duygulara yol açtığı belirtilmektedir. Kanser hastalarında psikolojik uyum bozukluğunun ve nedeninin anlaşılmasının, hastayla iletişimde kullanılacak dini motifin belirlenmesinde etkili olacağı düşünülmektedir.
4. Dindarlık açısından bakıldığında, dindarlığın yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, yerleşim yeri gibi demografik faktörlerin yanında sosyal ve kültürel faktörlerden de etkilenen bir olgu olduğu; bireylerin dindarlık algılarının, dini yaşama biçimlerinin, almış oldukları dini eğitim ve bilgi düzeyinin, Tanrı algılarının vb. farklılık arzettiği bilinmektedir. Dolayısıyla hastalarla olan iletişimde bu faktörlerin değerlendirilmesi önemlidir. Örneğin, iç güdümlü dindar bireylerin psiko-sosyal uyumlarının, dış güdümlü dindarlardan daha iyi düzeyde olduğunu gösteren çalışmalar vardır.
5. Batı’da kanser hastaları ile yapılan çalışmalarda, “cezalandırıcı ve gazap edici Tanrı” algısına sahip hastaların kansere uyumlarının ve psikolojik sağlıklarının, “şefkatli ve affedici Tanrı” algısına sahip hastalardan daha kötü düzeyde olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla hastalarla yapılan görüşmelerde, hastalığın “Allah’tan gelen bir ceza” ya da “Allah’ın sevdiği kullarına verdiği bir imtihan” olarak algılanıp algılanmadığının tespit edilmesi önemlidir. Bu süreçte hastalığın bir ceza değil aksine Allah’tan gelen bir imtihan ve yaşanılanların bir hikmeti olduğunun; hastalık, sıkıntı ve zorluklara sabretmenin muhakkak ahirette güzel bir karşılık bulacağını; Allah’ın kullarına olan sonsuz merhamet ve affediciliğinin anlatılmasının kanserle başa çıkma sürecinde önemli olduğu düşünülmektedir.
6. İslam’da sıkıntı ve hastalığın anlamı, yaşanılan zorluklara sabretmenin mükafatları, hastalık esnasında yapılacak dua ve ibadetlerin önemi, hastalara ibadet etmede tanınan kolaylıklar vb. konular hakkında bilgi verilmesinin hastalarda olumlu duyguların gelişmesine ve hastalığın anlamlandırılmasında etkili olacağı söylenebilir. Böylece hastalarda oluşan çaresizlik, suçluluk, cezalandırılmışlık, öfke gibi olumsuz duyguların azalması; yaşanılan fiziksel ve ruhsal sıkıntıların

hafiflemesi, kendine, çevresine ve hayatına anlamlı bir bütünlük içinde bakabilmesi sağlanabilir.

7. Herşeyden önemlisi de dini duygu ve Allah'a olan bağlılık öznedir. Kişiden kişiye değişen dereceleri ve anlamları vardır. Ancak metrik ölçüm ve değerlendirmelerin dışında olan dini duygular, aktive edilebilir ve güçlendirilebilir. Kanser hastalarında olumlu dini duyguların harekete geçirilmesinin, dua ve ibadetlerle Allah'a yönelmenin; depresyon, endişe ve ölüm korkusunun azalmasında etkili olacağı ifade edilebilir.

Bu araştırmadan elde edilen bulgular, çalışmanın yapıldığı zaman ve şartlarla, araştırmada kullanılan ölçme araçları ve araştırmada yer alan örneklem grubu ile sınırlıdır. Dolayısıyla araştırmadan elde edilen sonuçların derinlemesine incelenmeden genelleştirilmemesi ve bu araştırma kapsamında değerlendirilmesi ve yorumlanması gereklidir. Gerek meme kanseri, gerekse diğer kanser olgularında dini tutum ve dindarlığa ilişkin kapsamlı verilerin oluşmasında daha nice araştırmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir. Dindarlığın farklı boyutlarının, özellikle dindarlık algısı, dindarlık yönelimleri, dini yaşayış biçimleri, Tanrı algısı gibi değişkenlerin Müslüman Türk kültürü bağlamında daha geniş katılımlı kanser hastalarından oluşan örneklem gruplarında incelenmesi, konu hakkında farklı bakış açılarının belirlenmesine imkân sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

Kitaplar

- ADASAL Rasim, **Ruh Hastalıkları**, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, Ankara, 1976.
- ADLER Alfred, **Hayatın Anlam ve Amacı**, çev. Kamuran Şipal, Say Yayınları, İstanbul, 1993.
- ADLER Alfred, **İnsanı Tanıma Sanatı**, Say Yayınları, İstanbul, 2013.
- AKSEKİ A. Hamdi, **İslam Dini**, Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları, Ankara, 1970.
- ALBAYRAK Ahmet, **Gençlerde Dua Psikolojisi**, Düşünce Kitabevi Yayınları, Bursa, 2013.
- ALLPORT Gordon W., **Birey ve Dini**, çev. Bilal Sambur, Elis Yayınları, Ankara, 2004.
- ARIKAN Rauf, **Araştırma Yöntem ve Teknikleri**, Nobel Yayın, Ankara, 2011.
- ARKUN Nezahat, **İntiharın Psikodinamikleri**, İstanbul Üniversitesi Edebiyat Matbaası, 2. Baskı, İstanbul, 1978.
- ARMANER Neda, **Psikopatoloji'de Dini Belirtiler**, Demirbaş Yayınları, Ankara, 1973.
- ARONSON Elliot - Timothy D. WILSON - Robin M. AKERT, **Sosyal Psikoloji**, çev. Okhan Gündüz, Kaknüs Yayınları, İstanbul, 2012.
- ATKINSON Rita L. - Richard C. ATKINSON - Ernest R. HILGARD, **Psikolojiye Giriş II**, çev. Kemal Atakay-Mustafa Atakay-Aysun Yavuz, Sosyal Yayınlar, İstanbul, 1995.
- AYDINER Adnan - Erkan TOPUZ, **Meme Kanseri** (İstanbul Konsensusu 2006), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2007.
- AYTEN Ali, **Din Psikolojisi**, İz Yayıncılık, İstanbul, 2012.
- AYTEN Ali, **Psikoloji ve Din**, İz Yayıncılık, İstanbul, 2012.
- BAHADIR Abdulkerim, **İnsanın Anlam Arayışı ve Din**, İnsan Yayınları, İstanbul, 2011.
- BAHADIR Abdülkerim, **Jung ve Din**, İz Yayıncılık, İstanbul, 2010.
- BAUM Michael - Harvey SCHIPPER, **Meme Kanseri**, çev. Türkeş Ülker, And Yayıncılık, 2007.

- BİLMEN Ömer Nasuhi, **Büyük İslam İlmihali**, Merve Yayın, İstanbul, ty.
- BLACK J. M. - E. Matasarrin JACOBS, **Medical-Surgical Nursing**, 4th Edition, WB Saunders Co., London, 1993.
- BORDA A. Paez et al., **Guidelines on Pain Management and Palliative Care**, European Association of Urology, y.y., 2013.
- BUDAK Selçuk, **Psikoloji Sözlüğü**, Bilim ve Sanat Yayınları, Ankara, 2000.
- BUTCHER James N. - Susan MINEKA - Jill M. HOOLEY, **Anormal Psikoloji**, çev. Okhan Gündüz, Kaknüs Yayınları, İstanbul, 2013.
- CAMPELL A. - P. E. CONVERSE - W. L. RODGERS, **The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations and Satisfactions**, New York: Russel Sage Foundation, 1976.
- CÜCELOĞLU Doğan, **İnsan ve Davranışı**, Remzi Kitabevi, İstanbul, 2009.
- CÜCELOĞLU Doğan, **Yeniden İnsan İnsana**, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1995.
- ÇAKAR Burcu - Rüçhan USLU, **Meme Kanseri Hastaları İçin El Kitabı**, Meta Basım, İzmir, 2013.
- ÇANTAY Hasan Basri, **Kur'an-ı Hakim ve Meal-i Kerim**, C. I-II-III, Çantay Kitabevi, İstanbul, 1988.
- ESKİN Mehmet, **İntihar: Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme**, Çizgi Tıp, Ankara, 2003.
- FAYERS P. M. et al., **The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual**, 3rd Edition, Published by: European Organization for Research and Treatment of Cancer, Brussels, 2001.
- FRAGER Robert, **Kalp, Nefs ve Ruh**, çev. İbrahim Kapaklıkaya, Gelenek Yayınları, İstanbul, 2005.
- FRANKL Viktor E., **Man's Search for Meaning**, Pocket Books, New York, 1963.
- FRANKL Viktor, **İnsanın Anlam Arayışı**, çev. Selçuk Budak, Okuyan Us Yayın, İstanbul, 2012.
- FREEDMAN J. L. - D. O. SEARS - J. M. CARLSMİTH, **Sosyal Psikoloji**, çev. Ali Dönmez, İmge Kitabevi, Ankara, 1998.
- FROMM Erich, **Psikanaliz ve Din**, çev. Aydın Arıtan, Arıtan Yayınevi, İstanbul, 2004.
- GÜNAY Ünver, **Erzurum ve Çevre Köylerinde Dini Hayat**, Erzurum Kitaplığı, İstanbul, 1999.
- GÜRSES İbrahim, **Dindarlık ve Kişilik**, Emin Yayınları, Bursa, 2010.

- HOGG M. A. - G. M. VAUGHAN, **Sosyal Psikoloji**, Ütopya Yayınları, Ankara, 2007.
- HÖKELEKLİ Hayati, **Din Psikolojisi**, Türkiye Diyanet Vakfı Yayınları, Ankara, 2010.
- HUTCHINSON Allen et al., **Health Outcome Measures in Primary and Out-Patient Care**, Harwood Academic Publishers, Amsterdam, 1996.
- İKBAL Muhammed, **İslam Düşüncesi**, der. /çev. Yusuf Kaplan, Külliyyat Yayınları, İstanbul, 2012.
- İNCEOĞLU Metin, **Tutum Algı İletişim**, Beykent Üniversitesi Yayınları, No. 69, İstanbul, 2010.
- İSLAMOĞLU Ahmet Hamdi, **Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri**, Beta Yayıncılık, İstanbul, 2011.
- JAMES William, **The Principles of Psychology**, Harvard University Press, Cambridge, 1981.
- KAĞITÇIBAŞI Çiğdem, **Yeni İnsan ve İnsanlar**, Evrim Yayınevi, İstanbul, 1999.
- KALAYCI Şeref, **SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri**, Asil Yayın Dağıtım, Ankara, 2010.
- KAYA Mevlüt, **Din Eğitiminde İletişim ve Dini Tutum**, Etüt Yayınları, Samsun, 1998.
- KÖKNEL Özcan, **Depresyon**, Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul, 1989.
- KÖKTAŞ M. Emin, **Türkiye’de Dini Hayat (İzmir Örneği)**, İşaret Yayınları, İstanbul, 1993.
- KÖROĞLU Ertuğrul, **Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri**, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2004.
- KÖSE Ali, **Freud ve Din**, İz Yayıncılık, İstanbul, 2011.
- KRECH David - Richard S. CRUTCHFIELD, **Sosyal Psikoloji**, çev. Erol Güngör, Ötüken Neşriyat, İstanbul, 1980.
- KÜÇÜKCAN Talip - Ali KÖSE, **Doğal Afetler ve Din**, Türkiye Diyanet Vakfı İslam Araştırmaları Merkezi, İstanbul, 2000.
- MEHMEDOĞLU A. Ulvi, **Kişilik ve Din**, Dem Yayınları, İstanbul, 2004.
- MELSON F. Gail, **Family and Environment: An Ecosystem Perspective**, Burgess, Minneapolis, 1980.
- MORGAN T. Clifford, **Psikolojiye Giriş**, çev. Hüsni Arıcı ve diğerleri, Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü Yayınları, Ankara, 1988.

- NEVEVİ Muhyiddin-i, **Riyaz'üs Salihin Tercemesi**, C. I-II, ter. Kıvamüddin Burslan-Hasan H. Erdem, Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları, 11. Baskı, ty.
- OKTİK Nurgün ve diğerleri, **Huzurevinde Yaşam ve Yaşam Kalitesi: Muğla Örneği**, Muğla Üniversitesi Yayınları, Muğla, 2004.
- ONAY Ahmet, **Dindarlık, Etkileşim ve Değişim**, Dem Yayınları, İstanbul, 2004.
- ÖZKAN Sedat, **Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi**, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 1993.
- ÖZTÜRK Orhan, **Ruh Sağlığı ve Bozuklukları**, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997.
- PATRICK D. L. - P. ERICHSON, **Health Status and Health Policy**, Oxford University Press, New York, 1993.
- PAZARLI Osman, **Din Psikolojisi**, Remzi kitabevi, İstanbul, 1972.
- PEKER Hüseyin, **Din Psikolojisi**, Çamlıca Yayınları, İstanbul, 2008.
- RAPHAEL Jon, **Cancer Pain Management**, The British Pain Society, y.y., 2010.
- ROSS Elisabeth Kübler, **Ölüm ve Ölmek Üzerine**, çev. Banu Büyükkal, Boyner Holding Yayınları, İstanbul, 1997.
- ŞERİF Muzaffer - Carolyn W. ŞERİF, **Sosyal Psikolojiye Giriş II**, çev. Mustafa Atakay-Aysun Yılmaz, Sosyal Yayınlar, İstanbul, 1996.
- TARHAN Nevzat, **İnanç Psikolojisi**, Timaş Yayınları, İstanbul, 2009.
- TOLSTOY L. Nikolayeviç, **Din Nedir?**, çev. Murat Çiftkaya, Furkan Basım Yayın, İstanbul, 1995.
- TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu), **İstatistiklerle Kadın 2012**, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara 2013.
- UYSAL Veysel, **Din Psikolojisi Açısından Dini Tutum Davranış ve Şahsiyet Özellikleri**, Marmara Üniversitesi İlahiyat Vakfı Yayınları, Yayın No:111, İstanbul, 1996.
- UZMAN Mazhar Osman, **Tababet-i Ruhiye**, C. I, İkinci Baskı, yay.y., İstanbul, 1928.
- VERGOTE Antoine, **Din, İnanç ve İnançsızlık**, çev. Veysel Uysal, Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Vakfı Yayınları, İstanbul, 1999.
- WEBER Max, **Din Sosyolojisi**, çev. Mevlüde Ayyıldızoğlu, der. Yasin Aktay - M. Emin Köktaş, Vadi Yayınları, Ankara, 1998.
- WOODRUFF Roger, **Palliative Medicine: Evidence-Based Symptomatic and Supportive Care for Patients with Advanced Cancer**, Fourth Edition, Oxford University Press, New York, 2004.

WULFF D. M., **Psychology of Religion**, John Wiley and Sons, New York, 1997.

YAPICI Asım, **Ruh Sağlığı ve Din: Psiko-Sosyal Uyum ve Dindarlık**, Karahan Kitabevi, Adana, 2007.

Makaleler

AAPRO M. - A. CULL, “Depression in Breast Cancer Patients: The Need for Treatment”, **Annals of Oncology** Vol. X, 1999, pp. 627-636.

AERONSON N. - S. AHMEDZAI - B. BERGMAN , “For The European Organization For Research And Treatment Of Cancer Study Group On Quality Of Life. The European Organization For Research And Treatment Of Cancer Qlq-C30: A Quality Of Life Instrument For Use In International Clinical Trials In Oncology”, **J Natl Cancer Inst**, Vol. LXXXV, 1993, pp. 365-376.

AFŞAR Füsün - Rukiye PINAR, “Kanser Hastalarında Ağrı ve Ağrı ile Başetme Yöntemlerinin Değerlendirilmesi”, **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, C. VI, S. 3, 2003, ss. 19-28.

AFŞAR Füsün, “Sandalye Masajı Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesine Katkı Verebilir mi?”, **3. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Bildiri ve Sunum Kitabı**, SAYKAD, İzmir, 2010, ss. 38-39.

