



T.C

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**YENİ TANI ALMIŞ MEME KANSERİ HASTALARININ
KANSERE TEPKİLERİYLE DİNİ BAŞ ETMELERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

BÜŞRA ALTINTAŞ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi SİBEL DOĞAN

İSTANBUL-2019

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans tezi çalışmam süresince benden bilimsel katkı ve yardımlarını esirgemeyen sayın danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Sibel Doğan'a,

Tez çalışmam sırasında yardım ve desteklerini esirgemeyen İstanbul Medipol Mega Üniversitesi Hastanesi hemşireleri ve doktorlarına,

Bu günlere gelmemde en büyük paya sahip olan, hayatımın her anında olduğu gibi eğitim ve tez dönemimde de yanımda olan ve beni her zaman destekleyen kıymetli annem Gülcan Altıntaş'a ve babam Nail Altıntaş'a,

Her zaman yüzümü güldüren ve motive eden çok kıymetli kardeşim Yusuf Altıntaş'a,

Bilgi ve tecrübesi ışığında benden yardımlarını esirgemeyen sayın Öğr. Gör. Vildan Kocatepe'ye

Tez çalışmama katılmayı kabul eden tüm hastalara sonsuz teşekkür ederim.

TEZ ONAY FORMU	i
BEYAN	ii
TEŞEKKÜR	iii
KISALTMALAR	vi
ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ	vii
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ	3
4. GENEL BİLGİLER	5
4.1. Meme Kanseri	5
4.2. Epidemiyoloji	6
4.3. Etyoloji ve Risk Faktörleri.....	6
4.4. Meme Kanseri Belirti ve Bulguları	10
4.5. Meme Kanseri Tarama Yöntemleri.....	11
4.6. Meme Kanserinin Sınıflandırılması	13
4.6.1. Noninvaziv Meme Kanserleri.....	13
4.6.2. İnvaziv Meme Kanserleri	14
4.7. Meme Kanseri Evreleri	15
4.8. Meme Kanseri Tedavileri	16
4.8.1. Cerrahi Tedavi	16
4.8.2. Radyoterapi	17
4.8.3. Hormonal Tedavi.....	18
4.8.4. Kemoterapi	18
4.8.4.1. Kemoterapi Verilme Şekilleri	19
4.8.4.2. Kemoterapinin Yan Etkileri	19
4.8.4.2.1. Kemoterapinin Fiziksel Yan Etkileri	19
4.8.4.2.2. Kemoterapinin Sosyal Yan Etkileri	19
4.8.4.2.3. Kemoterapinin Psikolojik Yan Etkileri	20
4.9. Meme Kanserine Tepki ve Psikososyal Uyum	20
4.10. Başa Çıkma ve Dini Başa Çıkma	24
4.10.1. Başa Çıkma.....	24
4.10.2. Dini Başa Çıkma	25
4.10.2.1. Dini Başa Çıkma Biçimleri	28

4.10.2.2. Dini Başa Çıkmanın Olumlu Biçimleri	29
4.10.2.3. Dini Başa Çıkmanın Olumsuz Biçimleri	30
4.11. Din ve Ruh Sağlığı	30
4.12. Dinin Hastalıklarla Başa çıkmadeki Rolü	31
4.13. Kanserle Başa Çıkma Sürecinde Dinin Fonksiyonu	32
5. MATERYAL VE METOT	34
5.1. Araştırmanın Tipi	34
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	34
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	34
5.4. Araştırmanın Uygulanması	34
5.5. Araştırmanın Değişkenleri	34
5.6. Veri Toplama Araçları	35
5.7. Verilerin Değerlendirilmesi	37
5.8. Araştırmanın Etik Yönü	37
5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	38
6. BULGULAR	39
7. TARTIŞMA	74
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	87
9. KAYNAKLAR	91
10. EKLER	103
11. ETİK KURUL ONAYI	109
12. ÖZGEÇMİŞ	112

KISALTMALAR VE SİMGELER

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACS	:American Cancer Society (Amerikan Kanser Birliği)
ASCO	:American Society of Clinical Oncology.
BKI	: Beden Kitle İndeksi
BPM	:Bilateral Profilaktik Mastektomi
CC	:Kranjo kaudal
HRT	:Hormon Replasman Tedavisi
KKMM	:Kendine Kendine Meme Muayenesi
KPM	: Kontrlateral Profilaktik Mastektomi
LHRH	: Luteinizan Hormon Serbestleştirici Hormon
LKIS	: Lobüler Karsinoma İn Situ
MR	: Manyetik Rezonans
MLO	: Medyo lateral oblik
TMHDF	: Türkiye Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu
TNM	: Tümör boyutu (T), Lenf nodu metastazı (N), uzak metastaz (M)

ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ

Sayfa No.

Şekil-4. 1 Dini başa çıkma süreci.....	26
Tablo 4. 1 Meme Kanserinde Risk Faktörleri	6
Tablo 4. 2 Meme Kanserinin Histopatolojik Sınıflaması	13
Tablo 4. 3 TNM Sınıflaması	14
Tablo 4. 4 TNM Sınıflamasına Göre Meme Kanseri Evrelemesi	15
Tablo 6. 1. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri	39
Tablo 6. 2. Hastaların Yaş Gruplarına Göre Olumlu ve Olumsuz Dini Başa Çıkma Puanlarının Karşılaştırılması	42
Tablo 6. 3. Hastaların Yaş Gruplarına Göre Kansere Tepki Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması	43
Tablo 6. 4. Hastaların Medeni Durumlarına Olumlu ve Olumsuz Dini Başa Çıkma Puanlarının Karşılaştırılması	45
Tablo 6. 5. Hastaların Medeni Durumlarına Göre Kansere Tepki Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması	46
Tablo 6. 6. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Olumlu ve Olumsuz Dini Başa Çıkma Puanlarının Karşılaştırılması	47
Tablo 6. 7. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Kansere Tepki Ölçeği Alt Boyutu Puanlarının Karşılaştırılması	49
Tablo 6. 8. Hastaların Çalışma Durumlarına Göre Olumlu ve Olumsuz Dini Başa Çıkma Puanlarının Karşılaştırılması	51
Tablo 6. 9. Hastaların Çalışma Durumlarına Göre Kansere Tepki Ölçeği Alt boyutları Puanlarının Karşılaştırılması	52
Tablo 6.10. Hastaların Aile Tipine Göre Olumlu ve Olumsuz Dini Başa Çıkma Puanlarının Karşılaştırılması	53
Tablo 6. 11. Hastaların Aile Tipine Göre Kansere Tepki Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması	54
Tablo 6. 12. Hastaların Çocuk sahibi Olma Durumuna Olumlu ve Olumsuz Dini Başa Çıkma Puanlarının Karşılaştırılması	55
Tablo 6. 13.Hastaların Çocuk sahibi Olma Durumuna Göre Kansere Tepki Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması	56
Tablo 6. 14. Hastaların Ekonomik Durumlarına Göre Olumlu ve Olumsuz Dini Başa çıkma Puanlarının Karşılaştırılması	57
Tablo 6. 15. Hastaların Ekonomik Durumlarına Göre Kansere Tepki Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	57
Tablo 6.16. Hastalık Süresine Göre Olumlu ve Olumsuz Dini Başa Çıkma Puanlarının Karşılaştırılması	58
Tablo 6.17. Hastalık Süresine Göre Kansere Tepki Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	59

Tablo 6.18. Mastektomi Olma Durumuna Göre Olumlu ve Olumsuz Dini Başa Çıkma Puanlarının Karşılaştırılması	60
Tablo 6.19. Mastektomi Olma Durumuna Göre Kansere Tepki Tarzı Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	61
Tablo 6.20. Alınan Kür Sayısına Göre Olumlu ve Olumsuz Dini Başa Çıkma Puanlarının Karşılaştırılması	62
Tablo 6.21. Alınan Kür Sayısına Göre Kansere Tepki Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	63
Tablo 6.22. Tanıyı Öğrendiği Kişiye Göre Olumlu ve Olumsuz Dini Başa Çıkma Puanlarının Karşılaştırılması	64
Tablo 6.23. Tanıyı Öğrendiği Kişiye Göre Kansere Tepki Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	65
Tablo 6.24. Ailesinde Meme Kanseri Olma Durumuna Göre Olumlu ve Olumsuz Dini Başa Çıkma Puanlarının Karşılaştırılması	66
Tablo 6.25. Ailesinde Meme Kanseri Olma Durumuna Göre Olumlu ve Olumsuz Dini Başa Çıkma Puanlarının Karşılaştırılması	66
Tablo 6.26. Destek Alma Durumuna Göre Olumlu ve Olumsuz Dini Başa Çıkma Puanlarının Karşılaştırılması	67
Tablo 6.27. Destek Alma Durumuna Göre Mücadeleci Ruh Puanlarının Karşılaştırılması	68
Tablo 6.28. Aldığı Desteği Yeterli Bulma Durumuna Göre Olumlu ve Olumsuz Dini Başa Çıkma Puanlarının Karşılaştırılması	69
Tablo 6.29. Aldığı Desteği Yeterli Bulma Durumuna Göre Kansere Tepki ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	70
Tablo 6.30. Dini Başa Çıkma Ölçeği Olumlu ve Olumsuz Dini Başa Çıkma alt Ölçekleri Puan Dağılımları	71
Tablo 6.31. Kansere Tepki Ölçeği Alt Ölçekleri Puan Dağılımları	71
Tablo 6.32. Dini Başa çıkma ve Kansere Tepki Ölçekleri Alt Boyutları Arasındaki İlişki	72
Tablo 6.33. Olumlu ve Olumsuz Dini Başa Çıkma Puanlarının Kansere Tepkileri Yordama Düzeyi	73

1.ÖZET

YENİ TANI ALMIŞ MEME KANSERİ HASTALARININ KANSERE TEPKİLERİYLE DİNİ BAŞA ÇIKMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Bu araştırma yeni tanı almış meme kanseri hastalarının kansere tepkileriyle dini başa çıkmaları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmış bir çalışmadır. Çalışma kapsamına, yeni tanı almış 150 meme kanseri tanılı hasta alınmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak, hastaların tanıtıcı ve demografik özelliklerini içeren bir anket formu, Kansere Tepki Tarzı Ölçeği ve Dini Başa Çıkma Tarzları ölçeği kullanılmıştır. Araştırmada verilerin normal dağılım gösterip göstermediğine Shapiro-Wilks normallik testi ile bakılmıştır. Veriler normal dağılım göstermediği için bağımsız iki grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis testi, ölçekler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için ise spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Çalışmada hastaların kansere tepki ölçeği mücadeleci ruh alt ölçeği puan ortalaması 51.81 ± 4.95 , çaresizlik ümitsizlik alt boyutu puan ortalaması 9.85 ± 2.39 , endişeli bekleyiş alt boyut puan ortalaması 23.54 ± 2.35 , kadercil alt boyutu puan ortalaması 19.98 ± 1.59 ve inkar alt boyutu puan ortalaması 1.73 ± 0.67 'dir. Hastaların olumlu dini başa çıkma ölçeği puan ortalamaları 23.16 ± 3.27 ve olumsuz dini başa çıkma puan ortalamaları ise 7.72 ± 1.77 'dir. Çalışmada olumlu dini başa çıkma ile mücadeleci ruh alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı ($p < 0.05$; $r = 0.440$) bir ilişki saptanmış olup, olumlu dini başa çıkma özellikleri gösteren hastalar aynı zamanda hastalığıyla mücadele etme özellikleri de göstermektedir. Çalışmada olumsuz dini başa çıkma ile mücadeleci ruh alt boyutu arasında negatif yönde, ümitsizlik-çaresizlik, endişeli bekleyiş, kadercilik ve inkar alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ($p < 0.05$), olumsuz dini başa çıkma özelliği gösteren hastaların aynı zamanda olumsuz duyguları daha fazla yaşadıkları, hastalıkla mücadelelerinin de olumsuz yönde olduğu anlaşılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Meme Kanseri, Kansere Tepki, Dini Başa Çıkma

2.ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE RESPONSES TO CANCER AND RELIGIOUS COPING STYLES OF NEWLY DIAGNOSED BREAST CANCER PATIENTS

This research is a descriptive study conducted to assess the relationship between the responses to cancer by patients newly diagnosed with breast cancer and their religious coping. The study included 150 newly diagnosed breast cancer patients. As a data collection tool, the questionnaire containing the descriptive and demographic characteristics of the patients, the scale of response style to cancer, and the religious coping style scale were used in the study. The data of the research were analyzed in terms of normal distribution by using the Shapiro-Wilks normality test. Since the data did not show normal distribution, the Mann-Whitney U test was used in two independent group comparisons, and the Kruskal-Wallis test was used in comparisons between more than two independent groups. Spearman correlation analysis was used to assess the relationship between scales. In the study, spiritual struggling subscale score within the scale of response to cancer was 51.81+4.95, the helplessness-despair subscale score was 9.85+2.39, anxious anticipate subscale score was 23.54+2.35, the fatalist subscale score was 19.98+1.59, and deny subscale score was 1.73+0.67. The patients' positive religious coping scale score average was 23.16+3.27 and negative religious coping score average was 7.72+1.77. A positive correlation was found between the positive religious coping score and the spiritual struggling score ($p < 0.05$; $r = 0.440$), patients who display positive religious coping characteristics also display characteristics of fighting their disease. In the study, it is understood that there is a negative relationship between the negative religious coping and spiritual struggling sub-scores, a positive significant relationship between helplessness-despair, anxious anticipate, fatalism and denial sub-scales, that patients with negative religious coping characteristics also experience more negative emotions, and that their struggle with the disease is in the negative way.

Keywords: Breast Cancer, Response to Cancer, Religious Coping

3.GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, dünyada ve ülkemizde kalp hastalıklarından sonra en fazla görülen, ölümlerle sonuçlanabilen ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Yaygın bir kanser türü olan meme kanseri, dünya genelinde kadınlar arasında en sık görülen kanser türüdür (1, 2, 3).

Kültürel açıdan kadının memesinin; estetik görünümün, cinselliğin, anneliğin, bebeğin beslenmesinin simgesi olarak görülmesine bağlı olarak, meme beden bütünlüğünün algılanması ve kadınlık rolünün sürdürülmesinde önem bir yer tutar. Bu nedenle meme kanseri tanısı ile birlikte pek çok kadın, yaşamının olduğu kadar kadınlığının da tehdit altında olduğunu düşünür (4).

Hastalık fiziksel olarak bir süreç olsa da hastada ruhsal, sosyal, çevresel, psikoseksüel olarak çok boyutlu yaşanır. (5). Birçok kadın için meme kanserinin tanı ve tedavi süreci oldukça streslidir ve zor duyguları tetikleyebilir. Tedavi sırasında meydana gelen saç dökülmesi, kilo alımı veya kilo kaybı veya bir memenin çıkarılması, ameliyattan kaynaklanan yaralar gibi fiziksel değişiklikler, bireyde pek çok olumsuz duyguya sebep olur (2). Hasta sadece kanser tanısına değil tedavi aşamasına da uyum sağlaması gereken bir sürece girer. Tanı ve tedaviye uyum aşamasında birey hem fiziksel hem de ruhsal yönden kendini karmaşık bir sürecin içinde bulur. Hastalığın yanı sıra, hastalığa yüklenen anlamlar bireyin tepkilerini etkileyebilmektedir. Hastalığa uyumda bireyin başa çıkma becerileri önemli bir yer tutmaktadır Başa çıkma olumlu ya da olumsuz olabilmektedir (6, 7, 8, 9, 10).

Kanser hastalarının sıklıkla başvurduğu başa çıkma yöntemlerinden biri de dini başa çıkma yöntemidir. Dini başa çıkma; bireyin inançları doğrultusunda yaptığı dini uygulamaları özellikle yaşadığı stres ya da kaygıyı azaltmak için kullandığı fonksiyonel bir yöntem olarak tanımlanabilir. Yaşamı tehdit eden hastalıklar sıklıkla manevi distress oluşturur (11). Din ve maneviyat, meme kanseri tanısı alan kadınlarda hastalıkla başa çıkmada önemli araç olabilmektedir (12). Pek çok hasta hastalık sürecinde yaşanan stres ve kaygıyla başa çıkmak, rahatlamak ve destek bulmak için inançlarından yararlanabilirler. Dini başa çıkma, hastanın hastalık algısı ve din algısına bağlı olarak değişiklik gösterir. Hasta olumlu dini başa çıkma yöntemlerinin yanı sıra, din ve

hastalık algısı negatif yönde olduğunda, olumsuz başa çıkma örüntüsü de gösterebilir. Tanrı'nın onu cezalandırdığını düşünmesi gibi olumsuz tutumlar hastalık sürecini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir (13). Olumlu baş dini başa çıkma kanser hastalığı gibi stresli yaşam olaylarına karşı pozitif bir bakış açısı kazandırarak, hastalığı algılamada, hastalık sürecini anlamlandırmada, hastalığa ve tedavi sürecine uyum sağlamada ve hastalık süreciyle başa çıkmada de etkili olabilmektedir (14). Bu çalışma, yeni tanı almış meme kanseri hastalarının kansere tepkileriyle dini başa çıkmaları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.



4.GENEL BİLGİLER

4.1. Meme Kanseri

Meme kanseri memede bulunan süt bezlerinin ve süt kanallarını oluşturan hücrelerin, kontrolsüz hızla çoğalarak çevre dokulara ve vücudun başka bölgelerindeki organlara yayılarak çoğalmayı sürdüren sistemik bir hastalıktır. Memede var olan kitle benign veya malign karakterde olabilir. Malign karakterdeki kitle kanser olarak tanılanırken benign karakterdeki kitleler risk olarak tanımlanır (15).

4.2. Epidemiyoloji

Meme kanseri Dünya’da ve Türkiye’de yaygın görülen bir kanser türüdür ve kansere bağlı ölümlerin önde gelen nedenlerinden biridir. Dünyada yılda 1.7 milyon yeni vaka, Türkiye’de her yıl 17000 yeni vaka tanı almaktadır. Meme kanseri 25 yaşın altında nadir olarak görülmekte olup, yaşla birlikte artış göstermektedir. Meme kanserinden ölüm oranları ABD ve Avrupa ülkelerinde benzerlik göstermekte ve yüksek oranda seyrederken Japonya’da kısmen daha düşük seyretmektedir. Sanayileşme ile birlikte meme kanseri görülme oranı artmaktadır (15, 16, 17, 18). TMHDF’nin 2005-2011 yılları arasındaki Ulusal Meme Kanseri Veri Tabanındaki kayıtlar incelendiğinde elde edilen veriler şu şekildedir (19);

- 13 240 hastanın dahil edildiği çalışmanın %99’u kadın ve yaş ortalaması 51.6 ± 12.6 , %17’si 40 yaşından küçük ve %45’i premenopozal dönemdedir.
- Kansere görülme sıklığı %16,7 ile 45-49 yaş grubunda en yüksek orandadır.
- Hastaların %78.7’si invazivduktal, %7.8’i invazivlobüler kanser, %9.8’i invazivduktal karsinom ve invazivlobüler kanserdir.
- Hastaların %5’i Evre 0, %27’si Evre I, %44’ü Evre II, %21’i Evre III ve %3’ü Evre IV meme kanseridir.
- Ortalama tümör çapı 2.5 ± 1.6 cm’dir.
- Lenfatik evre oranlarının sırasıyla hastaların %50’sinde pN0, %28’inde pN1, %15’inde pN2, %7’inde pN3 olduğu belirtilmiştir.
- Hastaların %70’inde ER, %59’unda PR ve %23’ünde HER-2 pozitifdir.
- Hastaların %62’si tip luminal A olarak belirtilmiştir.

4.3.Etyoloji ve Risk Faktörleri

Meme kanseri oluşumunda etkili olan pek çok faktör söz konusudur. Major ve minör risk faktörleri olarak aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.

Tablo 4. 1. Meme Kanserinde Risk Faktörleri

Major Risk Faktörleri

- 1- Cinsiyet (Kadın olmak)
 - 2- Yaş (40 yaş üzerinde olmak)
 - 3- Birinci derece yakınlarda meme kanseri öyküsü olması (anne, kızkardeş)
 - 4- Memeden daha önceden kanser ya da atipikhiperplazi olması
 - 5- BRCA-1 ve BRCA-2 genlerinde mutasyon olması
-

Minör Risk Faktörleri

- 1- Menarşın 12 yaşın altında olması
 - 2- Menopoz döneminin 55 yaşın üzerinde başlaması
 - 3- İlk doğumun 30 yaşın üzerinde olması
 - 4- Günlük alkol alımı
 - 5- Yağlı diyet
-

(15, 16).

Yaş ve Cinsiyet: Kadın cinsiyet en büyük risk faktörüdür. Yaşam süresiyle doğru orantılı olarak meme kanseri görülme oranı artar. 45-49 yaş grubunda meme kanseri görülme oranı daha yüksek seyretmektedir (16, 18, 19).

Meme kanseri beyaz kadınlarda siyah ırka kıyasla %20 daha fazla görülmektedir ancak mortalite oranı beyaz kadınlarda daha düşük seyretmektedir (20). Saç boyası kullanımının meme kanserini arttırdığına dair bulgular olsada sonuçlar kesin değildir (21).

Genetik Faktörler: Hastaların yaklaşık %25'inde genetik faktörler sorumlu tutulmaktadır. 17. Kromozom üzerinde bulunan BRCA 1 ve 13. Kromozom üzerinde bulunan BRCA2 geni meme kanserinden sorumlu tutulmaktadır. Ailede birinci ve ikinci derecede akrabada meme kanseri bulunması ailesel meme kanserini düşündürmektedir. Genç yaşta meme kanserinin görülmesi ve over kanserinin eşlik etmesi durumunda kalıtsal meme kanseri düşünülmektedir. Annede veya kız kardeşte meme kanseri bulunması önemli risk faktörüdür. Bir memede kanser gelişen kişide diğer memede de kanser gelişme oranı yüksektir (15, 16, 18, 22, 23, 24). Birinci derece akrabada meme kanseri varlığı meme kanseri riskini 1.80 kat arttırırken, birinci derecede iki kişide kanser varlığı bu riski 2.90 kat arttırmaktadır. Meme kanseri tanısını alan akraba 30 yaşından önce bu tanıyı almış ise risk 2.9 kat 60 yaşından sonra bu tanıyı almışsa bu risk 1.5 kat artar (16, 20, 23).

Meme kanserinde tümör baskılayıcı genler:

P 53 geni: 17. Kromozom üzerine yerleşmiştir ve karsinojen ve sitostatiklerin DNA'da oluşturdukları hasarı ortadan kaldırmak için aktifleşir. Meme kanseri vakalarının %20-30'unda bu gende inaktivasyon olduğu gözlenmiştir (23, 25).

ATM geni: 11. Kromozomda yerleşik bulunan bu gen çok sayıda ve çeşitli mutasyona uğrayarak meme kanseri için risk oluşturur. Meme kanseri vakalarının %2-7'sinden sorumlu tutulmaktadır (25).

Bcl-2-, Apoptoz genleri: Mitokondri, endoplazmik retikulum ve nukleus membranına yerleşik bir proteindir ve apoptotik hücre ölümü ile ilişkilidir. Hastalığın ilerlemesi ve ilave genetik lezyonlarla ilişkilidir (25).

Östrojen Hormonu: Östrojen hormonu meme kanseri ilişkisi, ilk menstürasyon ve son menstürasyon arasındaki zaman aralığının geniş olması ile ilişkilidir. Östrojen

penceresi açıklığı olarak ifade edilen bu durum meme kanseri gelişimi ile ilişkilidir (16, 22, 24).

İlk doğum yaşı: İlk doğumun 30 ve 35 yaş sonrasına bırakılması meme kanseri riskini 4 kat arttırmaktadır. Hiç doğum yapmama ve emzirmeme de risk faktörüdür (15, 16, 18, 22).

Patolojik anatomik değişiklikler: Sklerozanadenozis, papillomatozis, atipikduktal ve lobüler hiperplazi meme kanseri riskini arttırmaktadır. Patolojik anatomik değişimlere aile anamnezi eklenirse risk 2-4 kat artar (16, 22). Ayrıca dens meme yapısı da meme kanseri riskini 4-5 kat arttırmaktadır (20).

Sosyo ekonomik düzey: Sosyoekonomik düzeyin yüksek olması meme kanseri riskini arttırdığı saptanmıştır. Ülkemizin batısında meme kanseri görülme oranı daha yüksektir. Ancak bu durum bağımsız bir risk faktörü değildir (18, 20).

Radyasyona maruz kalma: Çocukluk çağında (özellikle 10-14 yaş) radyasyona maruz kalma, meme kanseri görülme oranını arttırmaktadır. 30 yaşa kadar toraks bölgesine terapötik radyoterapi uygulaması bu riski arttırmaktadır. Daha ileri yaşlarda radyasyona maruz kalmanın meme kanseri riskini etkilediğine dair kesin kanıtlar bulunmamaktadır (15, 16, 18, 20).

Hormon replasman tedavisi ve oral kontraseptif kullanımı: Hormon Replasman Tedavisi (HRT) olarak östrojenin tek başına kullanıldığı durumlarda meme kanseri riski 2,5 kat artmaktadır. Oral kontraseptif kullanımı ile meme kanseri arasındaki ilişkiye dair kesin kanıtlar bulunmamaktadır. (16, 20, 24).

Alkol kullanımı: Alkol kullanımı nedeniyle artan östradiol düzeyi ile meme kanseri arasında ilişki olduğu belirtilmektedir. Orta düzeyde alkol alımının (günde 1-2 kadeh) meme kanseri görülme oranını %30-50 oranında arttırdığı bilinmektedir (16, 20).

Egzersiz ve beslenme: Düzenli egzersiz anovulatoruvar siklusların sayısını arttırarak meme kanseri görülme riskini azaltmaktadır. Yağ oranı yüksek beslenme tarzının ve kırmızı et aşırı tüketiminin serum östrojen düzeyini yükselterek meme kanserinde

artışa neden olduğunu ifade eden çalışmalar bulunmaktadır. Vitamin D düzeyinin ve soyadan zengin beslenmenin meme kanserine karşı koruyucu olabileceğini gösteren çalışmalar vardır (20, 26, 27, 28).

Beden kitle indeksi (BKI): BKI 30 üzerinde olan postmenapozal kadınlarda meme kanseri daha sık görülmektedir (20, 29).

Meme Kanseri Riskinin Hesaplanması:

Meme kanseri risk faktörlerinin sorgulanması ve sonrasında risk hesaplama modelleri kullanılmaktadır. BRCA 1/2 öyküsü, birinci derece akrabada meme veya over kanseri varlığı, toraks bölgesine uygulanan radyoterapi varlığı, LKIS öyküsü ve aile öyküsü ile birlikte atipik hiperplazi varlığı belirlenmelidir (15, 18, 20).

Meme kanseri risk hesaplama yöntemleri; Gail Modeli, Claus Modeli, Ford Modeli, BRCA Pro, Bodian, Myriad, Tyrer-Cuzick, Manual Model, Rosner-Colditz, Couch Modeli, Hultson Murday Modeli olarak bilinmektedir (20).

Modifiye Gail modeli, bilgisayar temelli multivaryans lojistik regresyon analizi olup, yaş, ırk, menarş yaşı, ilk gebelik yaşı veya nulliparite, birinci derece akrabada meme kanseri varlığı, meme biyopsilerin sayısı ve sonuçları dikkate alınarak meme kanseri riski hesaplanır.

Her ne kadar risk hesaplama modelleri geliştirilmiş olsa da bu modellerin ne kadar yeterli olduğu tartışma konusudur (20).

Risk Azaltıcı Cerrahi Tedavi Uygulamaları

Bilateral Profilaktik Mastektomi (BPM): Eş zamanlı meme rekonstrüksiyonu ile birlikte ve meme başı kompleksinin korunduğu subkutan mastektomidir. Bu cerrahi uygulama ile yüksek ve orta riskli hastalardaki risk oranı %89-94 oranlarında azaltılmaktadır (20, 30).

Kontralateral Profilaktik Mastektomi (KPM): Kanser olan memeye yapılan girişim diğer memeye yapılan girişimin planlamasını etkiler. Bazı durumlarda kanserli memeye ve diğer memeye aynı girişim yapılırken bazı durumlarda, kanser olan

memenin tedavisi tamamlandıktan sonra rekonstrüksiyon aşamasına gelindiğinde diğer memeye de rekonstrüksiyon ve KPM yapılır. Kanseri olan memeye yapılan girişimin tekrarlanması nedeniyle meme başı yapısının da daha çok çıkarılması gerekmektedir (20, 30).

Profilaktik Oofektomi: Meme ve over kanseri riskini azaltmak hedefidir. BRCA 1 ve 2 pozitif olan hastalarda uygulanmaktadır (20, 30).

4.4. Meme Kanseri Belirti ve Bulguları

Meme kitlesinin en az 1 cm büyüklüğe ulaşması gerekmektedir. Elle yapılan muayenede hissedilen kitle sert, düzensiz kenarlı, yüzeyi pürüklü olur ve meme dokusu içinde rahatça hareket ettirilemez (18, 22, 24).

Meme başında gelişen spontan akıntı diğer bir bulgudur. Bu akıntının seröz veya kanlı olması meme kanserini düşündürür (18, 22, 24).

Kanser hücreleri Cooper bağlantılarını tutar ve bu durum ciltte çekilme “retraksiyon” olarak fark edilir. Kollar yukarıdayken yapılan muayenede daha kolay fark edilir. Retraksiyon tek başına kanseri düşündürecek kadar önemli bir bulgudur. Lenflerin tutulumu ile ciltte ödem gelişir ve Cooper bağlarına tümörün yayılması ile birleşince “portakal kabuğu manzarası” gelişir. Devam eden süreçte deride beslenme bozukluğu gelişir ve eritem, erozyon ve ülserasyon şeklinde bulgular ortaya çıkmaya devam eder (18, 22).

Memede bulunan kanser kitlesi meme başını kendine doğru çeker. Üst dış kadranda bulunan kitle meme başını aksillaya doğru çeker ve bu durum “Fogge belirtisi” olarak ifade edilir. Genel anlamı “meme başı retraksiyonu” olan bu bulgu kanser için tipik bir belirtidir. Kitlenin pektoral kasa infiltrasyonu olması mümkündür. Oturma durumunda ilgili kolunu muayene masasına dayayan ve öne eğilen hastada kitlenin ve memenin oynatılmamasına “Tillaux belirtisi” denir (18, 22).

Meme başının arkasında gelişen santral kanserlerde meme başı arkaya doğru çekilir. İnflamatuvar kanser kendini tüm memede ağrı, hiperemi, ödem şeklinde kendini gösterir. Hasta laktasyon döneminde değilse kanser ihtimali daha baskındır. Paget

tipi meme kanseri tedaviye rağmen geçmeyen egzama görüntüsü mevcuttur. Kabuklanma, sulanma, kaşıntı ve devam eden süreçte meme başını yok edecek kadar areolaya yayılır (18, 22).

Aksilla ve supraklaviküler bölgede palpe edilebilen lenf ganglionların muayenesi önemlidir. Muayenede sert, kısmen mobil, bazen birbirine veya cilde yapışmış lenf ganglionları kanserin yayıldığına önemli bir göstergesidir. Bazı durumlarda memede hiç bulgu olmayıp aksiller lenf tutulumu söz konusu olabilir. Meme kanseri akciğer, karaciğer, pelvis kemikleri, femur ve lomber vertebralara metastaz yapabilir (18, 22).

