

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ

MEME KANSERİ TANILI HASTALARDA, DİNDARLIK  
DÜZEYİ İLE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE TRAVMA  
SONRASI BÜYÜME ARASINDAKİ İLİŞKİNİN  
ARAŞTIRILMASI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Mahmut Akyüz  
PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. Süheyla ÜNAL

MALATYA- HAZİRAN 2017

# İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLolar DİZİNİ.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. MEME KANSERİ .....	2
2.2. TRAVMA VE TRAVMA SONRASI BÜYÜME.....	3
2.2.1. Travma .....	3
2.2.1.1.Kanser: Kriz ve Travma.....	4
2.2.2. Travma Sonrası Büyüme .....	5
2.2.2.1. Travma Sonrası Büyüme Modelleri.....	6
2.2.2.2.Travma Sonrası Büyümenin Boyutları.....	8
2.3. PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK.....	9
2.4. DİN VE DİNDARLIK KAVRAMLARI.....	13
2.4.1. Din Nedir?.....	13
2.4.1.1. Psikolojinin Yaklaşımıyla Din.....	15
2.4.2. DİNDARLIK.....	16
2.4.2.1. İnanç Boyutu .....	18
2.4.2.2 İbadet Boyutu .....	19
2.4.2.3. Duygu-Tecrübe Boyutu.....	20
2.4.2.4. Bilgi Boyutu.....	20
2.4.2.5. Etki Boyutu .....	21
2.5. DİNDARLIK VE PSİKİYATRİ.....	22
2.5.1. Psikolojik İyilik Hali.....	23
2.5.2. Depresyon.....	23
2.5.3. Madde Bağımlılığı.....	24
2.5.4. İntihar.....	25
2.5.5. Anksiyete.....	26
3. MATERYAL VE METOT.....	27
3.1. ÖRNEKLEM.....	27

3.2. YÖNTEM.....	27
3.3. ÇALIŞMADA KULLANILAN ÖLÇEKLER.....	28
3.3.1. Genel Sağlık Anketi.....	28
3.3.2. İslamî Dindarlık Ölçeği.....	28
3.3.3. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği.....	29
3.3.4. Travma Sonrası Büyüme (Gelişim) Ölçeği.....	30
3.3.5. Beck Umutsuzluk Ölçeği .....	31
4. BULGULAR.....	32
5. TARTIŞMA.....	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	50
7. ÖZET .....	52
8. ABSTRACT.....	54
9. KAYNAKLAR.....	56
10. EKLER.....	69

## TABLolar DİZİNİ

- Tablo.1- Hasta ve kontrol grubunun yaş ve çocuk sayısı ortalamalarının karşılaştırılması.....
- Tablo.2- Hastaların ve kontrol grubunun diğer sosyodemografik verilerinin karşılaştırılması.....
- Tablo.3- Hastalık süreleri.....
- Tablo.4- Meme kanserli hastaların aldıkları tedavi türlerine göre sınıflandırılması.....
- Tablo.5- Hastaların metastaz durumları.....
- Tablo.6- Hastalıktan önce psikiyatrik tedavi alma durumu.....
- Tablo.7-Hastaların meme kanseri hakkında bilgi düzeyi.....
- Tablo.8- Hasta ve kontrol grubunun Dindarlık Ölçeği, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, Travma Sonrası Büyüme Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....
- Tablo.9-Sosyodemografik verilerin dindarlıkla ilişkisi.....
- Tablo.10- Dindarlık-Dayanıklılık ilişkisi.....
- Tablo.11- Dindarlık-Travma Sonrası Büyüme puanları ilişkisi.....
- Tablo.12- Dindarlık-Beck Umutsuzluk puanları ilişkisi.....

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

**TSB:** Travma Sonrası Büyüme

**GSA:** Genel Sağlık Anketi

**DÖ:** Dindarlık Ölçeği

**TSBÖ:** Travma Sonrası Büyüme Ölçeği

**YPDÖ:** Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

**BUÖ:** Beck Umutsuzluk Ölçeği

**WHO:** World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

**IARC:** International Agency for Research on Cancer (Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı)

**TSSB:** Travma Sonrası Stres Bozukluğu

**DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

**C:** Cerrahi

**KT:** Kemoterapi

**RT:** Radyoterapi

**Ort. :** Ortalama

**Std. :** Standart

**S.S. :** Standart Sapma

**örn.:** örnek

**ark.:** arkadaşları

## TEŞEKKÜR

Asistanlık süreci boyunca bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen başta anabilim dalı baŐkanı ve tez danıŐmanım Prof. Dr. Sũheyla Őnal olmak üzere anabilim dalındaki bũtũn kıymetli hocalarıma,

Bugũnlere gelmemde en çok emeği geçen sevgili aileme,

Maddi ve manevi desteğini sũrekli yanımda hissettiğim sevgili eŐim ve biricik kızım Elif'e,

Beraber çalıŐmaktan onur duyduğum asistan arkadaŐlarıma,

Veri toplama ve yazım aŐamasında yardımlarını esirgemeyen bũlũm sekreteri arkadaŐlara en kalbĩ teŐekkũrlerimi sunarım.

## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Psikiyatri literatüründe din, iyileşme için güçlü bir kaynak veya psikopatolojiyle iç içe geçebilen önemli bir psikolojik ve sosyal faktör olarak görülmektedir (1). Din-psikiyatri ilişkisi, konu hakkında yapılan birçok araştırmayla klinisyenlerin dikkatini çeken bir alan olmaya devam etmektedir (2). Özellikle yurtdışında Hristiyanlık ve mezheplerinde yapılan birçok çalışma İslam toplumlarında da bu konunun irdelenmesi gerektiği fikrini uyandırmaktadır. Bu alanda yapılan çalışmaların geneline bakıldığında dinin mental hastalıklar üzerinde koruyucu bir etkisi olduğu göze çarpmaktadır (2).

Travma sonrası büyüme (TSB) ve psikolojik dayanıklılık kavramları pozitif psikolojiyle ilişkilendirilen kavramlardır. Travma sonrası büyüme kavramı; majör bir hayatî krizle karşılaşıldığında kişide meydana gelen bilişsel, emosyonel ve davranışsal alanlardaki olumlu değişimler olarak tanımlanmaktadır (3,4).

Psikolojik dayanıklılık ise kişinin sevilen birinin kaybedilmesi, iş kaybı, ciddi sağlık sorunları, terörist saldırısı gibi travmatik olaylar yaşadıktan sonra bozulan homeostazisinin normal haline dönmesini sağlama yeteneği veya stres verici yaşam koşulları veya travmatik yaşantılar geçirdiği halde normal hayata tekrar uyum sağlayabilen ve sağlığında herhangi bir bozulma olmayan kişilerin sahip olduğu özellik olarak tanımlanabilmektedir (5,6).

Meme kanseri tüm dünyada kadınlarda en sık görülen kanser türüdür (7). Fiziksel semptomlarının yanında psikiyatrik olarak da hastalarda travmatik bir etkisinin olduğu ve birçok psikiyatrik hastalığa neden olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (8).

Çalışmamızda travmatik bir yaşam olayı özelliği taşıyan meme kanseri tanımlı hastalarda dindarlık düzeyi ile travma sonrası büyüme ve hastaların psikolojik dayanıklılıkları arasında pozitif bir ilişkinin olacağı hipotezi kurulmuş ve bu ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Daha homojen bir hasta grubu oluşturmak ve karıştırıcı faktörleri azaltmak amacıyla hastaların hepsi kadın cinsiyetten ve ortak travma olarak da meme kanseri seçilmiştir. Hipotezdeki değişkenlere ek olarak hastaların umut düzeyi ve mevcut psikiyatrik durumları da değerlendirmeye alınmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. MEME KANSERİ

Meme kanseri, dünyada kadınlarda en sık görülen ve en sık ölüme neden olan kanser türüdür. Bu durum ülkemiz için de geçerlidir (7). Meme kanseri, tüm kadın kanserlerinin yaklaşık %23'ünü oluşturmaktadır. Kadınlarda yaşam boyu görülme riski %12.3'tür ve her 8 kadından birinde meme kanseri gelişme riski vardır (9,10). Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) bağlı IARC'ın verilerine göre, 2008 yılında yaklaşık 1.380.000 yeni meme kanseri tanısı konulmuş ve 370.000 kadın meme kanserinden hayatını kaybetmiştir (10).

Meme kanseri insidansı Doğu Afrika'da 19.3/100.000 iken, bu oran Batı Avrupa'da 89.9/100.00'a yükselmektedir. Bu iki kıta arasındaki farklılık, meme kanserine gelişmiş ülkelerde (Japonya hariç) gelişmekte olan ülkelere göre daha sık rastlandığını göstermektedir. Ülkemizde de meme kanseri insidansı bölgeye göre farklılık göstermektedir. Sırasıyla batı ve doğu bölgelerinde 50/100.000 ve 20/100.000 oranlarında görüldüğü saptanmıştır (9).

Meme kanseri, insidansı yaşla birlikte artış gösteren ve çoğunlukla menapoz sonrası dönemde karşılaşılan bir kanser türüdür. Ülkemizde meme kanseri insidansı 100 binde 46.8'dir. Yine ülkemizde her yıl yaklaşık 17.000 kadın meme kanserine yakalanmaktadır (7).

Verilere göre, 2012 yılında ABD'de yaklaşık 226.870 kadın invaziv meme kanseri tanısı almış ve aynı yıl içinde 39.510 kadın meme kanserinden ölmüştür (11). Gelişmiş ülkelerde daha sık görülmesine rağmen mortalite oranları gelişmekte olan ülkelere daha yüksektir.