AKINCI Ayşe Ç., “Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi”, **3. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Bildiri ve Sunum Kitabı**, SAYKAD, İzmir, 2010, ss. 46-47.

AKYOL Asiye, “Yaşam Kalitesinin Hemşirelik Yönünden Önemi”, **Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, C. IX, S. 3, 1993, ss. 71-75.

AKYOLCU Neriman, “Meme Kanserinde Cerrahi Girişim Sonrası Cinsel Yaşam”, **Meme Sağlığı Dergisi**, C. IV, S. 2, 2008, ss. 77-83.

AL GHAZAL S. K. - L. FALLOWFIELD - R. W BLAMEY, “Comparison of Psychological Aspects and Patient Satisfaction Following Breast Conserving Surgery, Simple Mastectomy and Breast Reconstruction”, **Eur J Cancer**, Vol. XXXVI, 2000, pp. 1938- 1943.

AL GHAZAL S.K. - L. FALLOWFIELD - R.W. BLAMEY, “Does Cosmetic Outcome from Treatment of Primary Breast Cancer Influence Psychosocial Morbidity?”, **European Journal of Surgical Oncology**, Vol. XXV, 1999, pp. 571-573.

ALLARD P. et al., “Educational Interventions to Improve Cancer Pain Control: A Systematic Review”, **Journal of Palliative Medicine**, Vol. IV, No. 2, 2001, pp. 191-203.

- ALLPORT G. - J. M. ROSS, "Personal Religious Orientation and Prejudice", **Journal of Personality and Social Psychology**, Vol. V, No. 4, 1967, pp. 432-443.
- ALTINDAĞ Özlem - Abdurrahman ALTINDAĞ - Neslihan SORAN, "Kronik Ağrılı Hastalarda Depresyon Düzeyinin Ağrı Şiddeti ve Süresi ile İlişkisinin Araştırılması", **Yeni Symposium Journal**, C. XLIV, S. 4, 2006, ss. 178-181.
- ALTINDAĞ Özlem - Abdurrahman ALTINDAĞ - Neslihan SORAN, "Kronik Ağrılı Hastalarda Depresyon Düzeyinin Ağrı Şiddeti ve Süresi ile İlişkisinin Araştırılması", **Yeni Symposium Journal**, C. XLIV, S. 4, 2006, ss. 178-181.
- ARIKAN Ruşen Nur, "Travmatik Bir Yaşantı: Meme Kanseri ve Mastektomi", **Kriz Dergisi**, C. IX, S. 1, 2001, ss. 39-46.
- ARSLAN Mustafa, "Dindarlık Farklılaşması ve Popüler Dindarlık", **Dindarlığın Sosyo-Psikolojisi**, ed. Ünver Günay-Celalettin Çelik, Karahan Kitabevi, Adana, 2006, ss. 289-320.
- ARSLAN Sevban - Nurgül BÖLÜKBAŞ, "Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi", **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, C. VI, S. 3, 2003, ss. 38-47.
- ARSLAN Şule - Yeşim G. KUTSAL, "Geriatride Yaşam Kalitesinin Değerlendirmesi", **Geriatri**, C. II, S. 4, 1999, ss. 173-178.
- ASLAN Fatma Eti, "Ağrı Değerlendirme Yöntemleri", **Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, C. VI, S. 1, 2002, ss. 9-16.
- ASLAN Fatma Eti, "Travmada Acil", **Acil Bakım**, ed. Deniz Şelimen, Yüce Yayım, İstanbul, 2004, ss. 384-392.
- AVISA N. - S. CRAWFORDB - J. MANUELA, "Psychosocial Problems Among Younger Women with Breast Cancer", **Psycho-Oncology**, V. XIII, 2004, pp. 295-308.
- AVISA N. - S. CRAWFORDB - J. MANUELA, "Psychosocial Problems Among Younger Women with Breast Cancer", **Psycho-Oncology**, Vol. XIII, 2004, pp. 295-308.
- AYDIN Hamdullah - Fuat ÖZGEN, "Psikiyatrik Bozukluklarda Uyku Çalışmaları", **Klinik Psikiyatri**, C. II, 1998, ss. 89-97.
- AYDIN O. Nuri, "Ağrı ve Ağrı Mekanizmalarına Güncel Bakış", **Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, C. III, S. 2, 2002, ss. 37-48.
- AYDOĞAN Tümay ve diğerleri, "Güncel Çevresel Risk Faktörlerinin Meme Kanseri Etkisi", **Bakırköy Tıp Dergisi**, C. IX, S. 4, 2013, ss. 176-182.
- AYDOĞAN Ümit ve diğerleri, "Kanser Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ve Hastalıkla Başa Çıkma Tutumlarının İlişkisi", **Türk Aile Hekimliği Dergisi**, C. XVI, S. 2, 2012, ss. 55-60.

- AYGIN Dilek - Fatma E. ASLAN, "Meme Kanserli Kadınlarda Cinsel İşlev Bozukluklarının İncelenmesi", **Meme Sağlığı Dergisi**, C. IV, S. 2, 2008, ss. 105-114.
- AYTEN Ali ve diğerleri, "Dini Başa Çıkma, Şükür ve Hayat Memnuniyeti İlişkisi: Hastalar, Hasta Yakınları ve Hastane Çalışanları Üzerine Bir Araştırma", **Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi**, C. XII, S. 2, 2012, ss. 45-79.
- AYTEN Ali, "Din ve Sağlık: Bireysel Dindarlık, Sağlık Davranışları ve Hayat Memnuniyeti İlişkisi Üzerine Bir Araştırma", **Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi**, C. XIII, S. 3, 2013, ss. 7-31.
- AYTEN Ali, "Üniversite Öğrencilerinde Ölüm Kaygısı: Türk ve Ürdünlü Öğrenciler Üzerine Karşılaştırmalı Bir Araştırma", **Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi**, C. IX, S. 4, 2009, ss. 85-108.
- BABGI Amani A, "Pain Coping Behaviors of Saudi Patients Suffering from Advanced Cancer: A Revisited Experience", **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, Vol. XI (MECC Supplement), 2010, pp. 103-106.
- BAETZ M. et al., "The Association Between Spiritual and Religious Involvement and Depressive Symptoms in a Canadian Population", **The Journal of Nervous and Mental Disease**, Vol. CXCII, No. 12, 2004, pp. 818-822.
- BAG Beyhan, "Kanser Hastalarında Uzun Dönemde Görülen Psikososyal Sorunlar", **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, C. V, S. 1, 2013, ss. 109-126.
- BAIDER L. et al., "Psychological Intervention in Cancer Patients: A Randomised Study", **General Hospital Psychiatry**, Vol. XXIII, No. 5, 2001, pp. 272-277.
- BALCIOĞLU İbrahim, "Depresyon Etiyopatogenezi", **İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri** (Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu), İstanbul, 1999, ss. 19-28.
- BAQUTAYAN Shadiya M. S., "Managing Anxiety Among Breast Cancer's Patients", **Advances in Psychology Study**, Vol. I, No. 1, 2012, pp. 4-7.
- BARAN Aylin G., "Yaşlılıkta Sosyalizasyon ve Yaşam Kalitesi", **Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi**, C. II, 2008, ss. 86-97.
- BARTON Yakov A. et al., "Religious Attendance and Social Adjustment as Protective Against Depression: A 10-Year Prospective Study", **Journal of Affective Disorders**, Vol. CXLVI, No. 1, 2013, pp. 53-57.
- BAYSAL Ayşe Can, "Sosyal Psikolojide Tutumlara Teorik Bir Yaklaşım", **İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi**, Mart 1981, ss. 121-138.
- BEAULAC S. M. et al., "Lymphedema and Quality of Life in Survivors of Early-Stage Breast Cancer", **Archives of Surgery**, Vol. CXXXVII, No. 11, 2002, pp.1253-1257.

- BEGOVIC A. Juhant et al., "Impact of Body Image on Depression and Quality of Life Among Women with Breast Cancer", **J Psychosoc Oncol**, Vol. XXX, 2012, pp. 446-460.
- BESER Nalan G. - Fatma ÖZ, "Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi", **Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, C. VII, S. 1, 2003, ss. 47-58.
- BEYAZYÜZ Murat - Erol GÖKA, "Psikoloji ve Tıp Açısından Beden", **Beden Sosyolojisi**, ed. Kadir Canatan, Açılım Kitap, İstanbul, 2011, ss. 371-393.
- BOSOMPRA K. et al., "Knowledge about Preventing and Managing Lymphedema: A Survey of Recently Diagnosed and Treated Breast Cancer Patients", **Patient Education and Counseling**, Vol. XLVII, 2002, pp. 155-163.
- BOWIE J. et al., "The Relationship Between Religious Coping Style and Anxiety Over Breast Cancer in African American Women", **Journal of Religion and Health**, Vol. XL, No. 4, 2001, pp. 411-442.
- BÖLÜKBAŞ N. - R. ÇEVİK, "Mastektomili Hastalarda Depresyon ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi", **VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı**, Erzurum, 22-24 Haziran 1999, ss.116-121.
- BRAAM A. W. et al., "Religious Involvement and 6-year Course of Depressive Symptoms in Older Dutch Citizens: Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam", **Journal of Aging and Health**, Vol. XVI, No. 4, pp. 467-489.
- BUCK H. G. - S. H. MEGHANI, "Spiritual Expressions of African Americans and Whites in Cancer Pain", **Journal of Holistic Nursing**, Vol. XXX, No. 2, 2012, pp. 107-116.
- BULOTIENE Giedre et al., "Women with Breast Cancer: Relationships Between Social Factors Involving Anxiety and Depression", **Archives of Psychiatry and Psychotherapy**, Vol. IV, 2008, pp. 57-62.
- BURSTEIN H. J. - E. P. WINER, "Primary Care for Survivors of Breast Cancer", **N Eng J Med**, Vol. CCCXLIII, 2000, pp. 1086-1094.
- BUSSING Arndt - Harold G. KOENIG, "Spiritual Needs of Patient with Chronic Diseases", **Religions**, V. I, 2010, pp. 18-27.
- BUSSING A. - H. BALZAT - J. HEUSSER, "Spiritual Needs of Patients with Chronic Pain Diseases and Cancer –Validation of The Spiritual Needs Questionnaire", **European Journal of Medical Research**, Vol. XV, No. 6, 2010, pp. 266-273.
- CAN Gülbeyaz ve diğerleri, "Sistemik Tedavi Alan Meme Kanserli Kadınlarda Cinsel Fonksiyonların Değerlendirilmesi", **Androloji Bülteni**, Vol. XXII, 2005, ss. 268-271.

- CAPPIELLO M. et.al., "Breast Cancer Survivors Information and Support After Treatment", **Clinical Nursing Research**, Vol. IV, No. 16, 2007, pp. 279-294.
- CARVER Charles S. et al., "Quality of Life Among Long-Term Survivors of Breast Cancers: Different Types of Antecedents Predict Different Classes of Outcomes", **Psycho-Oncology**, Vol. XV, 2006, pp. 749-758.
- CASSO D. - D. S. BUIST - S. TAPLIN, "Quality of life of 5-10 Year Breast Cancer Survivors Diagnosed Between Age 40 and 49", **Health Qual Life Outcomes**, Vol. II, 2004, pp. 25-33.
- CELLA D. F., "Quality of Life: The Concept", **J. Palliative Care**, Vol. III, pp. 8-13.
- CENGİL Muammer, "Depresyonu Önlemede Dini İnançın Koruyucu Rolü", **Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi**, C. III, S. 2, 2003, ss. 129-152.
- CHEN X. et al., "Prevalence of Depression and Its Related Factors Among Chinese Women with Breast Cancer", **Acta Oncol**, Vol. XLVIII, 2009, pp. 1128-1136.
- CHOPRA Ishveen - Khalid M. KAMAL, "A Systematic Review of Quality of Life instruments in Long-Term Breast Cancer Survivors", **Health and Quality of Life Outcomes**, Vol. X, No. 14, 2012, pp. 1-15.
- CHRISTO Paul J. - Danesh MAZLOOMDOOST, "Interventional Pain Treatments for Cancer Pain", **Annals of the New York Academy of Sciences**, Vol. MCXXXVIII, 2008, pp. 299-328.
- CICIRELLI V. G., "Attachment Relationships in Old Age", **Journal of Social and Personal Relationships**, C. XXVII, S. 2, 2010, pp. 191-199.
- COHEN H. J., "Cancer and the Functional Status of the Elderly" **Cancer**, Vol. LXXX, 1997, pp. 1883-1886.
- COOPER Melanie E. et al., "Role of Spirituality in Patients with Sickle Cell Disease", **The Journal of the American Board Family Practice**, Vol. XIV, No. 2, 2001, pp. 116-122.
- COŞTU Yakup, "Dine Normatif ve Popüler Yaklaşım: Bir Dini Yönelim Ölçeği Denemesi", **Hitit Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, C. VIII, S. 15, 2009, ss. 119-139.
- COTTON S. P. et. el., "Exploring the Relationships among Spiritual Well-Being, Quality of Life and Psychological Adjustment in Women with Breast Cancer", **Psycho-Oncology**, Vol. VIII, No. 5, 1999, pp. 429-438.
- COYLE N. et al., "Character of Terminal Illness in the Advanced Cancer Patient: Pain and Other Symptoms During the Last Four Weeks of Life" **J Pain Symptom Management**, Vol. VI, 1991, pp. 408-410.

- ÇAKI Fahri, “Batı Dışı Toplumlarda Gençlik ve Beden İmajı”, **Beden Sosyolojisi**, ed. Kadir Canatan, Açılım Kitap, İstanbul, 2011, ss. 307-326.
- ÇAKIR Sibel, “Genel Tıpta Depresyon”, **Klinik Gelişim**, C. XXII, S. 4, 2009, ss. 61-64.
- ÇAM Olcay - Aysun B. GÜMÜŞ, “Meme Kanserli Kadınlar İçin Duygusal Destek Odaklı Hemşirelik Girişimleri”, **Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, C. X, S. 3, 2006, ss. 52-60.
- ÇAM Olcay - Şenay SAKA - Aysun B. GÜMÜŞ, “Meme Kanserli Hastaların Psikososyal Uyumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi”, **Meme Sağlığı Dergisi**, C. V, S. 2, 2009, ss.73-81.
- ÇELİK Ömür K. ve diğerleri, “Depression and Anxiety Levels in Women Under Follow-up for Breast Cancer: Relationship to Coping with Cancer and Quality of Life”, **Med Oncol**, Vol. XXVII, No. 1, 2010, pp. 108-113.
- ÇOLAK Taner ve diğerleri, “Meme Kanserli Kadınlarda Cerrahi Yöntemin Seçimini Etkileyen Faktörler”, **Meme Sağlığı Dergisi**, C. IV, S. 1, 2008, ss. 29-33.
- DARENDELİLER Emin, “Meme Kanserinin Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi”, **Meme Kanseri**, ed. Erkan Topuz, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Yayınları 3, İstanbul, 1997, ss. 16-39.
- DAVIS Mellar P. -Declan WALSH, “Epidemiology of Cancer Pain and Factors Influencing Poor Pain Control”, **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, Vol. XXI, No. 2, 2004, pp. 137-142.
- DE HAES J. C. J. - F. C. E. VAN KNIPPENHERG, “The Quality of Life and Survival: The Role of Multidimensional Symptom Assessment”, **Cancer**, Vol. LXXXIII, 1993, pp. 173-179.
- DEDELİ Özden - Gülten KARADENİZ, “Kanser Ağrısının Kontrolü ile Psikososyal-Spiritüel Modelin Birleştirilmesi”, **Ağrı**, C. XXI, S. 2, 2009, ss. 45-53.
- DEIN Simon - Roland LITTLEWOOD, “The Psychology of Prayer and the Development of the Prayer Experience Questionnaire”, **Mental Health, Religion and Culture**, Vol. XI, No. 1, 2008, pp. 39-52.
- DELGADO-GUAY M. O. et al., “Spirituality, Religiosity, and Spiritual Pain in Advanced Cancer Patients”, **Journal of Pain and Symptom Management**, Vol. XVI, No. 6, 2011, pp. 986-994.
- DEMİRALP Meral - Fahriye OFLAZ, “Gevşeme Eğitiminin Meme Kanserli Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Belirtileri Üzerine Etkisi”, **TAF Preventive Medicine Bulletin**, Vol. X, No. 2, 2011, ss. 165-174.
- DEN OUDSTEN B. L. et al., “Predictors of Depressive Symptoms 12 Months After Surgical Treatment of Early-Stage Breast Cancer”, **Psychooncology**, Vol. XVIII, 2009, pp. 1230-1237.