4.5. Meme Kanseri Tarama Yöntemleri

Meme kanseri tanısı klinik bulgular, inspeksiyon ve palpasyon ile konabilir. Ayrıca memede yakınması olan hastalarda mamografi ile tanı netleştirilir. Klinik net olsa bile görüntüleme yöntemi tanıyı desteklemek için eklenmektedir. Mamografi ve ultrasonografi düzensiz kenarlı, spiküler uzantıları olan, mikrokalsifikasyon içeren solid kitleler görüntülenir. Aynı zamanda palpe edilmesi mümkün olmayan başka yapısal değişikliklerde saptanmış olur. Bu detaylı görüntüleme ile cerrahi tedavinin sınırları da belirlenir (15, 22, 31).

Manyetik Rezonans (MR) kullanımının meme kanseri erken tanılamada duyarlılığı %94-100'e ulaşabilir. Duyarlılığı yüksek olmasına rağmen özgüllüğü düşüktür (%37-97). Bunu sebebi malign ve benign lezyonların benzer morfolojik ve farmakokinetik özelliğe sahip olması olabilir. Ekonomik açıdan da avantajlı olmaması ve özgüllüğündeki değişkenlik sebebiyle tarama aracı olarak kullanımı söz konusu değildir. Yalnızca yüksek risk taşıyan genç hasta gruplarında tercih edilmektedir (31, 32).

Ülserasyon varlığında sürüntü, derindeki palpe edilemeyen kitle için ince iğne aspirasyon biyopsisi, tru-cut biyopsi veya eksizyonel biyopsi uygulanabilir. Biyopsi sonucu yüksek tanısal değerdedir (15, 22, 31).

Lenfosintigrafi iç kadran yerleşimli kanserlerde lenf ganglionlarının tutulumu hakkında bilgi verir (15, 22).

CAE ve CA15-3 tümör markerlarının değerleri de takip edilmesi önemlidir. Bu değerlerdeki yükseliş tanıyı destekler (15, 22).

Alkalen fosfotaz yükselmesi de kemik metastazlarının göstergesi olabilir (22).

Sağlık Bakanlığı Kanser Dairesi Başkanlığı ve Tarama Kurulu Konsensus oylama sonuçlarına dayanılarak hazırlanan tarama önerileri aşağıda listelenmiştir:

- Meme kanseri taramalarının 50-69 yaş aralığında, diğer bir görüşle de 40 yaş üzerinde başlaması gerektiği belirtilmiştir.
- Tarama aralığı: Meme kanseri tarama aralığının 2 yıl, diğer bir görüşle 1 yıl olması gerektiği belirtilmiştir.
- Mamografi: Her iki meme için biri medyo lateral oblik (MLO), diğeri kranyo kaudal (CC) olacak şekilde mamografi gerekliliği belirtilmiştir.
- Yüksek riskli kadınlarda tarama: BRCA 1 VE BRCA 2 pozitif olan ve birinci derecede yakında birden fazla kanser öyküsü olanlar gibi yüksek riskli kadınlarda ve dens memede kullanılması önerilmiştir (32).

Kendine Kendine Meme Muayenesi (KKMM): Erken tanılama amacıyla kadınların düzenli aralıklarla ve sistematik bir şekilde kendilerine uyguladıkları meme muayenesidir. Meme ve çevresindeki şekil değişimini ve kitleyi belirlemek için uygulanan bu teknik hem erken tanılamada oldukça önemli bir yere sahiptir. Çalışmalar memedeki kitlenin KKMM esnasında fark edilme oranının %80 olduğunu belirtmektedir (33, 34).

Kendi kendine meme muayenesi ile ilgili öneriler şöyledir (33, 34);

- 20 yaşından itibaren ayda 1 kez yapılması,
- Kadınların KKMM konusunda bilgi ve farkındalık sahibi olması ve KKMM teknikleri kontrol edilmeli
- Muayene esnasında fark edilen değişiklikler için profesyonel desteğe başvurulmasıdır.

4.6. Meme Kanserinin Sınıflandırılması

Meme kanserinin histopatolojik olarak sınıflandırılması aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.

Tablo 4. 2. Meme Kanserinin Histopatolojik Sınıflaması

Histopatolojik sınıflandırmanın prognoz ve tedavi seçimi açısından önemli bir yeri vardır. En sık kullanılan tanısal sınıflandırma sistemi Dünya Sağlık Örgütü sınıflandırmasıdır. Tablo 4.2.'de gösterilmiştir (22).

a	Noninvazif İntraduktal (in situduktal) karsinom İn situlobüler karsinom
b	İnvazif İnvazif duktal karsinom İntraduktal komponenti baskın invazif duktal karsinom İnvaziflobülerkarsinom Musinöz karsinom Medüller karsinom Papiller karsinom Tubuler karsinom Adenoid kistik karsinom Sekretuar (juvenil) karsinom Apokrin karsinom Metaplastik karsinom (skuamöz tip, iğsi hücreli tip, kartilaginöz ve osseöz tip, mikst tip)
c	Meme başı paget karsinomu
d	İnflamatuar kanser

4. 6. 1. Noninvaziz Meme Kanserleri

Noninvazif kanserler: Kanserleşmiş epitel hücrelerin bazal membranı yırtmaması ve stomaya geçmemesi, dolayısıyla lenf ve kan dolaşımına bu hücrelerin karışmaması durumudur. TNM sınıflamasına göre Evre 0 olarak ifade edilir (15, 16, 22).

İn situ lobüler karsinoma: Bu kanserin özelliği hiçbir klinik ve ayrıca radyolojik bulgu göstermemesidir. Ele gelen kitle, mamografide mikro kalsifikasyon, distorsiyon alanı gibi nedenlerle yapılmış biyopsilerde, bu alanın dışında tesadüfen ortaya çıkar. Bu kanser invazif kanser gelişimi için risk faktörüdür. Fizik muayene ve mamografi ile yılda bir kez hasta takip edilebilir. Diğer taraftan aksiler diseksiyon olmaksızın bilateral mastektomi ve rekonstrüksiyon düşünülebilir (15, 16, 22).

İn situ duktal karsinoma: Mamografide saptanan mikro kalsifikasyon veya distorsiyon alanı ile tanılanır. Cerrahi tedavi olarak aksiler diseksiyon gerekmeksizin kitle eksize edilir ve kalan dokuya radyoterapi uygulanır (15, 16, 22).

4. 6. 2. İnvaziv Meme Kanseri

İnvazif kanserler: Duktal ve lobüler olarak sınıflandırılır ve büyük çoğunluğu adenokarsinomdur. Tüm meme kanserlerinin %75'ini oluşturur. Kitle artışından ziyade, lokal yoğunluk artışı ile kendini gösterir. Mamografide mikro kalsifikasyon içermez ve net görünmez. Aynı memede aynı kadranda birkaç odak ya da başka kadranda birkaç odak bulunabilir. Diğer memede de aynı anda gelişme ihtimali yüksektir ACS (15), Kaymakçı (16), Bozfakıoğlu (22). Tümör boyutu (T), Lenf nodu metastazı (N), uzak metastaz (M) parametrelerinden oluşan TNM sınıflaması tablo 4.3.'de gösterilmiştir.

Tablo 4. 3. TNM Sınıflaması

T	Primer tümör
Tx	Primer tümör değerlendirilemiyor.
T0	Primer tümör bulgusu yok
Tis	İn situ kanser ve kitlesiz paget
T1	T≤2 cm T1a≤0.5 cm T1b >0.5 cm ≤ 1 cm T1c>1 cm ≤ 2 cm
T2	T>2 cm<5 cm
T3	T>5 cm
T4	Boyut ne olursa olsun cilt veya toraks duvarı tutulumu T4a: Toraks duvarı tutulumu T4b: Ödem, portakal kabuğu, ülserasyon, cilt nodülleri

	T4c: Toraks duvarı tutulumu ve ödem, portakal kabuğu, ülserasyon, cilt nodülleri
	T4d: İnflamatuvar kanser
N	Bölgesel Lenf Nodları
Nx	Bölgesel lenf nodları değerlendirilemiyor
N0	Lenf nodu metastazı yok
N1	Aynı taraf aksiller metastaz var, nod mobil
N2	Aynı taraf aksiler nodları tutulmuş, birbirine veya çevre dokuya yapışık
N3	Aynı taraf arteriyel mamariainterna, supraklavikuler veya infraklavikuler nodları tutulmuş
M	Uzak metastaz
Mx	Uzak metastaz değerlendirilemiyor.
M0	Uzak metastaz yok
M1	Uzak metastaz var

(15, 16).

4. 7. Meme Kanseri Evreleri

Klinik gözlem ve patolojik bulguların değerlendirilmesiyle meme kanserinin evrelendirilmesi tedavinin planlanması açısından çok önemlidir. TNM sınıflamasına göre, meme kanseri evrelemesi tablo 4.4.'de gösterilmiştir (16).

Tablo 4. 4. TNM Sınıflamasına Göre Meme Kanseri Evrelemesi

Evre 0	Tis	N0	M0
Evre I	T1	N0	M0
Evre IIa	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Evre IIb	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Evre IIIa	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1-2	M0
Evre IIIb	T4	N0,1,2	M0
Evre IIIc	T0,1,2,3,4	N3	M0
Evre IV	T0,1,2,3,4	N0,1,2,3,4	M1

4.8. Meme Kanseri Tedavisi

Meme kanserini önlemek, tespit etmek ve tedavi etmek ve hayatta kalanların yaşam kalitesini arttırmak için çalışmalar tüm dünyada sürmektedir. Bu çalışmalardan bazıları şu şekildedir (15);

- Meme kanseri nedenleri
- Metastatik meme kanseri nedenleri ve tedavisi
- Meme kanseri riskinin azaltılması
- Duktal karsinoma yönetimi
- Meme kanseri için labarotuar testleri
- Meme kanseri için görüntüleme testleri
- Meme kanseri tedavisi
- Destekleyici bakım .

Tedavide multidisipliner yaklaşım esastır. Genel cerrahi, patoloji, medikal onkoloji, radyasyon onkolojisi, radyoloji uzmanları ortak çalışma gerçekleştirirler. Tedavide cerrahi tedavi, kemoterapi, radyoterapi ve hormonoterapi kullanılmaktadır. Hormonoterapi medikal veya cerrahi olarak (oofektomi) gerçekleştirilebilir. Klinik evre belirlendikten sonra tedavi planlanır. Ayrıca liyezon psikiyatrisinin tüm tedavi sürecinde aktif rol alması da tedaviyi olumlu etkiler (18, 22).

4.8.1. Cerrahi Tedavi:

Cerrahi tedavi memeyi koruyan ve memenin tümünün alındığı girişimler olarak sınıflandırılır.

Memeyi koruyan ameliyatlar: Tümör dokusunun etrafında bulunan normal doku ile birlikte çıkarılması amacıyla uygulanır. Tümörün yer aldığı tüm kadran çıkarılırsa kadranektomi olarak adlandırılır. Bu ameliyatlarda aksiler diseksiyon yapılması doğru tedavi için çok önemlidir. Kalan meme dokusunda radyoterapi uygulaması ise şüpheli alan kalmaması sağlanır.

Memenin tümünün alındığı ameliyatlar: Sistemik tedaviye ve radyoterapiye yanıt vermeyen pektoral kas invazyonu gösteren kanserlerde palyatif amaçlı olarak uygulanabilir. Ayrıca erkek meme kanseri hastalarında uygulanabilir (16), (22).

Modifiye radikal mastektomi: Meme derisinin ve memenin tümünün, pektoral fasya, aksiller lenf ganglionlarının çıkarılmasıdır. Basit mastektomi ise meme cildi, meme dokusunun tümü ve pektoral fasyanın çıkarılmasıdır (16, 22).

4.8.2. Radyoterapi:

Meme kanseri hastalarına uygulanan cerrahi işlemde 6-8 hafta sonra yara iyileşmesi tamamlanınca radyoterapi başlar. Öncesinde gerekli fizik muayene ve incelemelerin yapılması gerekmektedir. Radyoterapi işlemi eksternal ve internal olarak iki farklı şekilde uygulanabilmektedir. Eksternal radyoterapi daha yaygın olarak kullanılmaktadır. Radyoterapi yaygın yan etkileri sebebiyle yaşam kalitesini güçlü bir şekilde olumsuz etkilemektedir (15, 16, 18).

Radyoterapi yan etkileri aşağıda özetlenmiştir;

- Yorgunluk,
- Yanık, kızarıklık gibi cilt reaksiyonları,
- Nötropeni,
- İştahsızlık
- Tedavi esnasında korku ve endişe duyması, aileden uzak kalması gibi psikolojik ve sosyal etkiler yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (15, 16, 18).

Radyoterapi uygulanan hastalara öneriler;

- Radyoterapi alanının güneşten korunması,
- Pamuklu rahat ve terletmeyen giysiler giyilmesi,
- Sıcak su yerine ılık su ile banyo yapması ve sabunlu su ile yıkanmaması,
- Cildi rahatlatıcı serin kompres uygulayabileceği,
- Bu alana yapıştırıcı bantların yapıştırılmaması, losyon ve pudra sürmemesi,

- İşlem esnasında deride alkol ve yağ içerikli kremler olmamalı,
- Beslenmenin proteinli ve kalorili olacak şekilde düzenlenmesi sağlanmalıdır (15, 16).

4.8.3. Hormonoterapi:

Bu alanda kullanılan ilaç tamoksifendir. Bu ilaç östrojen reseptör blokeridir ve östrojenin tümör üzerindeki geliştirici etkisini önler ve sitostatik özelliktedir. Nüks oranını ve mortalite oranını azaltır. Tedavinin erken döneminde menopoza benzer belirtiler görülebilir. Uzun süreli kullanımda endometrium kanserine neden olabilir. Bu sebeple hormonoterapi hastalarında jinekolojik kontrol önemlidir (15, 16, 22).

Over fonksiyonları oofektomi veya radyoterapi ile durdurulabilir. Goserelin, leuprolide gibi luteinizan hormon serbestleştirici hormon (LHRH) agonistleri ise kimyasal oofektomi için kullanılabilir. Megesterol asetat, medroksiprogesteron gibi progestinler ve anastrozol, lektrozol gibi aromataz inhibitörlerde hormonoterapi başlığı altında etkili olur (15, 16, 22). İmmunoterapi ise, c-erB2 (HER-2 neu) onkogenine karşı antikor oluşturma alanında yoğunlaşmıştır (22).

4.8.4. Kemoterapi:

Sistemik tedavinin temelini oluşturur. Hastalığın nüks etme olasılığı ve mortalite riski azalır. Kemoterapide değişik antineoplastik ilaçlar kombine halde kullanımı söz konusudur. Kemoterapi, koltuk altı lenf nodülleri pozitif olan, uzak metastazı saptanmayan, cerrahi, radyoterapi ya da her ikisiyle birlikte tedavi edilen Evre II ve Evre III'deki hastalarda asıl tedaviye ek olarak kullanılır (15, 16, 22, 24).

Kemoterapi kontrendikasyonu;

- Kardiyak yetersizlik,
- Renal yetersizlik
- Hepatik yetersizlik
- İmmün yetersizlik
- Kemik iliği supresyonu ve mental bozukluklardır (15, 16, 22).

4.8.4.1. Kemoterapi verilme şekilleri:

Metotreksat (M), 5-fluorourasil (F), siklofosfamid (C), adriamisin (doksorubisin) (A), epirubisin (E) ilk kademe ilaçlardır ve CMF, FAC, FEC, AC gibi kombinasyonlar şeklinde kullanımı söz konusudur. İkinci derece kemoterapi ilaçları, vinorelbin ve taksanlardır (dosetaksel, paklitaksel) (16, 22, 24).

Nod tutulumu olan erken evre meme kanserinde antrasiklin ve taksan kombine kullanımının daha etkili olduğu bilinmektedir. Taksanlar arasında etkinlik farkı ifade edilmemiştir (16, 22).

4.8.4.2. Kemoterapi yan etkileri:

Kemoterapinin yan etkileri yaşam kalitesini önemli oranda olumsuz etkiler. Tedaviye başlanacağı zaman yan etkileri konusunda hastanın bilgilendirilmesi önemlidir. Bulantı kusma en yaygın görülen yan etkilerdir (16, 18).

4.8.4.2.1. Kemoterapinin fiziksel yan etkileri:

- Lökopeni
- Trombositopeni
- Anemi
- Enfeksiyon
- Bulantı-kusma
- İştahsızlık
- Mukozit
- Saç dökülmesi
- Amenore ve kardiyak bozukluk (geç dönemde) (16, 18).

4.8.4.2.2. Kemoterapinin sosyal yan etkileri

Koruyucu tedavi sonrası hastada görülen sosyal sorunlar daha çok evlilik ilişkilerini, sosyal işlevlerinde ve grup içindeki davranışları ve duyguları, yaşam kalitesine yönelik sorunlardır (35). Meme kanseri tanısı konan hastalarda tedavi sürecinde aile dinamiklerinde, aile içi rollerde değişimler olması sosyal yaşamı da etkilemektedir

(36). Yapılan tedavi hem yaşama hem de kadınlık kimliğine olumsuz bir etki oluşturmaktadır (37).

Sosyal sorunlara yol açan diğer bir sorunda tüylerin dökülmesidir. Yüzde ve başta oluşan tüy dökülmesi, saç kaybı beden imajına yönelik olumsuz etkileri olduğu için ele alınması gereken bir konudur. Beden imajındaki değişimler düşük öz güvene ve toplumsal kadınlık rolüne etki sağlar. Kanserle sahip olmak aile, arkadaş ve iş çevresindeki ilişkileri de etkilemektedir (38).

4. 8. 4. 2. 3. Kemoterapinin psikolojik yan etkileri

Meme kanseri hastalarda yapılan incelemeler cerrahi girişim ve koruyucu tedavi sonrası oluşan psikososyal etkiler üzerinedir. Kemoterapinin de yol açtığı yorgunluk en sık rastlanan semptomlar arasında yer almaktadır. Kemoterapiden sonra hastalar kendilerini sağlıklı hissetmezler. Bunun birincil nedeni yorgunluk ağrı, gerginlik hissi ve fiziksel fonksiyonlarda yavaşlamadır. Tanı alındıktan sonra yan etkiden dolayı beden imajında bozulma gibi yan etkiler ve cerrahi girişim sonrası cinsel işlevlerde bozulma sık incelenen konulardır. Psikolojik sorunlarda en sık depresyon, öfke anksiyete, stres, cinsel işlevde bozulma, korku, kaygı, kendilik imajında bozulmalar görülür. Tanı aldıktan sonra kadınlarda yaşanan endişeler cinsel çekiciliklerinin kaybolması, ölüm korkusu, ameliyat sürecine yönelik anksiyete gibi durumlardır (18, 33, 35).

4. 9. Meme Kanserine Tepki ve Psikososyal Uyum

Bireylerin kanser tanısı almalarıyla kanser sözcüğünü korku, acı çekme, ölüm gibi kavramlarla eşleştirmelerinin altında yatan sebep, bireyin kansere yüklemiş olduğu anlam ve kontrol kaybı duygusuyla ilişkilidir. Bu noktada bireyin yaşadığı yahut yaşayacağını varsaydığı zorlu deneyimlerini algılayıp yorumlaması ve sonuçta bunlara ilişkin oluşturduğu anlam bireyin manevi anlamdaki eğilimleri, inanışları, tercihleri, beklentileri, kişilik özellikleri, yaş, cinsiyet, içinde bulunduğu kültür v.s gibi kişisel özelliklerinden etkilenir. Olaylara verilen anlam bireylerin durumla ilgili zihninde oluşturduğu düşüncesiyle ilgilidir. Bireyin zihninde oluşan düşünce, duygusal, davranışsal ve bedensel tepkilerini de şekillendirir. Bu tepkiler bireyden

bireye farklılık gösterebildiği gibi aynı birey için farklı zamanlarda, dönemlerde de farklılık gösterebilir. Yani bireyin tepkilerini olay değil, olaya verilen anlam belirler (39).

Veriler tepkiler farklılık gösterse de, hastalar kanser tanısı aldıktan sonra terminal dönemdeki sürece kadar duygusal, ruhsal ve davranışsal tepkileri tanı öncesi yaşanan kaygı ile başlar. Tanı konduktan sonra hasta şok/inkar/yalnızlaşma, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme evreleri yaşar. Kübler-Ross'a göre; bu evreler değişiklik gösterebilir, arka arkaya birbirini izleyen bir süreç olabilir veya aynı anda yaşanabilir (40). Kanser ile başa çıkmada verilen tepkilerde; gelişimsel yaşantılar, genel sağlık durumu, benlik imgesi, stres verici yaşam olayları gibi birçok faktör verilen tepkide belirleyici bir unsur oluşturur (5).

İnkâr ve şok evresi: Hasta tanı konduktan sonra ilk evre inkâr ve şok evresi yaşar (5). Kübler-Ross; bu evreyi aynı zamanda yalnızlaşma/izolasyon evresi olarak da tanımlamaktadır (40). Kanser tanısı aldıktan sonra yaşanan inkâr ve şok evresinde kişi bedenine yabancılaşır. İç dünyasında karmaşa yaşanır. Yaşanan kaygı ile başa çıkma zor olabilir. Kaygı ile başa çıkmada hasta inkârı kullanmaya devam eder (5). Kübler-Ross'un ölümü yaklaşan hastalar ile yaptığı analizde hastaların bir çoğu inkâr evresinde; "Bu doğru olmaz", "Sonuçlar karışmıştır" diyerek başka doktora gittiği, tanı onaylansa da aynı inkâr tepkisine devam ettiği görülmektedir. Beklenmeyen bir haber alındığında inkâr mekanizması, geçici bir savunma olarak tampon görevi görür ve zamanla kısmi kabullenme yaşanır (40).

Öfke evresi: Kaygı ile başa çıkma aşamasında korku ve öfke tepkileri gözlenebilir (5). Hastalar bu evrede sıkça "Neden ben?" sorusunu sorar. İnkardan sonraki evredir ve artık tanısını kabullenmiştir. Öfke, kıskançlık, küskünlük duyguları yoğundur. Hasta yakınları ve hastanede hasta ile ilgilenen çalışanlar için öfke ile başa çıkmak güçtür. Diğer ekip üyeleri ile karşılaştırıldığında en sık hemşireler ile temas halinde oldukları için, öfkeye en çok maruz kalan grup hemşirelerdir (40).

Pazarlık evresi: İnkârı yoğun yaşayan ve gerçeklerle yüzleşemeyen, öfkesini Tanrı'ya yönelten kişiler pazarlık evresinde engellenemeyen sonu erteleme evresine girmek için pazarlık yapmaya başlar. Bu evre aslında erteleme denemesidir.

“Oğlumun düğünün de göreyim”, “Son gösterisini de izleyim” gibi kendi içinde pazarlık evresine girer. Aslında çoğu pazarlık Tanrı ile yapılır. Hasta kendisi ile, çevresi ile, hatta inanç sistemleri ile anlaşma içindedir. Kısa sürede olsa hastaya yardımcı olan bir evredir (40).

Depresyon evresi: Hasta artık hastalığının tedavi sürecinde sık sık hastaneye yatıyorsa, çok fazla semptom ortaya çıkıyorsa, tedavi sürecinde artık zayıf düşüyse bütün duygular gider ve yerine kayıp duygusu gelir. Özellikle bedensel bir kaybı varsa örneğin meme kanseri olan kadının beden imajında yaşadığı değişiklik gibi hasta depresyon evresine girer. Bu süreçte hasta varoluş kaygısını çözmüş ve stresle baş etmişse kabullenme evresine geçer (40).

Kabullenme evresi: Mücadelenin sona erdiği boyun eğme sürecine geçilen ve dinleme arzusunun var olduğu evredir. Hasta diğer aşamaları sağlık bir şekilde atlattıysa bu aşamada öfkeli ya da depresif değildir. Duygusal olarak hasta bu evrede hissizleşir (40).

Kronik rahatsızlıklarda ve diğer hastalıklarda süreç ne olursa olsun kişide emosyonel bir yanıt oluşmaktadır. Hastalık ,fiziksel bir süreç olsa da hastada ruhsal, sosyal, çevresel, psikoseksüel olarak çok boyutlu yaşanır ve varoluşsal bir kriz olarak tanımlanır. Hastalık sürecinin uzun süre devam etmesi, bedensel kayıp, fonksiyonel kayıp, yaşanan tehdit, ağrı ve acı hastalıkla başa çıkmada zorluk yaşanmasına sebep olur. Fiziksel hastalıklara eşlik eden ruhsal ve davranışsal sorunların değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Hastalığı ve hatta hastaya göre değişiklik göstermekle birlikte, davranışsal ve duygusal yanıtların bir bütün olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. (5).

Kanser bireylerde yarattığı etkiye karşı hastalığına ve tedavisine, önceden var olan ya da yeni ortaya çıkan stresli durumlara verdiği tepki tanı öncesi ve tanı döneminde, tedavi döneminde, hastalığın tekrarı ya da terminal döneminde farklılık göstermektedir. Birçok birey için meme kanserinin tanı ve tedavisi streslidir ve zor duyguları tetikleyebilir. Tedavi sırasında meydana gelen, bir memenin çıkarılması, saç dökülmesi, kilo alımı veya kilo kaybı veya ameliyattan kaynaklanan yaralar gibi

fiziksel değişiklikler, bireyde rahatsızlık duygularına sebep olur. Bireyin kendine ve bedenine yabancılaşması sebep olur (15).

Kanserde hastalar tanı aldıktan sonra terminal dönemdeki sürece kadar duygusal, ruhsal ve davranışlar tepkiler göstermektedir. Tanı öncesi yaşanan kaygı ile başlayan bu dönem tanı aldıktan sonra şok, inkar, öfke, depresyon ve kabullenme basamakları ile devam eder. Kanser ile başa çıkmada verilen tepkilerde gelişimsel yaşantılar, genel sağlık durumu, benlik imgesi, stres verici yaşam olayları gibi birçok faktör verilen tepkiyi belirleyicidir (5).

Kanser tanısı aldıktan sonra yaşanan inkar ve şok evresinde kişi bedenine yabancılaşır. İç dünyasında karmaşa yaşanır. Yaşanan kaygı ile başa çıkma zor olabilir. Kaygı ile başa çıkmada hasta inkarı kullanmaya devam eder. Kaygı ile başa çıkma aşamasında korku ve öfke tepkileri gözlenebilir. Tedavi aşamasında hasta bazen tedaviyi erteleme, tedavi sürecinden korkma, terk edilme korkuları, ilaç yan etkilerinden ve vücuduna sebep olacak değişiklerden korkma görülebilir. Tedavinin en aktif dönemi sona erince hasta uyum sağlama dönemine girer. Yaşanan ölüm korkusu ve yeni yaşamındaki değişikliklere uyum sağlamaya çalışır. Tedaviden sonra hastada en sık yaşanan korkulardan biri hastalığın tekrarlanmasıdır (5).

Hastanın aile üyeleri veya arkadaşları, danışmanları, din adamları ya da destek grupları ile korkuları ve endişeleri hakkında paylaşımda bulunmanın hastaların duygusal olarak ve hatta belki de fiziksel olarak güçlenmesine yardımcı olmaktadır. Başka kişilerle konuşmak istemezse birey duyguları başa çıkmada günlük, blog gibi yazı yazma, resim gibi sanatsal uğraşlar, dua meditasyon gibi yöntemleri deneyebilir. Duyguları ifade etmek için denediği bu yöntemlere rağmen birey duygusal ve sosyal zorlukları yaşamaya devam edebilir. Bu gibi durumlarda deneyimli sağlık ekibinden destek alınmalıdır. Bu sayede başa çıkma stratejileri geliştirebilir (15).

4.10. Başa Çıkma ve Dini Başa çıkma

4.10.1. Başa Çıkma

Baş çıkma, zihnin zorlayıcı ya da tehdit edici olaylara tepki verme şekli olarak ifade edilmektedir. Baş çıkma; birey stres ve kaygı yaşadığı zaman, psikolojik yapısı bozulduğunda iç ve dışsal isteklerin yönetilmesinde, bir işlev olarak devreye girer. Stresli olaylar ve durumlarla; duygusal, davranışsal olarak kendi olanakları çerçevesinde bu duruma yanıt verme, kontrol etme ve yönetsel strateji sürecidir. Yaşadığı psikolojik çatışma ve korku ile yaşadığı strese ya da olumsuz deneyimlere bir tepkidir (11, 41, 43).

Kuramcılar baş çıkmayı incelerken, bazıları davranışları bazıları da zihinsel yapı ve düşünceleri inceleyerek ele almışlardır. Baş çıkma çok boyutlu bir olgu olduğundan her yönü ile ele alınmalıdır. Baş çıkma psikanalitik kuramcılara göre; savunma mekanizmaları, özgüven, öz yeterlilik ya da içsel kontrol gibi bireysel kaynaklar ile açıklanırken; davranışsal kuramcılar, problem çözme çabalar, savaş kaç tepkisi ve genel uyum sendromu ile açıklamışlardır (42, 44).

Bir olay birçok kişi tarafından farklı algılanabilir. Bir kişi tarafından tehdit, başka biri için meydan okuma, bir başka kişi için ise normal olarak algılanabilir. Bu yüzden de yaşanan sorunlarla baş çıkmada bireyler farklı tutumlar sergiler. Örneğin kişi zor bir durumla karşılaştığında konu hakkında deneyim sahibi ise psikolojik sıkıntı yaşamaz, deneyimi varsa ama bu alanda uzmanlaşmadıysa zorluk yaşayabilir. Hiç deneyimi yok ise ciddi stres yaşar ve psikolojik olarak sıkıntıya girer. Bu durum, insandan insana farklılık gösterir ve özdeş olmayan bir içsel öznel tepki yaratır.

Etkili baş çıkma, iç ve çevresel stresleri yönetme yeteneğidir. Uygun fiziksel, psikolojik, davranışsal veya bilişsel kaynaklar etkili baş çıkmaya yardımcı olur. Bu bağlamda baş çıkma metotlarını; bireylerin psikolojik yapılarını zorlayan bu stresli ve kaygılı durumlara karşı gösterdikleri reaksiyonların kontrollü ve yönetsel stratejileri şeklinde değerlendirmek mümkündür.