Türkiye'de tüm ölüm nedenlerine bakıldığında, kanserler hem erkeklerde hem de kadınlarda sırasıyla % 15,04 ve 10,74 oranlarıyla ikinci sırada yer almaktadır. Ülkemizde 2000 yılı itibarıyla kanser vakalarının, 21.174 kadının ölümüne neden olduğu görülmektedir. Ülkemizde kadınlarda ölüme neden olan ilk 20 hastalık içinde meme kanseri %2,1'lik oranla 8. sırada yer almaktadır (12).

Meme kanserinde tanı anındaki evre; mortalite, sağkalım ve uygulanacak tedaviyi belirlemede en önemli faktördür. İlerleyicibir hastalık olduğu için erken dönem tanıda yaşam beklentisi yüksektir. Elle hissedilir olmadan önce tanısının konulması hayati önem taşır. Tarama yöntemleriyle meme kanseri tanılarının %63,7'si erken



lokalizedönemde konulabilmektedir. Erken tanı ve tedavi yöntemleriyle gelişmiş ülkelerde meme kanseri tanısı alan hastalarda 5 yıllık sağkalım yaklaşık %90-95 oranlarına kadar çıkabilmektedir (11).

Meme kanseri, sıklık olarak tüm kanserler içinde akciğer kanserinden sonra ikinci sıradadır. Akciğer kanseri ve diğer sık görülen kolon ve mide kanserlerine göre iyi prognoza sahiptir. Diğer kanserlere göre, görece daha genç popülasyonda görülmesi ve daha iyi prognoza sahip olması nedeniyle daha fazla yaşam süresine sahiptir (13).

Meme kanseri insidansı yaş, ırk ve cinsiyete bağlı olarak farklılık göstermektedir. Meme kanserinin %99'u kadınlarda görülmektedir. Meme kanserine yakalanma riski yaşla birlikte artmaktadır. İnsidansı 30 yaşından önce düşük olmakla birlikte, takip eden yıllarda hızlı bir artış görülmektedir. Hastaların %78'i 50 yaş ve üzerindedir. Menopozdan sonra insidansdaki artış hızı düşmektedir (14,15).

Son 30 yıl içerisinde yapılan çalışmalar, meme kanserinin beyaz kadınlarda siyahî kadınlara göre daha fazla görüldüğünü, fakat meme kanseri mortalitesinin siyahî kadınlarda daha yüksek olduğunu göstermektedir. 5 yıllık sağkalım oranı beyaz kadınlarda %90.2 iken siyahî kadınlarda %77.5 olarak belirlenmiştir. Hastalık evresine göre 5 yıllık sağkalım oranları; lokalize tümörde %98.0 ve bölgesel lenfatik yayılımında %83.6 iken, uzak metastaz olduğunda %23.4'e kadar düşmektedir (9).

## **2.2. TRAVMA VE TRAVMA SONRASI BÜYÜME**

### **2.2.1. Travma**

Travma sonrası büyüme terminolojisini anlayabilmek için öncelikle "travma" kavramının açıklanmasına ihtiyaç vardır. Travma, ölüm veya ölüm tehdidiyle karşı karşıya kalınmasına neden olan ağır yaralanma ya da hastalık durumlarında; kendisinin veya bir yakınının fiziksel veya ruhsal bütünlüğüne yönelik bir tehdide maruz kalan bireyin yaşadığı olağandışı olaylar olarak tanımlanmaktadır (16). Travmatik yaşam olayları; bireyin ruhsal ve bedensel bütünlüğünü tehdit eden, kişinin işlevselliğini ve uyumunu güçleştiren, çaresizlik, güçsüzlük, öfke, anksiyete ve korku duygularının eşlik ettiği stres verici yaşantıları ifade etmektedir (17). Travmatik olayları olağandışı kılan, sadece beklenmedik olayları içermesi değil, aynı zamanda bireyin yaşam olaylarına uyum geliştirmesini sağlayan baş etme yollarının tükendiği hissini de yaşatmasıdır (18). Travmatik olaylar bireyin uyum ve kontrol etme becerilerini bozarak anksiyete veya

depresyon belirtilerinin ortaya çıkmasına, alkol ve madde kötüye kullanımı veya bağımlılığının gelişmesine, travma sonrası stres bozukluğuna ve intihar girişimine neden olabilmektedir (19).

Psikolojik, toplumsal veya doğal nedenlerden kaynaklanabilen travma, bireysel ya da toplumsal olarak yaşanabilmekte, belirli bir olay kaynaklı olabilmekte veya süregelen olarak varlığını devam ettirebilmektedir (20). Bireysel travmalar arasında aile içi veya dışı şiddet / istismar, tecavüz / cinsel istismar, işkence, tutsaklık, yangın, patlama vb. gibi olaylar, ev ve trafik kazaları, ani hastalıklar ve ameliyatlar, plansız gebelikler, gasp / soygun, yaralanma, sakat kalma, ani ölümler, ayrılık ve boşanmalar, ani iş kaybı belirtilebilir (21). Toplumsal travmalar kapsamında ise terör, doğal afetler, bulaşıcı hastalıklar, ekonomik krizler, soykırım, zorunlu göç vb. olaylar sayılabilir (22).