- DEN OUDSTEN B. L. et al., “Predictors of Depressive Symptoms 12 Months After Surgical Treatment of Early-Stage Breast Cancer”, **Psychooncology**, Vol. XVIII, 2009, pp. 1230-1237.
- DESHIELDS T. et al., “Differences in Patterns of Depression After Treatment for Breast Cancer”, **Psychooncology**, Vol. XV, 2006, pp. 398-406.
- DESHIELDS T. et al., “Differences in Patterns of Depression After Treatment for Breast Cancer”, **Psychooncology**, Vol. XV, 2006, pp. 398-406.
- DEZUTTER J. - A. WACHHOLTZ - J. CORVELEYN, “Prayer and Pain: The Mediating Role of Positive Re-Appraisal”, **Journal of Behavioral Medicine**, Vol. XXXIV, No. 6, 2011, pp. 542-549.
- DİNÇER Maktav, “Meme Koruyucu Cerrahi ve Mastektomi Sonrası Adjuvan Radyoterapi”, **Meme Kanseri**, ed. Erkan Topuz, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Yayınları 3, İstanbul, 1997, ss. 262-309.
- DOĞAN Şahin, “Dini Tutumların Oluşmasına Etki Eden Sosyo-Kültürel Faktörler”, **Toplum Bilimleri Dergisi**, C. IV, S. 8, 2010, ss. 107-126.
- DORVAL M. et al., “Couples Who Get Closer After Breast Cancer: Frequency and Predictors in a Prospective Investigation”, **Journal of Clinical Oncology**, Vol. XXIII, No. 15, 2005, pp. 3588-3596 .
- DORVAL M. et al., “Type of Mastectomy and Quality of Life for Long Term Breast Carcinoma Survivors”, **Cancer**, Vol. LXXXIII, 1998, pp. 2130-2138.
- DÖKMEN Zehra Y., “Menapoz, Beden İmgesi ve Ruh Sağlığı”, **Türk Psikoloji Yazıları**, C. XII, S. 24, 2009, ss. 41-55.
- EDİSAN Zehra - Funda KADIOĞLU, “Yaşam Kalitesi Kavramının Antik Dönemdeki Öncülleri”, **Lokman Hekim Journal**, C. III, S. 3, 2013, ss. 1-4.
- EISENBRAUN C. et al., “Quality of Life in Breast Cancer Patients During Chemotherapy and Concurrent Therapy with a Mistletoe Extract”, **Phytomedicine**, Vol. XVIII, 2011, pp. 151–157.
- ELLIOT T. E. - C. M. RENIER - J. A. PALCHER, “Chronik Pain, Depression, and Quality of Life: Correlations and Predictive Value of the SF-36”, **Pain Med**, Vol. IV, 2003, pp. 331-339.
- ENGEL J. - J. KERR, “Quality of Life Following Breast-Conserving Therapy or Mastectomy: Results of a 5-Year Prospective Study”, **The Breast Journal**, Vol. X, No. 3, 2004, ss. 223-231.
- EPPLEIN M. et al., “Quality of Life After Breast Cancer Diagnosis and Survival”, **J Clin Oncol**, Vol. XXIX, 2011, pp. 406-412.

- ERGİN Dilek ve diğerleri, “Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Depresyon Düzeyi ve Etkileyen Faktörler”, **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, C. X, S. 1, 2007, ss. 41-48.
- ERICKSON V. S., “Arm Edema in Breast Cancer Patients”, **J Natl Cancer Inst.**, Vol. XCIII, No. 2, 2001, pp. 96- 111.
- EVERSLEY R. et al., “Post-Treatment Symptoms Among Ethnic Minority Breast Cancer Survivors”, **Oncol Nurs Forum**, Vol. XXXII, 2005, pp. 250-256.
- FALLOWFIELD L. J. et al., “Psychological Outcomes of Different Treatment Policies in Women with Early Breast Cancer Outside a Clinical Trial”, **BMJ**, Vol. CCCI, 1990, pp. 575–580.
- FANN Jesse R. et al., “Major Depression After Breast Cancer: A Review of Epidemiology and Treatment”, **General Hospital Psychiatry**, Vol. XXX, 2008, pp. 112–126.
- FANN Jesse R. et al., “Major Depression After Breast Cancer: A Review of Epidemiology and Treatment”, **General Hospital Psychiatry**, Vol. XXX, 2008, pp. 112–126.
- FEHRING R. J. - J. F. MILLER - C. SHAW, “Spiritual Well-Being, Religiosity, Hope, Depression, and Other Mood States in Elderly People Coping with Cancer”, **Oncology Nursing Forum**, Vol. XXIV, No. 4, 1997, pp. 663-671.
- FERRELL B. et al., “Perspectives on the Impact of Ovarian Cancer: Women’s Views of Quality of Life”, **Oncol Nurs Forum**, Vol. XXXII, No. 6, 2005, pp. 1143-1149.
- FERRELL B. R. et al., “Quality of Life in Breast Cancer: Part II. Psychological and Spiritüel Well-Being”, **Cancer Nursing**, Vol. XXI, No. 1, 1998, pp. 1-9.
- FITZPATRICK Ray et al., “Quality of Life Measures in Health Care. I: Applications and Issues in Assesment”, **BMJ**, Vol. CCCV, 1992, pp. 1074-1077.
- FOLKMAN S. - R. S. LAZARUS, “An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample”, **Journal Health Soc Behav**, Vol. XXI, 1980, pp. 219-223.
- FREDETTE S. L., “Breast Cancer Survivors: Concerns and Coping”, **Cancer Nursing**, Vol. XVIII, No. 1, 1995, pp. 35-46.
- FRIEDMAN L. C. et al., “Self-Blame, Self-Forgiveness, and Spirituality in Breast Cancer Survivors in a Public Sector Setting”, **Journal of Cancer Education**, Vol. XXV, No. 3, 2010, pp. 343-348.
- GALANTER M., “Charismatic Religious Sects and Psychiatric Overview”, **Am J Psychiatry**, Vol. CXXXIX, 1982, pp. 1539-1548.
- GALANTER M., “Charismatic Religious Sects and Psychiatric Overview”, **Am J Psychiatry**, Vol. CXXXIX, 1982, pp. 1539-1548.

- GANZ Patricia A., "Exploring the Influence of Multiple Variables on the Relationship of Age to Quality of Life in Women with Breast Cancer", **J Clin Epidemiol**, Vol. XLV, 1992, pp. 473-485.
- GANZ Patricia A. et al., "Quality of Life in Long-Term, Disease-Free Survivors of Breast Cancer: a Follow-up Study", **Journal of the National Cancer Institute**, Vol. XCIV, No. 1, 2002, pp. 39-49.
- GARTNER J., "Religious Commitment Mental Health and Prosocial Behavior: A Review of the Empirical Literature", **Religion and the Clinical Practice of Psychology**, ed. E. P. Shafranske, American Psychological Association, Washington, 1996, pp. 187-214.
- GASTON F. Johansson et al. , "Fatigue, Pain, and Depression in Pre-Autotransplant Breast Cancer Patients", **Cancer Pract**, Vol. VII, 1999, pp. 240-247.
- GEIGER M.A. et al., "Contentment With Quality of Life Among Breast Cancer Survivors With and Without Contralateral Prophylactic Mastectomy", **Journal of Clinical Oncology**, Vol. IX, No. 24, 2005, pp. 1350-1356.
- GIBSON L. M. - C. S. HENDRICKS, "Integrative Review of Spirituality in African American Breast Cancer Survivors", **ABNF Journal**, Vol. XVII, No. 2, 2006, pp. 67-72.
- GOLDBERG J. A. et al., "Psychological Morbidity in the First Year After Breast Surgery", **Eur J Surg Oncol**, Vol. XVIII, 1992, pp. 327-331.
- GÖĞÜŞ Ali K., "Depresyonun Klinik Belirtileri", **Duygudurum Dizisi**, C. I, 2000, ss. 39-43.
- GRASSI L. et al., "Psychosocial Variables Associated with Mental Adjustment to Cancer", **Psychooncology**, Vol. II, 1993, pp. 11-20.
- GÜLER Özlem, "Dini İnanç ve Psikolojik Sağlık İlişkisine Dair Bir Değerlendirme", **Toplum Bilimleri Dergisi**, C.IV, S. 8, 2010, ss. 95-105.
- GÜMÜŞ Aysun B., "Meme Kanserinde Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler", **Meme Sağlığı Dergisi**, C. II, S. 3, 2006, ss. 108-114.
- GÜNAY Ünver, "Dindarlığın Sosyolojisi", **Dindarlığın Sosyo-Psikolojisi**, edt. Ünver Günay-Celalettin Çelik, Karahan Kitabevi, Adana, 2006, ss. 1-60.
- GÜNAY Ünver, "Modern Sanayi Toplumlarında Din: II", **Erciyes Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, C. IV, 1987, ss. 29-58.
- GÜNAY Ünver, "Türk Dünyasının Din Önderleri Tipolojisi", **Avrasya Etüdüleri**, S. 21, 2002, ss. 115-135.
- GÜZELANT A. et al., "The European Organization for Research and Treatment of Cancer C-30: An Examination into the cultural validity and reliability of Turkish

- version of the EORTC QLQ-C30”, **Eur J Cancer Care**, Vol. 13, 2004, pp. 135-144.
- HAGHIGHI Fatemeh, “Correlation Between Religious Coping and Depression in Cancer Patients”, **Psychiatria Danubina**, Vol. XXV, No. 3, 2013, pp. 236-240.
- HAWKER Gillian A. et al., “Measures of Adult Pain”, **Arthritis Care & Research**, Vol. LXIII, No. S. 11, 2011, pp.240-252.
- HAYTA Akif, “Anneden Allah’a: Bağlanma Teorisi ve İslam’da Allah Tasavvuru”, **Değerler Eğitimi Dergisi**, C. IV, S. 12, 2006, ss. 29-63.
- HAYTA Akif, “İbadetler ve Ruh Sağlığı: Dini Pratikler ile Psiko-Sosyal Uyum Arasındaki İlişki Üzerine Bir İnceleme”, **Gençlik Din ve Değerler Psikolojisi**, ed. Hayati Hökelekli, Dem Yayınları, İstanbul, 2006, ss. 135-179.
- HİSLİ Nesrin, “Beck Depresyon Envanterinin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma”, **Psikoloji Dergisi**, S. 22, 1988, ss. 118-126.
- HOLLAND K. D. - C. J. HOLAHAN, “The Relation of Social Support and Coping to Pozitive Adaptation to Breast Cancer”, **Psychology and Health**, Vol. XVIII, No. 1, 2003, pp. 15-30.
- HOLTH Cheryl et al., “Religiosity and Physical and Emotinal Functioning Among African American and White Colorectal and Lung Cancer Patients”, **Journal of Psychosocial Oncology**, Vol. XXIX, No. 4, 2011, pp. 372-393.
- HOLZNER B. et al., “Quality of Life in Breast Cancer Patients-not Enough Attention for Long-Term Survivors?”, **Psychosomatics**, Vol. XLII, 2001, pp. 117-123.
- HOPWOOD P. et al., “The Course of Anxiety and Depression Over 5 Years of Follow-up and Risk Factors in Women with Early Breast Cancer: Results from the UK Standardisation of Radiotherapy Trials (START)”, **Breast**, Vol. XIX, 2010, pp. 84-91.
- HORNQUIST J. O., “Quality of Life: Concept and Assesment”, **Scandinavian Journal of Social Medicine**, Vol. XVIII, 1989, pp. 69-79.
- HOROZCU Ümit, “Tecrübi Araştırmalar Işığında Dindarlık ve Maneviyat ile Ruhsal ve Bedensel Sağlık Arasındaki İlişki”, **Milel ve Nihal**, C. VII, S. 1, 2010, ss. 209-240.
- HSIAO F. H. et al., “A Longitudinal Study of Cortisol Responses, Sleep Problems, and Psychological Well-Being as the Predictors of Changes in Depressive Symptoms Among Breast Sancer survivors”, **Psychoneuroendocrinology**, Vol. XXXVIII, 2013, pp. 356-366.
- IDLER E. L. - S. V. KASL, “Religion, Disability, Depression, and the Timing of Death”, **The American Journal of Sociology**, Vol. XCVII, 1992, pp. 1052-1079.

- IDLER E. L., “Religious Involvement and the Health of the Elderly: Some Hypotheses and an Initial Test”, **Social Forces**, Vol. LXVI, 1987, pp. 226-238.
- INAGAKI M. et al., “Hippocampal Volume and First Major Depressive Episode After Cancer Diagnosis in Breast Cancer Survivors”, **Am J Psychiatry**, Vol. CLXI, 2004, pp. 2263-2270.
- INOUE S. - T. SAEKI - T. MANTANI et al., “Factors Related to Patient’s Mental Adjustment to Breast Cancer: Patient Characteristics and Family Functioning”, **Support Care Cancer**, Vol. XI, 2003, pp. 178-184.
- İĞCİ Abdullah, “Meme Kanserinin Erken Tanısında Tarama Yöntemleri”, **Meme Kanseri**, ed. Erkan Topuz, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Yayınları 3, İstanbul, 1997, ss. 118-127.
- İNAN Figen Ş. - Besti ÜSTÜN, “Meme Kanserinde Tedavi Sonrası Dönemde Biyopsikososyal Değişimler”, **Meme Sağlığı Dergisi**, C. IX, S. 2, 2013, ss. 48-51.
- JANG J. E. et al., “Religiosity, Depression, and Quality of life in Korean Patients with Breast Cancer: A 1-Year Prospective Longitudinal Study”, **Psychooncology**, Vol. XXII, 2013, pp. 922-929.
- JANG J. E. et al., “Religiosty, Depression, and Quality of Life inKorean Patients with Breast Cancer: A 1-Year Prospective Longitudinal Study”, **Psychooncology**, Vol. XXII, , 2013, pp. 922-929.
- JANNI W. et al., “Quality of Life Influenced by Primary Surgical Treatment for Stage I-III Breast Cancer- Long-Term Follow-up of a Matched-Pair Analysis”, **Ann Surg Oncol**, Vol. VIII, 2001, pp. 542-548.
- JIM Heather S. et al., “Strategies Used in Coping With a Cancer Diagnosis Predict Meaning in Life for Survivors”, **Health Psychology**, Vol. XXV, No. 6, 2006, pp. 753-761.
- JORUM E. A., “Quality of Life in Survivors of Hogkins’ Disease”, **Quality of Life Research**, Vol. V, No. 5, 1996, pp. 257-267.
- KARACA Faruk, “Kader Algısı-Ruh Sağlığı İlişkisi Üzerine Empirik Bir Araştırma (Farklı Kader Algularının Psikoterapik Değeri Üzerine)”, **İslami Araştırmalar Dergisi**, C. XIX, S. 3, 2006, ss. 479-489.
- KARADİBAK Didem - Mehtap ÖZDİRANÇ, “Kanser Ağrısının Fonksiyonel Kapasiteye Etkisi”, **Fizyoterapi Rehabilitasyon**, C. XIII, S. 3, 2002, ss. 113-116.
- KARADİBAK Didem - Mehtap ÖZDİRENÇ, “Kanser Ağrısının Fonksiyonel Kapasiteye Etkisi”, **Fizyoterapi Rehabilitasyon**, C. XIII, S. 3, 2002, ss. 113-116.