Duygu odaklı baş çıkma ve problem odaklı baş çıkma, etkili baş çıkma için en yaygın iki tekniktir. Duygu odaklı baş çıkma, stres yaşayan bir kişinin içsel

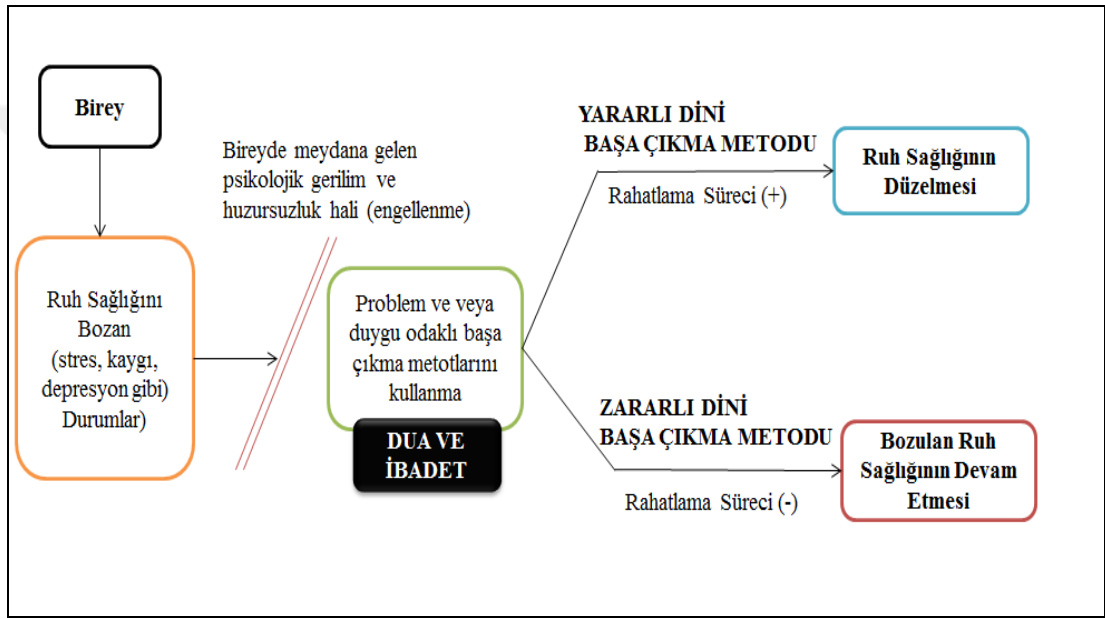
tepkilerini bir çevresel strese dönüştürerek rahatlatmaya çalıştığı bir başa çıkma tarzıdır. Problem odaklı başa çıkma, stres yaşayan bir kişinin içsel stres reaksiyonuna neden olan dış olayı değiştirmeyi amaçladığı bir başa çıkma tarzıdır. Zihin içsel ve dışsal gelen olayları analiz eder, strese uyum sağlamak için çeşitli mekanizmalar kullanır. Bunların bazıları bilinçsiz savunma mekanizmalarıdır ve otomatik olarak çalışır. Bazıları ise geçmiş yaşamında yaşadığı bir deneyim sonucu kullanılan savunma mekanizmalarıdır ve bunlar bilinç düzeyinde gerçekleşir. Zihin güvenliğini sağlamak için sürekli çevresindeki olayları değerlendirir. İç ve dış uyaranlara karşı farkındalığını artırır. Göz ardı edilebilir, tehdit içermiyorsa başa çıkma mekanizmaları tepki vermez. Potansiyel olarak zarar verme durumu varsa ya da tehdit içeriyorsa başa çıkmak için savunma mekanizması devreye girer (43). Zihin birincil değerlendirmesinde durumun göz ardı edilebilir, tehlikesiz, kontrol edilebilir olup olmadığını analiz eder. Tehlikenin ciddiyeti, hassasiyeti ve boyutu değerlendirilir. İkincil değerlendirmede durumla başa çıkma seçenekleri ve kaynakları analiz edilir. İkincil değerlendirmede duygusal odaklı ve problem odaklı başa çıkma stratejileri devreye girer (41, 43).

4.10.2. Dini Başa Çıkma

Din duygusu ilahi bir kuvvetin varlığından kaynaklanan düşünce, tasavvur ve hareketlerin insanda uyandırdığı duyguyu ifade etmektedir (45). Dini başa çıkma; bireyin inançları doğrultusunda yaptığı dini uygulamaları, özellikle yaşadığı stres ya da kaygıyı azaltmak için kullandığı fonksiyonel bir yöntem olarak tanımlanır (11). Başa çıkmada olduğu gibi odak nokta bireye sıkıntı, stres ve kaygı veren olaylardır (42).

Psikiyatrinin temelini oluşturan kuramcılar da, din ve sağlık ilişkisine kuramlarında yer vermişlerdir. Dinin fiziksel ve ruhsal sağlık ilişkisinde, hastalıklardan koruyucu ya da hastalık sürecinde destekleyici ilişkisinden söz edilmektedir (46). Stresli yaşam olaylarını yaşayan kişilerin etkili başa çıkmalarının olmaması yaygın bir düşüncedir. Stresi en az seviyede yaşama veya durumu kabul etmeme kontrol kaybına yol açabilir. Din; sabırlı olma, sürecin kabulü ve krizin yönetiminde etkili olmaktadır (41).

Stresli bir durum olan hastalık sürecinde inanç, başa çıkma yöntemi olarak kullanılmaktadır. Dini başa çıkma biçimleri etkin bir şekilde kullanılırsa, sağlıklı olmada beklenen sonuçların üstünde veriler sağlar (41). Kişilerin yaşadığı üzüntüyü azaltmak için bir teselli ve umut kaynağı oluşturur (47). Başa çıkma da bireyin, geçmiş yaşamlarında edindiği beceriler, yetenekler kullanılırken; dini başa çıkmada birey inandığı dine özgü ritüelleri yerine getirir. Dua ve ibadet en sık kullanılan yöntemler arasındadır. Dini başa çıkmada asıl hedef rahatlama ve huzura kavuşmadır (11). Dini başa çıkma süreci farklı biçimlerde olabilir (Şekil-1).



Şekil 4. 1. Dini başa çıkma süreci (11).

Dini başa çıkma yöntemleri; olumsuz yaşam olaylarına maruz kalındığında, bireylerin rahatlmasına yardımcı olabilir (42). Yaşanan stres verici olaylar bireyden bireye farklılık gösterse de bireyler anlam arayışı içindedir (48). Dini başa çıkma yöntemleri, hayata anlam katarak, problemler karşısında kalkan oluşturarak bireyi koruyan yöntemlerdir (49). Bireyler yaşadıkları krizlerde varoluşsal problemlerine bir cevap aramak için ve bu krizin oluşturduğu olumsuz duyguları azaltmak için dini başa çıkma yöntemlerine başvururlar (48). Yaşam süreci içinde, Tanrı inancı ve din duygusu insan hayatının farklı dönemlerinde farklı özellikler göstermektedir. 0-2 yaş bebeklik dönemi, dini bakımdan gözle görülecek belirtilerin gözlenmediği dönemdir. Fakat dini duygu ve inancın doğuşu ve gelişimi konusunda birçok psikoloğun

yürüttüğü bilimsel araştırmalar, çocuğun dış ortamdan gelecek dini etkilere ve tecrübelerine karşı ruhen yetenekli ve hazır olarak dünyaya geldiğini göstermektedir. Çocukluk döneminde ise, çocuk aile fertlerinden gözlemlediği dini davranışları taklit eder ve taklit etme psikolojisi çocuğun dini hayatının oluşmasında oldukça önemlidir. Çocukların bu dönemde din duygusunun şekillenmesinde ve dini davranışların belirmesinde yakınlarındaki ve çevresindeki kişilerin dini tutumlarının, davranışlarının etkisi büyük rol oynamaktadır. Bu dönemde çocuğun dini gelişimine etki eden faktörler önemlilik sırasına göre aile, okul ve son olarak çocuğun kişisel düşüncesinin gelişmiş olmasıdır. Çocukların dini düşünceleri zamanla değişebilir. Bu değişim çocuğun dini ilgisizliğine ve din duygularının gelişmesini geciktirmeye veya sahip olduğu dini inançlarını savunmaya, daha olgunlaşmış fikir ve düşüncelere götürebilir. Ergenlik döneminde dini konularda kararsızlık ve şüphe hakimdir. Bu zaman zarfında bireyin dini konularda kendi kendine bir fikir sahibi olmaya başladığı etrafındakilerden öğrenilen bilgilerin kritik edildiği gözden geçirildiği görülmektedir. Bu dönem hem dine dönüşüm, hem de dinden dönüşüm dönemidir. İlerleyen yaşla birlikte orta yaş evresinde birey kendi kendisine hayatta yaptığı işler hakkında hesap verme durumuna düşer. Çoğunlukla kendi kendisiyle yapmış olduğu hesaplaşma tatminkar olarak sonuçlanmaz. Bu çatışma ve huzursuzluk silsilesinden kurtulmak için birey bu dönemde kendini dine verir. Diğer alanlara duyulan ilgi azalırken dine karşı duyulan ilgi artış gösterir. Yaşlılık döneminde ise daha önce kazandığı dini alışkanlıkların sürdürüldüğünü görülür. Diğer faaliyetlerindeki azalmalar ve alışkanlıklara daha fazla bağlılık gösterilmesi nedeniyledir ki yaşlılarda ibadet oranını fazla olduğu göze çarpmaktadır (45, 50).

10.2.1. Dini Başa Çıkma Biçimleri

Dini başa çıkma yöntemleri ile ilgili ölçüm araçlarının geliştirilmesindeki ilerlemeler sayesinde dini başa çıkmanın etkinliği, belirli dini başa çıkma stratejilerinin belirlenmesi ve stres ile ilişkili durumlara yönelik araştırmaların yapılmasına yardımcı olmaktadır. Araştırma sonuçları da dini başa çıkmanın mümkün olduğu ve ölçülebilir olduğunu göstermektedir (51). Dini başa çıkma tek bir formda olmamakla birlikte çeşitli şekillerde karşımıza çıkabilmektedir. Öncelikle din insana başa çıkamadığı problemlerle başa çıkmasında çeşitli yöntemler sağlar (52).

Pargament ve arkadaşları dinin insanın zorluklarla başa çıkmasında yardımcı bir rol üstlendiğini ve insanlar tarafından 30 çeşit başa çıkma yönteminin kullanıldığını ve bunların genel hatlarıyla 3 ayrı kategoride değerlendirilebileceğini kaydederler.

1-Kişisel Yönelimli Başa Çıkma Tarzı (Self Directing): Stresli bir durumla karşılaşan birey, Tanrı'dan yardım beklemeden kişisel çaba ve imkanlarıyla problemini çözmeye çalışır. Bu dini başa çıkma metodu, Tanrı karşısındaki insanın sorumluluklarını ön plana çıkarmaktadır.

2-Erteleme Yönelimli Başa Çıkma Tarzı (Deferring): Birey burada pasiftir, hiçbir şey yapmaksızın Tanrı'nın müdahalesini ve sorununu çözmesini bekler. Bu tarzda kontrol Tanrı odaklıdır ve sorumluluk da Tanrı'dadır. Burada bireysel kontrol ve benlik saygısı düşüktür.

3-İşbirlikçi Başa Çıkma Tarzı (Collaborative): Birey ve Tanrı her ikisi de başa çıkma konusunda aktif birer partner gibidirler. Bu tarzda bireyin kişisel kontrolü yüksektir (53).

Dini başa çıkma biçimleri stratejilere göre olumlu ya da olumsuz biçimde olabilir (51). Birey gelişimsel dönemde ya da ani olarak ortaya çıkan bir durumun verdiği gerginlik ile dini bilgilerinin yeniden gözden geçirip, durumu değerlendirmeye çalışır (49). Olumlu başa çıkma biçimi; Tanrı ile güvenli bir ilişkiyi yansıtır ve bireylerde gelişmiş yaşam kalitesi ile ilişkilidir. Buna karşılık, olumsuz dini başa çıkma biçimi; Tanrı ile alâkalı çatışma yaşamasına ve cezalandırıldığını ya da terk edildiğini düşünmesine yol açar bu da bireylerde kötü bir refah ile ilişkilendirilir (51).

Dini başa çıkmanın olumlu ve olumsuz biçimleri bulunmaktadır.

10.2.2. Dini Başa Çıkmanın Olumlu Biçimleri

Dini başa çıkmayı olumlu bir biçimde kullanmak, kişide rahatlamaya ve ruhsal dengenin tekrar sağlanmasına yardımcı olur (11). Olumlu bir başa çıkma bireyde kontrolün sağlanması ve uyumun kaybedilmemesini sağlar. Bu sayede birey yaşamındaki denge ve bütünlüğü koruyabilir (41), zihinsel açmazlarını çözümlenebilir, kişiler arası ilişkilerini düzenleyebilir. Ayrıca dinin insanı davet ettiği ve yönlendirdiği ideallerle oluşturduğu hayat kişiye bir kimlik kazandırır, ruh sağlığını koruyucu, ruhi meseleleri tedavi edici etki oluşturur (54).

Genel olarak, olumlu dinî başa çıkma stratejileri, stresli bir yaşam olayı ile karşılaşan bireylerde Tanrı ile güvenli bir ilişkiyi yaşayan ve başkalarıyla manevi bağlanma hissini yansıtanlarda daha faydalıdır (51).

Olumlu dini başa çıkma biçimleri olarak; spirütüel destek arama ve işbirlikçi olma, dini destek, ilahi gücün yardımsever ve bağışlayıcı olarak görülmesidir (13).

Spirütüel Destek Arama ve İşbirlikçi Dini Başa Çıkma: Destek algısı; stres zamanlarında Tanrı ile bir ortaklık, yakın ilişki, Tanrı'nın rehberliği ile problemi çözmede ve problemle başa çıkmada yardım arayışıdır. Tanrı'nın bireyin başına bir şey gelmeyeceğine yönelik güven, sevgisinin ve ilgisinin üzerinde olduğuna yönelik yakın ilişki, durumla nasıl başa çıkacağına yönelik düşünceleri içeren rehberlik gibi durumları içermektedir. Bu yaklaşımlarda stresörler ile başa çıkmada uyuma yardımcı olmaktadır. Adanmışlığı temsil etmektedir (13).

Dini Destek: Hastalık, kriz gibi sıkıntılı durumlarda din adamlarından ve dini örgütlerden destek almayı içerir (13).

Tanrı'yı "Yardım sever" Olarak Yeniden Tasarlama: Yaşanan olumsuz olayların Tanrı'nın iradesiyle olduğu düşünür. Tanrı'nın sevgi dolu olduğu ifade edilir. Durum inkar edilmez yeni bir çerçeve ve bakış açısı ile yorumlanır. Bu da kişi rahatlatır. Tanrı yardımsever ve bağışlayıcı olarak imgenir (13).

4.10.3.3. Dini Başa Çıkmanın Olumsuz Biçimleri

Olumsuz dini başa çıkma yöntemleri, cezalandırıcı Tanrı algısı yaşayan hastaların acı hislerini Tanrı'nın misillemesi olarak görebilmeleri sonucu güvensiz bir ilişki yaşama, Tanrı'nın güçlerini yeniden değerlendirme ve sorgulama ve aynı dinden üyeler arasından terk edilme, dinsel hoşnutsuzluklar olarak görülebilir. Olumsuz dini başa çıkma yöntemleri hastalığın sürecini ve ruhsal durumunu uzun dönemde olumsuz olarak etkilemektedir (51).

Olumsuz dini başa çıkma biçimleri, cemaat ve Tanrı ile çatışma ve Tanrı'yı "cezalandırıcı" olarak yeniden tasarlama şeklinde görülebilmektedir:

Cemaat ve Tanrı ile Çatışma: İnsanlar dinden olumsuz olarak söz ettiğinde, bu yorumlar kendi cemaatleri ve din adamları tarafından hedef alınmasına sebep olur. Tanrı'ya karşı olan duygularında olumsuzluklar daha azdır. Bu tarz hoşnutsuzluk duyguları yaşayan bireylerin, ruh sağlığı ve ruh hali giderek kötüleşir. Bu sebepten de olumsuz yaşam olayına karşı daha kötü bir karar alırlar. Tanrı'nın ya da cemaatin onu terkettiği ya da ihtiyaç duyduğunda onu hayal kırıklığına uğrattığı duygusu ve kızgınlık duygusu yaşarlar (13).

Tanrı'yı "Cezalandırıcı" Olarak Yeniden Tasarlama: Bireyin yaşadığı olumsuz olayı Tanrı'nın onu cezalandırması olarak görmesidir. Suçluluk ve korku duygularının yansıması sonucu oluşabilir. Bu tarz düşünceler ve kırılmalar meydana geldiğinde negatif duygular ve tehlikeli sonuçlar doğurabilir (13).

4.11. Din ve Ruh Sağlığı

Din psikolojisi; dinin psikiyatrik hastalıklarla ilişkisi, hayat anlamı, stres, kaygı gibi konularla ilişkisini inceler. Tek boyutlu bir olgu olmaması ve birçok boyutu ile ele alınmasından dolayı ruh sağlığına olan yararı ve zararı tartışmalıdır. Birey ruh sağlığını korumak için farklı yöntemler kullansa da bu yaklaşımlardan biri de dini yaklaşımdır. Dinin ruh sağlığına etkisi incelenirken, kişilerin farklı dinlere mensup olduğu ve kişilerde farklı etkiler ortaya çıkarttığı görüldüğünden, değerlendirme yapılırken bu farklılıklara dikkat edilmelidir. Bireyden bireye, hastalıktan hastalığa, yaşanan durumdan duruma farklılık göstereceği için dinin ruh sağlığına etkisi farklılıklar gösterebilmektedir (11, 44, 48). Dini olumlu başa çıkma yöntemleri ruh sağlığı üzerinde koruyucu bir etkiye sahiptir. Din bireyin hayat anlamına yönelik varoluşsal problemleri cevaplamada büyük bir önem taşımaktadır. Ruh sağlığına yönelik önemli duygulara cevap verir (44, 48). Din tarihsel süreçte incelendiğinde, zamanla farklı formlarda devam etse de temel olarak toplumsal bir bütünlük sağlayıcı, hayata anlam kazandıran ve yönlendiren bir yönü vardır. Bireyin kaygı, depresyon, umutsuzluk gibi duygular yaşadığında olumsuz başa çıkma tutumlarına yönelmesini önleyici bir yönü vardır (48). Din ve ruh sağlığı arasında olumlu bir ilişki olduğu vurgulanmaktadır. Dini ritüellerini yerine getirenlerde ve olumlu Tanrı algısına sahip olan kişilerde yapılan çalışmalarda, dinin ruh sağlığına olumlu etkisi olduğu belirtilmektedir (55, 56).

4.12. Dinin Hastalıklarla Başa çıkmada Rolü

Din sosyal hayatta birçok kararın alınmasında ve uygulanmasında insanlara rehberlik etmesiyle bilinen sosyolojik bir konudur. Hastalık gibi kaçınılmaz bir durumda din kaynaklarının vereceği ilham ve sabır telkini, insanı teselli edebilecek unsurların başında gelmektedir. Din, bu yönüyle güçlü bir isteklendirme kaynağıdır. Özellikle kendini dindar olarak tanımlayan insanlar için din, çaresizlik, hastalık ve sıkıntılı durumlarda güçlü bir teskin yolu olmaktadır. Dinin sosyal hayattaki etkileri üzerine birçok başlık oluşturulabilir. Lakin hastalık durumunda din faktörünün, insanın çektiği ıstıraplarını anlamlandırıp, zihinsel yollarla dindirme yolunu başarabilmesi, dinin insan metabolizmasında meydana gelen birçok değişikliği psikolojik yollarla başarabildiğini ortaya koymaktadır. Din, insanın zor zamanlarında, sorunların üstesinden gelebilmek için başvurduğu bir mekanizmadır (57).

İnsanların üstesinden gelmek için dine başvurdukları bir süreç de hastalık sürecidir. Buradaki olay, insanın kendi sorununu çözmek için dini referans kabul edip etmediğidir. Dini, insan hayatındaki zor süreçlerin aşılması için bir sığınak olarak görmeyenler ile dinin insan hayatındaki olası etkilerini kabul edenler, hastalık karşısında dini kaynaklara aynı bakış açısı ile bakmazlar. Dini başa çıkmada insanların dindarlık düzeyleri ve nitelikleri, belirleyici faktörlerin başında gelmektedir (58). Dini başa çıkma, sorunların aşılmasında alternatif ve güçlü bir bileşen olarak görülmektedir. Özellikle hastalıkla ve stresle ilişkili durumlarda din ve maneviyatın güçlü etkileri, her geçen gün akademik camiadaki araştırmalar ve incelemeler yoluyla kanıtlanarak ortaya çıkarılmaktadır.

Dinin insan hayatındaki etkileri üzerine yazılan çok sayıda bilimsel çalışma mevcuttur. Örneğin kanser hastaları üzerine yapılan bir araştırmada, hastaların duydukları ıstırap konu edinmiştir. Çalışma dindar olan kanser hastaları ile dindar olmayan kanser hastalarının duydukları acı ve ıstırapların aynı olmadığını, dindar olan kanser hastalarının hastalık süreci boyunca daha az ıstırap duydukları gerçeğini ortaya koymaktadır (59). Dinlerin genel ilkeleri olan iyiliklerin mükâfatlandırılması, kötülüklerin cezalandırılması, sabır ve güzel ahlak gibi erdemlerin doğrultusunda hayatlarını sürdüren insanlar, hastalık sürecinde de manevi yönden daha güçlü durarak, sürecin daha iyimser bir tablo halini almasını sağlayacaklardır. Dinin özellikle kanser hastalarındaki manevi gücü arttırarak, hastalık sürecine iyimser

katkıları sağlayıp, hastaların iyileşmesine katkı sağlaması, birçok batı ülkesinde bu alandaki çalışmaların artmasına sebep olmuştur (53).

4.13. Kanserle Başa Çıkma Sürecinde Dinin Fonksiyonu

Din; insanlara yardım ettiği, yol gösterdiği için bazı stresli durumlarda özellikle de sağlık problemlerinde hastalık ilerlediğinde başa çıkma yöntemi olarak kullanılabilir (41). Hastalar, hastalık sürecinde stresle başa çıkmak, rahatlık ve destek bulmak için inançlarından yararlanırlar. Yaşamı tehdit eden hastalıklarda, hastalar bu durum ile karşı karşıya geldiklerinde ruhsal rahatlama açısından maneviyata ve dine yönelmektedirler. Özellikle kanserde hastaların hastalıkla başa çıkma sürecinde destek kaynağı olarak dini başa çıkma yöntemleri de kullandıkları bilinmektedir (41). Çeşitli inanç ve ritüeller kanser hastalığının verdiği psikolojik yıpranmayı azaltmakta, hastaya manevi güç vererek iyileşmesine yardımcı olmaktadır. Bu nedenle tüm dünyada özellikle batı ülkelerinde dini başa çıkmayla ilişkili araştırmaların sayısı hızla artmaktadır (53).

Kanser tanısı alma gibi, sağlıkla ilgili yaşanan krizlerde din yatıştırıcı bir rol üstlenir, bu yüzden de insanlar dini başa çıkma yöntemlerine yönelebilirler (60). Farklı dinlerde olan hastalarda dini ve manevi inancın kanser hastalığı ile başa çıkmada gerekli olan duygusal, sosyal desteği sağladığı görülmektedir. Günlük yaşamını anlamada anlam becerisi kazanmada etkili olduğu vurgulanmaktadır (12, 61, 62, 63).

Din ve maneviyatın, yapılan son araştırmalarda kanseri tanısı alan kişilerin ruh sağlığına pozitif etkisi olan bir faktör olduğu saptanmıştır. Dini başa çıkma yöntemleri kanser ile başa çıkmada yardımcı olabilmektedir (12, 61, 62, 63). Yapılan bu araştırmalarda manevi iyilik düzeyi ve inançsal baş etmesi daha iyi olan kanser hastalarının anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha düşük, sağlık alışkanlıkların daha iyi, umut ve yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (64, 65).

İran'da yapılan bir araştırmaya göre, yeni meme kanseri teşhisi konan Müslüman kadınların, hastalığı Tanrı'dan gelen bir durum olarak düşünmeleri gibi dini yaklaşımlarının, hastalığın yarattığı zorluklarla başa çıkmada hastaları olumlu yönde etkilemektedir (66). Literatürde, kanser tanısı konan kadınların ameliyat sonrası 1 ila

6 ay arasında aktif olarak dini başa çıkma yöntemlerini kullandığı, bunun da stres düzeylerinde azalma ve duygusal refahta artmayı sağladığı belirtilmektedir (67). Gelişmekte olan ülkelerdeki çalışmalar incelendiğinde dini inanç ve uygulamaların kullanılması, kanser hastaları arasında en sık başvurulan başa çıkma mekanizması olarak bildirilmektedir. Dini başa çıkma yöntemleri kullanan hastalarda kanser ile bağlantılı oluşan stres ile başa çıkmanın, duygusal ve sosyal iyi oluşun daha iyi olduğu, Tanrı'ya güvenen hastalarda ölüm korkusunun da daha az olduğu belirtilmiştir (68). Kanser tanısı konan hastaların genellikle hastalıktan arınma konusunda dua ettikleri rapor edilmektedir. Dua etmenin kişinin iradesini güçlendirerek kişiyi sabırlı ve iradeli kılmakla birlikte sevgi ve bağlılık duygusunu güçlendirdiği, kişiyi günahkarlık ve suçluluk duygusundan arındırdığı yönünde tespitler yapılmaktadır (69). Kanser hastalığı ile baş eden bazı kadınlarda; hastalığın, inançlarını derinleştirdiği, din ve maneviyatı yaşamlarında daha ön plana çıkardıkları görülmektedir. Kanser hastalarının dini inançlarının kanserin iyileşme sürecine yardımcı bir etken olduğu görülmektedir (62).

Yapılan çalışmalarda da görüldüğü gibi kanser tanısı alan hastalarda maneviyatın ve dini başa çıkmanın, ruh sağlığını olumlu yönde etkilediği tespit edilmektedir (61, 62, 63, 70, 71).

5.MATERYAL VE METOT

5.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma; yeni tanı almış meme kanseri hastalarının kansere tepkileriyle dini başa çıkmaları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yeri ve Zamanı

Araştırma; Kasım 2016/ Nisan 2017 tarihleri arasında özel bir vakıf üniversitesi hastanesinin, ayaktan kemoterapi biriminde yapılmıştır.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini belirtilen 6 aylık süre içerisinde özel bir vakıf üniversitesi hastanesinin ayaktan kemoterapi birimine başvuran 407 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise bu hastalardan, iletişim problemi olmayan, en az 4 kür kemoterapi almış ve tedavisi devam eden, metastazı olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 150 hasta oluşturmuştur.

5.4. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma özel bir vakıf üniversitesi hastanesinde, yeni tanı almış meme kanseri hastalarıyla yüz yüze görüşülerek, yapılacak çalışmayla ilgili bilgi verilip, katılmak isteyen gönüllülerin onamları alındıktan sonra, veri toplama araçlarının (Anket formu, Kansere Tepki Tarzı Ölçeği, Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği) uygulanması şeklinde yürütülmüştür.

5.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri hastaların; yaşı, eğitim düzeyi, ekonomik durumu gibi anket formunda yer alan tüm değişkenleri kapsamaktadır. Araştırmanın bağımlı değişkeni ise hastaların Kansere Tepki Tarzı Ölçeği puanları ve Dini Başa Çıkma Tarzları ölçeği puanlarıdır.

5.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler, hasta yakınlarının sosyo-demografik ve bazı davranış özelliklerine ilişkin soruları içeren bir anket formu (EK-1), Kansere Tepki Tarzı Ölçeği (EK-2) ve Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (EK-3) ile hastalarla yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır.

5.6.1. Anket Formu

Araştırma kapsamına alınan ayaktan kemoterapi alan hastaların, sosyodemografik ve bazı tanıtıcı özelliklerini belirlemek amacıyla literatür taranarak hazırlanmış 17 soruluk bir formdur (EK-1).

5.6.2. Kansere tepki tarzı ölçeği (KTTÖ)

Ölçek Watson, Greer ve Bliss (72) tarafından 1989 yılında hastanın kanser teşhisine verdiği tepkilerin tanınmasını sağlamak amacıyla geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Natan (73) tarafından yapılmış olup, klinik çalışmalarda kanser hastalarının tanı ve tedavilerine gösterdikleri uyumlarında, hangi tepkileri ne ölçüde kullandıklarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir Ülkemizde de bu ölçeğin kullanıldığı Meme kanseri tanısı almış hastalarla yapılmış bir çalışma bulunmaktadır (74). Ölçeğin toplam 40 maddeden oluşan beş alt boyutu vardır (Bkz.EK 2). Ölçekteki her bir madde 1- 4 arasında derecelendirilmiş olup 1 “Kesinlikle Bana Uymuyor”, 2 “Bana Uymuyor”, 3 “Bana Uyuyor”, 4 “Kesinlikle Bana Uyuyor” olarak dörtlü likert tipinde puanlanmaktadır. Ölçekteki her bir alt boyut puanı ayrı olarak elde edilmektedir. Puanların yükselmesi o alt boyut tepkisinin daha çok yaşandığını göstermektedir. Ölçekteki alt boyutlar şu şekildedir:

1. Mücadeleci Ruh (MR): Hasta hastalığını mücadele edilecek bir durum olarak görür; geleceğe olumlu bir bakış açısıyla bakar ve hastalığı kontrol etmenin mümkün olduğuna inanır. Yüzleşmeci başa çıkma tepkileri mevcuttur. Bu alt boyutla ilgili maddeler, 4, 5, 6, 11, 13., 16, 18, 20, 26, 27, 28, 31, 32, 34, 39 ve 40. maddedir. Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.72’dir (75,76).

2. Çaresizlik/ Ümitsizlik (ÇÜ): Hastalık, bir kayıp olarak görülür ve prognozu kaçınılmaz olumsuz bir sonuç olarak değerlendirilir. Hasta hastalığı herhangi bir şekilde kontrol edebileceğine inanmaz Hastalıkla savaşmak için aktif stratejilerden yoksundur. Bu alt boyutla ilgili maddeler, 2, 9, 17, 23, 25 ve 36. maddelerdir. Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.72’dir (75,76).

3. Endişeli Bekleyiş (EB):Hastalık büyük bir tehdit olarak, prognoz ise belirsizlik olarak değerlendirilirken, kontrolün korunabileceği konusunda da belirsizlik vardır. Bu bireylerin hastalıkla ilgili bilgiyi arama fakat bu bilgileri olumsuz değerlendirme eğilimleri vardır. Bu alt testle ilgili maddeler, 1., 3., 10., 14.,19., 21., 22., 29. ve 37. maddelerdir. Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.58'dir (75,76).

4. Kadercilik (K): Hasta teşhisi daha az bir tehdit olarak alır, sonuç olduğu gibi kabul edilir ve kansere herhangi bir kontrolün konabileceğine inanılmaz. Yüzleşme stratejilerinden yoksundur ve pasif bir kabul etme eğilimi vardır. Bu alt boyutla ilgili maddeler, 7., 8., 12., 15., 24., 30., 33. ve 35. maddelerdir. Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.68'dir (75,76).

5. İnkâr/Kaçınma (İK): Hasta tanısını çok az bir tehdit olarak algılar ve prognoza olumlu bakar. Hastalığı göremediği için kontrol edebileceği akla bile gelmez. Bu alt boyutla ilgili madde 38. maddedir. Kaçınma (inkar) alt boyut bir maddeyi içerdiği için Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı hesaplanamamıştır (75,76).

5.6.3. Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (DBTÖ)

Pargament et al. (77) tarafından geliştirilen Dini Başa çıkma Tarzları Ölçeği, farklı yaşam olayları ile başa çıkma, dini başa çıkma ve bir dizi psikolojik veriler arasındaki ilişkiyle bağlantılı olarak geliştirilmiştir. 34 madde olarak geliştirilen ölçek daha sonra 2 boyutlu (olumlu ve olumsuz) 14 maddelik (7 olumlu, 7 olumsuz) işlevsel bir Dini Başa çıkma Tarzları Ölçeği haline dönüştürülmüştür (Bkz. EK 3). Kısa olması nedeniyle rahatlıkla bütün sosyal bilimler ve sağlık araştırmalarında kullanılmaktadır. Pargament ve arkadaşları bu ölçeği özellikle stres, başa çıkma ve sağlık modellerine etkin, teorik temelli bir dini boyut katmak isteyenlere önermektedirler. Ölçek dördümlü Likert tipi bir ölçektir ve düşük puanlar o dini başa çıkma tarzının az, yüksek puanlar ise fazla kullanıldığını göstermektedir. Ölçekteki alt boyutlar şu şekildedir:

1. Olumlu Dini Başa çıkma: Dini başa çıkma ölçeğinin 7 maddesinden (Allah ile daha sıkı bağ kurmaya çalıştım, böyle bir olayla Allah'ın bana nasıl güç vereceğini görmeye çalıştım, Allah'tan sevgi ve şefkat diledim, öfkemi gidermesi için Allah'tan yardım diledim, günahlarımın affedilmesini diledim, planlarımı Allah'ın yardımıyla hayata geçirmeye çalıştım, sorunlarımı dert edinmeyi bırakmak için kendimi dine verdim.) 4 dereceli olarak ölçekten elde edilen puanların toplamının karşılığıdır.