Herhangi bir olayın “psikolojik travma” kapsamında değerlendirilebilmesi için; olayın ani ve beklenmedik bir şekilde meydana gelmesi, kişinin kendisinin ya da başkasının yaşamsal bütünlüğüne karşı tehdit oluşturan bir olayla karşı karşıya kalması ya da tanık olması, bu olay karşısında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme duygularının eşlik etmesi gerekmektedir (23).

Travmayla karşılaşan bireyin bu duruma nasıl tepkiler vereceğini ve travmanın etkilerinin ileride ruhsal bir bozukluğa dönüşüp dönüşmeyeceğini; travmanın şiddeti yanı sıra kişinin genetik yatkınlığı ve aile öyküsü, stresle başa çıkma metotları, sosyal destek kaynakları, geçmiş travma ve stres yaşantıları gibi faktörler etkileyebilmektedir (24). Bu nedenle psikolojik travma, tüm bireylerde aynı etkilere neden olmamakta, olayı yaşayan kişinin algısı ve değerlendirmesi doğrultusunda şekillenebilmektedir.

### **2.2.1.1.Kanser: Kriz ve Travma**

Kanser, tanısının konulmasıyla birlikte hem hasta olan kişilerin hem de hasta yakınlarının yaşamında köklü değişimler meydana getiren ve yaşantılarında kriz ortamının ortaya çıkmasına neden olan bir olgudur. Çünkü bu süreçte, hem kanser tedavisi hakkında ciddi kararların alınması, hem de sürecin beraberinde getirdiği duygusal çöküntüler ve artan stres düzeyiyle baş edilmeye çalışılması gerekmektedir. Bu durum kaçınılmaz olarak kanser hastalarının travmatize olmalarına neden olmaktadır (8). Bu durumdaki hastaların yaşadığı sıkıntılar, birçok psikiyatrik hastalığı beraberinde

getirebilmektedir. Anksiyete, depresyon, uyum bozuklukları ve deliryum bu hastalıklar arasında en sık görülenler olarak sayılabilir.

Anksiyete bozuklukları, kanser hastalarının en sık yaşadıkları psikiyatrik durum olarak saptanmıştır. Genel olarak hastalar, hastalıklarının gidişatıyla ilgili kaygılar taşımaktadırlar. Gelecek korkusu, yetersizlik duyguları, kontrol edilemeyen ağrılar, hastanede yatıyor olmak, izolasyon/yalnızlık ve işe yaramama duygusu, hastalık süreciyle ilgili bilgi eksikliği, hastalık sürecinde kullanılan bazı ilaçlar (kortikosteroidler, metoklopramid, opioidler, benzodiyazepinler), metabolik bozukluklar anksiyete belirtilerine neden olmaktadır. En sık rastlanan anksiyete belirtileri arasında nefes darlığı, uykusuzluk, kontrol edilemeyen üzüntü, kötü haber alma korkusu, kas gerginliği, huzursuzluk, yerinde duramama, bulantı/kusma, konsantrasyon güçlüğü yer almaktadır (25).

Depresyon da, kanser hastalarını etkileyen önemli bir psikiyatrik hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. Depresyona neden olabilecek durumlar arasında; kontrol edilemeyen ağrı, bazı ilaçlar (kortikosteroidler, opioidler), merkezi sinir sistemi tümörleri, bazı metabolik anormallikler, vitamin eksiklikleri ve anemi sayılabilir (26).

Anksiyete ve depresyon dışında kanser hastalarında akla getirilmesi gereken diğer bir önemli durum ise deliryumdur. Varsanılarının ortaya çıkması, ciddi ajitasyon görülmesi, yer ve zaman oryantasyonunun bozulmaya başlaması gibi durumlar deliryumu akla getirmelidir (27).

Kanser hastalarında ve hasta yakınlarında psikiyatrik sorunlarla birlikte sıklıkla sosyal problemler de ortaya çıkmaktadır. Ekonomik sorunlar (tedavinin ve bakımın getirdiği ekonomik yükler, hastalığa bağlı sahip olunan işin bırakılması ya da kaybı gibi), hastalıkla birlikte sosyal rollerin değişmesi, sosyal ilişkilerin sınırlanması ve azalması bu bağlamda sayılabilecek sorunlar arasındadır (28).