- KARAMUSTAFALIOĞLU Oğuz - Hüseyin YUMRUKÇAL, “Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları”, **Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni**, C. XLV, S. 2, 2011, ss. 65-74.
- KARANLIK Hasan ve diğerleri, “Meme Kanseri Cerrahi Tedavisinin Uzun Dönem Sonuçları”, **Meme Sağlığı Dergisi**, C. II, S. 2, 2006, ss. 89-95.
- KATZ N., “The Impact of Pain Management on Quality of Life”, **J Pain Symptom Manage**, Vol. XXIV (1 Suppl), 2002, pp. 38-47.
- KAVAS Erkan, “Dini Tutum-Stresle Başa Çıkma İlişkisi”, **Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, S. 37, 2013, ss. 143-168.
- KAYIKLIK Hasan, “Değişen Dünyada Birey, Din ve Dindarlık”, **Dindarlığın Sosyo-Psikolojisi**, ed. Ünver Günay-Celalettin Çelik, Karahan Kitabevi, Adana, 2006, ss. 157-174.
- KEÇER Mustafa, “Meme Kanserinin Tedavisinde Mastektomiler Endikasyon ve Teknikleri”, **Meme Kanseri**, ed. Erkan Topuz, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Yayınları 3, İstanbul, 1997, ss. 241-254.
- KENRICK Douglas T. et al., “Renovating the Pyramid of Needs: Contemporary Extensions Built Upon Ancient Foundations”, **Perspect Psychol Science**, Vol. V, No. 2, 2010, pp. 292-314.
- KESSLER T. A., “Contextual Variables, Emotional State, and Current and Expected Quality of Life in Breast Survivors”, **Oncology Nursing Forum**, Vol. XXIX, No. 7, 2002, pp. 1109-1116.
- KING S. D. - G. FITCHETT - D. L. BERRY, “Screening for Religious/Spiritual Struggle in Blood and Marrow Transplant Patients”, **Supportive Care in Cancer**, Vol. XXI, No. 4, 2013, pp. 993-1001.
- KIRKPATRICK L. A. - P. SHAVER, “An Attachment-Theoretical Approach to Romantic Love and Religious Belief”, **Personality and Social Psychology Bulletin**, Vol. III, 1992, pp. 18-26.
- KIRLI Selçuk, “Depresyon”, **Güncel Klinik Psikiyatri**, ed. Erdal Işık-Ender Taner-Umut Işık, Ankara, 2008, ss. 131-155.
- KOÇ Mustafa, “Dinsel Pratiklerin Sıklık Düzeyleri ile Dini Başa Çıkma Arasındaki İlişki: Ergenler Üzerine Ampirik Bir Araştırma”, **Bilimname**, C. XVI, 2009, ss. 140-182.
- KOENIG H. G. - D. B. LARSON, “Religion and Mental Health: Evidence for an Association”, **International Review of Psychiatry**, Vol. XIII, No. 2, 2001, pp. 67-68.

- KOENIG H. G. - L. K. GEORGE - B. L. PETERSON, "Religiosity and Remission of Depression in Medically Ill Older Patients", **The American Journal of Psychiatry**, Vol. CLV, No. 4, pp. 536-542.
- KOENIG H. G. - L. K. GEORGE - P. TITUS, "Religion, Spirituality, and Health in Medically Ill Hospitalized Older Patients", **Journal of the American Geriatrics Society**, Vol. LII, No. 4, 2004, pp. 554-562.
- KOENIG H. G. et al., "Does Religious Attendance Prolong Survival? A Six-Year Follow-up Study of 3,968 Older Adults", **The Journals of Gerontology**, Vol. LIV, No. 7, 1999, ss. 370-376.
- KOENIG H. G. et al., "Religious Coping and Depression Among Elderly, Hospitalized Medically Ill Men", **The American Journal of Psychiatry**, Vol. CXLIX, 1992, pp. 1693-1700.
- KOENIG H. G., "Religion and Depression in Older Medical Inpatients", **American Journal Geriatric Psychiatry**, Vol. XV, pp. 282-291.
- KOENIG H. G., "Religious Attitudes and Practices of Hospitalized Medically Ill Older Adults", **International Journal of Geriatric Psychiatry**, Vol. XIII, No. 4, 1998, pp. 213-224.
- KOENIG H. G., "Religious Attitudes and Practices of Hospitalized Medically Ill Older Adults", **Int J Geriatr Psychiatry**, Vol. XIII, No. 4, 1998, pp. 213-224.
- KÖYLÜ Mustafa, "Ruh ve Beden Sağlığı ile Din İlişkisi Üzerine Yapılan Araştırmaların Bir Değerlendirmesi", **Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, S. 28, 2010, ss. 5-36.
- KULA Naci, "Deprem ve Dini Başa Çıkma", **Gazi Üniversitesi Çorum İlahiyat Fakültesi Dergisi**, S. 1, 2002, ss. 234-255.
- KURDAK Hatice, "Sağlığın Varoluşsal Boyutu ve Yaşam kalitesi", **Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics**, C. 5, S. 3, 2014, ss. 23-28.
- KUTLU Ruhuşen ve diğerleri, "Kanserli Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler", **Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi**, C. XXVII, S. 3, 2011, ss. 149-153.
- LAARHOVEN H. W. Van et al., "Images of God in Relation to Coping Strategies of Palliative Cancer Patients", **Journal of Pain and Symptom Management**, Vol. XL, No. 4, 2010, pp. 495-501.
- LAMPIC C. et al., "Anxiety and Depression in Hospitalized Patient with Cancer: Agreement in Patient-Staff Dyads", **Cancer Nursing**, Vol. XIX, No. 6, 1996, pp. 419-427.

- LAVIN R. - J. PARK, “Depressive Symptoms in Community-Dwelling Older Adults Receiving Opioid Therapy for Chronic Pain”, **Journal of Opioid Management**, Vol. VII, No. 4, 2011, pp. 309-319.
- LEAK A. - J. HU - C. R. KING, “Symptom Distress, Spirituality, and Quality of Life in African American Breast Cancer Survivors”, **Cancer Nursing**, Vol. XXXI, No. 1, 2008, pp. 15-21.
- LEAK A. - J. HU- C. R. KING, “Symptom Distress, Spirituality, and Quality of Life in African American Breast Cancer Survivors”, **Cancer Nurs**, Vol. XXXI, 2008, pp. 15-21.
- LEE M. S. et al., “Mastectomy or Conservation for Early Breast Cancer: Psychological Morbidity”, **Eur J Cancer**, Vol. XXVIII-A, 1992, pp. 1340–1344.
- LEHMANN J. F. et al., “Cancer Rehabilitation: Assessment of Need, Development and Evaluation of a Model of Care”, **Arch Phys Med Rehabil**, Vol. LIX, 1978, pp. 410-419.
- LEVINE E. G. et al., “Ethnicity and Spirituality in Breast Cancer Survivors”, **Journal of Cancer Survivorship**, Vol. I, No. 3, 2007, pp. 212-225.
- LEVINE Ellen G., “The Benefits of Prayer on Mood and Well-Being of Breast Cancer Survivors”, **Support Care Cancer**, Vol. XVII, No. 3, 2009, pp. 295-306.
- LEWIS F. M., “Experienced Personal Control and Quality of Life in Late Stage Cancer Patients”, **Nursing Research**, Vol. XXXI, No. 2, 1982, pp. 113-119.
- LONG P. H., “On the Quantity and Quality of Life”, **Med Times**, No. 88, 1960, pp. 613-619.
- LUCCHETTI G. et al., “Religiousness Affects Mental Health, Pain, and Quality of Life in Older People in an Outpatient Rehabilitation Setting”, **Journal of Rehabilitation Medicine**, Vol. XLIII, No. 4, pp. 316-322.
- LUCCHETTI G. et. al., “Religiousness Affects Mental Health, Pain, and Quality of Life in Older People in an Outpatient Rehabilitation Setting”, **Journal of Rehabilitation Medicine**, Vol. XLIII, No. 4, pp. 316-322.
- LUEBOONTHAVATCHAI P., “Prevalence and Psychosocial Factors of Anxiety and Depression in Breast Cancer Patients”, **Journal of Medical Association of Thailand**, Vol. XC, No. 10, 2007, pp. 2164-2174.
- MADENCİ Ercan ve diğerleri, “Kronik Ağrılı ve Fibromiyalji Sendromlu Hastalarda Depresyon Düzeyleri ve Ağrı ile Başa Çıkma Becerileri”, **Turk J Phys Med Rehab**, C. LII, S.1, 2006, ss. 19-21.
- MALHAN Simten, “Yaşam Kalitesi Ölçeklerinde Toplum Standartları”, **3. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Bildiri ve Sunum Kitabı**, SAYKAD, İzmir, 2010, ss. 51-54.

- MASSIE M. J. - J. C. HOLLAND, "Depression and the Cancer Patient", **J Clin Psychiatry**, Vol. VI (Suppl 7), 1990, pp. 12-17.
- MCFARLAND Michael J. MCFARLAND et al., "Does a Cancer Diagnosis Influence Religiosity? Integrating a Life Course Perspective", **Social Science Research**, Vol. XLII, 2013, pp. 311-320.
- MCINTOSH Daniel N., "Religion as Schema With Implication for the Relation Between Religion and Coping", **The International Journal for The Psychology of Religion**, Vol. 5, No.1, 1995, pp. 1-16.
- MEHMEDOĞLU A. Ulvi, "Dindarlığın Peşinde: Din Psikolojisinde Araştırma, Ölçme ve Yorumlama Üzerine", **İslami Araştırmalar Dergisi**, C. IX, S. 3, ss. 465-478.
- MEHNERT A. - U. KOCH, "Psychological Comorbidity and Health-Related Quality of Life and Its Association with Awareness, Utilization, and Need for Psychosocial Support in a Cancer Register-Based Sample of Long-Term Breast Cancer Survivors", **J Psychosom Res**, Vol. LXIV, 2008, pp. 383-391.
- MEHNERT A. - U. KOCH, "Psychological Comorbidity and Health-Related Quality of Life and Its Association with Awareness, Utilization, and Need for Psychosocial Support in a Cancer Register-Based Sample of Long-Term Breast Cancer Survivors", **J Psychosom Res**, Vol. LXIV, 2008, pp. 383-391.
- METE Hayriye E., "Kronik Hastalık ve Depresyon", **Klinik Psikiyatri**, C. XI (Ek. 3), 2008, ss. 3-18.
- MILLER Lisa et al., "Religiosity and Major Depression in Adults at High Risk: A Ten Year Prospective Study", **The American Journal of Psychiatry**, Vol. CLXIX, No. 1, 2012, pp. 89-94.
- MOLLAOĞLU Mukadder, "Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik", **2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Kongre Özet Kitabı**, Meta Basım, İzmir, 2007, ss. 9-11.
- MOORE R., "Ethnographic Assessment of Pain and Coping Perceptions", **Psychosomatic Medicine**, Vol. LII, 1990, pp. 129-246.
- MORGAN P. D. - F. G. JOHANSSON - V. MOCK, "Spiritual Well-Being, Religious Coping, and the Quality of Life African-American Breast Cancer Treatment: A Pilot Study", **ABNF Journal**, Vol. XVII, No. 2, pp. 73-77.
- MURPHY Patricia E. et al., "Klinik Depresyon Hastalarında Dini İnanç ve Uygulamaların Depresyon ve Umutsuzlukla İlişkisi", çev. Özlem Güler, **Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, C. XLVIII, S. 2, 2007, ss. 161-170.
- MUSICK M. A. et al., "Religious Activity and Depression Among Community-Dwelling Elderly Persons with Cancer: The Moderating Effect of Race", **The Journal of Gerontology**, Vol. LIII, No. 4, 1998, pp. 218-227.

- MÜEZZİNOĞLU Talha, “Yaşam Kalitesi”, **Üroonkoloji Bülteni**, S. 1, 2005, ss. 25-29.
- NANO M. T. et al., “Psychological Impact and Cosmetic Outcome of Surgical Breast Cancer Strategies”, **ANZ J Surg**, Vol. LXXV, 2005, pp. 940-947.
- NAZLI Aylin, “Sosyolojik Bakışın Eşiğindeki Beden”, **Toplumbilim Dergisi** (Beden Sosyolojisi Özel Sayısı), S. 24, İstanbul, 2009, ss. 61-68.
- NELSON C. J. et al., “Spirituality, Religion and Depression in the Terminally III”, **Psychomatics**, Vol. XLIII, No. 3, 2002, pp. 213-220.
- NES Solberg et al., “Physical Activity Level and Quality of Life in Long Term Lung Cancer Survivors”, **Lung Cancer**, Vol. LXXVII, No. 3, 2012, pp. 611-616.
- O’CONNOR M. et al., “Realationships Between Quality of Life, Spiritual Well-Being, and Psychological Adjustment Styles for People Living with Leukaemia: An Exploratory Study”, **Mental Health, Religion and Culture**, Vol. X, 2007, pp. 631-647.
- OK Üzeyir, “Dini Tutum Ölçeği: Ölçek Geliştirme ve Geçerlik Çalışması”, **Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi**, C. VIII, S. 2, 2011, ss. 528-549.
- OKANLI Ayşe - Mine EKİNCİ, “Meme Kanserli Hasta ve Eşlerinin Yaşam Doyumları Duygu Kontrol Düzeyleri ve Evlilik Uyumlarının Mastektomi Öncesi ve Sonrası Karşılaştırılması”, **New/Yeni Symposium Journal**, C. XLVI, S. 1, 2008, ss. 9-14.
- OKANLI Ayşe, “Kadınlarda Mastektominin Psikososyal Etkileri”, **Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi**, C. I, S. 1, 2004, ss. 1-6.
- OKTAN Vesile - Mustafa ŞAHİN, “Kız Ergenlerde Beden İmajı ile Benlik Saygısı Arasındaki ilişkinin İncelenmesi”, **Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi**, C. VII, S. 2, 2010, ss. 543-556.
- OKTAN Vesile, “Beden İmajı ve Reddedilme Duyarlılığının Öznel İyi Oluşu Yordama Gücü”, **Eğitim Bilimleri ve Uygulama**, C. XI, S. 22, 2012, ss. 119-134.
- OKUMUŞ Ejder, “Gösterişçi Dindarlık”, **Dindarlık Olgusu** (Sempozyum Tebliğ ve Müzakereleri), ed. Hayati Hökelekli, Kurav Yayınları, Bursa, 2006, ss. 113-124.
- OLSON M. M. et al., “Religious Coping and Mental Health Outcomes: An Exploratory Study of Socioeconomically Disadvantaged Patients”, **Explore (NY)**, Vol. VIII, 2012, pp. 172-176.
- OLSON M. M. et al., “Religious Coping and Mental Health Outcomes: An Exploratory Study of Socio-Economically Disadvantaged Patients”, **Explore (NY)**, Vol. VIII, 2012, pp. 172-176.