2. Olumsuz Dini Başa çıkma: Dini başa çıkma ölçeğinin 7 maddesinden (İyi bir kul olmadığım için cezalandırıldığımı hissettim, bu işe şeytanın sebep olduğuna karar verdim, Allah'ın gücünden kudretinden şüpheye düştüm, Allah'ın beni sevip sevmediğinden şüpheye kapıldım, Allah'ın beni yalnız bıraktığından endişelendim, Dindar kardeşlerimin beni terk etmesinden endişelendim, Allah tarafından cezalandırılmayı hakkecek ne yaptığımı düşündüm), 4 dereceli olarak ölçekten elde edilen puanların toplamının karşılığıdır (78). Ölçeğin Türkiye koşullarına uyarlanması çalışması, Ekşi (2001) tarafından yapılmıştır (79).

5.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı veriler sayı, yüzde ve aritmetik ortalama ile değerlendirilmiştir. Ölçek puan ortalamalarının normal dağılıp dağılmadığı Shapiro-Wilks testi ile analiz edilmiş olup, ölçek puan ortalamalarının normal dağılmadığı saptanmıştır. Puan ortalamaları ile yapılan tüm analizlerde non-parametrik testler kullanılmıştır. İki grubun yer aldığı değişkenlerin analizinde Mann-Whitney U testi, üç ve daha fazla grubun yer aldığı analizlerde Kruskal Wallis analizi kullanılmıştır. Kruskal Wallis analizinde istatistiksel olarak anlamlı fark çıktığında ileri analiz için Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Ölçeklerin alt boyutları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır. Dini Başa Çıkma Alt Ölçeklerinin Kansere Tepki Tarzı alt ölçekleri puanlarını yordama düzeyi doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Regresyon modeline alt ölçeklerin alınıp alınmayacağına çoklu bağıntı testi ile karar verilmiştir. Anlamlılık düzeyi 0.05 kabul edilmiştir.

5.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurulu onayı (Bkz Bölüm 11) ile araştırmanın yapıldığı vakıf üniversitesi hastanesinden yazılı izin alınmıştır (EK-4). Veri toplamaya başlamadan önce araştırmaya katılan hastalara, araştırma hakkında bilgi verilerek ve sözel ve yazılı onamları alınarak "Gönüllü Oluru" ilkesi ve "Gönüllülük" ilkesi, araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları belirtilerek "Özerkliğe Saygı" ilkesi, araştırmaya katılan hastaların mahremiyetine

saygı ve kişisel bilgilerin saygı duyularak gizli tutulacağı belirtilerek ‘‘Gizlilik ve Gizliliğin Korunması’’ ilkesi vurgulanmış ve dikkat edilmiştir.

5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın uygulama aşamasında hastaların soruları yanıtlarken, duygusal anlar yaşamaları, kemoterapi esnasında, kemoterapiye bağlı yan etkileri de yaşamaya başlamalarıyla bu anlarda sorulara cevap vermede zorlanmaları, hastaların dini başa çıkma ölçeğindeki bazı sorulara cevap vermek istememeleri çalışmanın uygulama aşamasında yaşanan zorluklarıdır. Bu araştırma sadece özel bir vakıf üniversitesi hastanesinde ayaktan kemoterapi alan hastaları kapsadığından sonuçlar, Türkiye’deki bütün ayaktan kemoterapi alan birimlerdeki meme kanseri tanılı hastalara genellenemez.

6. BULGULAR

Tablo 6. 1. Hastaların tanımlayıcı Özellikleri

Değişken	N	% / X _± SS
Yaş (Ortalama)	150	48.58 _± 8.70 (22-76yaş)
Yaş Grup		
22-40 Yaş	22	14.7
41-59 Yaş	113	75.3
60 yaş ve üstü	15	10.0
Medeni Durum		
Evli	127	84.7
Bekâr	8	5.3
Eşi ölmüş/Boşanmış	15	10.0
Eğitim Durumu		
Okuma Yazma Bilmiyor	5	3.3
İlköğretim	47	31.3
Lise	52	34.7
Önlisans	9	6.0
Lisans ve lisansüstü	37	24.7
Çalışma Durumu		
Kamu Sektörü	18	12.0
Özel Sektör	20	13.3
Çalışmıyor	112	74.7
Aile Tipi		
Geniş aile	25	16.7
Çekirdek aile	121	80.6
Diğer	4	2.7
Çocuk Durumu		
Var	135	90.0
Yok	15	10.0
Çocuk Sayısı		
Yok	11	7.3
Bir Çocuk	8	5.3
İki Çocuk	69	46.0
Üç çocuk	37	24.7
Dört ve üstü Çocuk	25	16.7
Ekonomik Durum Algısı		
Orta	54	36.0
İyi	86	57.3
Çok İyi	10	6.7
Hastalık Süresi	N	%
0-6 ay	89	59.3
7-12 ay	50	33.3
1 yıl ve üstü	11	7.4
Mastektomi Durumu		

Geçirmiş	120	80.0
Geçirmemiş-Tedavi sonrası planlanmış	30	20.0
Alınan Kemoterapi Kür Sayısı		
1-6 kür	56	37.3
7-12 kür	75	50.0
13 ve üstü kür	19	12.7
Taniyi kimden öğrendi		
Doktor	147	98.0
Diğer	3	2.0
Taniyi ilk duyduğunda neler hissetti?		
Çok üzüldüm ağladım	92	61.3
Öfkelendim neden ben dedim	8	5.3
Soğukkanlılığımı korudum	10	6.7
Allahtan geldiğini düşündüm ve sabrettim	40	26.7
Ailesinde meme kanseri olan var mı?		
Var	39	26.0
Yok	111	74.0
Varsa kim?		
Hiç kimse	111	74.0
Anne	10	6.7
Kardeş	7	4.7
Diğer	22	14.6
Başa çıkma konusunda destek alıyor mu?		
Evet	146	97.3
Hayır	4	2.7
Destegi kimden alıyor		
Almıyor	4	2.7
Aile	108	72.0
Arkadaş	26	17.3
Psikolog	12	8.0

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 48.58 ± 8.70 'dir. Hastaların % 14,7'si (n=22) 22-40 yaş grubunda, % 75,3'ü (n=113) 41-59 yaş grubunda ve % 10,0'ında (n=15) 60 yaş ve üstü gruptadır. Hastaların % 84,7'si (n=127) evli, % 5,3'ü (n=8) bekâr ve % 10'ünün (n=15) eşi ölmüş/boşanmıştır. Hastaların % 3,3'ü (n=5) okuma yazma bilmiyor, % 31,3'ü (n=47) ilköğretim, % 34,7'si (n=52) lise, % 6'si (n=9) önlisans ve % 24,7'si (n=37) lisans/lisansüstü mezundur. Hastaların

%12'si (n=18) kamu sektöründe çalışıyor, %13,3'ü (n=20) özel sektörde çalışıyor ve % 74,7'si (n=112) çalışmıyor. Hastaların % 16,7'sinin (n=25) geniş aileye, % 80,6'si (n=121) çekirdek aileye ve % 2,7'si (n=4) diğer tip aileye sahiptir. Hastaların % 90'inin (n=135) çocuğu varken % 10'un (n=15) çocuk sahibi değildir. Hastaların % 5,3'ünün (n=8) bir çocuğu, % 46'sinin(n=69) iki çocuğu, % 24,7'sinin (n=37) üç çocuğu ve % 16,7'si (n=25) dört ve üstü çocuğa sahiptir. Hastaların % 36'sinin (n=54) ekonomik düzeyi orta, % 57,3'ünün ekonomik durumu iyi ve % 6,7'sinin (n=10) ekonomik durumu çok iyidir. Hastaların % 59,3'ünün (n=89) hastalık süresi 0-6 ay, % 33,3'ünün (n=50) hastalık süresi 7-12 ay ve % 7,4'ünün (n=11) hastalık süresi 1 yıl ve üstüdür. Hastaların % 80'i (n=120) mastektomi olmuştur, % 20'si (n=30) Mastektomi olmamış-tedavi sonrası mastektomisi planlanmaktadır. Hastaların % 37,3'ü (n=56) kemoterapiyi 1-6 kür almış, % 50'si (n=75) kemoterapiyi 7-12 kür almış ve % 12,7'si (n=19) kemoterapiyi 13 ve üstü kür almıştır. Hastaların % 98'si (n=147) tanıyı doktordan öğrenirken, % 2'si (n=3) diğer kişilerden öğrenmiştir. Hastaların % 61,3'ü (n=92) tanıyı ilk öğrendiğinde çok üzölmüş ağlamış, % 5,3'ü (n=8) öfkenmiş neden ben demiş, %6,7'si (n=10) soğukkanlılığını korumuş ve %26,7'si (n=40) Allahtan geldiğini düşünüp sabretmiş. Hastaların % 26'sinin ailesinde meme kanseri varken % 74'ünün ailesinde meme kanseri yoktur. Hastaların %6,7'sinin (n=10) annesinde, % 4,7'sinin (n=7) kardeşinde ve % 14,6'sinin (n=22) diğer aile üyelerinde meme kanseri vardır. Hastaların % 97,3'ü (n=146) başa çıkma konusunda destek alırken % 2,7'si (n=4) destek almamaktadır. Hastaların % 72'si (n=108) ailesinden, % 17,3'ü (n=26) arkadaşlarından ve % 8'i (n=12) psikologdan destek almaktadır.

Tablo 6. 2. Hastaların Yaş Gruplarına Göre Olumlu ve Olumsuz Dini Başa Çıkma Puanlarının Karşılaştırılması

Yaş Grubu	N	Olumlu Dini Başa Çıkma X ₊ SS	Olumsuz Dini Başa Çıkma X ₊ SS
22-40 Yaş	22	20.77 _± 3.43	8.72 _± 2.14
41-59 Yaş	113	23.36 _± 3.12	7.54 _± 1.58
60 Yaş ve üstü	15	25.13 _± 2.29	7.53 _± 1.80
X ² _{KW} P		19.487 0.000	15.606 0.000

Yaşı 22-40 arasında olan hastaların olumlu dini başa çıkma puanı 20.77_±3.43, 41-59 yaş arasında olan hastaların 23.36_±3.12 ve 60 yaş ve üstü hastaların 25.13_±2.29 olarak saptanmıştır. Hastaların yaş gruplarına göre olumlu dini başa çıkma puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ileri analiz yapılmıştır. İleri analiz için Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İleri analiz için yeni p değeri hesaplamasında 0.05 anlamlılık düzeyi karşılaştırma sayısına bölünmüştür. Karşılaştırma sayısı 3 olduğu için, 0.05/3=0.016 yeni anlamlılık düzeyidir. İleri analiz sonucunda farkın 22-40 yaş grubu ile 41-59 yaş grubun puan ortalamalarındaki farktan (p=0.01), 22-40 yaş grubu ile 60 yaş ve üstü grubun puan ortalamalarındaki farktan (p=0.00) ve 41-59 yaş grubu ile 60 yaş ve üstü grubun puan ortalamalarındaki farktan (p=0.016) kaynaklandığı saptanmıştır. Hastalardan 60 yaş ve üstü grubun puanının anlamlı şekilde 41-59 yaş ve 22-40 yaş grubundan yüksek olduğu, 41-59 yaş grubunun puanının anlamlı şekilde 22-40 yaş grubundan yüksek olduğu saptanmıştır. 60 yaş üstü, olumlu dini başa çıkmaya daha çok başvurmaktadır.

Yaşı 22-40 arasında olan hastaların olumsuz dini başa çıkma puanı 8.72_±2.14, 41-59 yaş arasında olan hastaların 7.54_±1.58 ve 60 yaş ve üstü hastaların 7.53_±1.80 olarak saptanmıştır. Hastaların yaş gruplarına göre olumsuz dini başa çıkma puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ileri analiz yapılmıştır. İleri analiz için Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İleri analiz için yeni p değeri hesaplamasında 0.05 anlamlılık düzeyi karşılaştırma sayısına bölünmüştür. Karşılaştırma sayısı 3 olduğu için, 0.05/3=0.016

yeni anlamlılık düzeyidir. İleri analiz sonucunda farkın 22-40 yaş grubu ile 41-59 yaş grubun puan ortalamalarındaki farktan ($p=0.00$) kaynaklandığı saptanmıştır. Hastalardan 22-40 yaş grubundaki hastaların olumsuz dini başa çıkma puanının anlamlı şekilde 41-59 yaş grubu hastaların puanlarından yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 6. 3. Hastaların Yaş Gruplarına Göre Kansere Tepki Tarzı Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması

Yaş Grubu	N	Mücadeleci Ruh X _± SS	Çaresizlik Ümitsizlik X _± SS	Endişeli Bekleyiş X _± SS	Kaderci X _± SS	İnkâr X _± SS
22-40 Yaş	22	48.72 _± 4.39	11.09 _± 2.79	25.22 _± 2.48	19.40 _± 1.53	1.95 _± 0.95
41-59 Yaş	113	52.20 _± 5.01	9.73 _± 2.30	23.34 _± 2.09	19.96 _± 1.57	1.71 _± 0.62
60 Yaş ve üstü	15	53.40 _± 3.50	8.93 _± 1.86	22.60 _± 2.94	20.93 _± 1.48	1.53 _± 0.52
X ² _{kw} P		10.841 0.004	8.579 0.014	14.142 0.001	6.871 0.032	14.142 0.380

Yaşı 22-40 arasında olan hastaların mücadeleci ruh puanı 48.72_±4.39, 41-59 yaş arasında olan hastaların 52.20_±5.01 ve 60 yaş ve üstü hastaların 53.40_±3.50 olarak saptanmıştır. Hastaların yaş gruplarına göre mücadeleci ruh puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ileri analiz yapılmıştır. İleri analiz için bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İleri analiz için yeni p değeri hesaplamasında 0.05 anlamlılık düzeyi karşılaştırma sayısına bölünmüştür. Karşılaştırma sayısı 3 olduğu için, $0.05/3=0.016$ yeni anlamlılık düzeyidir. İleri analiz sonucunda farkın 22-40 yaş grubu ile 41-59 yaş grubun puan ortalamalarındaki farktan ($p=0.003$) ve ve 22-40 yaş grubu ile 60 yaş ve üstü grubun puan ortalamalarındaki farktan ($p=0.002$) kaynaklandığı saptanmıştır. Hastalardan 22-40 yaş grubundaki hastaların mücadeleci ruh puan ortalamalarının anlamlı şekilde 41-59 yaş ve 60 yaş ve üstü grubun puanından yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yaşı 22-40 arasında olan hastaların çaresizlik ümitsizlik puanı 11.09 ± 2.79 , 41-59 yaş arasında olan hastaların 9.73 ± 2.30 ve 60 yaş ve üstü hastaların 8.93 ± 1.86 olarak saptanmıştır. Hastaların yaş gruplarına göre çaresizlik ümitsizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ileri analiz yapılmıştır. İleri analiz için bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İleri analiz için yeni p değeri hesaplamasında 0.05 anlamlılık düzeyi karşılaştırma sayısına bölünmüştür. Karşılaştırma sayısı 3 olduğu için, $0.05/3 = 0.016$ yeni anlamlılık düzeyidir. İleri analiz sonucunda farkın 22-40 yaş grubu ile 41-59 yaş grubun puan ortalamalarındaki farktan ($p = 0.014$) ve ve 22-40 yaş grubu ile 60 yaş ve üstü grubun puan ortalamalarındaki farktan ($p = 0.011$) kaynaklandığı saptanmıştır. Hastalardan 22-40 yaş grubundaki hastaların çaresizlik ümitsizlik puan ortalamalarının anlamlı şekilde 41-59 yaş ve 60 yaş ve üstü grubun puanından yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yaşı 22-40 arasında olan hastaların endişeli bekleyiş puanı 25.22 ± 2.48 , 41-59 yaş arasında olan hastaların 23.34 ± 2.09 ve 60 yaş ve üstü hastaların 22.60 ± 2.94 olarak saptanmıştır. Hastaların yaş gruplarına göre endişeli bekleyiş puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ileri analiz yapılmıştır. İleri analiz için Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İleri analiz için yeni p değeri hesaplamasında 0.05 anlamlılık düzeyi karşılaştırma sayısına bölünmüştür. Karşılaştırma sayısı 3 olduğu için, $0.05/3 = 0.016$ yeni anlamlılık düzeyidir. İleri analiz sonucunda farkın 22-40 yaş grubu ile 41-59 yaş grubun puan ortalamalarındaki farktan ($p = 0.000$) ve ve 22-40 yaş grubu ile 60 yaş ve üstü grubun puan ortalamalarındaki farktan ($p = 0.009$) kaynaklandığı saptanmıştır. Hastalardan 22-40 yaş grubundaki hastaların puan ortalamalarının anlamlı şekilde 41-59 yaş ve 60 yaş ve üstü grubun endişeli bekleyiş puanından yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yaşı 22-40 arasında olan hastaların kaderci puanı 19.40 ± 1.53 , 41-59 yaş arasında olan hastaların 19.96 ± 1.57 ve 60 yaş ve üstü hastaların 20.93 ± 1.48 olarak saptanmıştır. Hastaların yaş gruplarına göre kaderci puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Farkın hangi gruptan

kaynaklandığını belirlemek için ileri analiz yapılmıştır. İleri analiz için Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İleri analiz için yeni p değeri hesaplamasında 0.05 anlamlılık düzeyi karşılaştırma sayısına bölünmüştür. Karşılaştırma sayısı 3 olduğu için, $0.05/3=0.016$ yeni anlamlılık düzeyidir. İleri analiz sonucunda farkın 22-40 yaş grubu ile 60 yaş ve üstü grubun puan ortalamalarındaki farktan ($p=0.011$) kaynaklandığı saptanmıştır. Hastalardan 22-40 yaş grubundaki hastaların puan ortalamalarının anlamlı şekilde 60 yaş ve üstü grubun puanından düşük olduğu belirlenmiştir.

Yaşı 22-40 arasında olan hastaların inkar puanı 1.95 ± 0.95 , 41-59 yaş arasında olan hastaların 1.71 ± 0.62 ve 60 yaş ve üstü hastaların 1.53 ± 0.52 olarak saptanmıştır. Hastaların yaş gruplarına göre inkar puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6. 4. Hastaların Medeni Durumlarına Göre Olumlu ve Olumsuz Dini Başa Çıkma Puanlarının Karşılaştırılması

Medeni Durum	N	Olumlu Dini Başa Çıkma $\bar{X}\pm SS$	Olumsuz Dini Başa Çıkma $\bar{X}\pm SS$
Evli	127	23.09 ± 3.24	7.68 ± 1.70
Bekâr	8	20.75 ± 4.39	8.87 ± 2.85
Eşi ölmüş / Boşanmış	15	25.00 ± 1.69	7.40 ± 1.05
X^2_{KW}		10.132	3.780
P		0.006	0.151

Evli olan olan hastaların olumlu dini başa çıkma puanı 23.09 ± 3.24 , bekâr hastaların 20.75 ± 4.39 ve eşi ölmüş/boşanmış hastaların 25.00 ± 1.69 olarak saptanmıştır. Hastaların medeni durumlarına göre olumlu dini başa çıkma puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ileri analiz yapılmıştır. İleri analiz için Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İleri analiz için yeni p değeri hesaplamasında 0.05 anlamlılık düzeyi karşılaştırma sayısına bölünmüştür. Karşılaştırma sayısı 3 olduğu için, $0.05/3=0.016$ yeni anlamlılık düzeyidir. İleri analiz sonucunda farkın evli ile eşi ölmüş/boşanmış hastaların puan ortalamalarında ($p=0.007$) ve bekâr kadınlar ile eşi ölmüş/boşanmış hastaların puan

ortalamalarında ($p=0.005$) kaynaklandığı belirlenmiştir. Eşi ölmüş/boşanmış hastaların puan ortalaması evli ve bekâr hastalardan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Evli olan hastaların olumsuz dini başa çıkma puanı 7.68 ± 1.70 , bekâr hastaların 8.87 ± 2.85 ve eşi ölmüş/boşanmış hastaların 7.40 ± 1.05 olarak saptanmıştır. Hastaların medeni durumlarına göre olumsuz dini başa çıkma puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6. 5. Hastaların Medeni Durumlarına Göre Kansere Tepki Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması

Medeni Durum	N	Mücadeleci Ruh X \pm SS	Çaresizlik Ümitsizlik X \pm SS	Endişeli Bekleyiş X \pm SS	Kaderci X \pm SS	İnkâr X \pm SS
Evli	127	51.88 \pm 5.04	9.81 \pm 2.44	23.61 \pm 2.23	19.89 \pm 1.51	1.76 \pm 0.69
Bekâr	8	49.87 \pm 4.67	9.75 \pm 2.76	25.37 \pm 0.91	19.37 \pm 1.92	1.62 \pm 0.52
Eşi ölmüş / Boşanmış	15	52.26 \pm 4.36	10.20 \pm 1.85	22.00 \pm 3.02	21.00 \pm 1.81	1.53 \pm 0.51
X $^2_{kw}$		1.629	0.920	11.645	5.476	1.387
P		0.443	0.631	0.003	0.065	0.500

Evli olan olan hastaların mücadeleci ruh puanı 51.88 ± 5.04 , bekâr hastaların 49.87 ± 4.67 ve eşi ölmüş/boşanmış hastaların 52.26 ± 4.36 olarak saptanmıştır. Hastaların medeni durumlarına göre mücadeleci ruh puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Evli olan olan hastaların çaresizlik ümitsizlik puanı 9.81 ± 2.44 , bekâr hastaların 9.75 ± 2.76 ve eşi ölmüş/boşanmış hastaların 10.20 ± 1.85 olarak saptanmıştır. Hastaların medeni durumlarına göre çaresizlik ümitsizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Evli olan olan hastaların endişeli bekleyiş puanı 23.61 ± 2.23 , bekâr hastaların 25.37 ± 0.916 ve eşi ölmüş/boşanmış hastaların 22.00 ± 3.02 olarak saptanmıştır. Hastaların medeni durumlarına göre endişeli bekleyiş puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ileri analiz yapılmıştır. İleri analiz için Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İleri analiz için yeni p değeri hesaplamasında 0.05 anlamlılık düzeyi karşılaştırma sayısına bölünmüştür.

Karşılaştırma sayısı 3 olduğu için, $0.05/3=0.016$ yeni anlamlılık düzeyidir. İleri analiz sonucunda farkın evli ile bekâr hastaların puan ortalamalarında ($p=0.006$) ve bekâr kadınlar ile eşi ölmüş/boşanmış hastaların puan ortalamalarında ($p=0.001$) kaynaklandığı belirlenmiştir. Eşi ölmüş/boşanmış hastaların puan ortalaması evli ve bekâr hastalardan anlamlı şekilde düşük bulunmuştur.

Evli olan hastaların kaderci puanı 19.89 ± 1.51 , bekâr hastaların 19.37 ± 1.92 ve eşi ölmüş/boşanmış hastaların 21.00 ± 1.81 olarak saptanmıştır. Hastaların medeni durumlarına göre kaderci puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Evli olan olan hastaların inkar puanı 1.76 ± 0.69 , bekâr hastaların 1.62 ± 0.52 ve eşi ölmüş/boşanmış hastaların 1.53 ± 0.51 olarak saptanmıştır. Hastaların medeni durumlarına göre inkar puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6. 6. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Olumlu-Olumsuz Dini başa çıkma Puanlarının Karşılaştırılması

Eğitim Durumu	N	Olumlu Dini başa çıkma $\bar{X}\pm SS$	Olumsuz Dini başa çıkma $\bar{X}\pm SS$
Okuma Yazma Bilmiyor	5	24.00 ± 1.73	7.40 ± 0.89
İlköğretim	47	24.23 ± 2.96	7.55 ± 1.71
Lise	52	23.78 ± 2.72	7.56 ± 1.46
Önlisans	9	22.00 ± 3.00	7.78 ± 0.97
Lisans/lisansüstü	37	21.08 ± 3.66	8.18 ± 2.25
X^2_{KW} P		25.974 0.000	11.806 0.019

Okuma Yazma bilmeyen hastaların olumlu dini başa çıkma puanı 24.00 ± 1.73 , ilköğretim mezunu hastaların puanı 24.23 ± 2.96 , lise mezunu hastaların puanı 23.78 ± 2.72 , ön lisans mezunu hastaların puanı 22.00 ± 3.00 ve lisans/lisansüstü mezunu hastaların puanı 21.08 ± 3.66 'dır. Hastaların eğitim durumlarına göre olumlu dini başa çıkma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ileri analiz yapılmıştır. İleri analiz için Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İleri analiz için yeni p değeri hesaplamasında 0.05 anlamlılık düzeyi

karşılaştırma sayısına bölünmüştür. Karşılaştırma sayısı 10 olduğu için, $0.05/10=0.005$ yeni anlamlılık düzeyidir. İleri analiz sonucunda farkın ilköğretim mezunu hastaların puanı ile lisans/lisansüstü hastaların puan ortalamalarından ($p=0.000$) ve lise mezunu hastaların puanı ile lisans/lisansüstü hastaların puan ortalamalarından ($p=0.000$) kaynaklandığı saptanmıştır. Lisans/lisansüstü hastaların puanının anlamlı şekilde ilköğretim ve lise mezunu hastalardan düşük bulunmuştur.

Okuma Yazma bilmeyen hastaların olumsuz dini başa çıkma puanı 7.40 ± 0.89 , ilköğretim mezunu hastaların puanı 7.55 ± 1.71 , lise mezunu hastaların puanı 7.56 ± 1.46 , ön lisans mezunu hastaların puanı 7.78 ± 0.97 ve lisans/lisansüstü mezunu hastaların puanı 8.18 ± 2.25 'dir. Hastaların eğitim durumlarına göre olumsuz dini başa çıkma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ileri analiz yapılmıştır. İleri analiz için Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İleri analiz için yeni p değeri hesaplamasında 0.05 anlamlılık düzeyi karşılaştırma sayısına bölünmüştür. Karşılaştırma sayısı 10 olduğu için, $0.05/10=0.005$ yeni anlamlılık düzeyidir. İleri analiz sonucunda farkın ilköğretim mezunu hastaların puanı ile lisans/lisansüstü hastaların puan ortalamalarından ($p=0.004$) ve lise mezunu hastaların puanı ile lisans/lisansüstü hastaların puan ortalamalarından ($p=0.009$) kaynaklandığı saptanmıştır. Lisans/lisansüstü hastaların puanının anlamlı şekilde ilköğretim ve lise mezunu hastalardan yüksek bulunmuştur.

Tablo 6.7. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Kansere Tepki Tarzı Ölçeği Alt Boyutu Puanlarının Karşılaştırılması

Eğitim Durumu	N	Mücadeleci Ruh X _± SS	Çaresizlik Ümitsizlik X _± SS	Endişeli Bekleyiş X _± SS	Kaderci X _± SS	İnkâr X _± SS
Okuma Yazma Bilmiyor	5	52.60 _± 3.20	9.20 _± 2.28	20.40 _± 2.40	21.00 _± 0.70	2.40 _± 1.14
İlköğretim	47	52.80 _± 4.55	9.25 _± 2.39	22.42 _± 2.29	20.12 _± 1.70	1.65 _± 0.59
Lise	52	52.26 _± 4.71	9.61 _± 2.21	23.76 _± 2.00	19.80 _± 1.72	1.59 _± 0.60
Önlisans	9	50.55 _± 3.67	11.33 _± 2.29	24.22 _± 1.85	20.11 _± 1.05	2.22 _± 0.97
Lisans/lisansüstü	37	50.10 _± 5.87	10.67 _± 2.42	24.91 _± 1.99	19.86 _± 1.43	1.81 _± 0.61
X ² _{kw} P		4.819 0.306	11.352 0.023	33.575 0.000	4.342 0.362	8.833 0.65

Okuma Yazma bilmeyen hastaların mücadeleci puanı 52.60_±3.20, ilköğretim mezunu hastaların puanı 52.80_±4.55, lise mezunu hastaların puanı 52.26_±4.71, ön lisans mezunu hastaların puanı 50.55_±3.67 ve lisans/lisansüstü mezunu hastaların puanı 50.10_±5.87'dir. Hastaların eğitim durumlarına göre mücadeleci ruh puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p<0.05).

Okuma Yazma bilmeyen hastaların çaresizlik ümitsizlik puanı 9.20_±2.28, ilköğretim mezunu hastaların puanı 9.25_±2.39, lise mezunu hastaların puanı 9.61_±2.21, ön lisans mezunu hastaların puanı 11.33_±2.29 ve lisans/lisansüstü mezunu hastaların puanı 10.67_±2.42'dir. Hastaların eğitim durumlarına göre çaresizlik ümitsizlik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0.05). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ileri analiz yapılmıştır. İleri analiz için Bonferroni düzeltilmiş Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İleri analiz için yeni p değeri hesaplamasında 0.05 anlamlılık düzeyi karşılaştırma sayısına bölünmüştür. Karşılaştırma sayısı 10 olduğu için, 0.05/10=0.005 yeni anlamlılık düzeyidir. İleri analiz sonucunda farkın ilköğretim mezunu hastaların puanı ile lisans/lisansüstü hastaların puan ortalamalarından (p=0.008) kaynaklandığı saptanmıştır. Lisans/lisansüstü hastaların puanının anlamlı şekilde ilköğretim mezunu hastalardan yüksek bulunmuştur.

Okuma Yazma bilmeyen hastaların endişeli bekleme puanı 20.40 ± 2.40 , ilköğretim mezunu hastaların puanı 22.42 ± 2.29 , lise mezunu hastaların puanı 23.76 ± 2.00 , ön lisans mezunu hastaların puanı 24.22 ± 1.85 ve lisans/lisansüstü mezunu hastaların puanı 24.91 ± 1.99 'dır. Hastaların eğitim durumlarına göre endişeli bekleme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ileri analiz yapılmıştır. İleri analiz için Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İleri analiz için yeni p değeri hesaplamasında 0.05 anlamlılık düzeyi karşılaştırma sayısına bölünmüştür. Karşılaştırma sayısı 10 olduğu için, $0.05/10 = 0.005$ yeni anlamlılık düzeyidir. İleri analiz sonucunda farkın okuma yazma bilmeyen kadınlar ile lise mezunu hastaların puan ortalamalarından ($p = 0.002$), okuma yazma bilmeyen kadınlar ile lisans/lisansüstü mezunu hastaların puan ortalamalarından ($p = 0.000$), ilköğretim mezunu hastaların puanı ile lise hastaların puan ortalamalarından ($p = 0.003$) ilköğretim mezunu hastaların puanı ile lisans/lisansüstü hastaların puan ortalamalarından ($p = 0.000$), lise mezunu hastaların puanı ile lisans/lisansüstü hastaların puan ortalamalarından ($p = 0.002$) kaynaklandığı saptanmıştır. Lisans/lisansüstü hastaların puanının anlamlı şekilde okuma yazma bilmeyen, ilköğretim ve lise mezunu hastalardan yüksek bulunmuştur.