### **2.2.2. Travma Sonrası Büyüme (TSB)**

Travma sonrası büyüme kavramı; majör bir hayatî krizle karşılaşıldığında, travmatik olayla mücadele sürecinin sonucunda kişide meydana gelen bilişsel, emosyonel ve davranışsal anlamda olumlu dönüşümler olarak tanımlanabilir (3,4). TSB; kanser gibi yüksek düzeyde stres içeren yaşamsal krizler karşısında kişinin bu duruma başa çıkabilmesine yönelik çaba sarf etmesini ve bu çaba doğrultusunda olumlu

psikolojik değişimler yaşamaya başlamasını ifade etmektedir. Bu bağlamda TSB, travmayla karşılaşıldıktan sonra haftalar, aylar hatta yıllar içerisinde şekillenen ve kişinin travmayla mücadele etme kapasitesine odaklı olarak devam ettirilen bir yeniden yapılanma süreci olarak düşünölmektedir (29). Bu yeniden yapılanma ruhsal değişim ve güçlenme, yeni imkan ve ihtimallerin değerlendirilmesi, kişilerarası ilişkilerin düzenlenmesi, yaşamın kıymetinin daha iyi anlaşılması ve kişisel olarak bireyin kendisini daha güçlü hissetmeye başlaması şeklinde gerçekleşmektedir (30).

TSB; hem bir süreç hem de bir sonuç olarak değerlendirilebilir. TSB, bireylerde travmatik bir olay sonrasında meydana gelen bir değişim olduğu için, günlük yaşam içerisinde ortaya çıkan rutin stresli durumların bir sonucu olarak değerlendirilmemelidir (31).

#### **2.2.2.1. Travma Sonrası Büyüme Modelleri**

TSB, travmatik olaylarla ilgili olarak incelenmeye başlanan, görece yeni bir konudur. Konu kapsamında gerçekleştirilen araştırmalar doğrultusunda TSB'nin; doğal afetler, kazalar, sevilen ya da yakın birisinin ölümü gibi çeşitli travmatik yaşam olaylarının arkasından geliştiği bildirilmektedir (32). Tedeschi ve Calhoun, TSB için geliştirdikleri "İşlevsel Betimleyici Model"de TSB'nin bireyin temel şema, inanç ve amaçlarını sarsan olayların bir sonucu olarak ortaya çıktığını, travmatik olaydan sonra olayın otomatik olarak işlemlenmesi sürecini izleyerek şema değişiminin geliştiğini, bunu da TSB'ye neden olan daha ayrıntılı bilişsel işleme sürecinin takip ettiğini tanımlamaktadırlar. Bu araştırmacılar TSB'yi yeni olanakların algılanması, kişilerarası ilişkiler, bireysel güçlölük, manevî değişim ve yaşamın kıymetini anlama üzere beş alanda yaşanan değişimler olarak düşünmüşlerdir (33).

Travma sonrası büyümeyi yordayıcı bazı çalışmalarda travma öncesi kişilik özellikleri olarak gelişime açıklık, geçimlilik, sorumluluk, dışadönüklölük ve duygusal tutarsızlık faktörlerinin TSB süreci üzerinde etkili olduğu ileri sürölmüşür (32). Tedeschi ve Calhoun; dışadönüklölük, gelişime açıklık ve iyimserlik özelliklerinin, özellikle yeni olanakların algılanması ve kişisel güçlölük alanları açısından TSB ile pozitif korelasyonunun olduğunu saptamışlardır (34). Bununla birlikte Bostock ve ark.

nın yaptığı bir çalışmada TSB ile kişilik özellikleri arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır (35).

Yapılan bazı çalışmalarda duygusal tutarsızlık ile TSB arasında negatif bir ilişki olduğu belirlenmiştir (36,37). Ancak Helgeson ve ark. tarafından yapılan bir meta-analiz çalışmasında ise duygusal tutarsızlık ile TSB arasında bir ilişki bulunamamıştır (38).

Zoellner ve ark; motorlu araç kazası geçiren hastalarda yaptıkları bir çalışmada, yüksek iyimserlik ve düşük gelişime açıklık puanlarının, yüksek düzeyde TSB ile ilişkili olduğunu saptamışlardır (39).

Travma Sonrası Büyüme Modeli'nde Tedeschi ve Calhoun, yaşam olayının sarsıcı niteliğinin artmasının, olumlu sonuçların deneyimlenmesi olasılığının artmasına yol açtığını belirtmişlerdir. Bu durum, yazarlar tarafından yaşam olayının işlemlenmesi ve bu olaya anlam aranması gerekliliğiyle ilişkilendirilmiştir (33). Yazarlar bu model kapsamında gerçekleştirdikleri bazı araştırmalarda bireylerin hem travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) belirtilerini, hem de TSB'yi aynı anda yaşayabildiklerini gözlemlemişlerdir (34,40). Morris ve ark. yaptıkları çalışmada TSSB semptomları ile TSB alanlarının her birisi arasında güçlü bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir. Araştırmacılar çalışmalarında bir çok gelişim alanı ile travma sonrası stres belirtileri arasındaki pozitif yönde ilişki olduklarını saptamışlar, sadece yaşamın kıymetini anlama alanında bu ilişkinin negatif yönde olduğunu tespit etmişlerdir (41).