- ONAY Ahmet, “Dindarlık Ölçme Çalışmaları: Dindarlık Ölçümünde Üç Farklı Yaklaşım ve Ölçmenin Esasları”, **İslami Araştırmalar Dergisi**, C. XIV, S. 3-4, 2001, ss. 439-449.
- ÖZ Fatma, “Hastalık Yaşantısında Belirsizlik”, **Türk Psikiyatri Dergisi**, C. XII, S. 1, 2001, ss. 61-68.
- ÖZCAN Halil ve diğerleri, “Ergenlik ve Genç Yetişkinlik Dönemindeki Kadınlarda Benlik Saygısı, Sosyal Görünüş Kaygısı, Depresyon ve Anksiyete İlişkisi”, **Journal of Mood Disorders**, Vol. III, No. 3, 2013, pp. 107-113.
- ÖZKAN Asiye, “Kanser Hastalarında Ağrı Değerlendirmesi”, **XIII. TPOG Ulusal Pediatrik Kanser Kongresi**, Hemşire Programı, 18-22 Mayıs 2004, ss. 189-192.
- ÖZKAN İlkay A. - Gamze TESKERECİ - Özen KULAKAÇ, “Varoluşçu Felsefe Bakış Açısına Göre Jinekolojik Kanser Yaşantıları: Bir Niteliksel Meta-Sentez Çalışması”, **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, C. V, S. 3, 2013, ss. 313-329.
- ÖZKAN Sedat - Nilüfer ALÇALAR, “Meme Kanserinin Cerrahi Tedavisine Psikolojik Tepkiler”, **Meme Sağlığı Dergisi**, C. V, S. 2, 2009, ss. 60-64.
- ÖZKAN Sedat, “Kanser Hastalarında Psikiyatrik ve Psikososyal Tedavi”, **Psikoonkoloji**, İstanbul, 2007, ss. 153-169.
- ÖZKAN Sedat, “Meme Kanserli Hastaya Psikolojik Yaklaşım, Yaşam Kalitesi”, **Meme Kanseri**, ed. Erkan Topuz, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Yayınları 3, İstanbul, 1997, ss. 501-511.
- ÖZMETE Emine, “Aile yaşam Kalitesi Dinamikleri: Aile İletişimi, Ebeveyn Sorumlulukları, Duygusal Refah, Fiziksel/Materyal Refahın Algılanması”, **Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi**, C. III, S. 11, 2010, ss. 455-465.
- ÖZTEKİN Deniz, “Meme Kanserinde Tanı ve Tedavi Sürecinde Karşılaşılan Sorunlarla Mücadele Yolları”, **Meme Sağlığı Dergisi**, C. II, S. 2, 2006, ss. 67-70.
- ÖZYURT B. E., “Kanser Hastalarının Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyine İlişkin Betimsel Bir Çalışma”, **Kriz Dergisi**, C. XV, S. 1, 2007, ss. 1-15.
- PADILLA G. V. - B. FERRELL - M. M. GRANT, “Defining the Content Domain of Quality of Life for Cancer Patients with Pain”, **Cancer Nurs**, Vol. XIII, 1990, pp. 108-115.
- PADILLA G. V. - M. M. GRANT - B. FERRELL, “Nursing Research into Quality of Life”, **Quality of Life Research**, Vol. I, 1992, pp. 341-348.
- PAGÉ M. Gabrielle et al., “Validation of the Numerical Rating Scale for Pain Intensity and Unpleasantness in Pediatric Acute Postoperative Pain: Sensitive to Change Over Time”, **The Journal of Pain**, Vol. XIII, No. 4 (April), 2012, pp. 359-369.

- PARGAMENT K. I. - C. L. PARK, "Merely a Defense? The Variety of Religious Means and Ends", **Journal of Social Issues**, Vol. LI, No.2, 1995, pp. 13-32.
- PARGAMENT Kenneth I., "Tanrım Bana Yardım Et: Din Psikolojisi Açısından Başa Çıkmanın Teorik Çatısına Doğru", çev. Ahmet Albayrak, **Tabula Rasa-Felsefe Teoloji**, Y. III, S. 9, 2003, ss. 207-238.
- PASACRETA J. V., "Depressive Phenomena, Physical Symptom Distress, and Functional Status Among Women with Breast Cancer", **Nurs Res**, Vol. XLVI, 1997, pp. 214-221.
- PERKINS E. A. et al., "Individual Differences in Well-Being in Older Breast Cancer Survivors", **Critical Reviews in Oncology/Hematology**, Vol. LXII, No. 1, 2007, pp. 74-83.
- PERRON Vincent - Ronald S. SCHONWETTER, "Assesment and Management of Pain in Palliative Care Patients", **Cancer Control**, Vol. VIII, No. 1, 2001, pp. 15-24.
- PETREK J. A. - M. C. HEELAN, "Incidence of Breast Carcinoma Related Lymphedema", **Cancer**, Vol. LXXXIII (suppl 12), 1998, pp. 2776-2781.
- PETTI H. G., "Relationship Between Quality of Life and Depression in Patients with Head and Neck Cancer", **Laryngoscope**, Vol. CVIII, 1998, pp. 147-152.
- PINAR Rukiye - Taflan SALEPÇİ - Füsün AFŞAR, "Assesment of Quality of Life in Turkish Patients with Cancer", **Turkish Journal of Cancer**, Vol. XXXIII, No. 2, 2003, pp. 96-101.
- RABIN E. G. et al., "Depression and Perceptions of Quality of Life of Breast Cancer Survivors and Their Male Partners", **Oncol Nurs Forum**, Vol. XXXVI, 2009, pp. 153-158.
- RAJ P. Prithvi, "Ağrı Taksonomisi", **Ağrı**, ed. Serdar Erdine, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2002, ss. 12-19.
- RAMIREZ S. P. et al., "The Relationship Between Religious Coping, Psychological Distress and Quality of Life in Hemodialysis Patients", **J Psychosom Res**, Vol. LXXII, 2012, pp. 129-135.
- RAMIREZ S. P. et al., "The Relationship Between Religious Coping, Psychological Distress and Quality of Life in Hemodialysis Patients", **Journal of Psychosomatic Research**, Vol. LXXII, 2012, pp. 129-135.
- RAWDIN B. - C. EVANS - M. W. RABOW, "The Relationships Among Hope, Pain, Psychological Distress, and Spiritual Well-Being in Oncology Outpatients", **Journal of Palliative Medicine**, Vol. XVI, No. 2, 2013, pp. 167-172.
- REDDICK B. K. et al., "Examining the Influence of Coping with Pain on Depression, Anxiety, and Fatigue Among Women with Breast Cancer", **J Psychosoc Oncol**, Vol. XXIII, 2005, pp.137-157.

- REGAN Joan M. - Philip PENG, "Neurophysiology of Cancer Pain", **Cancer Control**, Vol. VII, No. 2, 2000, pp. 111-119.
- RIPPENTROP E. A. et al., "The Relationship Between Religion/Spirituality and Physical Health, Mental Health, and Pain in a Chronic Pain Population", **Pain**, Vol. CXVI, No. 3, pp. 311-321.
- ROMERO C. et al., "Self-Forgiveness, Spirituality, and Psychological Adjustment in Women with Breast Cancer", **Journal of Behavioral Medicine**, Vol. XXIX, No. 1, 2006, pp. 29-36.
- RUMMANS T. A. et al., "Quality of Life and Pain in Patients with Recurrent Breast and Gynecologic Cancer", **Psychosomatics**, Vol. XXXIX, 1998, pp. 437-445.
- RUSTOEN T. et al., "Quality of Life in Newly Diagnosed Cancer Patients", **J Adv Nurs**, Vol. XXIX, No. 2, 1999, pp. 490-498.
- SAMMARCO A. et al., "Quality of Life Among Older Survivors of Breast Cancer", **Cancer Nurs**, Vol. XXVI, 2003, pp. 431-438.
- SAVRUN B. Mert, "Depresyonun Tanımı ve Epidemiyolojisi", **İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri (Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu)**, İstanbul, 1999, ss. 11-17.
- SCHEIER A. M. - S. A. WILLIAMS, "Anxiety and Quality of Life of Women Who Receive Radiation or Chemotherapy for Breast Cancer", **Oncology Nursing Forum**, Vol. XXXI, No. 1, 2004, pp. 127-130.
- SCHOU I. et al., "Pessimism as a Predictor of Emotional Morbidity One Year Following Breast Cancer Surgery", **Psychooncology**, Vol. XIII, 2004, pp. 309-320.
- SCHOVER R. L. et al., "Partial Mastectomy and Breast Reconstruction", **Cancer**, Vol. VII, 1994, pp. 54-64.
- SHAW C. - P. MORTIMER - P. A. JUDD, "Randomized Controlled Trial Comparing a Low-Fat Diet with a Weight-Reduction Diet in Breast Cancer-Related Lymphedema", **Cancer**, Vol. CIX, No. 10, 2007, pp. 1949-1956.
- SHEN Fang-Rong et al., "Health-Related Quality of Life Among Breast Cancer Patients and Its Influencing Factor in a Chinese Population", **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, Vol. XIII, 2012, pp. 3747-3750.
- SHERMAN Allen C. - Stephanie SIMONTON, "Religious Involvement Among Cancer Patients", **Faith and Health**, ed. Thomas G. Plante-Allen C. Sherman, The Guilford Press, New York, 2001, pp. 167-194.
- SMITH A. Herd et al., "Prognostic Factors for Lymphedema After Primary Treatment of Breast Carcinoma", **Cancer**, Vol. XCII, 2001, pp. 1783- 1787.

- SOMUNOĞLU Sinem, "Meme Kanserinde Risk Faktörleri", **Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi**, C. II, S. 5, 2007, ss. 2-12.
- SPIEGEL D. - S. SANDS - C. KOOPMAN, "Pain and Depression in Patients with Cancer", **Cancer**, Vol. LXXIV, No. 9, 1994, pp. 2570-2578.
- STACK S., "Dindarlık, Depresyon ve İntihar", çev. Talip Küçükcan, **Akademik Araştırmalar Dergisi**, C. VII, S. 8, 2001, ss. 75-84.
- STRANG P. - H. QVARNER, "Cancer-Related Pain and Its Influence on Quality of Life", **Anticancer Res**, Vol. X, 1990, pp. 109-112.
- SUBAŞI Necdet, "Türkiye Dindarlığı: Yeni Tipolojiler", **İslamiyat Dergisi**, C. V, S. 4, 2002, ss. 17-40.
- SVALINA S. S. - J. R. WEBB, "Forgiveness and Health Among People in Outpatient Physical Therapy", **Disability and Rehabilitation**, Vol. XXXIV, No. 5, 2012, pp. 383-392.
- SWENSON K. K. et al., "Case-Control Study to Evaluate Predictors of Lymphedema After Breast Cancer Surgery", **Oncol Nurs Forum**, Vol. XXXVI, No. 2, 2009, pp. 185- 193.
- SWENSON K. K. et al., "Comparison of Side Effects Between Sentinel Lymph Node and Axillary Lymph Node Dissection for Breast Cancer", **Ann Surg Oncol**, Vol. IX, 2002, pp. 745-753.
- ŞAHİN Nesrin H., "Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri için Geçerlik ve Güvenirliği", **Psikoloji Dergisi**, S. 23, 1989, ss. 3-13.
- ŞENDİL Gül, "Mastektomi Geçirmiş Kadınların Psikolojik Yönünden İncelenmesi", **İstanbul Üniversitesi Tıbbi Psikoloji Çalışmaları**, C. XXI, 1999, ss. 111-122.
- TANGNEY C. C. et al., "Self-reported Dietary Habits, Overall Dietary Quality and Symptomatology of Breast Cancer Survivors: A Cross-Sectional Examination", **Breast Cancer Res Treat**, Vol. LXXI, 2002, pp. 113-123.
- TAPLAMACIOĞLU Mehmet , "Yaşlara Göre Dini Yaşayışın Şiddet ve Kesafeti Üzerine Bir Anket Denemesi", **Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, Ankara, C. X, 1962, ss. 141-151.
- TARAKESHWAR N. et al., "Religious Coping is Associated with the Quality of Life of Patients with Advanced Cancer", **Journal of Palliative Medicine**, Vol. IX, No. 3, 2006, pp. 646-657.
- TAŞ Kemalettin, "Dindarlığın Kriterleri Üzerine Tipolojik Bir Araştırma", **Dindarlığın Sosyo-Psikolojisi**, ed. Ünver Günay-Celalettin Çelik, Karahan Kitabevi, Adana, 2006, ss. 175-206.

- THE WHOQOL GROUP, “The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties”, **Social Science and Medicine Journal**, Vol. XLVI, No. 12, 1998, pp. 1569-1585.
- TOBIN M. B. et al., “The Psychological Morbidity of Breast Cancer-Related Arm Swelling, Psychological Morbidity of Lymphoedema”, **Cancer**, Vol. LXXII, 1993, pp. 3248-3252.
- TOP Mehmet Ş. - Salih Y. ÖZDEN - Meltem E. SEVİM, “Psikiyatride Yaşam Kalitesi”, **Düşünen Adam**, C. 16, S. 1, 2003, ss. 18-23.
- TOPUZLU Cemalettin, “Meme Koruyucu Cerrahi ve Endikasyonları”, **Meme Kanseri**, ed. Erkan Topuz, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Yayınları 3, İstanbul, 1997, ss. 255-261.
- TUĞRUL Ceylan D., “Stres ve Depresyon”, **Psikiyatri Dünyası**, C. IV, 2000, ss. 12-17.
- TULUNAY M. - F. C. TULUNAY, “Ağrı Değerlendirilmesi ve Ölçümü”, **Ağrı**, ed. Serdar Erdine, Alemdar Ofset, İstanbul, 2000, ss. 91-110.
- TUNCAY Tarık, “Kronik Hastalıklarla Başetmede Tinsellik”, **Sağlık ve Toplum**, Y. XVII, S. 2, 2007, ss. 13-20.
- TUNÇER Ömer, “Depresyon ve Somatizasyon”, **İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri** (Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu), İstanbul, 1999, ss. 47-52.
- TURGUT Göksenin E. ve diğerleri, “Meme Yakınması ile Başvuran Kadınlardaki Kaygıyı (Anksiyeteyi) Etkileyen Faktörler”, **Meme Sağlığı Dergisi**, C. V, S. 2, 2009, ss. 92-97.
- TUTKUNKARDAŞ Mustafa D. - Ayşe KILINÇASLAN, “Çocuk ve Ergenlerde Depresyonun İlaçla Tedavisi: Bir Gözden Geçirme”, **Journal of Mood Disorders**, Vol. I, No. 1, 2011, pp. 34-45.
- TÜTÜNCÜ Recep - Hüseyin GÜNAY, “Kronik Ağrı, Psikolojik Etmenler ve Depresyon”, **Dicle Tıp Dergisi**, C. XXXVIII, S. 2, 2011, ss. 257-262.
- ULUŞAHİN Aylin, “Depresyona Genel Yaklaşım”, **Türkiye Tıp Dergisi**, C. X, S. 2, 2003, ss. 79-88.
- UNRUH A. M., “Spirituality, Religion, and Pain”, **Canadian Journal of Nursing Research**, Vol. XXXIX, No. 2, 200, pp. 66-86.
- UZUNOĞLU Sernaz - İrfan ÇİÇİN, “Kanser Hastalarında Ağrıya Yaklaşım”, **Klinik Gelişim**, S. 24, 2011, ss. 14-20.
- ÜNSAL Diclehan ve diğerleri, “Postmastektomi Radyoterapi Uygulanan Meme Kanseri Olgularında Gelişen Yorgunluğun Derecesi, Serum Sitokin ve Leptin Düzeyleri

ile İlişkisi: Prospektif Değerlendirme”, **Türk Onkoloji Dergisi**, C. XXII, S. 1, 2007, ss. 1-12.

V. et al., “Psychological and Sexual Disorders in Long-Term Breast Cancer Survivors”, **Cancer Manag Res**, Vol.IV, 2012, pp. 61-65.

VACHON M. L., “Meaning, Spirituality, and Wellness in Cancer Survivors”, **Seminars in Oncology Nursing**, Vol. XXIV, No. 3, 2008, pp. 218-225.

VAHDANINIA M. - S. OMIDVARI - A. MONTAZERI, “What Do Predict Anxiety and Depression in Breast Cancer Patients? A Follow-up Study”, **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, Vol. XLV, 2010, pp. 355-361.

VALENTE Maria A. Ferreira et al., “Validity of Four Pain Intensity Rating Scales”, **Pain**, Vol. CLII, 2011, pp. 2399-2404.

WACHHOLTZ A. B. - M. J. PEARCE - H. G. KOENIG, “Exploring the Relationship Between Spirituality, Coping, and Pain”, **Journal of Behavioral Medicine**, Vol. XXX, No. 4, 2007, pp. 311-318.

WEISS T., “Correlates of Posttraumatic Growth in Married Breast Cancer Survivors”, **Journal of Social and Clinical Psychology**, Vol. XXIII, No. 5, 2004, pp. 733-746.