Okuma Yazma bilmeyen hastaların kadere puanı 21.00 ± 0.70 , ilköğretim mezunu hastaların puanı 20.12 ± 1.70 , lise mezunu hastaların puanı 19.80 ± 1.72 , ön lisans mezunu hastaların puanı 20.11 ± 1.05 ve lisans/lisansüstü mezunu hastaların puanı 19.86 ± 1.43 'dir. Hastaların eğitim durumlarına göre kadere puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 6. 8. Hastaların Çalışma Durumlarına Göre Olumlu-Olumsuz Dini Başa Çıkma Puanlarının Karşılaştırılması

Çalışma Durum	N	Olumlu Dini Başa Çıkma $\bar{X} \pm SS$	Olumsuz Dini Başa Çıkma $\bar{X} \pm SS$
Kamu sektörü	18	21.88 \pm 3.06	8.22 \pm 2.26
Özel sektör	20	21.70 \pm 4.56	8.65 \pm 3.03
Çalışmıyor	112	23.62 \pm 2.92	7.47 \pm 1.20
X^2_{kw}		9.324	7.936
P		0.009	0.019

Kamu sektöründe çalışan hastaların olumlu dini başa çıkma puanı 21.88 \pm 3.06, özel sektörde çalışan hastaların 21.70 \pm 4.56 ve çalışmayan hastaların 23.62 \pm 2.92 olarak saptanmıştır. Hastaların çalışma durumlarına göre olumlu dini başa çıkma puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ileri analiz yapılmıştır. İleri analiz için Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İleri analiz için yeni p değeri hesaplamasında 0.05 anlamlılık düzeyi karşılaştırma sayısına bölünmüştür. Karşılaştırma sayısı 3 olduğu için, $0.05/3 = 0.016$ yeni anlamlılık düzeyidir. İleri analiz sonucunda farkın kamu sektöründe çalışan kadınlarla ile çalışmayan hastaların puan ortalamalarında ($p = 0.012$) kaynaklandığı belirlenmiştir. Çalışmayan hastaların puan ortalaması kamu sektöründe çalışan hastalardan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kamu sektöründe çalışan hastaların olumsuz dini başa çıkma puanı 8.22 \pm 2.26, özel sektörde çalışan hastaların 8.65 \pm 3.03 ve çalışmayan hastaların 7.47 \pm 1.20 olarak saptanmıştır. Hastaların çalışma durumlarına göre olumsuz dini başa çıkma puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ileri analiz yapılmıştır. İleri analiz için Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İleri analiz için yeni p değeri hesaplamasında 0.05 anlamlılık düzeyi karşılaştırma sayısına bölünmüştür. Karşılaştırma sayısı 3 olduğu için, $0.05/3 = 0.016$ yeni anlamlılık düzeyidir. İleri analiz sonucunda farkın özel sektöründe çalışan kadınlarla ile çalışmayan hastaların puan ortalamalarında ($p = 0.016$) kaynaklandığı belirlenmiştir. Çalışmayan hastaların puan ortalaması kamu sektöründe çalışan hastalardan anlamlı şekilde düşük bulunmuştur.

Tablo 6.9. Hastaların Çalışma Durumlarına Göre Kansere Tepki Tarzı Ölçeği Alt boyutları Puanlarının Karşılaştırılması

Çalışma Durum	N	Mücadeleci Ruh X ₊ SS	Çaresizlik Ümitsizlik X ₊ SS	Endişeli Bekleyiş X ₊ SS	Kaderci X ₊ SS	İnkâr X ₊ SS
Kamu sektörü	18	52.16 _± 5.15	10.11 _± 2.16	25.00 _± 1.94	19.83 _± 1.38	1.94 _± 0.53
Özel sektör	20	49.30 _± 6.46	10.75 _± 2.98	23.85 _± 2.49	20.20 _± 1.50	1.80 _± 0.69
Çalışmıyor	112	52.20 _± 4.52	9.65 _± 2.29	23.25 _± 2.31	19.96 _± 1.64	1.68 _± 0.68
X ² _{KW} P		4.325 0.115	2.362 0.307	9.682 0.008	0.969 0.616	3.793 0.150

Kamu sektöründe çalışan hastaların mücadelecî ruh puanı 52.16_±5.15, özel sektörde çalışan hastaların 49.30_±6.46 ve çalışmayan hastaların 52.20_±4.52 olarak saptanmıştır. Hastaların çalışma durumlarına göre mücadelecî ruh puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Kamu sektöründe çalışan hastaların çaresizlik ümitsizlik puanı 10.11_±2.16, özel sektörde çalışan hastaların 10.75_±2.98 ve çalışmayan hastaların 9.65_±2.29 olarak saptanmıştır. Hastaların çalışma durumlarına göre çaresizlik ümitsizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Kamu sektöründe çalışan hastaların endişeli bekleyiş puanı 25.00_±1.94, özel sektörde çalışan hastaların 23.85_±2.49 ve çalışmayan hastaların 23.25_±2.31 olarak saptanmıştır. Hastaların çalışma durumlarına göre endişeli bekleyiş puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ileri analiz yapılmıştır. İleri analiz için Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İleri analiz için yeni p değeri hesaplamasında 0.05 anlamlılık düzeyi karşılaştırma sayısına bölünmüştür. Karşılaştırma sayısı 3 olduğu için, 0.05/3=0.016 yeni anlamlılık düzeyidir. İleri analiz sonucunda farkın kamu sektöründe çalışan kadınlarla ile çalışmayan hastaların puan ortalamalarında (p=0.002) kaynaklandığı belirlenmiştir. Çalışmayan hastaların puan ortalaması kamu sektöründe çalışan hastalardan anlamlı şekilde düşük bulunmuştur.

Kamu sektöründe çalışan hastaların kadercî puanı 19.83_±1.38, özel sektörde çalışan hastaların 20.20_±1.50 ve çalışmayan hastaların 19.96_±1.64 olarak saptanmıştır.

Hastaların çalışma durumlarına göre kaderci puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Kamu sektöründe çalışan hastaların inkar puanı 1.94 ± 0.53 , özel sektörde çalışan hastaların 1.80 ± 0.69 ve çalışmayan hastaların 1.68 ± 0.68 olarak saptanmıştır. Hastaların çalışma durumlarına göre inkar puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6. 10. Hastaların Aile Tipine Göre Olumlu ve Olumsuz Dini Başa Çıkma Puanlarının Karşılaştırılması

Aile Tipi	N	Olumlu Dini Başa Çıkma $\bar{X}\pm SS$	Olumsuz Dini Başa Çıkma $\bar{X}\pm SS$
Geniş aile	25	24.64 ± 2.13	7.68 ± 2.35
Çekirdek aile	121	22.92 ± 3.39	7.72 ± 1.61
Diğer	4	21.00 ± 3.16	7.75 ± 0.95
X^2_{KW}		7.346	4.889
P		0.025	0.087

Geniş aileye sahip hastaların olumlu dini başa çıkma puanı 24.64 ± 2.13 , çekirdek aileye sahip hastaların 22.92 ± 3.39 ve diğer tip aileye sahip hastaların 21.00 ± 3.16 olarak saptanmıştır. Hastaların aile tipine göre olumlu dini başa çıkma puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ileri analiz yapılmıştır. İleri analiz için Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İleri analiz için yeni p değeri hesaplamasında 0.05 anlamlılık düzeyi karşılaştırma sayısına bölünmüştür. Karşılaştırma sayısı 3 olduğu için, $0.05/3=0.016$ yeni anlamlılık düzeyidir. İleri analiz sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Geniş aileye sahip hastaların olumsuz dini başa çıkma puanı 7.68 ± 2.35 , çekirdek aileye sahip hastaların 7.72 ± 1.61 ve diğer tip aileye sahip hastaların 7.75 ± 0.95 olarak saptanmıştır. Hastaların aile tipine göre olumsuz dini başa çıkma puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6. 11. Hastaların Aile Tipine Göre Kansere Tepki Tarzı Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması

Aile Tipi	N	Mücadeleci Ruh X ₊ SS	Çaresizlik Ümitsizlik X ₊ SS	Endişeli Bekleyiş X ₊ SS	Kadercisi X ₊ SS	İnkâr X ₊ SS
Geniş aile	25	52.32±4.93	9.56±2.63	22.68±2.57	20.04±1.59	1.52±0.51
Çekirdek aile	121	51.75±5.04	9.90±2.38	23.66±2.28	19.97±1.60	1.78±0.69
Diğer	4	50.50±1.73	10.25±1.25	25.50±1.29	19.75±1.50	1.78±0.70
X ² _{KW}		0.828	0.680	7.179	0.309	3.230
P		0.661	0.712	0.028	0.857	0.199

Geniş aileye sahip hastaların mücadeleci ruh puanı 52.32±4.93, çekirdek aileye sahip hastaların 51.75±5.04 ve diğer tip aileye sahip hastaların 50.50±1.73 olarak saptanmıştır. Hastaların aile tipine göre mücadeleci ruh puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Geniş aileye sahip hastaların çaresizlik ümitsizlik puanı 9.56±2.63, çekirdek aileye sahip hastaların 9.90±2.38 ve diğer tip aileye sahip hastaların 10.25±1.25 olarak saptanmıştır. Hastaların aile tipine göre çaresizlik ümitsizlik puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Geniş aileye sahip hastaların endişeli bekleyiş puanı 22.68±2.57, çekirdek aileye sahip hastaların 23.66±2.28 ve diğer tip aileye sahip hastaların 25.50±1.29 olarak saptanmıştır. Hastaların aile tipine göre endişeli bekleyiş puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ileri analiz yapılmıştır. İleri analiz için Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İleri analiz için yeni p değeri hesaplamasında 0.05 anlamlılık düzeyi karşılaştırma sayısına bölünmüştür. Karşılaştırma sayısı 3 olduğu için, 0.05/3=0.016 yeni anlamlılık düzeyidir. İleri analiz sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Geniş aileye sahip hastaların kadercisi puanı 20.04±1.59, çekirdek aileye sahip hastaların 19.97±1.60 ve diğer tip aileye sahip hastaların 19.75±1.50 olarak saptanmıştır. Hastaların aile tipine göre kadercisi puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Geniş aileye sahip hastaların inkâr puanı 1.52±0.51, çekirdek aileye sahip hastaların 1.78±0.69 ve diğer tip aileye sahip hastaların 1.78±0.70 olarak

saptanmıştır. Hastaların aile tipine göre inkar puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6. 12. Hastaların Çocuk sahibi Olma Durumuna Göre Olumlu ve Olumsuz Dini başa çıkma Puanlarının Karşılaştırılması

Çocuk Sahibi Olma	N	Olumlu Dini başa çıkma $\bar{X} \pm SS$	Olumsuz Dini başa çıkma $\bar{X} \pm SS$
Evet	135	23.26 \pm 3.20	7.65 \pm 1.67
Hayır	15	22.20 \pm 3.87	8.26 \pm 2.21
U		850.000	844.000
P		0.304	0.178

Çocuk sahibi olan hastaların olumlu dini başa çıkma puanı 23.26 \pm 3.20 iken olmayan hastaların puanı 22.20 \pm 3.87 olarak saptanmıştır. Hastaların çocuk sahibi olma durumlarına göre olumlu dini başa çıkma puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çocuk sahibi olan hastaların olumsuz dini başa çıkma puanı 7.65 \pm 1.67 iken olmayan hastaların puanı 8.26 \pm 2.21 olarak saptanmıştır. Hastaların çocuk sahibi olma durumlarına göre olumsuz dini başa çıkma puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6. 13. Hastaların Çocuk sahibi Olma Durumuna Göre Kansere Tepki Tarzı Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması

Çocuk Sahibi Olma	N	Mücadeleci Ruh X _± SS	Çaresizlik Ümitsizlik X _± SS	Endişeli Bekleyiş X _± SS	Kaderci X _± SS	İnkâr X _± SS
Evet	135	51.87 _± 4.93	9.79 _± 2.34	23.38 _± 2.27	20.02 _± 1.58	1.69 _± 0.62
Hayır	15	51.26 _± 5.31	10.40 _± 2.82	25.00 _± 2.61	19.60 _± 1.68	2.06 _± 0.96
U p		966.500 0.773	872.500 0.376	618.500 0.012	911.000 0.517	814.500 0.163

Çocuk sahibi olan hastaların mücadeleci ruh puanı 51.87_±4.93 iken olmayan hastaların puanı 51.26_±5.31 olarak saptanmıştır. Hastaların çocuk sahibi olma durumlarına göre mücadeleci ruh puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Çocuk sahibi olan hastaların çaresizlik ümitsizlik puanı 9.79_±2.34 iken olmayan hastaların puanı 10.40_±2.82 olarak saptanmıştır. Hastaların çocuk sahibi olma durumlarına göre çaresizlik ümitsizlik puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Çocuk sahibi olan hastaların endişeli bekleyiş puanı 23.38_±2.27 iken olmayan hastaların puanı 25.00_±2.61 olarak saptanmıştır. Hastaların çocuk sahibi olma durumlarına göre endişeli bekleyiş puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p>0.05).

Çocuk sahibi olan hastaların kaderci puanı 20.02_±1.58 iken olmayan hastaların puanı 19.60_±1.68 olarak saptanmıştır. Hastaların çocuk sahibi olma durumlarına göre kaderci puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Çocuk sahibi olan hastaların inkâr puanı 1.69_±0.62 iken olmayan hastaların puanı 2.06_±0.96 olarak saptanmıştır. Hastaların çocuk sahibi olma durumlarına göre inkâr puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 6. 14. Hastaların Ekonomik Durum Algısına Göre Olumlu ve Olumsuz Dini Başa Çıkma Puanlarının Karşılaştırılması

Ekonomik Durum	N	Olumlu Dini Başa Çıkma X₊SS	Olumsuz Dini Başa Çıkma X₊SS
Orta	54	23.31 _± 2.80	7.50 _± 1.17
İyi	86	23.12 _± 3.35	7.77 _± 1.69
Çok iyi	10	22.60 _± 4.99	8.40 _± 3.74
X ² _{KW}		0.087	0.584
P		0.958	0.747

Ekonomik durumunu orta olarak belirten hastaların olumlu dini başa çıkma puanı 23.31_±2.80, ekonomik durumunu iyi olarak belirten hastaların 23.12_±3.35 ve ekonomik durumunu çok iyi olarak belirten hastaların 22.60_±4.99 olarak saptanmıştır. Hastaların ekonomik durumlarına göre olumlu dini başa çıkma puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Ekonomik durumunu orta olarak belirten hastaların olumsuz dini başa çıkma puanı 7.50_±1.17, ekonomik durumunu iyi olarak belirten hastaların 7.77_±1.69 ve ekonomik durumunu çok iyi olarak belirten hastaların 8.40_±3.74 olarak saptanmıştır. Hastaların ekonomik durumlarına göre olumsuz dini başa çıkma puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 6. 15. Hastaların Ekonomik Durum Algılarına Göre Kansere Tepki Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Ekonomik Durum	N	Mücadeleci Ruh X₊SS	Çaresizlik Ümitsizlik X₊SS	Endişeli Bekleyiş X₊SS	Kaderci X₊SS	İnkâr X₊SS
Orta	54	51.66 _± 4.04	9.77 _± 2.32	23.12 _± 2.77	23.12 _± 2.77	1.75 _± 0.79
İyi	86	51.74 _± 5.08	9.87 _± 2.28	23.80 _± 1.95	23.80 _± 1.95	1.73 _± 0.60
Çok iyi	10	53.20 _± 8.02	10.10 _± 3.69	23.60 _± 2.95	23.60 _± 2.95	1.60 _± 0.51
X ² _{KW}		2.662	0.158	3.079	0.077	0.077
p		0.264	0.924	0.214	0.962	0.962

Ekonomik durumunu orta olarak belirten hastaların mücadeleci ruh puanı 51.66_±4.04, ekonomik durumunu iyi olarak belirten hastaların 51.74_±5.08 ve ekonomik durumunu çok iyi olarak belirten hastaların 53.20_±8.02 olarak saptanmıştır. Hastaların ekonomik durum algılarına göre mücadeleci puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Ekonomik durumunu orta olarak belirten hastaların çaresizlik ümitsizlik puanı 9.77 ± 2.32 , ekonomik durumunu iyi olarak belirten hastaların 9.87 ± 2.28 ve ekonomik durumunu çok iyi olarak belirten hastaların 10.10 ± 3.69 olarak saptanmıştır. Hastaların ekonomik durumlarına göre çaresizlik ümitsizlik puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Ekonomik durumunu orta olarak belirten hastaların endişeli bekleme puanı 23.12 ± 2.77 , ekonomik durumunu iyi olarak belirten hastaların 23.80 ± 1.95 ve ekonomik durumunu çok iyi olarak belirten hastaların 23.60 ± 2.95 olarak saptanmıştır. Hastaların ekonomik durumlarına göre endişeli bekleme puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Ekonomik durumunu orta olarak belirten hastaların kaderci puanı 23.12 ± 2.77 , ekonomik durumunu iyi olarak belirten hastaların 23.80 ± 1.95 ve ekonomik durumunu çok iyi olarak belirten hastaların 23.60 ± 2.95 olarak saptanmıştır. Hastaların ekonomik durumlarına göre kaderci puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Ekonomik durumunu orta olarak belirten hastaların inkar puanı 1.75 ± 0.79 , ekonomik durumunu iyi olarak belirten hastaların 1.73 ± 0.60 ve ekonomik durumunu çok iyi olarak belirten hastaların 1.60 ± 0.51 olarak saptanmıştır. Hastaların ekonomik durumlarına göre inkar puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 6. 16. Hastalık Süresine Göre Olumlu ve Olumsuz Dini Başa Çıkma Puanlarının Karşılaştırılması

Hastalık Süresi	N	Olumlu Dini Başa Çıkma $\bar{X} \pm SS$	Olumsuz Dini Başa Çıkma $\bar{X} \pm SS$
0-6 ay	89	22.79 ± 3.30	8.02 ± 2.15
7-12 ay	50	23.58 ± 3.16	7.32 ± 0.62
Bir yıl üstü	11	24.45 ± 3.29	7.09 ± 0.30
X^2_{kw}		7.289	4.218
P		0.026	0.121

Hastalık süresi 0-6 ay olan hastaların olumlu dini başa çıkma puanı 22.79 ± 3.30 , 7-12 ay olan hastaların 23.58 ± 3.16 ve bir yıl üstünde olan hastaların 24.45 ± 3.29 olarak saptanmıştır. Hastaların hastalık sürelerine göre olumlu dini başa çıkma puan

ortalamları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde ikili karşılaştırmalarda gruplar arasında fark saptanamamıştır.

Hastalık süresi 0-6 ay olan hastaların olumsuz dini başa çıkma puanı 8.02 ± 2.15 , 7-12 ay olan hastaların 7.32 ± 0.62 ve bir yıl üstünde olan hastaların 7.09 ± 0.30 olarak saptanmıştır. Hastaların hastalık sürelerine göre olumsuz dini başa çıkma puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6. 17. Hastalık Süresine Göre Kansere Tepki Tarzı Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Hastalık Süresi	N	Mücadeleci Ruh X \pm SS	Çaresizlik Ümitsizlik X \pm SS	Endişeli Bekleyiş X \pm SS	Kaderci X \pm SS	İnkâr X \pm SS
0-6 ay	89	51.30 \pm 5.47	10.20 \pm 2.51	23.80 \pm 2.06	20.00 \pm 1.54	20.00 \pm 1.54
7-12 ay	50	52.62 \pm 4.08	9.26 \pm 1.99	23.16 \pm 2.70	19.88 \pm 1.75	19.88 \pm 1.75
Bir yıl üstü	11	52.27 \pm 3.87	9.72 \pm 2.68	23.18 \pm 2.75	20.27 \pm 1.27	20.27 \pm 1.27
X $^2_{kw}$		1.840	4.777	4.071	0.544	0.999
p		0.398	0.092	0.131	0.762	0.607

Hastalık süresi 0-6 ay olan hastaların mücadeleci ruh puanı 51.30 ± 5.47 , 7-12 ay olan hastaların 52.62 ± 4.08 ve bir yıl üstünde olan hastaların 52.27 ± 3.87 olarak saptanmıştır. Hastaların hastalık sürelerine göre mücadeleci ruh puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastalık süresi 0-6 ay olan hastaların çaresizlik ümitsizlik puanı 10.20 ± 2.51 , 7-12 ay olan hastaların 9.26 ± 1.99 ve bir yıl üstünde olan hastaların 9.72 ± 2.68 olarak saptanmıştır. Hastaların hastalık sürelerine göre çaresizlik ümitsizlik puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastalık süresi 0-6 ay olan hastaların endişeli bekleyiş puanı 23.80 ± 2.06 , 7-12 ay olan hastaların 23.16 ± 2.70 ve bir yıl üstünde olan hastaların 23.18 ± 2.75 olarak saptanmıştır. Hastaların hastalık sürelerine göre endişeli bekleyiş puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastalık süresi 0-6 ay olan hastaların kaderci puanı 20.00 ± 1.54 , 7-12 ay olan hastaların 19.88 ± 1.75 ve bir yıl üstünde olan hastaların 20.27 ± 1.27 olarak

saptanmıştır. Hastaların hastalık sürelerine göre kaderci puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastalık süresi 0-6 ay olan hastaların inkar puanı 20.00 ± 1.54 , 7-12 ay olan hastaların 19.88 ± 1.75 ve bir yıl üstünde olan hastaların 20.27 ± 1.27 olarak saptanmıştır. Hastaların hastalık sürelerine göre inkar puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6. 18. Mastektomi Olma Durumuna Göre Olumlu ve Olumsuz Dini Başa Çıkma Puanlarının Karşılaştırılması

Mastektomi	N	Olumlu Dini Başa Çıkma $\bar{X}\pm SS$	Olumsuz Dini Başa Çıkma $\bar{X}\pm SS$
Olan	120	23.40 ± 3.12	7.58 ± 1.61
Olmayan	30	22.16 ± 3.71	8.26 ± 2.11
U		1434.000	1452.000
P		0.083	0.037

Mastektomi yapılan hastaların olumlu dini başa çıkma puanı 23.40 ± 3.12 iken Mastektomi olmayan hastaların puanı 22.16 ± 3.71 'dir. Hastaların mastektomi olma durumlarına göre olumlu dini başa çıkma puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Mastektomi yapılan hastaların olumsuz dini başa çıkma puanı 7.58 ± 1.61 iken mastektomi olmayan hastaların puanı 8.26 ± 2.11 'dir. Hastaların mastektomi olma durumlarına göre olumsuz dini başa çıkma puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Mastektomi olmayan hastaların olumsuz dini başa çıkma puanı mastektomi olan hastalardan anlamlı şekilde yüksektir.

Tablo 6. 19. Mastektomi Olma Durumuna Göre Kansere Tepki Tarzı Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Mastektomi	N	Mücadeleci Ruh X_±SS	Çaresizlik Ümitsizlik X_±SS	Endişeli Bekleyiş X_±SS	Kaderci X_±SS	İnkâr X_±SS
Olan	120	51.90 _± 4.52	9.72 _± 2.23	23.37 _± 2.39	20.06 _± 1.60	1.66 _± 0.62
Olmayan	30	51.43 _± 6.48	10.36 _± 2.94	24.23 _± 2.06	19.63 _± 1.54	2.00 _± 0.78
U		1703.000	1477.500	1425.500	1523.500	1378.000
p		0.648	0.126	0.075	0.185	0.026

Mastektomi yapılan hastaların mücadeleci ruh puanı 51.90_±4.52 iken mastektomi olmayan hastaların puanı 51.43_±6.48'dir. Hastaların mastektomi olma durumlarına göre mücadeleci ruh puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Mastektomi yapılan hastaların çaresizlik ümitsizlik puanı 9.72_±2.23 iken mastektomi olmayan hastaların puanı 10.36_±2.94'dir. Hastaların mastektomi olma durumlarına göre çaresizlik ümitsizlik puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Mastektomi yapılan hastaların endişeli bekleyiş puanı 23.37_±2.39 iken mastektomi olmayan hastaların puanı 24.23_±2.06'dir. Hastaların mastektomi olma durumlarına göre endişeli bekleyiş puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Mastektomi yapılan hastaların kaderci puanı 20.06_±1.60 iken mastektomi olmayan hastaların puanı 19.63_±1.54'dir. Hastaların mastektomi olma durumlarına göre kaderci puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Mastektomi yapılan hastaların inkâr puanı 1.66_±0.62 iken mastektomi olmayan hastaların puanı 2.00_±0.78'dir. Hastaların mastektomi olma durumlarına göre inkâr puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Mastektomi olmayan hastaların inkâr puanı anlamlı şekilde mastektomi olan hastalardan yüksektir.

Tablo 6. 20. Alınan Kür Sayısına Göre Olumlu ve Olumsuz Dini Başa Çıkma Puanlarının Karşılaştırılması

Kür Sayısı	N	Olumlu Dini Başa Çıkma X+SS	Olumsuz Dini Başa Çıkma X+SS
1-6 kür	56	22.50±3.63	8.26±2.37
7-12 kür	75	23.51±2.98	7.45±1.22
13 kür ve üstü	19	23.73±3.10	7.15±0.37
X ² _{KW}		4.356	7.069
P		0.113	0.029

Kür sayısı 1-6 kür olan hastaların olumlu dini başa çıkma puanı 22.50±3.63, 7-12 kür alan hastaların puan ortalaması 23.51±2.98 ve 13 kür ve üstü olan hastaların puan ortalaması 23.73±3.10'dur. Hastaların aldıkları kür sayısına göre olumlu dini başa çıkma puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Kür sayısı 1-6 kür olan hastaların olumsuz dini başa çıkma puanı 8.26±2.37, 7-12 kür alan hastaların puan ortalaması 7.45±1.22 ve 13 kür ve üstü olan hastaların puan ortalaması 7.15±0.37'dur. Hastaların aldıkları kür sayısına göre olumsuz dini başa çıkma puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ileri analiz yapılmıştır. İleri analiz için Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İleri analiz için yeni p değeri hesaplamasında 0.05 anlamlılık düzeyi karşılaştırma sayısına bölünmüştür. Karşılaştırma sayısı 3 olduğu için, 0.05/3=0.016 yeni anlamlılık düzeyidir. İleri analiz sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 6. 21. Alınan Kür Sayısına Göre Kansere Tepki Tarzı Ölçeği alt boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Kür Sayısı	N	Mücadeleci Ruh X _± SS	Çaresizlik Ümitsizlik X _± SS	Endişeli Bekleyiş X _± SS	Kadercici X _± SS	İnkâr X _± SS
1-6 kür	56	50.73 _± 5.92	10.42 _± 2.77	24.21 _± 1.81	20.16 _± 1.59	1.83 _± 0.65
7-12 kür	75	52.64 _± 4.16	9.60 _± 2.09	23.42 _± 2.47	19.78 _± 1.52	1.65 _± 0.71
13 kür ve üstü	19	51.73 _± 4.27	9.15 _± 2.03	22.05 _± 2.59	20.21 _± 1.84	1.73 _± 0.56
X ² _{KW}		3.911	5.853	12.750	3.455	3.797
p		0.141	0.054	0.002	0.178	0.150

Kür sayısı 1-6 kür olan hastaların mücadeleci ruh puanı 50.73_±5.92, 7-12 kür alan hastaların puan ortalaması 52.64_±4.16 ve 13 kür ve üstü olan hastaların puan ortalaması 51.73_±4.27'dur. Hastaların aldıkları kür sayısına göre mücadeleci ruh puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Kür sayısı 1-6 kür olan hastaların çaresizlik ümitsizlik puanı 10.42_±2.77, 7-12 kür alan hastaların puan ortalaması 9.60_±2.09 ve 13 kür ve üstü olan hastaların puan ortalaması 9.15_±2.03'dur. Hastaların aldıkları kür sayısına göre çaresizlik ümitsizlik puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Kür sayısı 1-6 kür olan hastaların endişeli bekleyiş puanı 24.21_±1.81, 7-12 kür alan hastaların puan ortalaması 23.42_±2.47 ve 13 kür ve üstü olan hastaların puan ortalaması 22.05_±2.59'dur. Hastaların aldıkları kür sayısına göre endişeli bekleyiş puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ileri analiz yapılmıştır. İleri analiz için Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İleri analiz için yeni p değeri hesaplamasında 0.05 anlamlılık düzeyi karşılaştırma sayısına bölünmüştür. Karşılaştırma sayısı 3 olduğu için, 0.05/3=0.016 yeni anlamlılık düzeyidir. İleri analiz sonucunda farkın 1-6 kür alan kadınlarla 7-12 kür alan hastaların puan ortalamasından (0.014) ve 1-6 kür alan kadınlarla 13 kür ve üstü alan hastaların puan ortalamasından (p=0.001) kaynaklandığı belirlenmiştir. 1-6 kür alan hastaların puan ortalamasının anlamlı şekilde 7-12 kür alan ve 13 kür ve üstü alan hastaların puan ortalamasından yüksek olduğu görülmektedir.