Nishi ve ark. motorlu araç kazalarından kurtulanlarda yaptıkları çalışmada, TSSB geliştirmemiş olan kazazedelerde bireysel güçlülük algılarında daha fazla gelişme gözlemlemiş; TSSB geliştirmiş kazazedelerde ise manevi değişim ve yaşamın kıymetini anlama alanlarında daha fazla gelişme olduğunu saptamışlardır (42). Zoellner ve ark, farklı stres düzeyleri bildiren katılımcılar arasında TSB toplam puanları açısından anlamlı farklılık saptamamışlardır. Ancak bu çalışmada TSB'nin alt alanlarına bakıldığında, TSSB'nin olmadığı grupta, bireysel güçlülük algısı puanlarının TSSB grubuna oranla daha yüksek olduğu, bununla birlikte TSSB grubunda ise yaşamın kıymetini anlama ve manevî değişim algı puanlarının TSSB'nin olmadığı gruba oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir (39).

Sonuç olarak yapılan çalışmalarda düşük düzeyde travma sonrası stresin bireysel güçlülük alanında daha fazla gelişme ile, yüksek düzeyde stresin ise yaşamın kıymetini

anlama ve manevi değişim alanlarında daha fazla gelişmeyle korele olduğu gösterilmiştir. Yine çalışmalar sonucunda TSB reaksiyonlarındaki bireysel farklılıkların; çevresel kaynaklar (sosyal ve ailevi destek), bireysel kaynaklar (yani yaş gibi sosyodemografik değişkenler), dayanıklılık ve bileşenleri, kontrol odağı, depresyon, olayla ilişkili faktörler (ölüm tehlikesi gibi...), tanının prognozu ve algılanan ciddiyet, bilişsel işlemler (örn. olayla ilişkili ruminasyon), dinî inançlar, bireyin dindarlık düzeyi ve başa çıkma gibi faktörlerden etkilendiği gösterilmiştir (43).

#### **2.2.2.2.Travma Sonrası Büyümenin Boyutları**

TSB sürecinde kişide bazı alanlarda değişimler olmaktadır. Bu alanlar ağırlıklı olarak bireyin kendilik algısı, kişilerarası ilişkileri ve yaşam felsefesi gibi görünmektedir. Bireyin kendilik algısındaki değişim; kişisel güçlenme duygusunda artma, bağımsızlık ve özgüven gelişimi, esnek hareket etme kabiliyeti, fırsatları görebilme potansiyeli ve yeni fırsatlar ortaya çıkarabilme yeteneğinde artış şeklinde görülmektedir (44). Fallah ve ark. tarafından kanser hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada sağ kalan hastalarda genel olarak kendini ifade etme yeteneğinde artış, kendini geliştirme duygularına sahip olma, olumlu kişilik özelliklerinin ve kişisel potansiyellerin farkına varma, özgüven duygusunda artma, esnek bakış açısıyla hareket edebilme, kendi bedenine güven duymaya başlama, problem çözme ve pozitif düşünme becerilerinde artma gibi TSB sürecine ait değişimler gözlenmiştir (45).

TSB sürecinde kişilerarası ilişkilerde değişim anlamında; şefkat duygusunda artma, empati kurma yeteneğinde gelişme, benzer sorunlara sahip olan bireylere yardımcı olma isteği ve genel olarak tüm ilişkilerde yakınlık duygusunun ön plana çıkması şeklinde değişimler gözlenmiştir (33). Mols ve ark. tarafından meme kanseri olan hastalar örneğinde yapılan araştırmada TSB sürecinde kişilerarası ilişkilerde gelişim yaşanması, ilk sırada yaşanan gelişim alanı olarak belirlenmiştir (46).

TSB sürecinde yaşam felsefesinde değişim anlamında; bireyin yaşadıklarına şükretmeye başlaması temelinde manevi değişimler olduğu saptanmıştır (44). Zwahlen ve ark. tarafından kanser hastaları örneğinde yapılan araştırmada, kanserin hastaların yaşam felsefelerinde değişim ve yaşamı manevi açıdan algılamalarında gelişime neden olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada, hastaların yaşama bakış açılarında değişim, yaşamın daha değerli bir süreç olarak değerlendirilmesi, manevî anlamda bireylerin kendilerini

tanrıya daha yakınlaşmış ve daha fazla güven duyuyor olarak hissetmeleri, affetme, şükretme, sabretme ve fedakârlık gibi kişilik özelliklerinin daha fazla önem kazanması, yaşamın insana verilen bir ödül olarak görülmesi ve yaşam tarzının değiştirilmesi gibi yaşam felsefesi değişimlerinin olduğu öne sürülmüştür (47).

Yapılan çalışmalarda kanser hastalarının travma sonrası büyümelerinin; hastalığın türü, süresi, bulunduğu bölge, gösterdiği belirtiler, hastanın uyum sağlayabilme derecesi, hastanın fiziksel ve psikolojik rehabilitasyon kapasitesi, yaşadığı sorunlarla baş edebilme potansiyeli, içerisinde bulunulan yaşam dönemi, kültürel ve dinî tutumlar, hastaya duygusal destek veren kişilerin olup olmadığı ve ne düzeyde oldukları, tedavi sürecinde yer alan sağlık ekibi gibi faktörlere bağlı olarak farklılık gösterebildiği belirlenmiştir (48).