WENZEL L. B. et. al., “ Age-Related Differences in the Quality of Life of Breast Carcinoma Patients After Treatment”, **Amerikan Cancer Society**, Vol. LXXXVI, No. 9, 1999, pp.1768-1774.

WINK P. - M. DILLON - B. LARSEN, “Religion as Moderator of the Depression-Health Connection: Findings from a Longitudinal Study”, **Research on Aging**, Vol. CXXVII, No. 2, 2005, pp. 197-220.

YAPAREL Recep, “Dinin Tarifi Mümkün mü?”, **Dokuz Eylül Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, S. 4, 1987, ss. 403-417.

YAPAREL Recep, “Depresyon ve Dini İnançlar ile Tabiatüstü Nedensel Yüklemeler Arasındaki İlişkiler”, **Dokuz Eylül Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, S. 8, 1994, ss. 275-299.

YAPICI Asım, “Dinî Yaşayışın Farklı Görüntüleri ve Dogmatik Dindarlık”, **Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, C. II, S. 2, 2002, ss. 75-118.

YAPICI Asım, “Fiziksel ve Sosyal Hadiselere Sebep Atfetmede Dinin Rolü”, **Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, C. III, S. 1, 2003, ss. 127-166.

YAPICI Asım - Salih ZENGİN, “İlahiyat Fakültesi Öğrencilerinin Dinin Etkisini Hissetme Düzeyleriyle Psiko-Sosyal Uyumları Arasındaki İlişki”, **Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, C. III, S. 2, 2003, s. 65-128.

- YAPICI Asım, “Yeni Bir Dindarlık Ölçeği ve Üniversiteli Gençlerin Dinin Etkisini Hissetme Düzeyi: Çukurova Üniversitesi Örneği”, **Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, C. VI, S. 1, 2006, ss. 65-115.
- YAPICI Asım; “Türk Toplumunda Cinsiyete Göre Dindarlık Farklılaşması: Bir Meta-Analiz Denemesi”, **Fırat Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, C. XVII, S. 2 2012, ss. 1-34.
- YAVUZ Meryem ve diğerleri, “Meme Kanserli Hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerini Kullanma Durumlarının İncelenmesi”, **Türkiye Klinikleri J Med Sci**, C. XXVII, S. 5, 2007, ss. 680-686.
- YEMEZ Beyazıt - Köksal ALPTEKİN, “Depresyon Etiyolojisi”, **Psikiyatri Dünyası**, C. I, 1998, ss. 21-25.
- YETER Kevser - Ayşegül SAVCI - Fatma D. SAYINER, “Meme Kanserinde Rekonstrüktif Cerrahinin ve Hasta Eğitiminin Yaşam Kalitesine Etkisi”, **Meme Sağlığı Dergisi**, C. V, S. 2, 2009, ss. 65-68.
- YILDIRIM İbrahim, “Radyoterapi Nedir?”, **Onkoloji Postası**, Y. I, S. 3, 2010, ss. 7-9.
- YILDIRIM Yasemin K. - Meltem UYAR - Çiçek FADILLIOĞLU, “Kanser Ağrısı ve Yaşam Kalitesine Etkisi”, **Ağrı**, C. XVII, S. 4, 2005, ss. 17-22.
- YILDIZ Ayşegül - Özgül KARAYURT, “Meme Kanserli Kadınların Lenfödem Nedeniyle Yaşadıkları Güçlükler”, **Meme Sağlığı Dergisi**, C. VII, S. 3, 2011, ss. 154-162.
- YILMAZ Hüseyin, “Türk Müslümanlığı, Dindarlık ve Modernlik”, **İslamiyat Dergisi**, C. V, S. 4, 2002, ss. 57-66.
- YILMAZ Hüseyin, “Gelenek ve Modernlik Bağlamında Bir Güvenlik Alanı Olarak Dindarlık”, **Dindarlık Olgusu** (Sempozyum Tebliğ ve Müzakereleri), ed. Hayati Hökelekli, Kurav Yayınları, Bursa, 2006, ss. 129-135.
- YOKUŞ Beran - Dilek Ü. ÇAKIR, “Kanser Biyokimyası”, **Dicle Üniversitesi Veteriner Fakültesi Dergisi**, C. I, S. 2, 2012, ss. 7-18.
- ZAINAL Nor Zuraida et al., “Prevalence of Depression in Breast Cancer Survivors: A Systematic Review of Observational Studies”, **Asian Pacific J Cancer Prev**, Vol. XIV, 2013, pp. 2649-2656.
- ZANAPALIOĞLU Yasemin ve diğerleri, “Effect of Breast Conserving Surgery in Quality of Life in Breast Cancer Patients”, **The Journal of Breast Health**, Vol. V, No. 3, 2009, pp. 152-156.

Diğer Kaynaklar

- AÇIKMEŞE Nagehan I., Kanser Hastalarında İç-Dış Kontrol Odağının Depresyon Üzerine Etkisinin Araştırılması, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2007.
- AĞILKAYA Zuhul, İntihar Girişiminde Bulunanlarda Dini Tutum ve Davranışlar, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2008.
- ALACACIOĞLU Ahmet, Kanser Hastası ve Hasta Yakınlarının Depresyon, Umutsuzluk ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), İzmir, 2007.
- ALBAL Esra, Depresyonla Başa Çıkma Özyeterlik ile Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2009.
- ALBAYRAK Ahmet, “Ergenlerin Dini Gelişiminde Sevgi ve Korku Motifinin Etkinliği”, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Bursa, 1995.
- ALİUSTAOĞLU Mehmet, “Temel Kanser Fizyopatolojisi”, www.klinikgelisim.org.tr/eskisayi/kg22_3/8.pdf, (19.08.2014).
- ALTINBAŞ Kürşat, “Duygu Durum Bozukluklarında Gelecek Sınıflandırma ve Tedaviler”, **17. Klinik Eğitim Sempozyumu**, Antalya, 2013, 78.189.53.61/-/TPD17/12.pdf, (18.12.2014).
- ALTINTAŞ Süleyman, Depresyon ile Dinsel Başa Çıkma Arasında İlişki Üzerine Bir Çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İzmir, 2014.
- American Psychiatric Association, **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th**, ed. V. A. Arlington, American Psychiatric Association, 2013.
- American Psychiatric Association, **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, Forth Edition, Text Revision (DSMIV), Washington, DC, 2000.
- ARDA Şeyda, Kanser Hastalarında Yaşamda Anlamların İncelenmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2011.
- AY Saime - Deniz EVCİK, “Nöropatik Ağrı ve Tedavisi”, www.anamnez.net/article.php?id=89, (29.10.2014).

- AYDEMİR Rûveyda E., Dindarlık ve Mutluluk İlişkisi (İlk Yetişkinlik Dönemi), Ondokuzmayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Samsun, 2008
- AYDIN Özlem G., Yaşamı Sürdürmede Dini İnancın Rolü, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Ankara, 2011.
- AYTEN Ali, Kendini Gerçekleştirme ve Dindarlık İlişkisi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2004.
- BAKAR Nihal, Yaşlı Bireylerde Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler, Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Erzincan, 2012.
- BAKAR Yeşim, Mastektomi Sonrası Gelişen Lenfödemde Fizyoterapinin Etkinliği, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 2005.
- BALCI Fatma, Psikolojik ve Öznel İyi Olma Hali ile Dini İnançlar Arasındaki İlişki Üzerine Bir İnceleme, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Bursa, 2011.
- BANNER Amy T., The Effects of Spirituality on Anxiety and Depression among Breast Cancer Patients: The Moderating Effects of Alexithymia and Mindfulness, The University of North Carolina, (A Dissertation Submitted to Faculty of the Graduate School), Greensboro, 2009.
- BATMAN Elif, Yaşamın Zorluklarıyla Başa Çıkma Kader İnancının Rolü, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Adana, 2008.
- BAYRAM Zeyno, Meme Kanseri Kemoterapi Alan Hastalarda Semptomların ve Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2012.
- BOYLE Peter - Bernard LEVIN, **Dünya Sağlık Örgütü Dünya Kanser Raporu 2008**, Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu (IARC), Lyon , 2008.
- CANBULAT Nejla, Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri, Kendi Kendine Meme Muayenesi ve Mamografiye İlişkin Sağlık İnançlarının İncelenmesi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Erzurum, 2006.
- CEYLAN Veysi, Meme Kanseri Olan Hastalarda Tanı Sonrası Psikososyal Sorunlar, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), Diyarbakır, 2009.
- CHAN Yu, An Exploratory Study on Spirituality and Psychosocial Well-Being in Chinese Breast Cancer Patients, The University of Hong Kong, (A Thesis Submitted in

Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy), 2008.

CLEAVER Bridget, Cancer Survivorship, Massey University, (A Thesis Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the Master of Arts in Psychology), Palmerston North (New Zeland), 2012.

ÇUFTA Muharrem, “Kanser Hastalığı İle Başa Çıkmada Dini İnanç ve Tutumların Rolü (Kosova Örneği)”, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Bursa, 2014.

ÇALIŞKAN İlknur, Mastektomi Ameliyatı Geçiren Hastaların Beden Algıları ve Eş Uyumlarının İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İzmir, 2009.

ÇAPAR Sevinç G., Kemoterapi Gören Kanserli Hastalarda Ağrı ile Anksiyete ve Depresyon Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), Edirne, 2010.

ÇİFTÇİ Aişe, Hastalıklarla Başa Çıkmada Dinin Rolü: Kanserli Hastalar Örneği, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2007.

DAĞLI Emel N., Yaşlılarda Ölüm Kaygısı ve Dindarlık, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Konya, 2010.

DALMIŞ Leyla, Dindarlık Düzeyi ile Dini Pratiklerin İlişkisi (Ankara Örneği), Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 2010.

DOĞAN Nurhan, “Akciğer Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek”, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Erzurum, 2011.

EKŞİ Halil, Başa Çıkma, Dini Başa Çıkma ve Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma: Eğitim, İlahiyat ve Mühendislik Fakültesi Öğrencilerinin Karşılaştırılması, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Bursa, 2001.

ERDEM Kübra, İnfertil Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek ile Depresyon Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Erzurum, 2012.

ERDİNE Serdar, **Ağrı Sendromları**, <http://www.agritr.com/books/agrisendromlari.zip>, (22.10.2014).

GARİP Meral, Meme Kanseri Nedeniyle Opere Olan Hastalarda Meme Koruyucu Cerrahi veya Radikal Mastektomi Kararını Etkileyen Faktörler ve Cerrahi Türünün Hasta Üzerindeki Etkileri, Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), İstanbul, 2008.

- GENÇ Fatma, “Kemoterapi Alan Akciğerli Hastalarda Görülen Semptomlar ve Başaçıkma Tarzları”, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Erzurum, 2005.
- GÖCEN Gülüşan, Şükür ve Psikolojik İyi Olma Arasındaki İlişki Üzerine Bir Alan Araştırması, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Ankara, 2012.
- GÖKTAŞ Sonay B., Meme Kanserinde Mastektomi Sonrası Uygulanan Erken ve Geç Rekonstrüksiyonun Hastanın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İstanbul, 2008.
- GROHOL John M., “DSM-5 Changes: Depression and Depressive Disorders”, <http://pro.psychcentral.com/dsm-5-changes-depressive-disorders/004259.html>, (15.12.2014).
- GÜLER Özlem, Tanrı’ya Yönelik Atıflar, Benlik Algısı ve Günahkarlık Duygusu (Yetişkin Örneklem), Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 2007.
- GÜLTEKİN Murat - Güledal BOZTAŞ, **Türkiye Kanser İstatistikleri**, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı, 2014.
- GÜLTEKİN Nurdan O., Kadınların Meme Kanserine İlişkin Algıları: Bir Fokus Grup Çalışması, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İzmir, 2009.
- GÜN Elif, Stresle Başa Çıkma Bilişsel Süreçler ve Dindarlık Üzerine Bir İnceleme, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Bursa, 2012.
- GÜNER Ayşe, Lise Öğrencilerinin Stresle Başa Çıkmalarında Kullandıkları Dini Motifler, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Sakarya, 2006.
- GÜREL Derya K., “Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Erişkin Onkoloji, Hematoloji Kliniklerinde Kemoterapi Uygulanan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi”, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), 2007.
- GÜRSU Orhan, Ergenlik Döneminde Psikolojik Sağlık ve Dindarlık İlişkisi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Konya, 2011.
- GÜVEN Hülya, Depresyon ve Dindarlık İlişkisi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2008.

- HURİ Meral, Metastatik Prostat Kanseri Bireylerde Ergoterapinin İyi Olma Hali ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Ankara, 2011.
- HÜMBETOVA İrade, Dini Tutum ve Davrayışların Oluşumunda Mükafat ve Cezanın Etkisi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2011.
- İŞGÜZAR Selma, Total Mastektomi Yapılmış Kadınlarda Kaygı, Depresyon ve Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2002.
- JOHNSON B. R. - R. B. TOMPKINS - D. WEBB, "Objective Hope: Assessing the Effectiveness of Faith-Based Organisations: A Review of the Literature", **A report from the Center for Research on Religion and Urban Civil Society**, Philadelphia: University Pennsylvania.
- KANDEMİR Yusuf, Kader İnancının Psikoterapik Açısından Fonksiyonu, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Erzurum, 2006.
- KARAKAŞ Sibel A., "Kanser Hastalarının Hastalığı Değerlendirme Biçimlerinin Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesine Etkisi", Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Erzurum, 2007.
- KARATAŞ Zeki, Evde Bakım Hizmeti Sunan Aile Bireyi Bakıcıların Moral ve Manevi Değerlerinin Başaçıkmadaki Etkisi, Rize Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Rize, 2011.
- KARATEKE Yeliz, Yanıklı Hastalarda Ağrı, Anksiyete ve Depresyon İlişkisinin İncelenmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2010.
- KILIÇKAP Saadettin, Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi ile Hastalığın Klinikopatolojik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 2009.
- KIMTER Nurten, Benlik Saygısı ve Dindarlık İlişkisi, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Bursa, 2008.
- KIRAÇ Ferdi, Dindarlık Eğilimi, Varoluşsal Kaygı ve Psikolojik Sağlık, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 2007.
- KIRMAN Fatma, Stres ve Din: Lise Gençliği Üzerine Psikolojik Bir Araştırma (Kahramanmaraş Örneği), Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Kahramanmaraş, 2013.

- KOÇ Mustafa, Ergenlik Döneminde Dua ve İbadet Psikolojisinin Ruh Sağlığı Üzerindeki Etkileri, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Bursa, 2002.
- KOÇ Mustafa, Yetişkinlik Döneminde Dindarlık ile Benlik Kavramı Değişkenleri Arasındaki İlişki, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Bursa, 2008.
- KURT Aslıhan, Kanser Ağrılı ve Kanser Dışı Kronik Ağrılı Hastaların Psikolojik Faktörler (Depresyon, Kaygı, Başa Çıkma) Açısından Karşılaştırılması, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2005.
- KUTLUK Tezer -Ayşe KARS, **Kanser Konusunda Genel Bilgiler**, T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser ve Savaş Daire Başkanlığı, 2001.
- KUTLUK Tezer, “Dünya Geneline Kanser Sıklığı Yüzde 11 Arttı”, 1-7 Nisan Kanser Haftası Basın Açıklaması, <http://gundem.milliyet.com.tr/dunya-genelinde-kanser-sikligi/gundem/detay/1860824/default.html>, (07.04.2014).
- LOERZEL Viktoria W., Quality of Life in Older Breast Cancer Survivors, University of Central Florida, (A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy in the College of Nursing), Florida, 2007.
- MEHMEDOĞLU A. Ulvi, “Din, Dindarlık ve Değerler”, <http://www.izu.edu.tr/Assets/Content/file/20130613-.pdf>, (06.12.2014).
- MERAL Hakan, Meme Kanseri Hastalarının Mastektomi Sonrası Komplikeasyonları ve Risk Faktörleri, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), Trabzon, 2009.
- MUTLUER Sema, Özgüven Oluşmasında Manevi Değerlerin Rolü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2006.
- OTT C. D., Cancer Support Groups, Psychosocial Adjustment and Health-Promoting Behaviors, Nebraska University, Interdepartmental Area Of Community And Human Resources, (Doctoral Dissertation), Lincoln, Nebraska, 1996.
- ÖNCÜ Hatice K., Mastektomi Ameliyatı Olmuş Meme Kanseri Kadınların, Mastektomi Sonrası Eş Uyumu ile Yalnızlık Düzeyinin İncelenmesi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Samsun, 2008.
- ÖZ Ayşen, Akciğer Kanseri Hastalarda İzlem Sürecindeki Değişikliklerin Yaşam Kalitesine Etkisinin European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC-C 30) Yaşam Kalitesi Ölçeği ve İzlem Sonuçları ile Değerlendirilmesi, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), Manisa, 2012.