Kür sayısı 1-6 kür olan hastaların kaderci puanı 20.16 ± 1.59 , 7-12 kür alan hastaların puan ortalaması 19.78 ± 1.52 ve 13 kür ve üstü olan hastaların puan ortalaması 20.21 ± 1.84 'dur. Hastaların aldıkları kür sayısına göre kaderci puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Kür sayısı 1-6 kür olan hastaların inkar puanı 1.83 ± 0.65 , 7-12 kür alan hastaların puan ortalaması 1.65 ± 0.71 ve 13 kür ve üstü olan hastaların puan ortalaması 1.73 ± 0.56 'dur. Hastaların aldıkları kür sayısına göre inkar puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 6. 22. Tanıyı Öğrendiği Kişiye Göre Olumlu ve Olumsuz Dini Başa Çıkma Puanlarının Karşılaştırılması

Tanıyı Söyleyen kişi	N	Olumlu Dini Başa Çıkma $\bar{X} \pm SS$	Olumsuz Dini Başa Çıkma $\bar{X} \pm SS$
Doktor	147	23.14 ± 3.24	7.67 ± 1.61
Diğer	3	23.66 ± 5.77	10.00 ± 5.19
U		164.000	188.000
P		0.444	0.578

Tanısını doktordan öğrenen hastaların olumlu dini başa çıkma puanı 23.14 ± 3.24 iken diğer kişilerden öğrenen hastaların puanı 23.66 ± 5.77 'dir. Hastaların tanısını öğrendiği kişiye göre olumlu dini başa çıkma puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tanısını doktordan öğrenen hastaların olumsuz dini başa çıkma puanı 7.67 ± 1.61 iken diğer kişilerden öğrenen hastaların puanı 10.00 ± 5.19 'dir. Hastaların tanısını öğrendiği kişiye göre olumsuz dini başa çıkma puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 6. 23. Tanıyı Öğrendiği Kişiyeye Göre Kansere Tepki Ölçeği Alt boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Tanıyı Söyleyen kişi	N	Mücadeleci Ruh X _± SS	Çaresizlik Ümitsizlik X _± SS	Endişeli Bekleyiş X _± SS	Kaderci X _± SS	İnkâr X _± SS
Doktor	147	51.86 _± 4.90	9.81 _± 2.36	23.55 _± 2.36	20.02 _± 1.55	1.74 _± 0.67
Diğer	3	49.33 _± 8.08	11.66 _± 3.78	23.00 _± 2.00	18.00 _± 2.64	1.33 _± 0.57
U P		162.000 0.431	168.000 0.476	182.500 0.605	114.500 0.147	148.000 0.274

Tanısını doktordan öğrenen hastaların mücadelecî ruh puanı 51.86_±4.90 iken diğer kişilerden öğrenen hastaların puanı 49.33_±8.08'dir. Hastaların tanısını öğrendiği kişiyeye göre mücadelecî ruh puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tanısını doktordan öğrenen hastaların çaresizlik ümitsizlik puanı 9.81_±2.36 iken diğer kişilerden öğrenen hastaların puanı 11.66_±3.78'dir. Hastaların tanısını öğrendiği kişiyeye göre çaresizlik ümitsizlik puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tanısını doktordan öğrenen hastaların endişeli bekleyiş puanı 23.55_±2.36 iken diğer kişilerden öğrenen hastaların puanı 23.00_±2.00'dir. Hastaların tanısını öğrendiği kişiyeye göre endişeli bekleyiş puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tanısını doktordan öğrenen hastaların kaderci puanı 20.02_±1.55 iken diğer kişilerden öğrenen hastaların puanı 18.00_±2.64'dir. Hastaların tanısını öğrendiği kişiyeye göre kaderci puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tanısını doktordan öğrenen hastaların inkâr puanı 1.74_±0.67 iken diğer kişilerden öğrenen hastaların puanı 1.33_±0.57'dir. Hastaların tanısını öğrendiği kişiyeye göre inkâr puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 6. 24. Ailesinde Meme Kanseri Olma Durumuna Göre Olumlu ve Olumsuz Dini başa çıkma Puanlarının Karşılaştırılması

Ailede Meme Kanseri	N	Olumlu Dini başa çıkma X _± SS	Olumsuz Dini başa çıkma X _± SS
Olan	39	24.02 _± 2.81	7.46 _± 1.27
Olmayan	111	22.85 _± 3.38	7.81 _± 1.87
U		1741.500	1948.000
P		0.067	0.237

Ailesinde meme kanseri olan hastaların olumlu dini başa çıkma puanı 24.02_±2.81 iken diğer kişilerden öğrenen hastaların puanı 22.85_±3.38'dir. Ailesinde meme kanseri olma durumuna göre olumlu dini başa çıkma puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Ailesinde meme kanseri olan hastaların olumsuz dini başa çıkma puanı 7.46_±1.27 iken diğer kişilerden öğrenen hastaların puanı 7.81_±1.87'dir. Ailesinde meme kanseri olma durumuna göre olumsuz dini başa çıkma puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 6. 25. Ailesinde Meme Kanseri Olma Durumuna Göre Kansere Tepki Tarzı Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Ailede Meme Kanseri	N	Mücadeleci Ruh X _± SS	Çaresizlik Ümitsizlik X _± SS	Endişeli Bekleyiş X _± SS	Kadercici X _± SS	İnkarcı X _± SS
Olan	39	52.64 _± 4.56	9.58 _± 2.11	23.02 _± 2.43	20.10 _± 1.87	20.10 _± 1.87
Olmayan	111	51.52 _± 5.07	9.94 _± 2.48	23.72 _± 2.30	19.93 _± 1.49	19.93 _± 1.49
U		1869.000	2002.500	1880.000	2111.000	1929.500
P		0.204	0.483	0.217	0.815	0.257

Ailesinde meme kanseri olan hastaların mücadeleci ruh puanı 52.64_±4.56 iken diğer kişilerden öğrenen hastaların puanı 51.52_±5.07'dir. Ailesinde meme kanseri olma durumuna göre mücadeleci ruh puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Ailesinde meme kanseri olan hastaların çaresizlik ümitsizlik puanı 9.58_±2.11 iken diğer kişilerden öğrenen hastaların puanı 9.94_±2.48'dir. Ailesinde meme kanseri

olma durumuna göre çaresizlik ümitsizlik puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Ailesinde meme kanseri olan hastaların endişeli bekleyiş puanı 23.02 ± 2.43 iken diğer kişilerden öğrenen hastaların puanı 23.72 ± 2.30 'dir. Ailesinde meme kanseri olma durumuna göre endişeli bekleyiş puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Ailesinde meme kanseri olan hastaların kaderci puanı 20.10 ± 1.87 iken diğer kişilerden öğrenen hastaların puanı 19.93 ± 1.49 'dir. Ailesinde meme kanseri olma durumuna göre kaderci puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Ailesinde meme kanseri olan hastaların inkar puanı 20.10 ± 1.87 iken diğer kişilerden öğrenen hastaların puanı 19.93 ± 1.49 'dir. Ailesinde meme kanseri olma durumuna göre inkar puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6. 26. Destek Alma Durumuna Göre Olumlu ve Olumsuz Dini başa çıkma Puanlarının Karşılaştırılması

Destek	N	Olumlu Dini başa çıkma $\bar{X}\pm SS$	Olumsuz Dini başa çıkma $\bar{X}\pm SS$
Alan	146	23.21 ± 3.26	7.67 ± 1.64
Almayan	4	21.25 ± 3.86	9.50 ± 3.78
U		191.500	204.000
P		0.237	0.190

Destek alan hastaların olumlu dini başa çıkma puanı 23.21 ± 3.26 iken destek almayan hastaların puanı 21.25 ± 3.86 'dir. Hastaların destek alma durumuna göre olumlu dini başa çıkma puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Destek alan hastaların olumsuz dini başa çıkma puanı 7.67 ± 1.64 iken destek almayan hastaların puanı 9.50 ± 3.78 'dir. Hastaların destek alma durumuna göre olumsuz dini başa çıkma puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6. 27. Destek Alma Durumuna Göre Kansere Tepki Tarzı Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Destek	N	Mücadeleci Ruh X _± SS	Çaresizlik Ümitsizlik X _± SS	Endişeli Bekleyiş X _± SS	Kaderci X _± SS	İnkâr X _± SS
Alan	146	51.78 _± 4.97	9.78 _± 2.38	23.49 _± 2.33	19.96 _± 1.60	1.70 _± 0.64
Almayan	4	52.75 _± 4.64	12.50 _± 1.00	25.50 _± 2.51	20.50 _± 1.00	2.75 _± 0.95
U P		265.500 0.756	68.500 0.008	146.500 0.085	221.000 0.399	221.000 0.016

Destek alan hastaların mücadeleci ruh puanı 51.78_±4.97 iken destek almayan hastaların puanı 52.75_±4.64'dir. Hastaların destek alma durumuna göre mücadeleci ruh puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Destek alan hastaların çaresizlik ümitsizlik puanı 9.78_±2.38 iken destek almayan hastaların puanı 12.50_±1.00'dir. Hastaların destek alma durumuna göre çaresizlik ümitsizlik puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Destek almayan hastaların çaresizlik ümitsizlik puanı destek alanlardan anlamlı şekilde yüksektir.

Destek alan hastaların endişeli bekleyiş puanı 23.49_±2.33 iken destek almayan hastaların puanı 25.50_±2.51'dir. Hastaların destek alma durumuna göre endişeli bekleyiş puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Destek alan hastaların kaderci puanı 19.96_±1.60 iken destek almayan hastaların puanı 20.50_±1.00'dir. Hastaların destek alma durumuna göre kaderci puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Destek alan hastaların inkâr puanı 1.70_±0.64 iken destek almayan hastaların puanı 2.75_±0.95'dir. Hastaların destek alma durumuna göre inkâr puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Destek almayan hastaların inkâr puanı destek alan hastalardan anlamlı şekilde yüksektir.

Tablo 6. 28. Aldığı Desteği Yeterli Bulma Durumuna Göre Olumlu-Olumsuz Dini başa çıkma Puanlarının Karşılaştırılması

Aldığı Desteği	N	Olumlu Dini başa çıkma X_{±SS}	Olumsuz Dini başa çıkma X_{±SS}
Yeterli Bulan	113	23.61 _{±2.87}	7.50 _{±1.37}
Kısmen Yeterli Bulan	33	21.81 _{±4.08}	8.24 _{±2.30}
U P		1360.000 0.017	1394.500 0.005

Aldığı desteği yeterli bulan hastaların olumlu dini başa çıkma puanı 23.61_{±2.87} iken aldığı desteği kısmen yeterli bulan hastaların puanı 21.81_{±4.08}'dir. Hastaların aldığı desteği yeterli bulma durumuna göre olumlu dini başa çıkma puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Aldığı desteği yeterli bulan hastaların olumlu dini başa çıkma puanı kısmen yeterli bulan hastalardan anlamlı şekilde yüksektir.

Aldığı desteği yeterli bulan hastaların olumsuz dini başa çıkma puanı 7.50_{±1.37} iken aldığı desteği kısmen yeterli bulan hastaların puanı 8.24_{±2.30}'dir. Hastaların aldığı desteği yeterli bulma durumuna göre olumsuz dini başa çıkma puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Aldığı desteği yeterli bulan hastaların olumsuz dini başa çıkma puanı kısmen yeterli bulan hastalardan anlamlı şekilde düşüktür.

Tablo 6. 29. Aldığı Desteği Yeterli Bulma Durumuna Göre Kansere Tepki Tarzı Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Aldığı Desteği	N	Mücadeleci Ruh X _± SS	Çaresizlik Ümitsizlik X _± SS	Endişeli Bekleyiş X _± SS	Kadercici X _± SS	İnkâr X _± SS
Yeterli Bulan	113	52.54 _± 4.60	9.53 _± 2.32	23.23 _± 2.19	19.81 _± 1.46	1.69 _± 0.65
Kısmen Yeterli Bulan	33	49.18 _± 5.38	10.60 _± 2.42	24.39 _± 2.59	20.48 _± 1.95	1.72 _± 0.62
U P		1243.500 0.004	1398.500 0.028	1239.500 0.003	1337.500 0.012	1815.000 0.794

Aldığı desteği yeterli bulan hastaların mücadeleci ruh puanı 52.54_±4.60 iken aldığı desteği kısmen yeterli bulan hastaların puanı 49.18_±5.38'dir. Hastaların aldığı desteği yeterli bulma durumuna göre mücadeleci ruh puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Aldığı desteği yeterli bulan hastaların mücadeleci ruh puanı kısmen yeterli bulan hastalardan anlamlı şekilde yüksektir. Aldığı desteği yeterli bulan hastaların çaresizlik ümitsizlik puanı 9.53_±2.32 iken aldığı desteği kısmen yeterli bulan hastaların puanı 10.60_±2.42'dir. Hastaların aldığı desteği yeterli bulma durumuna göre çaresizlik ümitsizlik puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Aldığı desteği yeterli bulan hastaların çaresizlik ümitsizlik puanı kısmen yeterli bulan hastalardan anlamlı şekilde düşüktür. Aldığı desteği yeterli bulan hastaların endişeli bekleyiş puanı 23.23_±2.19 iken aldığı desteği kısmen yeterli bulan hastaların puanı 24.39_±2.59'dir. Hastaların aldığı desteği yeterli bulma durumuna göre endişeli bekleyiş puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Aldığı desteği yeterli bulan hastaların endişeli bekleyiş puanı kısmen yeterli bulan hastalardan anlamlı şekilde düşüktür. Aldığı desteği yeterli bulan hastaların kadercici puanı 19.81_±1.46 iken aldığı desteği kısmen yeterli bulan hastaların puanı 20.48_±1.95'dir. Hastaların aldığı desteği yeterli bulma durumuna göre kadercici puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Aldığı desteği yeterli bulan hastaların kadercici puanı kısmen yeterli bulan hastalardan anlamlı şekilde düşüktür. Aldığı desteği yeterli bulan hastaların inkâr puanı 1.69_±0.65 iken aldığı desteği kısmen yeterli bulan hastaların puanı 1.72_±0.62'dir. Hastaların aldığı desteği yeterli bulma durumuna göre inkâr puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 6. 30. Dini Başa Çıkma Ölçeği Olumlu ve Olumsuz Dini Başa Çıkma Alt Ölçekleri Puan Dağılımları

Alt Ölçekler	N	Min-Max	X	SS
Olumlu Dini Başa çıkma	150	10-28	23.16	3.27
Olumsuz Dini Başa çıkma	150	7-19	7.72	1.77

Dini başa çıkma ölçeği olumlu dini başa çıkma alt ölçeği puanı 23.16 ± 3.27 'dir. Olumsuz dini başa çıkma alt ölçeği puanı 7.72 ± 1.77 'dir.

Tablo 6. 31. Kansere Tepki Ölçeği Alt Ölçekleri Puan Dağılımları

Alt Ölçekler	N	Min-Max	X	SS
Mücadeleci Ruh	150	33-63	51.81	4.95
Çaresizlik Ümitsizlik	150	6-19	9.85	2.39
Endişeli Bekleyiş	150	15-32	23.54	2.35
Kaderci	150	15-24	19.98	1.59
İnkâr	150	1-4	1.73	0.67

Kansere tepki ölçeği mücadeleci ruh alt ölçeği puanı 51.81 ± 4.95 , Çaresizlik ümitsizlik alt boyutu puanı 9.85 ± 2.39 , endişeli bekleyiş alt boyut puanı 23.54 ± 2.35 , kaderci alt boyutu puanı 19.98 ± 1.59 ve inkar alt boyutu puanı 1.73 ± 0.67 'dir.

Tablo 6. 32. Dini Başa Çıkma ve Kansere Tepki Tarzı Ölçekleri Alt Boyutları Arasındaki İlişki

	Olumlu Dini Başa çıkma	Olumsuz Dini Başa çıkma	Mücadeleci Ruh	Çaresizlik Ümitsizlik	Endişeli Bekleyiş	Kaderci	İnkar
1. Olumlu Dini Başa çıkma	1.00						
2. Olumsuz Dini Başa çıkma	-0.476*	1.00					
3. Mücadeleci Ruh	0.440*	-.481*	1.00				
4. Çaresizlik Ümitsizlik	-0.327*	0.375*	-0.623*	1.00			
5. Endişeli Bekleyiş	-0.426*	0.373*	-0.267*	0.392*	1.00		
6. Kaderci	-0.015	0.179*	-0.300*	0.342*	-0.015	1.00	
7. İnkar	-0.215	0.276*	-0.344	0.412	0.218*	0.157	1.00

* Korelasyonlar $p < 0.01$ düzeyinde anlamlı

Olumlu dini başa çıkma puanı ile olumsuz dini başa çıkma puanı arasında negatif yönde düşük düzeyde ($r = -0.479$), mücadeleci ruh puanı ile pozitif yönde düşük düzeyde ($r = 0.440$), çaresizlik ümitsizlik puanı ile negatif yönde düşük düzeyde ($r = -0.327$), endişeli bekleyiş puanı ile negatif yönde düşük düzeyde ($r = -0.426$) ve İnkar puanı ile negatif yönde düşük düzeyde ($r = -0.215$) bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.01$). Kaderci alt boyutu puanı ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Olumsuz dini başa çıkma puanı ile mücadeleci ruh puanı ile negatif yönde düşük düzeyde ($r = -0.481$), çaresizlik ümitsizlik puanı ile pozitif yönde düşük düzeyde ($r = -0.375$), endişeli bekleyiş puanı ile pozitif yönde düşük düzeyde ($r = 0.373$), kaderci puanı ile pozitif yönde düşük düzeyde ($r = 0.179$) ve İnkar puanı ile pozitif yönde düşük düzeyde ($r = -0.276$) bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.01$).

Tablo 6. 33. Olumlu ve Olumsuz Dini Başa çıkma Puanlarının Kansere Tepkileri Yordama Düzeyi

Ölçekler	MR β	ÇÜ β	EB β	K β	İ β
Olumlu Başa çıkma	0.356*	-0.190*	-0.361*	0.047	-0.143
Olumsuz Başa çıkma	-0.418*	0.412*	0.059	0.199	0.077
R	0.661	0.527	0.392	0.182	0.191
R ²	0.438	0.278	0.153	0.033	0.036
F	57.177	28.293	13.310	2.156	2.784
P	0.000	0.000	0.000	0.084	0.065

* $p < 0.01$ düzeyinde anlamlı

Olumlu ve olumsuz dini başa çıkma puanlarının hastaların kansere verdikleri tepkileri yordama düzeyi doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Olumlu ve olumsuz dini başa çıkma anlamlı şekilde mücadeleci ruh puanının etkilediği, mücadeleci ruh puanındaki değişimin % 43,8’inde sorumlu olduğu saptanmıştır. Tek tek incelendiğinde mücadeleci ruhu en fazla olumsuz dini başa çıkmanın ($\beta = -0.418$) etkilediği onu olumlu dini başa çıkmanın izlediği saptanmıştır.

Olumlu ve olumsuz dini başa çıkma anlamlı şekilde çaresizlik ümitsizlik puanının etkilediği, çaresizlik ümitsizlik puanındaki değişimin % 27,8’inde sorumlu olduğu saptanmıştır. Tek tek incelendiğinde çaresizlik ümitsizliği en fazla olumsuz dini başa çıkmanın ($\beta = 0.412$) etkilediği onu olumlu dini başa çıkmanın izlediği saptanmıştır.

Olumlu ve olumsuz dini başa çıkma anlamlı şekilde endişeli bekleme puanının etkilediği, endişeli bekleme puanındaki değişimin % 15,3’ünden sorumlu olduğu saptanmıştır. Tek tek incelendiğinde endişeli bekleme olumlu başa çıkmanın ($\beta = -0.361$) etkilediği saptanmıştır. Olumlu ve olumsuz dini başa çıkma kaderci ve inkar puanlarını anlamlı şekilde etkilememiştir.

7.TARTIŞMA

Meme kanseri yüksek insidans ve mortalitesi nedeniyle önemli bir sağlık problemidir. Tanı ve tedavi sürecinde bireylerin başa çıkma özelliklerinin belirlenmesi bu sürecin daha net anlaşılmasını sağlayacaktır. Bu çalışmada hastaların kansere tepkileri ve dini başa çıkmaları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışmada elde edilen veriler literatür bilgileri ışığında tartışılmıştır.

Çalışmamızda hastaların yaş ortalaması 48.58 ± 8.70 'dir. Hastaların yaş aralıklarına bakıldığında; hastaların %75,3'ünün (n=113) 41-59 yaş arasında olduğu bulunmuştur. Öcel'in (80) meme kanseri tanılı hastalar ile yaptığı çalışmada, yaş ortalamasını 40.38 ± 7.09 olarak belirlemiştir. Haydaroğlu ve ark. (81) 3897 olguyu değerlendirdikleri çalışmasında; meme kanseri olan kadınların çoğunluğunun 45-54 yaş grubu arasında olduğunu saptamışlardır. Özmen (82)'in Meme Kanseri Hasta Kayıt Programı'na kayıtlı olan hastalar üzerinden çıkardığı profil çalışmasında da meme kanseri tanısı konan hastalarda yaş ortalamasının 51.6, en sık görüldüğü yaş aralığının ise 45-49 yaş grubu olduğu belirlenmiştir. Özmen (83)'ün 13240 meme kanseri olgusunu incelediği çalışmasında, yaş ortalamasının 51.6, yaş aralığının ise %83'ünün 40 yaş üstü hasta grubundan oluştuğu rapor edilmiştir. Gültekin ve Bozdaş (84) Sağlık Bakanlığı Türkiye Kanser İstatistiklerine göre; meme kanseri tanısı konan hastaların yaş aralığı açısından, %45'inin 50- 69 yaş arasında olduğu, %40 ının ise 25-49 yaş aralığında yer aldığı görülmektedir. Ülkemizde menapoza girme yaşının yaklaşık olarak 45- 47 yaş aralığında olduğu belirtilmektedir (85, 86, 87, 88, 89). 2008 yılı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (90) ülkemizde 48-49 yaş grubunda olan kadınların % 42'sinin, menopoza girdiğini göstermektedir. Menopozla birlikte kadınlarda meme kanserinin görülme sıklığının arttığı literatürde vurgulanmaktadır. Menopoz sürecinin kendisinin doğrudan meme kanserine yol açtığı ile ilgili net bir bilgi bulunmamaktadır ancak, mamografi gibi meme kanseri tarama testlerinin 40 yaş itibariyle başlatılması ile meme kanserinin bu şekilde daha kolay teşhis edildiği için, meme kanserinin menopoz sonrası kadınlarda sayısal olarak daha fazla olmasının bir nedeni olabilir.

Literatürde hastaların yaş aralığı arttıkça meme kanseri riskinin arttığı görülmektedir. Ancak bizim çalışmamızda örneklem seçiminde 45-59 yaş arası örneklemin tüm

örneklem sayısının yaklaşık %75'ini oluşturması nedeniyle sonucun farklı çıktığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastaların, büyük çoğunluğunun çekirdek aile yapısında (%80.6), evli (%84.7), çocuk sahibi (%90), çocuk sahibi olanlarının çoğunluğunun iki çocuğunun bulunduğu (%46), % 34.7'sinin lise mezunu olduğu ve %74.7'sininise çalışmadığı saptanmıştır. Tünel (91)'in meme kanser tanılı hastalar ile yaptığı çalışma, hastaların %70.6'sının evli, %73.5'inin çocuk sahibi, %38.2'sinin ilköğretim eğitim düzeyinde, %82.4'ünün çalışmadığı, Alamiş (92) meme kanseri tanılı hastalarla yaptığı çalışmasında ise hastaların, %54.3'ünün lise-üniversite eğitim düzeyinde olduğu, %60'ının çalışmadığı, %51.4'ünün 2 çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir. Demiralp ve Oflaz (93) meme kanser tanısı konan hastalar ile yaptığı çalışmada da katılımcıların çoğunluğunun evli olduğu, Çam ve ark. (5) meme tanısı konan kadınlar ile yaptığı bir diğer çalışmada da hastaların çoğunluğunun evli, çekirdek aile yapısında, iki çocuk sahibi, ilköğretim mezunu olduğu ve çalışmadığı belirlenmiştir. Çalışma sonucumuz ile meme tanısı alan kadınlar ile yapılan diğer çalışmalar benzerlik göstermektedir. Doğum yapmamış olma ya da ilk doğumu 30 yaş sonrasında yapma risk faktörü olarak kabul edilse de (15, 16, 18, 22), çalışmamızda kadınların çoğunluğu evli ve çocuk sahibidir, ilk doğum yaşı sorgulanmadığı için bu konuda ilişkisel bir çıkarım yapılamamıştır.

Çalışmamızda hastaların %26'sının ailesinde meme kanseri öyküsünün olduğu, %59.3'ünün hastalık süresinin 0-6 ay olduğu, %80'inin kemoterapi öncesi mastektomi operasyonu geçirdiği, %50'sinin şu ana kadar 7-12 kemoterapi kürü aldığı saptanmıştır. Çabuk ve ark.'nın (94) çalışmasında örneklem grubunun %10'unda, Aydoğan ve ark. (95)'nin çalışmasında %13.8'inde ailede meme kanseri öyküsü bulunduğu belirlenmiştir. Çam ve ark.(5) çalışmasında hastaların %69.3'üne total mastektomi uygulandığı, Tünel (91)'in yaptığı çalışmada ise, hastaların % 91.2'sinin mastektomi uygulandığı belirlenmiştir. Birinci derece akrabada meme kanseri öyküsü meme kanseri gelişme riskini 1.8 kat arttırmaktadır. Meme kanseri tedavisinde ise mastektomi yaygın olarak uygulanmaktadır (16, 23). Çalışmamızdan elde edilen bulguların meme kanseri açısından spesifik bazı risk faktörlerini ve rutinde uygulanan tedavi yaklaşımlarını yansıttığı görülmektedir.

Çalışmamızda hastaların % 98'si tanıyı doktordan öğrendiğini, % 61.3'ünün tanıyı ilk öğrendiğinde çok üzülüp ağladığını, %26.7'si ise Allah'tan geldiğini düşünüp sabrettiğini ifade etmiştir. Geyikçi ve ark. (96) çalışmasında hastaların %52.1'inin hastalığı kader olarak yorumladığını ifade etmişlerdir. Benzer çalışmalardan Özdemir ve ark., (97)'in kanser hastalarıyla yaptığı çalışmada kanser tanısının ilk öğrenildiğinde verilen tepki şok, Ashing-Giwa ve ark., (98) çalışmasında korku, inkar ve endişe, Gemalmaz ve Avşar (99) çalışmasında ise üzüntü ve kaderci yaklaşım olarak belirtilmektedir. Kanser tanısına verilen yanıt, endişe, gerginlik, keder, üzüntü, inkar, hastalığın önemini reddetme ve kaderci yaklaşım olarak geniş bir yelpazede değişebilir. Bu çalışma da elde edilen sonuçlar üzüntü duygusu ve kaderci yaklaşımın yaygın olduğunu göstermiştir. Kanser tanı ve tedavi süreçleri gibi, üzüntü ve endişenin yoğun yaşandığı durumlarda, kişilerin daha çok kaderci yaklaşımı seçmesinin de bir rahatlama biçimi olduğu söylenebilir. Bu doğrultuda dini aktivitelere de yönelebilmektedirler (45).

Çalışmamızda hastaların %97.3'ünün başa çıkma konusunda destek aldığı, % 72'sinin bu desteği ailesinden aldığı belirlenmiştir. Gemalmaz ve Avşar (99) hematoloji kliniğindeki kanser tanısı alan hasta grubu ile yaptığı çalışmada aile üyeleri ve arkadaş çevresinden sosyal destek alındığını belirtmiştir. Ashing-Giwa ve ark (97) ile Özdemir ve ark (98) meme kanseri tanısı alan hasta grubu ile yaptıkları çalışmalarında yine sosyal desteğin aileden alındığını ifade etmişlerdir. Çalışmamızda hastaların aile desteğine sahip olduğunu görmekteyiz. Ayrıca literatürde aile desteğinin tedavi uyum ve başarısını arttırdığı ifade edilmektedir (100). Aile, kültürümüzde en önemli toplumsal birimdir. Ailenin duygusal destek fonksiyonu kültürümüzde çok daha etkin ve önemli bir şekilde yerleşiktir. Çalışma sonuçlarımız bunun bir yansımasıdır.

Çalışmamızda dini başa çıkma ve yaş grupları arasındaki ilişki incelenmiş ve 60 yaş ve üzerindekiilerin olumlu dini başa çıkma puanının diğer yaş gruplarından yüksek olduğu, yaşla birlikte olumlu dini başa çıkma puanı artarken olumsuz dini başa çıkma puanının azaldığı görülmüştür. Kadınların yaş gruplarına göre olumlu dini başa çıkma puanı yaş arttıkça artmış, olumsuz başa çıkma puanları ise de yaş

azaldıkça azalmıştır. Yaş ilerledikçe kişilerin deneyimlerinin artması ve dini bilgileri öğrenme zamanının artması kişilerin olumlu başa çıkma durumlarını arttırdığı düşünülmüştür. Batan ve Ayten (101) çalışmasında olumlu dini başa çıkmanın kadınlar tarafından daha çok kullanıldığını belirtmiş ancak yaş grupları arasındaki ilişkiyi bahsetmemiştir. Ayten ve Yıldız (102) çalışmasında ise ileri yaşta olumlu dini başa çıkma tutumunun diğer yaşlardan fazla olduğunu belirlemiştir. Çalışmamızın verilerinin literatür ile benzer bulgular olduğu görülmektedir. Çalışma örneklemimizin kanser hastalarından oluşması dolayısıyla kanser hastalığının bizim kültürümüzde ölümü çağrıştırması ile birlikte kişinin iç dünyasında çoğunlukla manevi bir krize neden olmasından kaynaklı olarak kişilerin yaşadığı ölüme ilişkin endişe ve kaygıları azaltmada yaştan bağımsız olarak da dini başa çıkma yöntemlerine başvurduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda yaş grupları ile kansere tepki ölçeği alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde ve 22-40 yaş grubunda mücadeleci ruh puan ortalamasının düşük, çaresizlik ümitsizlik, endişeli bekleyiş puan ortalamalarının ise diğerlerinden anlamlı oranda yüksek olduğu belirlenmiştir. Kadercı bakış açısı puan ortalamalarının 60 yaş ve üzerindeki hastalarda daha yüksek olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda 22-40 yaş grubunda olumsuz dini başa çıkma puanı diğer gruplardan yüksek bulunduğu göz önüne alındığında, bu grupta mücadeleci ruh puan ortalamasının düşük, çaresizlik ümitsizlik, endişeli bekleyiş puan ortalamalarının yüksek olmasının etkin baş edememenin bir yansıması olduğu ve birbiriyle ilişkili olduğu söylenebilir. Literatürde kansere bağlı olarak anksiyete, korku, öfke, güçsüzlük, üzüntü ve keder, yetersizlik, başarısızlık, utanç, suçluluk, umut-umutsuzluk, rahatlama gibi emosyonel tepkilerin oluşabileceği belirtilmektedir (96). Gençlerde meme kanserinin daha yüksek stres seviyesine ve olumsuz emosyonel tepkilere neden olduğu bilinmektedir (103,104). Çalışmamızda elde edilen bulgular literatürle uyumluluk göstermektedir.

Medeni durum ve başa çıkma puanı arasındaki ilişki incelendiğinde, eşi ölmüş/boşanmış olanların olumlu dini başa çıkma puanının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Olumsuz dini başa çıkma puanı arasında ise anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür. Lotfi'nin (105) meme kanseri hastalarıyla yaptığı çalışmasında eşin ölmüş olması durumunda dinin önemli bir başa çıkma stili olarak kullanıldığı

görülmüştür. Çalışmamızda ayrıca medeni durum ve kansere tepki ölçeği alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde eşi ölmüş/boşanmış kadınların endişeli bekleyiş puanının daha yüksek olduğu belirlenirken, diğer alt boyutlarda anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür. Yalnız olmanın endişeli bekleyiş puanını arttırdığı belirtilmektedir (99). Çalışmamızda aynı zamanda eşini, ayrılma-ölüm gibi bir nedenle kaybedenlerin olumlu dini başa çıkma puanlarının yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Eş kaybı gibi olumsuz bir durumla baş edebilmek ve duygusal kontrolü yitirmemek için kişiler dini aktiviteleri hayat rutinine dahil edebilirler. Eğer kişiler hayat rutinlerinde dini eğilimlere sahipse, olumsuz durumlar yaşandığında psikolojik olarak dayanma gücünü arttırmak için dua etmek, yaşadıklarının ilahi bir imtihan olduğunu düşünmek gibi olumlu dini başa çıkma davranışları gösterebilirler. Eş kaybı yaşayarak oluşan zorluklarla mücadelede olumlu dini başa çıkma davranışlarını kullanan bireyler, hastalık vb. yoğun stres altında kaldıkları durumlarda da olumlu dini başa çıkma davranışlarına daha kolay yönelmiş olabilirler (101).

Çalışmada eğitim durumu ile dini başa çıkma puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; lisans ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip olan grupta olumlu başa çıkma puanı, ilköğretim ve lise mezunu olan gruptan anlamlı oranda düşük, olumsuz başa çıkma puanı ise anlamlı oranda yüksektir. Lotfi'nin çalışmasında (105) eğitim seviyesi düşük meme kanseri tanılı kadınların başa çıkma pratiklerinin dini öğelere daha bağlı oldukları belirlenmiştir. Geyikçi ve ark (96) meme kanseri tanısı alan hastalarla yaptığı çalışmada, ilköğretim mezunlarının dini başa çıkma yöntemini, üniversite mezunlarından daha çok kullandığını saptamıştır. Eğitim düzeyindeki artış ile birlikte yaşanan zorluk ve süreçlerle ilgili yapılan araştırmalarla tatmin edici bilgi seviyesine ulaşılması zaman almakta ve endişenin yönetilmesi de zorlaşmaktadır (106). Eğitim düzeyinin yükselmesi farklı başa çıkma biçimlerinin bilinmesi ve uygulanması noktasında da kişilere bir vizyon sağlıyor olabilir. Yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerde olumlu dini başa çıkma puanının düşük olması bu özelliğe bağlanabilir.