### **2.3. PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK**

Sevilen birisinin kaybedilmesi, iş kaybı, ciddi sağlık sorunları, terörist saldırısı gibi travmatik olaylar zorlu hayat tecrübeleri olup, kişiler bu tür olaylarla karşılaştıklarında birbirinden farklı tepkiler göstermektedirler. Bu şekildeki travmatik durumlarda kişiler önce olumsuz duygu durumları yaşarlar, ancak zaman içerisinde çoğunlukla uyum sağlarlar. Bu uyumu gerçekleştirmede en temel etken, kişinin stres sırasında bozulan homeostazisinin normal haline dönmesini sağlayan psikolojik dayanıklılık olgusudur. Psikolojik dayanıklılık, zorlu yaşam olaylarına maruz kaldığında kişinin kendisini toparlama gücü, değişimin ya da felâketlerin başarılı biçimde üstesinden gelme kabiliyeti olarak tanımlanabilir (5).

Literatürde bu konuda öncü çalışmaları olan Kobasa, ‘psikolojik dayanıklılık’ sahibi kişileri, stres verici yaşam koşulları olduğu veya travmatik yaşantılar geçirdiği halde normal hayata tekrar uyum sağlayabilen ve sağlığında herhangi bir bozulma olmayan kişiler olarak tanımlar. Ona göre psikolojik dayanıklılık, kişinin yaptığı işin ne olduğundan bağımsız olarak kendisini o işe adanması, karşısına çıkan değişikliklere açık olması ve olayların denetimini elinde tuttuğuna inanmasıdır (6). Bu bağlamda psikolojik dayanıklılık, stresli yaşam olaylarıyla karşılaşıldığında stresin olumsuz etkilerini azaltıp organizmanın gerilimini engelleyerek, sağlıklı duygusal durumun sürdürülebilmesini sağlayan bir direnç kaynağı işlevi gören kişilik özelliği olarak nitelendirilebilir

(49,50,51). Masten ve ark. (52) benzeri bir bakış açısıyla psikolojik dayanıklılığı, kişi stres meydana getiren bir olay ya da sarsıntılı bir hayat olayı ile karşı karşıya kaldığında, bu olaylarla ilişkili problem oluşum etkinliğinin düzeyini azaltan; hayatına, ailesine ve işine bağlanmasını kolaylaştıran; hayatına dair kontrol kaybı duygusunu engelleyen; hayat koşullarına ve çevreye adapte olmakta yardımcı olan bir kişilik özelliği olarak tanımlamaktadırlar.

Crowley psikolojik dayanıklılık düzeyi yüksek olan bireyleri, olaylara pozitif açıdan bakabilen, olumlu destek sistemleri olan, az kaçınmacı, başa çıkma konusunda etkili mekanizmalar geliştirebilen, kendini kontrol edebilme yeteneği olan, gerektiğinde destek arayabilen, sorumluluk sahibi, pozitif bilişsel ve emosyonel yapıya sahip, yaşam doyumu yüksek bireyler olarak tanımlar (53). Bir başka bakış açısına göre ise psikolojik dayanıklılık ağır güçlük, önemli tehdit veya travma şartlarında adapte olabilmeye yeteneğini içeren, gelişimsel dinamik bir uyum sürecidir (54,55,56).

Psikolojik dayanıklılık erken çocukluk döneminde gelişmeye başlamaktadır. Erken çocukluk döneminde yürüme, tuvalet alışkanlığı, konuşma gibi temel becerilerin kazanılması sırasında anne ve babanın çocuğa karşı tutumu psikolojik dayanıklılık üzerine etkili olmaktadır. Çocuk hata yaptığında endişelerinin giderilmesi, bağımsızlık kazanma davranışlarının desteklenmesi, çocuğun özgüven ve dayanıklılığı üzerinde pozitif katkıda bulunmaktadır. Aksi durumlar çocuğun aşırı utangaç olmasına ve yetenekleri hakkında şüphe duymasına neden olabilir. Bağımsızlık yönelimi uygun bir şekilde desteklenen çocukların kendini ve çevresini kontrol edebilme duygularının, etkili karar verebilme yetilerinin ve zorluklar karşısında kendine güven duygusunun geliştiği gösterilmiştir (57).

Stresli durumlarla karşılaşıldığında ebeveynlerin tepkisinin ve ihmalin psikolojik dayanıklılık üzerine etkili olduğu gösterilmiştir (58). Maddi ve Khoshaba, fiziksel ve ruhsal hastalıklar, küçük yaşlarda ebeveyn kaybı, sosyo-ekonomik düzey düşüklüğü gibi strese sebep olan olaylarla karşı karşıya kalmanın psikolojik dayanıklılık gelişimine etki ettiğini göstermişlerdir (59). Psikolojik dayanıklılığa sahip bireyler, yaşamlarının ilk yıllarında olumsuz koşullara maruz kalsalar bile diğer kişilerden farklı olarak erişkinlikte başarılı ve uyumlu bir yaşantıya sahip olabilmeye özelliği taşırlar (60).