- ÖZBAŞ Azize A., Meme Kanseri Hastalarının Distres ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 2008.
- ÖZTÜRK Esra, Radyoterapi Alan Baş ve Boyun Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2011.
- ÖZTÜRK Özlem, Kur'an Kursu Öğrencilerinde Depresyon Düzeyi Üzerine Bir Araştırma, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Konya, 2007.
- ÖZTÜRK Rengin, Yeni Tanı Akciğer Kanserli Hastalarda Anksiyete ve Depresyonun Klinik Seyir Üzerine Etkileri, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), İzmir, 2012.
- PEKER Didem S., Ağrı Yakınması Olan Hastalarda Yaşam Kalitesi, Başa Çıkma Tutumları ve Depresif Belirtilerin Ağrı Algısı ile İlişkisi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), Aydın, 2007
- PERİM Aysun, "Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi", Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Edirne, 2007.
- RAMUKUMBA Mokholelana Margaret, Pain Assessment in a Culturally Diverse United Arab Emirates Context, Health Studies at University of South Africa, (Masters of Arts), 2006.
- REDDY Suresh K. - C. Stratton HILL, "Assessment and Management of Cancer Pain", 2002, www.soc-neuro-onc.org/files/162/, (27.10.2014).
- ROSENTHAL Richard N., Managing Depressive Symptoms in Substance Abuse Clients During Early Recovery, Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, 48, U.S. Department of Health and Human Services, Rockville, 2009, [http://www.kap.samhsa.gov.](http://www.kap.samhsa.gov/), (17.12.2014).
- SALONEN Päivi, "Quality of Life in Patients with Breast Cancer: A Prospective Intervention Study", (Academic Dissertation), School of Health Sciences of the University of Tampere, 2011.
- SARAL Esra K., Meme Kanseri Hastalarının Kansere Uyumlarının Belirlenmesi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 2008.
- SCREIBER Judith A., Image of God: Effect on Coping, Psycho-Spiritual Well-Being and Fear of Recurrence in Early Breast Cancer Survivors", University of Kentucky Graduate School, (Doctoral Dissertation), 2009.

- SERT Fatma, Meme Kanseri Tanılı Hastalarda Adjuvan Hormonal Tedavinin Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), İzmir, 2011.
- SERTÖZ Özen Ö., Meme Kanserinde Ameliyat Tipinin Beden Algısı, Cinsel İşlevler, Benlik Saygısı ve Eş Uyumuna Etkileri: Kontrollü Bir Çalışma, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), İzmir, 2002.
- SUBAŞI Hacer, Üniversite Öğrencilerinin Tanrı ile İlişkilerinin Bağlanma Kuramı Açısından Değerlendirilmesi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2012.
- SÜTCÜ Güler G., Tanı-Ameliyat Süreci Yakın Zamanlı Olan Meme Kanseri Hastalarının Öfke, Depresyon, Stresle Başa Çıkma ve Sosyal Destek Değişkenleri Açısından İncelenmesi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 2010..
- ŞENEL Ferda - Beyazıt ÇIRAKOĞLU, “Kanserle Savaş”, **Bilim ve Teknik**, Şubat 2003 (Ek Sayı).
- ŞENGÜL Fatma, Dindarlık ve Ruh Sağlığı İlişkisi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2007.
- ŞENTEPE Ayşe, Yaşlılık Dönemi’nde Temel Problemler ve Dini Başa Çıkma, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2009.
- ŞİMŞEK Adeviye, Huzurevi Sakinlerinde Dini Yaşayış, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana, 2006.
- TEĞİN Buket, Depresyonda Bilişsel Bozuklular: Beck Modeline Göre Bir İnceleme, Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Ankara, 1980.
- TUNCAY Tarık, Genç Kanser Hastalarının Hastalık Deneyimlerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi: Bir Model Örneği, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Ankara, 2009.
- TUNCER Osen Figan, Psychological Well-Being of Cancer Patients: Depression, Anxiety and Quality of life Among Turkish Cancer Patients, Tillburg University, Clinical Health Psychology, 2011.
- TÜMER Günay, “Din”, **İslam Ansiklopedisi**, C. IX, Diyanet Vakfı Yayınları, 1994.
- TÜNEL Münevver, Meme Kanseri Hastalarında Cerrahi Tedavi Öncesi ve Sonrası Anksiyete ve Depresyon Düzeyi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), Adana, 2011.

- UÇAR Tuba, Meme Kanserli Kadınlarda Mastektominin Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Eş Uyumu Üzerine Etkisinin İncelenmesi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Malatya, 2008.
- UZUN Gülcan, Mastektomi Ameliyatı Olan Hastalarda Postoperatif Dönemde Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyeti ve Bireyin Sosyodemografik Özellikleri İle İlişkinin Değerlendirilmesi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Edirne, 2009.
- YAPAREL Recep, Yirmi-Kırk Yaşlar Arası Kişilerde Dini Hayat ile Psiko-Sosyal Uyum Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Ankara, 1987.
- YILMAZ Eren, Kronik Ağrılı Hastalarda Yaşam Kalitesi, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2006.
- YILMAZER Melek, İleri Evre Kanser Hastalarında Bilgilendirme Odaklı Ağrı ve Depresyon Değerlendirmesi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 2006.
- YOĞURTÇU Fatma, Yetişkinlerde Dindarlık ve Ruh Sağlığı, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), 2009.
- YOLA İrem, The Mediating Roles of Coping Styles and Perceived Social Support Between Dispositional Hope and Posttraumatic Growth/PTSD Relationships Among Postoperative Breast Cancer Patients: a Longitudinal Study, The Graduate School of Social Sciences of Middle East Technical University, 2011.
- ZANAPALIOĞLU Yasemin, “Meme Cerrahisi Sonrası Adjuvan Tedavi Almış Meme Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi Analizi”, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İzmir, 2007.
- Bilim ve Sanat Terimleri Ana Sözlüğü**, “Depresyon maddesi”, Türk Dil Kurumu, <http://www.tdk.gov.tr>, (11.12.2014).
- Breast Cancer Overview**, American Cancer Society, 2013, www.cancer.org, (08.09.2014).
- Breast Cancer**, American Cancer Society, 2013, www.cancer.org, (08.09.2014).
- Büyük Türkçe Sözlük**, “Depresyon maddesi”, Türk Dil Kurumu, <http://www.tdk.gov.tr/>, (11.12.2014).
- Constitution of the World Health Organization, Basic Documents, <http://www.who.int/governance/eb/constitution/en/>, (15.11.2014).
- DSMIV-TR Classification, www.acsw.ab.ca/pdfs/workshop_5_handout.pdf, (17.12.2014).
- <http://www.breastcancer.org/risk/factors>, (02.09.2014).

- http://www.breastcancer.org/treatment/surgery/mastectomy/what_is, (06.09.2014).
- <http://www.bursaonkoloji.gov.tr/>, (10.07.2014).
- <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/breast/Patient/page5>, (06.09.2014).
- <http://www.iasp-pain.org/Education/>, (24.09.2014).
- Notes on “Quality of life” <http://www.gdrc.org/uem/qol-define.html>, (20.11.2014).
- Quality of Life Research Unit, “The Quality of Life Model”, University of Toronto, http://sites.utoronto.ca/qol/qol_model.htm, (10.11.2014).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı, **Meme Kanseri ve Mamografi**, <http://www.kanser.gov.tr> , (07.04.2014).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı, **2009 Kanser İnsidansları, GLOBOCAN 2012**, <http://www.kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri.html>, (07.04.2014).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı, **Dünya Kanser İstatistikleri**, <http://www.kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri.html>, (07.04.2014)
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı, **Kanser Türleri**, <http://www.kanser.gov.tr/meme-kanseri.html>, (07.04.2014).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı, **Kemoterapi**, <http://www.kanser.gov.tr/kemoterapi.html>, (07.04.2014).
- What You Need To Know About “Breast Cancer”**, National Cancer Institute, NIH Publication, No. 05-1556, 2005.
- WHO**, Fact Sheet N°369, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>, 2012, (16.12.2014).
- WHO**, <http://www.who.int/topics/depression/en/>, (16.12.2014).
- WHO**, Scoring and Coding for the WHOQOL-SRBP Field-Test Instrument, Geneva, 2012, http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/, (10.11.2014).
- WHO**, The Constitution of the WHO, WHO Chronicle, No. 1, 1947.
- WHO**, **The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders** <http://www.who.int/classifications/icd/en/>, (16.12.2014).
- WHO**, WHOQOL-Measuring Quality of Life, Geneva, 1997.
- World Cancer Factsheet**, Cancer Research UK, August 2012.

EKLER

EK-1: ANKET UYGULAMA İZİNİ

EK-1A: Bursa İl Sağlık Müdürlüğü Anket Uygulama Talebi



T.C
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

BURSA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
GİDEN EVRAK TARİHİ: 20.12.2013
KAYIT NO: 57486
GELDİĞİ BİRİM YATAKLI SAĞLIK
HİZMETLERİ ŞUBE

SAYI : 17924561 / 99

KONU : Anket Çalışması

BURSA İLİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİNE

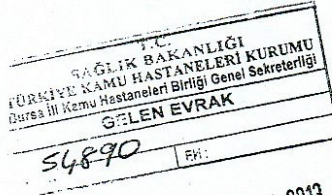
Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü Öğrenci İşlerinin 09.12.2013 tarih ve 37492 sayılı yazısı yazımız ekinde sunulmuştur. İlgili yazıda; Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Emine KURT "Meme Kanseri Hastalarda Ağır ve Uzun Kaybına Bağlı Depresyon Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Dindarlık ile İlişkisi" konulu tez çalışmasına veri toplamak için anket çalışmasını Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesinde uygulamak istediği belirtilmiştir.

Söz konusu anketin Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesinde uygulanıp uygulanamayacağı hakkında görüşlerinizi Rektörlüğe sunulmak üzere Sağlık Müdürlüğüne bildirilmeniz hususunda;

Gereğini rica ederim.

Dr. Sibel FASIN
Müdür Yardımcısı
Sağlık Müdür Yardımcısı

EK: 8 sayfa



20 Aralık 2013

Hüdavendigar Mah. Hat Cad. No: 4 16090 Osmangazi/ BURSA
Telefon : (0224) 295 60 00 , (0 224) 444 4 112 Faks: 0 (224) 233 50 92
e-posta : tedavi@bsm.gov.tr Elektronik Ağ : [http : www.bsm.gov.tr](http://www.bsm.gov.tr)

Ayrıntılı Bilgi için İrtibat : R. KARAKAŞ

EK-1B: Bursa Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Anket Uygulama İzni

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Bursa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekrete

Sayı : 69124690/

Konu : Anket Onayı

BURSA KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ:
GENEL SEKRETERLİK

GİDEN EVRAK TARİHİ: 22.01.2014

KAYIT NO: 1814

GELDİĞİ BİRİM İLARI HİZ. (EĞİTİM)
BŞ.F.

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

Bursa İl Sağlık Müdürlüğü'nün 20.12.2013 tarih ve 57486 sayılı yazısında; Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalının Yüksek Lisans öğrencisi **Emine KURT**' un "**Meme kanserli Hastalarda Ağrı ve Uzun Kaybına Bağlı Depresyon Düzeyinin Yaşam Kalitesi ve Dindarlıkla İlişkisi**" konulu tez çalışması kapsamında anket sorularını Genel Sekreterliğimize bağlı Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesinde uygulamak isteği Başkanlığımızca uygun görülmüş olup; Makamınızca da uygun görüldüğü takdirde olurlarınıza arz ederim.

Dr. Alparslan AKKAYA
İdari İşler Başkanı

OLUR
.../01/2014

Op. Dr. Yavuz BAŞTUĞ
Genel Sekreter

EKLER:

- 1- Kurum Yazısı(1 adet),
- 2-Etik Kurul Kararı (2 sayfa),
- 3-Katılımcı Onay Belgesi (1 sayfa),
- 4-Anket Formu (5 sayfa),
- 5-Araştırmacı ve Araştırmaya Ait Belge (2 sayfa)

17/01/2014 Uzman

: Dr. M. BOYLU

İdari Hizmetler Başkanlığı
Kükürtlü mah. Konca sok. Çocuk Hast. Çekirge Kampüsü İdari Bina
Telefon: (0224) 275 20 00 (83 49 dahili) Faks: (0224) 234 7199
Elektronik Ağ: egitim@bkhb.gov.

İrtibat: Fatma DOĞAN

**EK-1C: Bursa Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Anket Uygulama Onay
Yazısı**

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Bursa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

BURSA KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ
GİDEN EVRAK TARİHİ: 23.01.2014
KAYIT NO: 1953
GELDİĞİ BİRİM İDARI HİZ. (İNS.KAYNAK.) BŞK.

Sayı : 88553808/

Konu : Anket Onayı

ALİ OSMAN SÖNMEZ ONKOLOJİ HASTANESİ HASTANE YÖNETİCİLİĞİNE

Bursa İli Sağlık Müdürlüğü'nün 20.12.2013 tarih ve 57486 sayılı yazısında; Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalının Yüksek Lisans öğrencisi **Emine KURT**' un "**Meme kanserli Hastalarda Ağrı ve Uzuv Kaybına Bağlı Depresyon Düzeyinin Yaşam Kalitesi ve Dindarlıkla İlişkisi**" konulu tez çalışması kapsamında anket sorularını Genel Sekreterliğin bağlı Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesinde uygulamak isteği Genel Sekreterlik Makamının **22.01.2014** tarih ve **1814** sayılı **OLUR** yazımız ekinde gönderilmektedir

Gereğini rica ederim

Dr. Adıparlan AKKAYA
İdari İşler Başkanı

EKLER:

- 1- Kurum Yazısı(1 adet),
- 2-Etik Kurul Kararı (2 sayfa),
- 3-Katılımcı Onay Belgesi (1 sayfa),
- 4-Anket Formu (5 sayfa),
- 5-Araştırmacı ve Araştırmaya Ait Belge (2 sayfa).

22.01/2014 Uzman

: Dr. M. BOYLU

İdari Hizmetler Başkanlığı
Kükürtlü mah. Konca sok. Çocuk Hast. Çekirge Kampüsü İdari Bina
Telefon: (0224) 275 20 00 (83 49 dahili) Faks: (0224) 234 7199
Elektronik Ağ: egitim@bkhb.gov.