Eğitim düzeyi ve kansere tepki ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde, mücadelecü ruh ve kaderci puan arasında anlamlı farklılık bulunmazken, çaresizlik

ümitsizlik puanının lisans ve lisansüstü eğitim grubunda ilköğretim mezunu olanlara göre anlamlı oranda yüksek olduğu görüldü. Endişeli bekleyiş puanının ise lisans ve lisansüstü eğitim grubunda okuma yazma bilmeyen ve ayrıca ilköğretim ve lise eğitim grubuna göre anlamlı oranda yüksek olduğu bulundu. Düşük eğitim düzeyinin zayıf psikolojik uyum getirdiğini ifade eden çalışmalar olmakla birlikte (103, 107), klinik deneyimlere dayanılarak eğitim düzeyindeki artışla birlikte hastalık ve tedavi sürecine ait farkındalığın yüksek olmasına bağlı olarak bu farklılığın gelişmiş olabileceği düşünüldü.

Çalışma durumu ve dini başa çıkma puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, olumlu dini başa çıkma puanının çalışmayan hastalarda, çalışanlara göre daha yüksek olduğu ve olumsuz dini başa çıkma puanının ise daha düşük olduğu belirlenmiştir. Lotfi'nin (105) çalışmasında mesleği olmayan meme kanseri hastası kadınların dini başa çıkma faktörlerini daha çok kullandıkları görülmüştür. Çalışma durumu ile kansere tepki ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde; kamu sektöründe çalışanların endişeli bekleyiş puanının daha yüksek, herhangi bir işte çalışmayan gruptaki hastaların endişeli bekleyiş puanının ise çalışanlardan daha düşük olduğu görülmüştür. Benzer çalışmalarda çalışma durumu ile kansere tepki arasında anlamlı ilişki olmadığı belirtilse de (103, 107), bu çalışmada herhangi bir işte çalışmayan grubun aile ve sosyal destek imkanlarına daha çok ulaşabiliyor olması endişelerinin azalmasına katkı sağlamış olabilir.

Aile tipine göre geniş aile yapısına sahip bireylerin olumlu dini başa çıkma puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Aynı zamanda aile tipi ile kansere tepki ölçeği boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde, geniş aile yapısına sahip bireylerde endişeli bekleyiş puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Lotfi'nin çalışmasında (105) meme kanseri hastalarında aileden, akrabadan, komşudan ve arkadaştan alınan sosyal desteğin, hastalıkla başa etme için önemli olduğu görülmüştür. Babaoğlu Akdeniz (100) çalışmasında yalnız eşten alınan sosyal destek ile iş dışındaki bireylerden alınan sosyal desteğin başa çıkma tutumu üzerinde anlamlı farklılık oluşturmadığını ifade etmiştir. Çalışmada çocuk sahibi olma durumu ile dini başa çıkma puanları arasında anlamlı ilişki olmadığı görülmüştür. Çocuk sahibi olma ve kansere tepki tarzı ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde ise, çocuk

sahibi bireylerde endişeli bekleyiş puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan bazı çalışmalarda çocuk sahibi olma durumu ile anksiyete, çocuk sahibi olma durumu ile kansere tepki ve başa çıkma arasında anlamlı ilişki olmadığını belirtmiştir (96, 103, 107). Lotfi'nin çalışmasında (105), çocuk sahibi olma durumu açısından bakıldığında çocuğu olan meme kanseri tanılı hastaların başa çıkma stillerinden kabullenmenin, aktif başa çıkmanın, davranışsal boş vermenin ve dini başa çıkmanın yüksek olduğu görülmüştür. Literatürde aile desteğinin kanserle başa çıkma tutumunu olumlu etkileyeceği belirtilmektedir (36, 108).

Çalışmada ekonomik durum ile dini başa çıkma puanları arasında ve kansere tepki ölçeği boyutları arasında anlamlı ilişki olmadığı görüldü. Yapılan bazı çalışmalarda ekonomik durum ile anksiyete ve kansere tepki arasında anlamlı ilişki olmadığı belirtilmiştir (103,107). Çalışma sonuçları bu çalışmada elde edilen sonuçlarla benzerlik göstermektedir.

Hastalık sürelerine göre olumlu dini başa çıkma puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Hastalık süresi bir yıl ve üzeri olan kadınlarda olumlu dini başa çıkma puanı yüksektir. Masat (109) onkoloji hastaları ile yaptığı çalışmada hastalığın klinik evresinin, dini başa çıkma tutumlarında farklılık göstermediği rapor edilmiştir. Yapılan bazı çalışmalarda hastalık süresi ve başa çıkma ile anlamlı ilişkinin olmadığı belirtilmiştir (103, 106, 107). Hastalık süresi ile kansere tepki tarzı ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Nosarti ve ark.'nın (110) meme kanseri tanılı hastalarda psikolojik uyumu inceledikleri çalışmasında, ilk izlem ve 9.5 ay sonraki ikinci izlemde, mücadeleci ruh, kadercilik, endişeli bekleyiş alt boyutları arasında olduğu anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Mastektomi sonrası psikolojik ve sosyal uyumu inceleyen başka bir çalışma olan Morris et all. (111) çalışmasında iki yıllık izlemde kadercilik puanlarında artış, mücadeleci ruh alt boyutunda da azalma görülmüştür. Bizim çalışmamızda uzun dönem izlem takibi yapılmamıştır. Schnoll ve ark. (112) meme kanserli hastalarda başa çıkma, psikolojik tepki, erken dönem tanı arasındaki ilişkiyi inceleyen yapısal modelde, kanserin erken evresinde olan kadınların mücadeleci ruh başa çıkma becerisini kullandığı öne sürülmüştür. Saral'ın (74) ülkemizde meme kanseri tanısı alan hastalarla yaptığı çalışmada ise, tanı öğrenildikten sonraki süreçte

kansere olan uyumu etkilemediği görülmektedir. Araştırma sonuçları yurtdışında yapılan çalışmalar ile paralellik göstermezken, ülkemizde yapılan Saral'ın çalışması ile paralellik göstermektedir. Yurtdışı çalışmaları ile araştırma sonuçlarının farklılığının sebebinin, uzun dönem izlem takibindeki farklılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, kadınların mastektomi olma durumlarına göre olumsuz dini başa çıkma puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Mastektomi olmayan kadınların olumsuz dini başa çıkma puanı mastektomi olan kadınlardan anlamlı şekilde yüksektir. Kadınların mastektomi olma durumlarına göre kansere tepki tarzı ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde ise inkar puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Mastektomi olmayan kadınların inkar puanı anlamlı şekilde mastektomi olan kadınlardan yüksektir. Hastalar tanı aldıktan sonraki dönemde ilk tepkileri şok ve inkardır. Kaygı ile başa çıkmada savunma düzeneği olarak inkarın kullanılması beklenen bir durumdur (5). Kanser tanısı konduktan sonra, tıbbi durumlarının gerektirdiği şekilde, kimi hastalar önce meme ile ilgili ameliyat olup, sonrasında kemoterapi süreçleri başlamaktadır. Kimi hastalar ise ameliyat yapılmadan kemoterapi sürecine başlamaktadır. Ameliyat yapılmadan kemoterapiye başlanan kadınlarda hastalığa inanmama/inkar süreci, ameliyat olup genellikle göğsünün bir bölümünü veya tamamını kaybeden kadınlara göre daha yoğun yaşanabilir. Bu dönemde olumsuz dini başa çıkma davranışları da inkar faktöründen dolayı yoğun yaşanabilir. Kanser tanısı sonrası hastalığın inkarı hastada beklenebilen reaksiyonlardandır.

Alınan kür sayısına bakıldığında 1-6 kür alanların olumsuz dini başa çıkma puanları ve endişeli bekleyiş puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Alınan kür sayısı ile kansere tepki tarzı ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde ise, kadınların aldıkları kür sayısı ile endişeli bekleyiş puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı olduğu, 1-6 kür almış kadınların puan ortalamasının anlamlı şekilde 7-12 kür almış ve 13 kür ve üstü almış kadınların puan ortalamasından daha yüksek olduğu görülmektedir. Nosarti ve ark. (110) meme kanseri tanısı almış hastalarla yaptığı çalışmasında, ilk izlem ve 9.5 ay sonraki ikinci izlemde alt boyutlar arasında düşüş görülmekte, benzer şekilde endişeli bekleyiş alt boyutu puanlarında istatistiksel

olarak anlamlı bir fark görülmektedir. Choumanova ve ark. (62) meme kanseri tanımlı kadınlar yaptığı çalışmada da hastalığın erken evresindeki kadınlarda mücadeleci ruh puanları daha yüksek düzeydedir. Meme kanserinin tedavi süreci zor ve streslidir. Tedavi sırasında genellikle 1.krn alımıyla başlayan ve 2.kr alımıyla birlikte iyice artan sa dökülmesi, fiziksel değişiklikler bireyde rahatsız duygularına yol açmaktadır (113). Tedavinin yan etkisi, sürecin belirsizliği, tedaviye yeni başlama ve süreci değerlendirememeye hastalarda belirsizliğe, endişeye ve sonuçlara yönelik bekleyiş sürecine hastayı itebilir.

Tanıısını söyleyen kişi ile dini başa çıkma tarzları ve kansere tepki leği alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmadı. Bu çalışmada kanseri öğrendiği kişi ile dini başa çıkmanın ve kansere verilen tepkinin bir ilişkisi olmadığı görülmektedir. Literatür taraması doğrultusunda tanıyı söyleyen kişi ile dini başa çıkma tarzları ve kansere tepki leğine yönelik bir çalışmaya rastlanmadı. Bu araştırma sonucuna göre, kanseri kimden öğrendiği dini başa çıkmayı ve kansere verilen tepki etkilememektedir. Bunun sebebi hastaların ilk öğrendikleri zaman inkar ve şok evresinde olması olabilir. Öğrendiği kişiden çok sürecin nasıl geçeceğine odaklanmış olabilirler.

Ailesinde meme kanseri olan kadınların dini başa çıkma tarzları ve kansere tepki tarzı leği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ailede meme kanseri varlığı dini başa çıkma tarzını ve kansere verilen tepki etkilemediği görülmektedir. Dini başa çıkma tarzı, kişinin içsel yaşadığı kendi maneviyatına yönelik bir süreçtir. Kansere verilen tepkide yine aynı şekilde bireyin kendi içinde yaşadığı sürece yönelik bir tepkidir. İçinde bulunduğu süreç, kendi yaşadığı kendi süreci olduğu için yakınında kanser tanıısının varlığı ya da yokluğu bireyi bu konuda etkilememiş olabilir.

Çalışmada, destek alan kadınların dini başa çıkma tarzları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Destek almayan meme kanseri tanımlı kadınların kansere tepki leği alt boyut puanlarından çaresizlik ümitsizlik ve inkar alt boyutları, destek alanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çaresizlik, ümitsizlik ve inkar alt boyutu yetersiz başa çıkmayı temsil etmektedir. Destek almayan kadınlarda çaresizlik ümitsizlik ve inkar duygularının

daha yoğun olması beklenen bir bulgudur. Destek almadıkları için hastalıkla başa çıkmaları negatif yöndedir. İnkâr ilk aşamada koruyucu bir özellik olsa da uzun vade ve inkâr basamağının çok uzun sürmesi durumunda olumsuz olarak kişiyi etkileyebilmektedir.

Çalışmada hastaların aldığı desteği yeterli bulma durumuna göre olumlu ve olumsuz dini başa çıkma puan ortalamaları arasındaki anlamlı fark olduğu görülmüştür. Aldığı desteği yeterli bulan kadınların olumlu dini başa çıkma puan ortalamalarının daha yüksek, olumsuz dini başa çıkma puan ortalamalarının ise daha düşüktür. Kadınların aldığı desteği yeterli bulma durumuna göre kansere tepki ölçeği alt boyut puanları arasında mücadeleci ruh puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Aldığı desteği yeterli bulan kadınların mücadeleci ruh puanı kısmen yeterli bulan kadınlardan anlamlı şekilde yüksek, çaresizlik ümitsizlik, endişeli bekleyiş, kadercilik alt boyut puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Kansere hastalarında sosyal destek hastalık sürecinde çaresizlik, yalnızlık duygusunu azaltır. Sosyal destek umut ve başa çıkma düzeyini arttırmaktadır (114). Choumanova ve ark. (62) çalışmasında kadınların meme kanseri ile başa çıkmada din ve maneviyatı kullandığı, sosyal destek almak için inanç topluluklarını da kullandığı görülmektedir. Özellikle de aileden alınan sosyal destek, hastanın ruh sağlığını korumada önemli bir etken oluşturur. Böylelikle psikolojik iyilik hali korunmuş olur (115). Hastalık sürecinde, hastalar maneviyata yönelebilir. Hastalığın yarattığı duygusal ve psikososyal sorunlarla başa çıkmak için maneviyata yöneldiği literatür bilgisi ile uyumludur (64,116). Araştırma sonucumuz incelendiğinde, aldığı desteği yeterli bulanların daha mücadeleci bir ruha sahip olması desteğin bu hastalara yeterli geldiğini ve hastalıkla mücadele etmede pozitif bir tutuma yönelttiğini ve yetersiz başa çıkma boyutunu temsil eden çaresizlik ümitsizlik, endişeli bekleyiş, kadercilik puanlarını düşürdüğünü söyleyebiliriz.

Çalışmada hastaların, dini başa çıkma ölçeği olumlu başa çıkma alt ölçeği puan ortalaması 23.16 ± 3.27 ve olumsuz dini başa çıkma alt ölçeği puan ortalaması 7.72 ± 1.77 'dir. Masat (109)'ın karma grup kanser hastaları ile yaptığı çalışmada dini yönden olumlu başa çıkma alt ölçeği puan ortalaması 19.37 ± 4.96 ve olumsuz başa çıkma alt ölçeği puan ortalaması 9.29 ± 2.85 'dir. Cufta (116)'ın kanser hastaları ile

yaptığı niteliksel çalışmada ise hastaların %95 oranında pozitif dini başa çıkma yöntemi kullandığı ve %90'ının başa çıkma olarak ibadet ve duayı sık kullandığı belirlenmiştir. Çifti (53) kanser hastaları ile yaptığı niteliksel çalışmada, hastaların %80'inin dini temelli affetmeyi kullandığı, ruhsal gerilimle başa çıkmak ve psikolojik olarak rahatlamak için dua ve ibadeti seçtikleri görülmektedir. Çalışma bulgularımıza bakıldığında, dini başa çıkmanın olumlu yönde daha çok kullanıldığı görülmektedir. Olumlu dini başa çıkma bireyin Tanrı'nın eylemlerinin bir nedeni ve başlarına gelen olumsuz yaşam olaylarının bir anlamı olduğuna inanmaya yönelik tutum ve davranışlarını içermektedir. Olumlu dini başa çıkma yöntemleri, hastaların kanser ile bağlantılı oluşan stres ile başa çıkmasında, duygusal ve sosyal iyi oluşlarının artmasında oldukça önemli yer tutmaktadır. Bunun yanında Tanrı'ya güvenen hastalarda ölüm korkusunun da daha az olduğu bilinmektedir (68). Çalışmada hastaların olumlu dini başa çıkma puan ortalamalarının daha yüksek olması belirtilen durumlarla yakından ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada hastaların kansere tepki ölçeği, alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında; mücadeleci ruh alt ölçeği puan ortalaması 51.81 ± 4.95 , endişeli bekleyiş alt boyut puan ortalaması 23.54 ± 2.35 , kaderci alt boyutu puanı 19.98 ± 1.59 , çaresizlik ümitsizlik alt boyutu puan ortalaması 9.85 ± 2.39 ve inkar alt boyutu puan ortalaması 1.73 ± 0.67 'dir. Saral'ın (74) meme kanseri tanısı konan hastalar ile yaptığı çalışmada mücadeleci ruh alt ölçeği puanı 50.01 ± 4.87 , endişeli bekleyiş alt boyut puanı 23.77 ± 3.04 , kaderci alt boyutu puanı 22.26 ± 2.43 ve çaresizlik ümitsizlik alt boyutu puanı 11.96 ± 2.52 olarak bulunduğu görülmektedir. Hallaç'ın (39) genital organ kanserleri tanısı alan hasta grubu ile yaptığı çalışmada ilk testte mücadeleci ruh alt ölçeği puan ortalaması 45.27 ± 6.70 , endişeli bekleyiş alt boyut puan ortalaması 24.77 ± 4.15 , kaderci alt boyutu puan ortalaması 19.90 ± 0.91 ve çaresizlik ümitsizlik alt boyutu puan ortalaması 14.55 ± 5.86 olarak saptanmıştır. Saral'ın ve Hallaç'ın çalışma bulguları ve sıralaması bu çalışma ile paralellik göstermektedir. Nosarti ve ark. (110) İngiltere'de meme kanseri olan hastalarla yaptığı çalışmada mücadeleci ruh alt boyutu puan ortalaması 3.2 ± 6.0 , endişeli bekleyiş alt boyut puan ortalaması 21.5 ± 5.2 , kaderci puan ortalaması 19.7 ± 4.0 ve çaresizlik ümitsizlik alt boyutu puan ortalaması 19.7 ± 4.0 , inkar puan ortalaması 2.2 ± 1.1 olarak belirlenmiştir. Cotton ve ark. (70) meme kanseri tanısı almış kadınlarla Amerika'da

yaptığı çalışmada, kansere tepki ölçeğinin kısa formunda endişeli bekleyiş alt boyut puan ortalaması en yüksek bulunurken, ikinci sırada kadercilik, üçüncü sırada mücadeleci ruh, dördüncü sırada ise çaresizlik ümitsizlik alt boyut puan ortalaması yer almaktadır. Watson ve ark. (117) İngiltere’de yaptığı çalışmada ise meme kanserli hastalarda kanseri tekrarlanmayan hastalarda en fazla mücadeleci ruh puan ortalaması, ikinci sırada çaresizlik ümitsizlik puan ortalaması, üçüncü sırada endişeli bekleyiş puan ortalaması, dördüncü sırada kadercilik puan ortalamasının yer aldığı görülmüştür. Kissane ve ark. (118) Avustralya’da yaptığı çalışmada, psikoterapi alan meme kanserli hastalarda da meme kanserli hastalarda puan ortalamasına göre birinci sırada mücadeleci ruh, ikinci sırada endişeli bekleyiş, üçüncü sırada da ümitsizlik çaresizlik boyutlarının olduğunu saptamışlardır. Araştırma sonuçları incelendiğinde, ülkemizde yapılan çalışmalar çalışma sonuçlarımız ile benzerlik gösterirken, yurtdışında yapılan çalışmaları incelendiğinde ise benzerlikler olduğu gibi farklılıklarda mevcuttur. Ülkemizde meme kanseri tanısı alan hastaların, hastalıkla başa çıkmada mücadeleci bir tutum sergilediği söylenebilir.

Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve Kansere Tepki Tarzı Ölçeği arasındaki korelasyon analizi sonucunda; olumlu dini başa çıkma alt boyutu ile mücadeleci ruh alt boyutu arasında pozitif yönde, ümitsizlik çaresizlik, endişeli bekleyiş alt boyutları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Olumsuz dini başa çıkma alt boyutu ile mücadeleci ruh alt boyutu arasında negatif yönde, ümitsizlik çaresizlik, endişeli bekleyiş, kadercilik ve inkar alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Holt ve ark (119) niteliksel dizaynda yaptığı çalışmada kanser hastalarında hastalığı kontrol etme ve hastalığı anlama ve hastalık sürecine verdiği duygusal tepkide manevi sosyal desteğin önemi ve Tanrı’ya güvenme, ibadet etme ve Tanrı’yı bir şifacı olarak görme temaları vurgulanmaktadır. Choumanova ve ark. (62) çalışmasında da meme kanseri tanısı konan hastaların ruhsal inançlarının kanser hastalığını iyileştirmeye yardımcı olacağı inancında oldukları görülmüştür. Tacon ve ark. (120) beden zihin temelli terapilerde; meditasyon, yoga gibi tekniklerin karma kanser gruplarında stresi, anksiyeteyi azaltıcı etkisi olduğunu, aynı zamanda hastaların mücadeleci ruh gibi olumlu başa çıkma tepkilerini yükselttiği, olumsuz başa çıkma tekniklerinden ümitsizlik çaresizlik, endişeli bekleyiş alt boyutlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalttığı saptanmıştır. Benzer şekilde Cufta (116)

ve Çifti (53)'nin çalışmalarında da hastaların dini başa çıkmaya yöneldiği, hastalıkla başa çıkmada ve mücadelede dinin etkisi olduğu vurgulanmaktadır. Dini başa çıkma yöntemleri hastalıkla başa çıkmada ruhsal olarak savaşıma, olumlu tutum ile ilişkilidir (66). Çalışmanın sonuçlarında da kansere yeterli ve uyumlu tepki veren hastalarda dini başa çıkma tutumları olumlu yönde iken, kansere tepkilerde çaresizlik, ümitsizlik duygusu yaşayan, endişeli olan, hastalığını inkar eden ve kadere bırakma gibi uyumsuz davranış gösterenlerin dini başa çıkmaları da olumsuz yöndedir. Dini ve manevi inancın, yeni meme kanseri teşhisi konmuş kadınların hastalık ve tedavi sürecinin yarattığı güçlüklerle başa çıkabilmelerinde önemli olduğu vurgulanmaktadır (12).



8.SONUÇ VE ÖNERİLER

Meme kanseri tanısı alan hastaların kansere tepkileri ve dini başa çıkmaları arasındaki ilişkinin değerlendirildiği çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

› Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 48.58 ± 8.70 'dir. Hastaların %75,3'ünün 41-59 yaş grubunda yer aldığı, % 59.3'ünün hastalık süresinin 0-6 ay olduğu, % 80'inin mastektomi operasyonu geçirdiği, % 50'sinin 7-12 kür aldığı, % 98'sinin tanıyı doktordan öğrendiği, % 61.3'ünün tanıyı ilk öğrendiğinde çok üzüldüğü ağladığı, %26'sının ailesinde meme kanseri olduğu, % 97,3'ünün başa çıkma konusunda destek aldığı, destek alanların % 72'sinin bu desteği ailesinden aldığı saptanmıştır.

› Çalışmada hastalara ilişkin değişkenler ile kansere tepki tarzı ölçeği alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında:

- 22-40 yaş grubunda çaresizlik ümitsizlik, endişeli bekleyiş puanlarının diğer yaş gruplarından anlamlı oranda yüksek olduğu,
- Bekâr olan hastaların endişeli bekleyiş puanının anlamlı oranda yüksek olduğu,
- Lisans ve lisans üstü eğitime sahip hastaların, çaresizlik ümitsizlik ve endişeli bekleyiş puanının anlamlı oranda yüksek olduğu,
- Çocuk sahibi olmayan hastaların endişeli bekleyiş puan ortalamalarının anlamlı oranda yüksek olduğu,
- Mastektomi olmayan hastaların, olanlara göre inkar puan ortalamalarının anlamlı oranda yüksek olduğu,
- Aldığı kür sayısı 1-6 kür arasında olan hastaların endişeli bekleyiş puanı daha yüksek ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu,
- Destek alma durumu açısından, destek almayan hastaların çaresizlik-ümitsizlik puan ortalamasının anlamlı oranda yüksek olduğu,
- Aldığı desteği yeterli bulan hastaların, mücadeleci ruh puanının anlamlı oranda yüksek olduğu görülmüştür.

› Çalışmada hastalara ilişkin değişkenler ile dini başa çıkma tarzı ölçeği alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise:

- 60 yaş ve üstü hastaların olumlu dini başa çıkma puan ortalamasının anlamlı oranda yüksek olduğu, yaşla birlikte olumlu dini başa çıkma puanı artarken, olumsuz dini başa çıkma puanının azaldığı,
- Eşi ölmüş/boşanmış hastaların olumlu dini başa çıkma puan ortalamasının anlamlı oranda yüksek olduğu,
- Lisans ve lisans üstü eğitim düzeyine sahip olan hastaların, olumlu dini başa çıkma puanının, ilköğretim ve lise mezunu olan gruptan anlamlı oranda düşük iken, olumsuz dini başa çıkma puanının ise anlamlı oranda yüksek olduğu,
- Geniş aileye sahip hastaların olumlu dini başa çıkma puan ortalamasının daha yüksek olduğu,
- Hastalık süresi bir yılın üzerinde olan hastaların olumlu dini başa çıkma puan ortalamasının anlamlı oranda daha yüksek olduğu,
- Mastektomi olmayan hastaların, olumsuz dini başa çıkma puan ortalamasının, mastektomi olan kadınlardan anlamlı şekilde yüksek olduğu,
- Aldığı kür sayısı 1-6 kür arasında olan hastaların olumsuz dini başa çıkma puan ortalamasının daha yüksek ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu,
- Destek alan hastalardan aldığı desteği yeterli bulanlarda olumlu dini başa çıkma puan ortalaması daha yüksekken, aldığı desteği kısmen yeterli bulanlarda olumsuz dini başa çıkma puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

› Hastaların dini başa çıkma ölçeği, olumlu dini başa çıkma alt boyut puan ortalaması 23.16 ± 3.27 ve olumsuz dini başa çıkma alt boyut puan ortalaması 7.72 ± 1.77 'dir. Yani hastaların çoğu olumlu dini başa çıkma kullanmaktadır.

› Hastaların kansere tepki ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; mücadeleci ruh alt ölçeği puan ortalaması 51.81 ± 4.95 , Çaresizlik ümitsizlik alt boyutu puan ortalaması 9.85 ± 2.39 , endişeli bekleyiş

alt boyut puan ortalaması 23.54 ± 2.35 , kaderci alt boyutu puan ortalaması 19.98 ± 1.59 ve inkar alt boyutu puan ortalaması 1.73 ± 0.67 'dir. Yani hastaların çoğu hastalığı ile mücadele etme özellikleri göstermektedir.

› Dini başa çıkma ölçeği ve kansere tepki tarzı ölçeği alt boyutu puan ortalamaları arasındaki korelasyon analizi sonucunda; olumlu dini başa çıkma alt boyutu ile mücadelecî ruh alt boyutu arasında pozitif yönde, ümitsizlik-çaresizlik, endişeli bekleyiş alt boyutları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Yani olumlu dini başa çıkma özellikleri gösteren hastalar aynı zamanda hastalığıyla mücadele etme özellikleri de göstermektedir.

Olumsuz dini başa çıkma ile mücadelecî ruh alt boyutu arasında negatif yönde, ümitsizlik-çaresizlik, endişeli bekleyiş, kadercilik ve inkar alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yani olumsuz dini başa çıkma özelliği gösteren hastaların aynı zamanda olumsuz duyguları daha fazla yaşadıkları, hastalıkla mücadelerinin de olumsuz yönde olduğu anlaşılmaktadır.

Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir;

- Çalışmada yaş olarak daha genç olanlarda, eğitim durumu düşük olanlarda, çalışmayanlarda, tedavi sürecinin başında olanlarda, yetersiz desteğe sahip olanlarda kansere uyum ve başetme açısından sorunlar saptandığından, özellikle bu özelliklere sahip meme kanseri hastalarının onkolojide çalışan sağlık çalışanları tarafından daha iyi değerlendirilmesi, gerektiğinde eğer var ise hastanenin Konsültasyon Liyezon Psikiyatri birimi tarafından değerlendirilmesinin sağlanması, hastaların hastalıklarına uyumlarını arttırmaya, hastalıklarıyla yeterli düzeyde baş edebilmelerini sağlamaya yönelik müdahalelerin rutin bir şekilde uygulanması,
- Kansere tepki ölçeğinde hastaların çoğu müdahaleci ruh alt boyutundan yüksek puan alanlar olsa da endişeli bekleyiş alt boyutu ikinci sıradadır. Bu nedenle yeni tanı almış meme kanseri hastalarının endişelerinin daha iyi

anlaşılması, giderilmesi, psikososyal ve manevi açıdan desteklenmeleri için sağlık personellerinin bu konuda yeterliliğinin arttırılması,

- Sağlık personelinin, aynı zamanda manevi bakım gereksinimi olan hastalara uygun bakımı planlaması ve uygulaması için sağlık personellerinin bu konuda da yeterliliğinin arttırılması,
- Günümüzde pek çok hastanede istihdam edilmeye başlanılan manevi bakım uzmanlarının onkoloji hastalarına uygun destek sağlayabilmeleri için bu alanda çalışan sağlık çalışanlarıyla işbirliği içinde olmaları,
- Meme kanseri tanısı almış ve tedavi aşamasında olan bireylerin psiko-sosyal açıdan işlevselliklerini sağlamak için bu boyutta çalışan psikologlar, sosyal hizmet uzmanları gibi meslek gruplarıyla da aktif işbirliğinin sağlanması,
- Meme kanseri hastalarının yeni tanı aldıkları süreçte hastalığa yönelik tepkileri, psikososyal uyumlarını ve başa çıkma özelliklerini daha büyük örnekleme daha detaylı ele alan bilimsel çalışmaların yapılması önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

1. Garcia M, Jemal A, Ward EM, Center MM, Hao Y, Siegel RL, Thun MJ. Global Cancer Facts&Figures 2007. Atlanta, GA: American Cancer Society, Report no:861807, 2007
2. American Cancer Society. Breast Cancer Facts&Figures 2014. Atlanta: American Cancer Society, Report no:861815, 2014.
3. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, ve Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality world wide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians, 2018.
4. Özkan S, Turgay M. Mastektomi olgularında psikiyatrik morbidite, psikososyal uyum ve kanser, organ kaybı psikopatoloji ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi, 29(4): 207-215,1992.
5. Çam O, Saka Ş, Gümüş AB, Meme kanserli hastaların psikososyal uyumlarını etkileyen faktörlerin İncelenmesi. Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health, 5(2),73-81,2009.
6. Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültan-Liyezon Psikiyatrisi. İstanbul. Roche İlaç Sanayi: 2-3, 1993.
7. Sherman JCD. Kanserin Psikososyal Yönü. Klinik Onkoloji. Çev. Fırat D., Sarıalioğlu F., Kars A. 5. Basım. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı ile Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Ortak Yayını, Ankara, s:151-57, 1992.
8. Greer S, Watson M. Mental adjustment to cancer: Its measurement and prognostic importance. Cancer Surveys; 6(3): 439-53, 1987.
9. Wortman CB. Social support and the cancer patient: conceptual and methodologic issues. Cancer; 53: 2339-60, 1984.
10. Andersen BL, Yang HC, Farrar WB, Golden-Kreutz DM, Emery CF, Thornton LM, Carson III WE. Psychologic intervention improves survival for breast cancer patients: a randomized clinical trial. Cancer, 113(12): 3450-58, 2008.

11. Koç M. Ruh Sağlığı ile Dini Başa Çıkma Metodu Olarak Dua ve İbadet Fenomeni Arasındaki İlişki Üzerine Psikolojik Bir Yaklaşım. Ekev Akademi Dergisi, 9(24): 11-32, 2005.
12. Feher S, Maly RC. Coping with breast cancer in later life: the role of religious faith 1. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 8(5): 408-416, 1999.
13. Pargement KI, Brant C. Religion and Coping In. *Handbook of Religion and Mental Health*. Academic Press, America, p:112-125, 1998.
14. Day L., Maltby J. Religious Orientation, Religious Coping and Appraisals of Stress: Assessing Primary Appraisal Factors in The Relationship Between Religiosity and Psychological Well-Being. *Personality and Individual Differences*, 34(7):1209-1224, 2003.
15. American Cancer Society, 2017 National Cancer Information Center Medical Reviews. About Cancer, Report no: I 1.800.227.2345
16. Kaymakçı Ş. Meme Hastalıkları içinde Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Editörler Ayfer Karadakovan, Fatma Eti Aslan, Nobel Tıp Kitabevi, 4. Baskı, s:873-980, 2017.
17. Yazıcı O, Özdemir N. Meme Kanserinde Epidemiyolojik Veriler, Risk Faktörleri, Risk Azaltıcı Yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Oncology Special Topics*, 11(1), 1-7, 2018.
18. ASCO; American Society of Clinical Oncology. ASCO answers Breast Cancer, Trusted Information to Help Manage Your Care from the American Society of Clinical Oncology, 2018 Permission Number: PN:PGBC18
19. Özmen V. Türkiye’de Meme Kanseri: Klinik ve Histopatolojik Özellikler (13.240 Olgunun Analizi). *J Breast Health*; 10(2): 98-105, 2014.
20. Koçak S, Çelik L, Özbaş S, Sak SD, Tükün A, Yalçın B. Meme kanserinde risk faktörleri, riskin değerlendirilmesi ve prevansiyon: İstanbul 2010 Konsensus Raporu. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, 7(2), 2011.

21. Aksoy GD, Karaman D, İmamoğlu ÖP, Yılmaz D. The negative effects of hairdyes on humanhealth Saç boyalarının insan sağlığı üzerine olumsuz etkileri. *Journal of Human Sciences*, 15(2), 1155-1160, 2018.
22. Bozfakıoğlu Y, Asoğlu O. Meme Kanseri içinde Genel Cerrahi. Editörler; Ünal Değerli, Yeşim Erbil. Nobel Tıp Kitabevi, Genişletilmiş 8. Baskı, s:277-90, 2006.
23. Ertürk İ, Yıldız B, Karadurmuş N. Herediter Meme Kanseri, Kalıtsal Risk Faktörleri ve Genetik. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Oncology Special Topics*, 11(1); 8-12, 2018.
24. Sharma GN, Dave R, Sanadya J, Sharma P, Sharma KK. Various types and management of breast cancer: an over view. *Journal of advanced pharmaceutical technology research*, 1(2); 109-126, 2010.
25. Öztürk M. Meme Kanserinin Genetiği ve Risk Faktörleri. *Meme Kanseri Sempozyum Dizisi* 54,15-26, 2006.
26. Cho E, Chen WY, Hunter DJ, Stampfer MJ, Colditz GA, Hankinson SE, Willett WC. Red meat intake and risk of breast cancer among premenopausal women. *Arch Intern Med*. 166(20); 2253-2259, 2006.
27. Bernstein L, Patel AV, Ursin G, Sullivan-Halley J, Press MF, Deapen D, Berlin JA, Daling JR, Mc Donald JA, Norman SA, Malone KE, Strom BL, Liff J, Folger SG, Simon MS, Burkman RT, Marchbanks PA, Weiss LK, Spirtas R. Life time recreational exercise activity and breast cancer risk among black women and white women. *J Natl Cancer Inst*. 97(22): 1671-79. 2005.
28. Tehard B, Friedenreich CM, Oppert JM, Clavel-Chapelon F. Effect of physical activity on women at increased risk of breast cancer: results from the E3N cohort study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 15(1): 57-64, 2006.
29. Ekinci DMG. Obeziteye farklı bir bakış açısı. *Ayrıntı Dergisi*, 5(60): 51-54, 2018.

30. Tascı HI, Aksoy F, Çakır M, Küçükkartallar T, Gündes E, Karabrahim A. Meme kanserlerinde meme koruyucu cerrahi deneyimimiz. Dicle Tıp Dergisi, 41(4): 651-55, 2014.
31. Demirkazık FB. Yüksek Riskli Kadına Yaklaşım: Risk Nedir? Nasıl Hesaplanır? Yüksek Riskte Ne Yapılmalı? Türk Radyoloji Seminerleri, 2: 206-216, 2014.
32. Bayol Ü, Özmen V, Tuncer M, Tarcan E, Aydın P, Uhri M, Demirkazık F, Fidaner C, Haydaroglu A. Meme Kanseri Tarama Yöntemleri. Meme Sağlığı Dergisi, 3(2): 109-11, 2007.
33. Akyolcu N, Uğraş GA. Kendi kendine meme muayenesi: erken tanıda ne kadar önemli? Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health, 7(1): 10-14, 2011.
34. Güner İÇ, Tetik A, Gönener HD. Kadınların kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi. Gaziantep Tıp Dergisi, 13(2): 55-60, 2007.
35. Okanlı A. Kadınlarda mastektominin psikososyal etkileri. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 1(1): 1-6, 2004.
36. Özbaş A. Meme kanserli ailelerde sorunlar ve çözümler. Meme Sağlığı Dergisi, 2(3): 115-117, 2006.
37. Özkan S, Alçalar N. Meme Kanserinin Cerrahi Tedavisine Psikolojik Tepkiler. Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health, 5(2); 60-64, 2009.
38. Cancer Council Australia. Understanding Breast Cancer A guide for people with cancer, their families and friends. Editor: Cath Grove, p.39-42, Australia, 2016.
39. Hallaç, S. Genital Organ Kanseri Tanısı Alan Bireylerin Kansere Tepki, Vücut Algısı, Başa çıkma ve Psikososyal Uyumlarına Yönelik Yapılan Grup

- Müdahalesinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 2010.
40. Kübler Ross, E. Ölüm ve Ölmek Üzerine. Büyükkal, B. (çev.) Boyner Holding Yayınları. İstanbul, 1997.
41. Eryücel S. Yaşam Olayları ve Dini Başa Çıkma. A.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 2013
42. Acar H. Kur'an Kurslarına Devam Eden Kadınlar Arasında Dindarlık Biçimleri, Dini Başa Çıkma Faaliyetleri ve Psikolojik İyi Halleri. Dokuz Eylül Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, 2014.
43. Barry PD. Unit 3/12 Stress: Effective Coping and Adaptation In: Mental health Mental illness. Lippincott Williams Wilkins. 7th Edition, p:157-166, 2002.
44. Demir ÇŞ Ergenlerde Benlik Saygısı ve Dini Başa Çıkma. U.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Bursa, 2013.
45. Peker H. Din Psikolojisi, Çamlıca Yayınları-8 s:27-177 İstanbul, 2010.
46. Ayten A. Din Ve Sağlık: Bireysel Dindarlık, Sağlık Davranışları ve Hayat Memnuniyeti İlişkisi Üzerine Bir Araştırma. Din bilimleri Journal, 13(3):7-31, 2013.
47. Karakaş CA. Gerçeklik Terapisi Yönelimli Dini Başa Çıkma Psikoeğitim Programının Affetme Esnekliği, Empati ve Stresle Başa Çıkma Üzerindeki Etkisi. S.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 2014.
48. Sağır Z. Suriyeli Mültecilerde Dini Başa Çıkma ve Ruh Sağlığı. M.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2014
49. Temiz EY. Yetişkinlerde Dini Başa Çıkma Yöntem Olarak Dua. S.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2014
50. Cirhinlioğlu FG. Din Psikolojisi, Nobel Yayın Dağıtım Aş. Ltd. Şti. ss.53-125,2010.

51. Pargament KI, Ano GG, Wachholtz AB. The Religious Dimension of Coping: Advances in Theory, Research and Practice, p. 479-495 In: Paloutzian FR, Park CL ed. Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality, The Guilford Press New York, 2005.
52. Pargament KI and Crystal L. Park, "In Times Of Stress: The Religion-Coping Connection" Bernard Spilka, Daniel N. McIntosh (Edts.), *The Psychology of Religion Theoretical Approaches*, University of Denver Westview Press, s:45, 1997.
53. Çifti A. Hastalıklarla başa çıkmada dini rolü: kanser hastaları örneği. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007.
54. Hökelekli H. İbadet, TDV İslam Ansiklopedisi, cilt:19, s:248-49.
55. Köylü M. Ruh Sağlığı ve Din: Batı Toplumunu Açısından Bir Değerlendirme, Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 23(23):65-91, 2007.
56. Horozcu, Ü. Tecrübeli Araştırmalar Işığında Dindarlık ve Maneviyat ile Ruhsal ve Bedensel Sağlık Arasındaki İlişki, Milet ve Nihal İnanç, Kültür ve Mitoloji Araştırmaları Dergisi, 7(1): 209-240, 2010.
57. Joaquin Tomas-Sabado, Joaquin T. Limenero, Religiousness and Death Anxiety. Editor D. Ambrose Sylvan, Religion and Psychology, Published by Nova Science Publisher, New York, 2006.
58. Ayten Ali, Tanrıya Sığınmak: Dini Başa Çıkma Üzerine Psikososyal Bir Araştırma. 2.Baskı.İstanbul. İz Yayıncılık, 2012.
59. Perez John E., Sami Lubega, Carl Thoresan, David Spiegel. Pain, Distres and Social Support in Relation to Spiritual Beliefs and Experiences Among Personal Living with HIV/AIDS. Religion and Psychology research Progress. Editor Joan C. Upton, 7. New York: Nova Science Publishers, 2007.
60. Karaca F. Dini Gelişim Teorileri, Dem Yayınları, İstanbul, ss:179, 2007.
61. Johnson S. C., Spilka B. Coping with breast cancer: The roles of clergy and faith. Journal of Religion and Health, 30(1): 21-33, 1991.

62. Choumanova I, WanatS, Barrett R, Koopman C. (2006). Religion and spirituality in coping with breast cancer: perspectives of Chilean women. *The breast journal*, 12(4): 349-352, 2006.
63. Carver CS, Pozo C, Harris SD, Noriega V, Scheier MF, Robinson DS., Clark KC. How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and social psychology*, 65(2): 375, 1993.
64. Daştan NB, Buzlu S. Meme kanseri hastalarında maneviyatın etkileri ve manevi bakım. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(1): 73-78, 2010.
65. Yıldız M. Ölüm Kaygısı ve Dindarlık. İzmir İlahiyat Vakfı Yayınları, İzmir, 2006.
66. Taleghani, F., Yekta, Z. P., Nasrabadi, A. N. Coping with breast cancer in newly diagnosed Iranian women. *Journal of Advanced nursing*, 54(3), 265-272, 2006.
67. Gall T, Cornblat MW. Breast cancer survivors give voice: a qualitative analysis of spiritual factors in long-term adjustment. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 11(6): 524-535, 2002.
68. Al Azri M., Al Awisi H., Al Maundhri M. Coping With a Diagnosis of Breast Cancer- Literature Review and Implications for Developing Countries. *The Breast Journal*, 15(6): 615-22, 2009.
69. Dorman E. Din Neden Gereklidir? İstanbul Yayınevi,10. Baskı, ss:204-5, 2016.
70. Cotton SP, Levine EG, Fitzpatrick CM, Dold KH, Targ E Exploring the relationship samong spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-oncology*, Sep-Oct 8 (5): 429-438, 1999.

71. Puchalski CM. The role of spirituality in healthcare. BUMC (Baylor University Medical Center) Proceedings, 14 (4): 352-357, 2001.
72. Watson, M., Greer, S. ve Bliss, J.M. Mental adjustment to cancer (MAC) scale vs Clinical Ratings, J. Psychosom Res., 33(3): 373-7, 1989.
73. Natan, İ. Kanser Tanısı Almış Hastalarda Kansere Tepki Tarzı Ölçeğinin (Mental Adjustment to Cancer Scale) Güvenirlik ve Geçerlik Yönünden İncelenmesi, Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2000.
74. Saral K E. Meme Kanseri Hastalarının Kansere Uyumlarının Belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2008.
75. Natan İ. Kanser Teşhisi Almış Hastalarda Kansere Tepi Tarzı Ölçeğinin (Mental Adjustment To Cancer Scale(Güvenirlik ve Geçerlik Yönünden İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi,2000.
76. Watson M, Greer S, Young J, Inayat Q, Burgess C, Robertson B. Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. Psychological Medicine: 18, s:203-209, 1988.
77. Pargament KI. Bruce W. Smith H. Koenig G and Perez L. Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors. Journal for the Scientific Study of Religion. 37(4):710-724.1998.
78. Güner A. Lise Öğrencilerinde Stres, Başa Çıkma ve Dini Başa Çıkma. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Sakarya, 2006.
79. Ekşi H. "Başa Çıkma, Dinî Başa Çıkma ve Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma ." Uludağ Üniversitesi (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Bursa, 2001.
80. Öcel, H. Meme Kanseri Tanısı Almış Çalışan Kadınlarda Damgalanma ve Bilinçli Farkındalık ile Psikolojik İyi Oluş Arasındaki İlişkiler: Psikolojik Esnekliğin Düzenleyici Rolü. Türk Psikoloji Dergisi, 32(80), 116-137 (2017).

81. Haydaroglu A, Dubova S, Özsaran Z, Bölükbaşı Y, Yılmaz R, Kapkaç M. Ege Üniversitesinde meme kanserleri: 3897 olgunun değerlendirilmesi. Meme Sağlığı Dergisi, 1(1):6-11, 2005.
82. Özmen V. Türkiye'de Meme Kanseri. Türkiye Klinikleri Journal of General Surgery Special Topics, 6(2), 1-6, 2013.
83. Özmen, V. Türkiye'de Meme Kanseri: Klinik ve Histopatolojik Özellikler (13.240 Olgunun Analizi). Meme Sağlığı Dergisi/Journal of BreastHealth, 10(2), 2014.
84. Gültekin M, Boztaş G. Türkiye kanser istatistikleri. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara 2016.
85. Ozmen V. Breast Cancer in the world and Turkey. The Journal of Breast Health, 4:7-12 ,2008.
86. Assi HA, Khoury KE, Dbouk H, Khalil LE. Mouhieddine TE, Saghir NSE Epidemiology and prognosis of breast cancer in young women. J Thorac Dis, 5: 2-8 2013.
87. Üreyen O, İlhan E, Dadalı E, Gökçelli U. Kırk yaş ve altı ile yetmiş yaş ve üstü meme kanserli olguların değerlendirilmesi. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi, 26(2): 127-132, 2016.
88. Çabuk D, Demir MV, Yaylacı S, Temiz T, Tamer, A. Meme Kanseri Hastalarımızın Retrospektif Analizi. Sakarya Tıp Dergisi, 4(1): 22-26 (2014).
89. Şen S, Aygin D. Meme Kanserinin Etiyolojisinde Çevresel Karsinojenlerin Rolü. Sakarya Tıp Dergisi, 4(3): 109-114 2014.
90. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara: Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK 2009.
91. Tünel M. Meme Kanserli hastalarda cerrahi tedavi öncesi ve sonrası anksiyete ve depresyon düzeyi. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana, 2011.

92. Alamiş B. Meme Kanseri Tanılı Hastalarda Hastalık Algısı, Anksiyete, Depresyon Ve Eş Uyumu İlişkisi: Kontrollü Bir Çalışma. Yüksek Lisans Tezi, Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2017.
93. Demiralp M, Oflaz F. Gevşeme Eğitiminin Meme Kanserli Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Belirtileri Üzerine Etkisi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 5: 517-24, 2018.
94. Çabuk D, Demir MV, Yaylacı S, Temiz T, Tamer, A. Meme Kanseri Hastalarımızın Retrospektif Analizi, Sakarya Tıp Dergisi, 4(1): 22-26, 2014.
95. Aydoğan, T., Cakcak, E., Şimşek, O., Erginöz, E., Aydoğan, F., Hatipoğlu, S., & Kapan, S. Güncel Çevresel Risk Faktörlerinin Meme Kanserine Etkisi, Bakırköy Tıp Dergisi, 9: 176-182, 2013.
96. Geyikçi R., Çakmak S., Demirkol ME., Uğuz Ş. Meme kanseri tanısı olan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeylerinin hastalıkla başa çıkma tutumları ve sosyo demografik özellikleri ile ilişkisi. Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences. 31: 246-57, 2018.
97. Özdemir S, Dinçbaş F, Altkovar G, Özbek Ö, Özmen M. Radyoterapi uygulanan kanser hastalarının psikososyal özellikleri ve radyasyon onkoloğundan beklentileri. Türk Onk. Dergisi 26(1); 12-17, 2011.
98. Ashing-Giwa KT, Padilla G, Tejero J, Kramer J, Wright K, Coscarelli A, Clayton S, Williams I, Hills D. Understanding the breast cancer experience of women: a qualitative study of African American, Asian American, Latina and Caucasian cancer survivors Psychooncology 13(6): 408-428, 2004.
99. Gemalmaz, A., Avşar, G. Kanser Tanısı ve Sonrası Yaşananlar: Kalitatif Bir Çalışma. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 12 (2); 93-98, 2015.
100. Babaoğlu Akdeniz E. Meme kanseri olan evli kadın hastaların eşler arası uyum ve başa çıkma biçimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 3(2): 53-60, 2012.
101. Nazlı Batan, S., Ayten, A. Dinî Başa Çıkma, Psikolojik Dayanıklılık ve Yaşam Doyumu İlişkisi Üzerine Bir Araştırma. Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi. 15(3): 67-92, 2015.

102. Ayten, A., Yıldız, R. Dindarlık, hayat memnuniyeti ilişkisinde dinî başa çıkmanın rolü nedir? Emekliler üzerine bir araştırma. *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*. 16(1): 281-308, 2016.
103. Ott Carol Dianne. Cancer support groups, psychosocial adjustment and health-promoting behaviors. The University of Nebraska, Proquest Dissertations Publishing İnter departmental Area Of Community And Human Resources, Lincoln, 1996.
104. Hjerl K, Andersen EW, Keiding N, Mortensen PB, Jørgensen T. Increased incidence of affective disorders, anxiety disorders, and non-natural mortality in women after breast cancer diagnosis: a nation-wide cohort study in Denmark. *Acta Psychiatr Scand*. 105(4): 258-64, 2002.
105. Lotfi S., Meme Kanseri Hastası Yoksul Kadın Olmak: Başetme ve Sosyal Destek Süreçlerinin İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 2017.
106. Dinçel O, Başak F, Pektaş B, Kınacı E. Eğitim seviyesi düşük kadınların meme kanseri bilgi düzeyi ve risk hesaplaması. *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*. 25(3): 181-186, 2014.
107. Northouse LL, Swain MA. Adjustment of patients and husbands to the initial impact of breast cancer. *Nurs Res*, 36(4); 221-225, 1987.
108. Coşkun G,İ. Meme Kanseri ve Eşlerin Desteği. Derleme, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu, *Gaziantep Tıp Dergisi*, 46-49, 2008. Derleme
109. Masat, S. Onkoloji Hastalarında Psikososyal Sorunlar İle Manevi Yönelim ve Dini Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Samsun, 2018.
110. Nosarti, C., Roberts, J. V., Crayford, T., McKenzie, K., & David, A. S. Early psychological adjustment in breast cancer patients: a prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(6): 1123-1130, 2002.
111. Morris T, Greer HS, White P. Psychological and social adjustment to mastectomy: A 2-year follow-upstudy. *Cancer*. 40(5): 2381-2387, 1977.
112. Schnoll RA, Harlow LL, Stolbach LL, Brandt U. A structural model of the relationships among stage of disease, age, coping, and psychological

- adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*. 7(2): 69-77, 1998.
113. American Cancer Society, 2017 National Cancer Information Center Medical Reviews. About Cancer, Report no: I 1.800.227.2345
114. Avuçan EE, İmrek M, Karaboğa I. Kanserin psikososyal yönleri. *Türk Psikoloji Bülteni*. 12(38); 81-91, 2006.
115. Terakye G. Kanserli hasta yakınlarıyla etkileşim. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 4(2):78-82, 2011.
116. Cufta M. Kanser hastalığı ile başa çıkmada dini inanç ve tutumların rolü (Kosova örneği). *Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Bursa, 2014.*
117. Watson M., Haviland, J. S., Greer, S., Davidson, J., & Bliss, J. M. Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *The Lancet*, 354(9187), 1331-1336, 1999.
118. Kissane D. W., Bloch, S., Smith, G. C., Miach, P., Clarke, D. M., Ikin, J., McKenzie, D. Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 12(6), 532-546, 2003.
119. Holt, C. L., Caplan, L., Schulz, E., Blake, V., Southward, P., Buckner, A., & Lawrence, H. Role of religion in cancer coping among African Americans: A qualitative examination. *Journal of Psychosocial Oncology*, 27(2): 248-273, 2009.
120. Tacón, A. M., Caldera, Y. M., & Ronaghan, C. Mindfulness-Based Stress Reduction in women with breast cancer. *Families, Systems, Health*, 22(2): 193, 2004.

10.EKLER

EK 1. ANKET FORMU

1. **Cinsiyetiniz:** 1)Kadın 2)Erkek
2. **Yaşınız:.....**
3. **Medeni Durumunuz:** 1)Evli 2)Bekar 3)Eşi Ölmüş/Boşanmış
4. **Eğitim Durumu:** 1) Okuma Yazma Bilmiyor 2)İlköğretim
3)Lise 4)Önlisans 5)Lisans 6) Lisans üstü

5.**Mesleğiniz:**

- 1) Çalışıyor..... 2) Çalışmıyor

6. **Aile Tipi:** 1. Geniş Aile () 2. Çekirdek Aile() 3. Diğer()

7.**Çocuk Sahibi Olma Durumu:** 1) Evet (Çocuk Sayısı.....)2)Hayır

8.**Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?** 1) Kötü 2)Orta 3)İyi 4)Çok iyi

9.**Hastalık Süresi (Teşhis Tarihinden İtibaren):**

10.**Mastektomi Operasyonu Geçirme Durumu:**

- 1) Geçirmiş 2) Geçirmemiş 3)Tedavi sonrasında planlanmış

11. **Alınan Kemoterapi Kürünün Sayısı:.....**

12.**Tanınızı kimden öğrendiniz?**

- 1) Doktor 2) Tetkik kağıtlarından/Raporlarından 3)Aile Üyelerinden
4)Diğer (Yazınız).....

13.**Tanınızı ilk öğrendiğinizde ne/neler hissettiniz?**

14. **Ailenizde meme kanseri olan var mıydı?**

- 1) Var (Açıklayınız.....) 2) Yok

15. **Hastalıkla başa çıkma konusunda yardım/destek alıyor musunuz?**

- 1)Evet 2) Hayır

16. **Hastalıkla başa çıkma konusunda kimlerden yardım/destek alıyorsunuz?**

- 1)Aile 2) Arkadaş 3)Psikolog/Psikiyatır 4)Manevi Bakım Uzmanı 5)Diğer...

17. **Aldığımız desteği yeterli buluyor musunuz**

- 1) Yeterli 2) Kısmen Yeterli 3) Yetersiz

EK 2. Kansere Tepki Tarzı Ölçeği

Aşağıda insanların kanser hastası olmaya verdikleri tepkileri tanımlayan ifadeler vardır. Her bir ifadenin sağında bulunan, ifadenin sizin şu anki durumunuza uygunluk derecesini gösteren rakamlardan birini işaretleyiniz. Örneğin; ifade size kesinlikle uymuyorsa ilk sütundaki bir numarayı daire içine almalısınız.

TEPKİLER	Kesinlikle Bana Uymuyor	Bana Uymuyor	Bana Uyuyor	Kesinlikle Bana Uyuyor
1. Sağlığımı düzelteceğine inandığım şeyleri yapmaktayım. Ör: Beslenmemi değiştirdim.	1	2	3	4
2. Kendimi neşelendirmek için bir şeyler yapabileceğim düşüncesinde değilim.	1	2	3	4
3. Sağlık problemlerim, gelecekle ilgili problemlerimi engelliyor.	1	2	3	4
4. Olumlu düşüncelerimin sağlığıma yararlı olacağına inanıyorum.	1	2	3	4
5. Hastalığımdan üzerinde durmuyorum.	1	2	3	4
6. İyileşeceğime kesinlikle inanıyorum.	1	2	3	4
7. Ne yaparsam yapayım değişen bir şey olmayacak.	1	2	3	4
8. Her şeyi doktorlara bıraktım.	1	2	3	4
9. Hayattan umut kestim.	1	2	3	4
10. Sağlığımı düzelteceğine inandığım şeyler yapmaktayım. Ör: Egzersiz yapıyorum.	1	2	3	4
11. Kanser teşhisinden beri hayatın ne kadar değerli olduğunu anladım, onu daha iyi değerlendirmeye çalışıyorum.	1	2	3	4
12. Kendimi tanrının ellerine bıraktım.	1	2	3	4
13. Geleceğe yönelik planlarım				

var. Ör: tatil, ev, iş değiştirme	1	2	3	4
14. Kanserin tekrarlamasından veya ilerlemesinden endişe ediyorum.	1	2	3	4
15. İyi bir hayatım oldu. Geriye kalanı bir hediye olarak görüyorum.	1	2	3	4
16. Moralimin sağlığını çok etkileyebileceğini düşünüyorum.	1	2	3	4
17. Kendime yardım edebilmek için yapabileceğim bir şey olduğunu sanmıyorum.	1	2	3	4
18. Hayatımı her zamanki gibi sürdürmeye çalışıyorum.	1	2	3	4
19. Benimle aynı durumdaki insanlarla görüşmek isterim.	1	2	3	4
20. Kansere ilgili her şeyi geçmişte bırakmaya kararlıyım.	1	2	3	4
21. Bunun benim başıma nasıl geldiğine inanmakta güçlük çekiyorum.	1	2	3	4
22. Hastalığım hakkında büyük endişe uyuyorum.	1	2	3	4
23. Gelecekte pek umudum yok.	1	2	3	4
24. İçinde bulunduğum günü yaşıyorum, geleceği düşünemiyorum.	1	2	3	4
25. Pes edesim geliyor.	1	2	3	4
26. Hastalığımla ilgili şakalar yapmaya çalışıyorum.	1	2	3	4
27. Başka insanlar benim için benden fazla endişeleniyorlar.	1	2	3	4
28. Durumu daha da kötü olan insanları düşünüyorum.	1	2	3	4
29. Kansere ilgili edinebileceğim bütün bilgileri edinmeye çalışıyorum.	1	2	3	4
30. Olup bitenleri kontrol edemiyorum.	1	2	3	4
31. Yapabildiğimce olumlu bir tutum içinde olmaya çalışıyorum.	1	2	3	4

32. Kendimi başka şeylerle meşgul ediyorum. Böylece hastalığımı düşünmek için vaktim olmuyor.	1	2	3	4
33. Kanser hakkında daha fazla şeyler öğrenmekten kaçınıyorum.	1	2	3	4
34. Hastalığımı mücadele olarak görüyorum.	1	2	3	4
35. Hastalığım hakkında kaderciyim.	1	2	3	4
36. Ne yapacağımı bilemiyorum.	1	2	3	4
37. Başıma gelenlerden dolayı çok öfkeliyim.	1	2	3	4
38. Gerçekten kansere yakalandığıma inanmıyorum.	1	2	3	4
39. Tanrı'nın bana verdiklerine şükrediyorum.	1	2	3	4
40. Hastalıkla savaşmaya çalışıyorum.	1	2	3	4

EK 3. Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

İnsanların zorluklarla karşılaştıkları zaman nasıl yanıt verdikleri ile ilgili pek çok araştırma yapılmaktadır. Hayatın zorluklarıyla başa çıkmanın pek çok yolu vardır. Bu çalışma manevi değerlerin başa çıkmaya nasıl katkıda bulunduğuyula ilgilenmektedir. Aşağıdaki maddeler belirli bir zorlukla karşılaştığınız zaman ne yaptığınız ve ne hissettiğiniz sorusuna yanıt aramaktadır. Yoğun bir stres altında olduğumuz o zamanda ne yaptığınızı düşünün.Daha sonra aşağıdaki ölçek maddelerinden her birini numaralandırın.Her ölçek maddesini diğerinden ayrı olarak düşünün.Yanıtlarınızı dikkatlice seçin ve olabildiğinizce sizin için doğru olan numarayı yazın.	Hemen hemen yapmadım	Arada sırada yaptım	Orta derecede yaptım	Sıklıkla yaptım
1-Tanrı ile daha sıkı bir bağ kurmaya çalıştım	1	2	3	4
2-Böyle bir olayda Tanrı'nın bana nasıl bir güç vereceğini görmeye çalıştım.	1	2	3	4
3- İyi bir kul olmağım için cezalandırıldığımı hissettim.	1	2	3	4
4-Bu işe şeytanın sebep olduğuna karar verdim.	1	2	3	4
5-Tanrı'nın gücünden /kudretinden şüpheye düştüm.	1	2	3	4
6-Tanrı'dan sevgi ve şevkat diledim.	1	2	3	4
7-Tanrı'nın beni sevip sevmediğinden şüpheye kaldım.	1	2	3	4
8-Öfkemi gidermesi için tanrı'dan yardım diledim.	1	2	3	4
9-Günahlarımın affedilmesini diledim.	1	2	3	4
10-Tanrı'nın beni yalnız bıraktığından endişelendim.	1	2	3	4
11-Planlarımı tanrı'nın yardımıyla hayata geçirmeye çalıştım.	1	2	3	4
12-Dindar kardeşlerimin/Dini kurumların beni terk etmesinden endişelendim.	1	2	3	4
13-Sorunlarımı dert etmeyi bırakmak için kendimi dine verdim.	1	2	3	4
14-Tanrı tarafından cezalandırılmayı hak edecek ne yaptığımı düşündüm	1	2	3	4

EK.4 ARAŞTIRMA İZİNİ



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 31034136-302.08.01-1555
Konu : Büşra ALTINTAŞ
Anket Çalışması

31/08/2016

MEDİPOL MEGA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Büşra ALTINTAŞ'ın, Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından da onaylanmış olan "*Yeni Tanı Almış Meme Kanseri Hastalarının Kanserle Tepkileriyle Dini Baş Etmeleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*" isimli tez çalışması kapsamındaki anket çalışmalarını Hastanenizin, Tıbbi Onkoloji Kliniği, Kemoterapi Ünitesi'nde yapmaları konusunda müsaadelerinizi arz ve rica ederim.

Yrd.Doç.Dr.Mehmet OZANSOY
Müdür Yardımcısı
Müdür V.

Hon. Hşm. Müdürlüğü a.s.ında
uygunlukta

Meryem K. Altıntaş
Müdürlüğüne
Hastane Hemşiresi

11.ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.11425
Konu : Etik Kurulu Kararı

22/07/2016

Sayın Yrd. Doç. Dr. Sibel Doğan

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Yeni tanı almış meme kanseri hastalarının kansere tepkileriyle dini baş etmeleri arasındaki ilişkinin incelenmesi" isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

EK:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 22.07.2016 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağınızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden B80E8172X2 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi
Kavaçık Mah. Ekinçiler Cad.No:19 Kavaçık Kavşağı 34810
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Yeni tanı almış meme kanseri hastalarının kansere tepkileriyle dini baş etmeleri arasındaki ilişkinin incelenmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADU/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Sibel Doğan			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psiko-onkoloji			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dil		
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ PLANI	19.07.2014		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	19.07.2016		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 382		Tarih: 21/07/2016			
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlgili		Kaolin *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İknar KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Öğr. Gör. Dr. Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

12.ÖZGEÇMİŞ

Adı	Büşra	Soyadı	Altıntaş
Doğum Yeri	Malatya	Doğum Tarihi	31.03.1992
Uyruğu	TC	Tc Kimlik No	
E- Mail	baltintas@st.medipol.edu.tr	Tel	

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora /Uzm		
Yüksek Lisans	İstanbul Medipol Üniversitesi	2019
Lisans	Marmara Üniversitesi	2015
Lise	Amasya Anadolu Lisesi	2010

Görevi	Kurum	Süre(Yıl-Yıl)
Hemşire	Dr Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi	09.2015- Halen Devam