İrtibat: Fatma DOĞAN

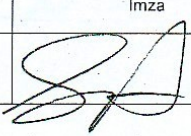
**EK-2: ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURUL ONAYI**

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU


BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN ADI	Meme kanserli hastalarda ağrı ve uzuv kaybına bağlı depresyon düzeylerinin yaşam kalitesi ve dindarlık ile ilişkisi
	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ ADISOYADI	Doç.Dr.Ahmet Albayrak
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
	YARDIMCI ARAŞTIRMACI	Yüksek Lisans Öğrencisi Emine Kurt
	DESTEKLEYİCİ	-
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	Anket çalışması
	ARAŞTIRMANIN YAPILIŞ AMACI	Yüksek Lisans tez çalışması
	ARAŞTIRMANIN TAHMİNİ SÜRESİ KATILACAK GÖNÜLLÜ SAYISI	5 ay 400

DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Dili
	Araştırma ilk başvuru ön yazısı	02.01.2014	Türkçe
	GİRİŞİMSEL OYMAZAN ARAŞTIRMALAR İÇİN BAŞVURU FORMU	01.01.2014	Türkçe
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	02.01.2014	Türkçe
	ANKET FORMU	-	Türkçe
ARAŞTIRICILAR İÇİN TAAHHÜTNAME FORMU	02.01.2014	Türkçe	

KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 2014-1/23	Tarih : 07 Ocak 2014
	<p>Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı Din Psikolojisi BD Öğretim Üyesi Doç.Dr.Ahmet Albayrak'ın sorumluluğunda yürütülmesi planlanan. yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvurusu dosyası ve ilgili belgeler, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelendi. Aşağıda belirtilen hususların düzenlenerek kurulumuza iletilmesinden sonra tekrar değerlendirilmesine oybirliği ile karar verildi.</p> <p>1- Araştırmanın yapılmasının uygun olduğuna.</p> <p>2- İlgili kurumdan alınacak onay belgesinin bir kopyasının kurulumuza iletilmesinden sonra çalışmaya başlanılmasına.</p> <p>3- Araştırmanın yürütülmesi sırasında Etik Kurul kaşesi bulunan "Onam" formunun kullanılması ve bu formun çalışmaya katılan gönüllülere çalışma hakkında sözlü bilgi verilmesi sonrasında eksiksiz bir şekilde doldurulmasına.</p> <p>4- Araştırmanın başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kurulumuza iletilmesine.</p> <p>5- Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine oybirliği ile karar verildi.</p>	

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU						
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu					
BAŞKANIN UNVANI/ADI SOYADI	Prof.Dr.Mine Sibel GÜRÜN					
ÜYELER						
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeligi	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti	Araştırma ile İlişki	Katılım (*)	İmza
Prof. Dr. Mine Sibel GÜRÜN Başkan	Farmakoloji	U.Ü.T.F. Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	

EK-3: GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

	ÜÜ-SK ARAŞTIRMA ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)		
	Dok.Kodu : FR-HYH-22	İlk Yay.Tarihi : 04 Ocak 2010	Sayfa : 1 / 1
Rev. No : 01	Rev.Tarihi : 19 Aralık 2011		

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi **Ahmet Albayrak** tarafından yürütülen “**Meme Kanserli Hastalarda Ağrı ve Uzun Kaybına Bağlı Olarak Depresyon Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Dindarlık İle İlişkisi**” başlıklı ankete dayalı bir **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz. **Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **anket formlarındaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırma Sorumlusu
(Adı, Soyadı-Ünvanı-İmzası)
Doç. Dr. Ahmet Albayrak

Araştırmanın Amacı:

Bu araştırma, “*meme kanserinde, ağrı ve uzun kaybına (mastektomiye) bağlı depresyon düzeyinin yaşam kalitesi ve dini tutum ile ilişkisi*”ni ortaya koymak amacıyla planlanmıştır

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:

Anket formunun, hastaların kendilerini rahat hissettikleri ve zihinsel olarak formun içeriğindeki maddeleri anlama ve algılamada sıkıntı yaşamayacakları bir durumda uygulanmasına özen gösterilecektir. Anket formunda verilen bilgilerin, kesinlikle gizli kalacağı ve elde edilen verilerin yalnızca araştırma amaçlı kullanılacağı, ifade edilecektir. Anket uygulamasının yaklaşık 25-30 dakika kadar süreceği hastaya, anket uygulamasından önce açıklanacaktır. Herbir maddeyi dikkatli bir şekilde okumaları istenecek, anlamamaları ve açık olmayan maddeler için düşünebilecekleri veya atlayabilecekleri ya da rahatlıkla bize sorabilecekleri belirtilecektir. Soruların, doğru ya da yanlış cevabı olmadığı, katılımcılardan kendilerini en iyi şekilde ifade eden cümle grubunu işaretlemeleri istenecektir.

Araştırmanın Süresi: 25-30 dakika

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 400

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi

Araştırmaya Katılan Araştırmacılar: Doç. Dr. AHMET ALBAYRAK
Tez Danışmanı

EMİNE KURT
Yüksek Lisans Öğrencisi

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.

Tarih : 07.01.2014
Karar No : 2014-1/23

Çalışmanın adı: “**Meme Kanserli Hastalarda Ağrı ve Uzun Kaybına Bağlı Olarak Depresyon Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Dindarlık İle İlişkisi**”

Tarih: 02 / 01 / 2014

EK-4: ANKET FORMU

TARİH:/...../.....

"MEME KANSERLİ HASTALARDA AĞRI ve UZUV KAYBINA BAĞLI DEPRESYON
DÜZEYLERİNİN YAŞAM KALİTESİ ve DİNDARLIK İle İLİŞKİSİ"

I. HASTA BİLGİ FORMU

1.	YAŞINIZ			
2.	MEDENİ DURUMUNUZ	<input type="checkbox"/> EVLİ		<input type="checkbox"/> BEKAR
		<input type="checkbox"/> EŞİNDEN AYRILMIŞ		<input type="checkbox"/> EŞİ VEFAT ETMİŞ
3.	OTURDUĞUNUZ YERLEŞİM BİRİMİ	<input type="checkbox"/> KÖY	<input type="checkbox"/> İLÇE	<input type="checkbox"/> ŞEHİR
4.	MESLEĞİNİZ			
5.	EĞİTİM VE ÖĞRENİM DURUMUNUZ	<input type="checkbox"/> OKUMA-YAZMA BİLMİYOR		<input type="checkbox"/> OKUMA-YAZMA BİLİYOR
		<input type="checkbox"/> İLKOKUL		<input type="checkbox"/> ORTAOKUL
		<input type="checkbox"/> LİSE		<input type="checkbox"/> ÜNİVERSİTE
6.	SOSYAL GÜVENCENİZ	<input type="checkbox"/> VAR		<input type="checkbox"/> YOK
7.	AYLIK GELİR DURUMUNUZ	<input type="checkbox"/> DÜŞÜK		<input type="checkbox"/> ORTA
		<input type="checkbox"/> İYİ		<input type="checkbox"/> ÇOK İYİ
8.	HASTALIĞINIZA İLK TANI KAÇ YIL/AY ÖNCE KONULDU?			
9.	HASTALIK EVRENİZ	<input type="checkbox"/> EVRE I		<input type="checkbox"/> EVRE II
		<input type="checkbox"/> EVRE III		<input type="checkbox"/> EVRE IV
10.	UYGULANAN TEDAVİLER	<input type="checkbox"/> KEMOTERAPİ	<input type="checkbox"/> RADYOTERAPİ	<input type="checkbox"/> HORMONOTERAPİ
11.	AMELİYAT TİPİ	<input type="checkbox"/> MASTEKTOMİ	<input type="checkbox"/> MEME KORUYUCU CERRAHİ	<input type="checkbox"/> REKONSTRÜKSİYON
12.	DAHA ÖNCE PSİKOLOJİK BİR RAHATSIZLIK GEÇİRDİNİZ Mİ? (Cevabınız EVET ise tanıyı belirtiniz.)			
	<input type="checkbox"/> EVET (TANI) :		<input type="checkbox"/> HAYIR	
<i>Aşağıdaki yargılara, "EVET" veya "HAYIR" olarak cevap veriniz.</i>				
13.	HASTALIĞIM SÜRESİNCE AİLEMİN VE YAKINLARIMIN İLGI VE DESTEĞİNİ, SÜREKLİ YANIMDA HİSSETTİM.			
	<input type="checkbox"/> EVET		<input type="checkbox"/> HAYIR	
14.	(Mastektomi yapıldıysa) AMELİYAT SONRASI FİZİKSEL GÖRÜNTÜM BENİ RAHATSIZ EDİYOR.			
	<input type="checkbox"/> EVET		<input type="checkbox"/> HAYIR	

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 07.01.2014
Karar No : 2014-1/23

II. BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

1	a.	Kendimi üzgün hissetmiyorum.
	b.	Kendimi üzgün hissediyorum.
	c.	Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
	d.	Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2	a.	Gelecekte umutsuz değilim.
	b.	Gelecek konusunda umutsuzum.
	c.	Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
	d.	Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.
3	a.	Kendimi başarısız görmüyorum.
	b.	Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
	c.	Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
	d.	Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum.
4	a.	Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
	b.	Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
	c.	Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
	d.	Beni doyan hiçbir şey yok. Her şey çok can sıkıcı.
5	a.	Kendimi suçlu hissetmiyorum.
	b.	Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
	c.	Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
	d.	Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6	a.	Cezalandırılmışım gibi duygular içinde değilim.
	b.	Sanki, bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içindeyim.
	c.	Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.
	d.	Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.
7	a.	Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım.
	b.	Kendimi hayal kırıklığına uğrattım.
	c.	Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
	d.	Kendimden nefret ediyorum.
8	a.	Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum.
	b.	Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
	c.	Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum.
	d.	Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9	a.	Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
	b.	Bazen, kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapamam.
	c.	Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim.
	d.	Eğer fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.
10	a.	Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
	b.	Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum.
	c.	Şimdilerde her an ağlıyorum.
	d.	Eskiden ağlayabilirdim, şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 07.01.2014
Form No : 2013/1/23

2

11	a.	Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam.
	b.	Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.
	c.	Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.
	d.	Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.
12	a.	Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
	b.	Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
	c.	Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
	d.	Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13	a.	Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum.
	b.	Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum.
	c.	Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
	d.	Artık hiç karar veremiyorum.
14	a.	Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğumu sanmıyorum.
	b.	Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum.
	c.	Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğumu düşünüyorum.
	d.	Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15	a.	Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
	b.	Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.
	c.	Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
	d.	Hiç çalışmıyorum.
16	a.	Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum.
	b.	Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.
	c.	Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.
	d.	Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17	a.	Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
	b.	Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.
	c.	Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.
	d.	Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.
18	a.	İştahım eskisinden pek farklı değil.
	b.	İştahım eskisi kadar iyi değil.
	c.	Şimdilerde iştahım epey kötü.
	d.	Artık hiç iştahım yok.
19	a.	Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
	b.	Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim.
	c.	Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim.
	d.	Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.
20	a.	Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
	b.	Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.
	c.	Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
	d.	Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka şeyleri düşünemiyorum.
21	a.	Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
	b.	Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
	c.	Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.
	d.	Hiç cinsel istek duymuyorum.

(Handwritten signature)

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 07.01.2014
Karar No : 2014-1/23

III. EORTC QLQ-C30

Lütfen aşağıda verilen soruların tamamını dikkatli bir şekilde okuyunuz ve size uygun gelen rakamı daire içine alarak yanıtlayınız. Soruların "doğru" veya "yanlış" yanıtları yoktur. Verdiğiniz yanıtlar kesinlikle gizli kalacaktır.

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
1 Ağır bir alışveriş torbası veya valiz taşımak gibi zorlu hareketler yaparken güçlük çeker misiniz?	1	2	3	4
2 Uzun bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız?	1	2	3	4
3 Evin dışında kısa bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız?	1	2	3	4
4 Günün büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4
5 Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tualeti kullanırken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4

Geçen Hafta Süresince

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
6 İşinizi veya günlük aktivitelerinizi yapmaktan sizi alıkoyan herhangi bir engel var mıydı?	1	2	3	4
7 Boş zaman aktivitelerinizi sürdürmekten veya hobilerinizle uğraşmaktan sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	1	2	3	4
8 Nefes darlığı çektiniz mi?	1	2	3	4
9 Ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
10 Dinlenme ihtiyacınız oldu mu?	1	2	3	4
11 Uyumakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
12 Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?	1	2	3	4
13 İştahınız azaldı mı?	1	2	3	4
14 Bulantınız oldu mu?	1	2	3	4
15 Kustunuz mu?	1	2	3	4
16 Kabız oldunuz mu?	1	2	3	4

Geçen Hafta Süresince

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
17 İshal oldunuz mu?	1	2	3	4
18 Yoruldunuz mu?	1	2	3	4
19 Ağrılarınız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?	1	2	3	4
20 Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleri yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
21 Gerginlik hissettiniz mi?	1	2	3	4
22 Endişelendiniz mi?	1	2	3	4
23 Kendinizi kızgın hissettiniz mi?	1	2	3	4
24 Bunalıma girdiniz mi?	1	2	3	4
25 Bazı şeyleri hatırlamakta güçlük çektiniz mi?	1	2	3	4
26 Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz aile yaşantınıza engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
27 Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz sosyal aktivitelerinize engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
28 Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz maddi zorluğa düşmenize yol açtı mı?	1	2	3	4

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 07.01.2014
Karar No : 2013 - 1 / 22

4

Aşağıdaki sorular için 1 ile 7 arasındaki size en uygun rakamı daire içine alınız.

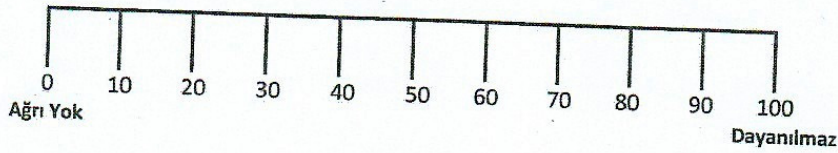
29	Geçen haftaki sağlığını genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?						
	1	2	3	4	5	6	7
	Çok Kötü					Mükemmel	
30	Geçen haftaki hayat kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?						
	1	2	3	4	5	6	7
	Çok Kötü					Mükemmel	

IV.OK-DİNİ TUTUM ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ifadelere ne düzeyde katılıyorsunuz?		Hiç katılmıyorum	Az katılıyorum	Orta düzeyde katılıyorum	Çok katılıyorum	Pek çok katılıyorum
1	İnanmadığım dinin gereklerini yerine getirmeye çalışırım .					
2	Yaşamımın dini değerlere uygun olup olmadığına dikkat ederim .					
3	Ezan, dua veya ayet gibi dini okumaları dinlediğimde duygulanırım.					
4	Dini etkinliklere katıldığımda gerçekten zevk alırım .					
5	Dinin gereksiz olduğunu düşünüyorum (-) .					
6	Dini inancın insanlara yararından çok zararı olduğunu düşünüyorum (-) .					
7	Allah'ın bana çok yakın olduğunu hissediyorum .					
8	Zor zamanlarda Allah'ın bana yardım ettiğini düşünüyorum .					

V.SAYISAL AĞRI SKALASI

Lütfen, son bir hafta içinde (şu an dahil) hissettiğiniz **AĞRININ** şiddetini, aşağıdaki skalada en iyi ifade ettiğini düşündüğünüz değeri işaretleyerek belirtiniz.



Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 07.01.2014
Karar No : 2014-1/23

ÖZGEÇMİŞ

ÖZGEÇMİŞ			
Adı, Soyadı	Emine		KURT
Doğum Yeri ve Yılı	Orhaneli (Bursa)		1977
Bildiği Yabancı Diller	İngilizce		Arapça
ve Düzeyi	Orta		Düşük
Eğitim Durumu	Başlama - Bitirme Yılı		Kurum Adı
Lise	1990	1994	Bursa İmam Hatip Lisesi
Lisans	1994	1999	Selçuk Üniversitesi Eğitim Fakültesi Biyoloji Öğretmenliği Bölümü
Yüksek Lisans	2012	2015	Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı
Doktora			
Çalıştığı Kurum (lar)	Başlama - Ayrılma Yılı		Çalışılan Kurumun Adı
1.			
2.			
3.			
Üye Olduğu Bilimsel ve Mesleki Kuruluşlar			
Katıldığı Proje ve Toplantılar			
Yayımlar:			
Diğer:			
İletişim (e-posta):	fekurt@gmail.com		
	Tarih	29.01.2015	
	İmza		
	Adı Soyadı	Emine KURT	

T. C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Bu belge ile bu tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik davranış ilkelerine uygun olarak toplanıp sunulduğunu beyan ederim. Bu kural ve ilkelerin gereği olarak, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları andığımı ve kaynağını gösterdiğimi ayrıca beyan ederim.

Emine KURT