Psikolojik dayanıklılığın, normal gelişime sahip bireylerin sergilediği uyumdan farklılık gösteren; yüksek düzeyde olumsuz yaşantılara muhatap olan kişilerde gözlenen



bir uyum yeteneği olduğu düşünölmektedir (61). Buna göre uyumdan farklı olarak, psikolojik dayanıklılıkta iki özellik dikkati çekmektedir. Bu özellikler; yüksek düzeyde olumsuz koşullara rağmen olumlu bir kazanım (dengeli bir ruh sağlığı, başarı ya da yüksek düzeyde uyum vb.) elde edebilme ve bu kazanımı sürdürebilmedir (62).

Klag ve Bradley, dayanıklılık durumu yüksek bireylerin, stresli yaşam olaylarında bile gündelik faaliyetlerine devam edebildiklerini; hayatlarının kontrolünü ellerinde bulundurduklarını; ani, beklenilmeyen değişimleri, gelişimleri adına bir araç olarak gördüklerini belirtir. Tersine dayanıklılık düzeyi düşük bireylerde ise, ani değişikliklerde gelişime karşı direnç ve hayattan uzaklaşma şeklinde tepkiler görülür. Yüksek psikolojik dayanıklılık düzeyine sahip bireyler, stresli yaşam olaylarıyla karşılaştıklarında problem çözme ve planlama gibi stratejilerden daha fazla yararlanırlar. Bu nedenle bu kişiler, daha az hastalık belirtisi gösterir ve daha az stres yaşarlar (63).

Psikolojik dayanıklılık üzerinde rol alan faktörler üç genel kategori altında toparlanabilir. Bu kategoriler; kişisel özellikler, aile uyumu ve desteği ve dışsal destek sistemleri olarak sıralanabilir (64).

Olsson ve ark. kişisel özellik kategorisinde; fiziksel güçlölük, sosyal olabilme, zekâ, iletişim becerisi, öz yeterlilik, yetenek gibi özellikleri sıralamaktadır (65). Kobasa, psikolojik dayanıklılık modelini ortaya attığı ilk çalışmasında yüksek stres yaşadığını ifade etmesine rağmen düşük hastalık belirtileri gösterenlerin bağlanma, meydan okuma ve kontrol özellikleri taşıdıklarını; bu kişilerin kendilerini işlerine adadıklarını, zorlukları tehdit şeklinde değil yeteneklerini geliştirebilecek bir fırsat şeklinde değerlendirdiklerini ve hayatlarında meydana gelen olayların denetiminin kendilerine ait olduğunu hissettiklerini göstermiştir (6). Hanton ve ark. (66), psikolojik dayanıklılığı yüksek bireylerin, etrafını etkileme potansiyeli olan, negatif durumlardan avantaj sağlama istek ve gücüne sahip bireyler olduğunu belirtmektedir. Just (67) ise bu kişileri kolay pes etmeyen, görevlerini her koşulda devam ettiren ve işlerini bitirmeye odaklanmış kişiler olarak tarif etmektedir. Maddi ve Hightower (68) psikolojik dayanıklılık kişilik özelliği olan bireyleri, hayatlarında tecrübe ve gelişmeye önem veren, kendilerini çok az güçsüz hisseden, bağlanmaları güçlü olan bireyler olarak değerlendirmişlerdir. Funk (69), dayanıklı bireylerin aktif, amaç yönelimli kişiler

olduğunu; kendilerini farklı hayatsal olayların kurbanı değil, değişimin getirdiği sonuçların aktif belirleyicisi olarak gören bir yapıda olduklarını ifade etmektedir.

Aile faktörü açısından yapılan çalışmalarda, en azından bir ebeveynle veya ebeveyn yerine geçen birisiyle olan ilişkilerin psikolojik dayanıklılık üzerine belirgin etkisi olduğu gösterilmiştir (5).

Psikolojik dayanıklılığa etki eden dış destek sistemleri olarak, zorlu bir hayat deneyimiyle karşılaşıldığında yardımcı olan arkadaşlar, öğretmenler, komşular ve diğer kişiler sayılabilir (5). Nowack dayanıklı bireyi; sosyal destek açısından yeterli desteğe sahip, sağlıklı alışkanlıkları olan ve hayata bakış açısı genelde pozitif olan bireyler olarak tanımlamaktadır (70).

Psikolojik dayanıklılık, birbiriyle ilişkili olarak değerlendirilen yükümlülük, kontrolü elinde tutma ve mücadelecilik olmak üzere üç boyuttan oluşmaktadır. Kontrolü elinde tutma boyutu öz-denetim, başarı motivasyonu, bağımsızlık ve istekli olma kavramlarıyla ilişkili iken; yükümlülük boyutu sebatkârlık, mukavemet, özgüven ve kendi ilkelerine inanma özellikleriyle ilişkilendirilmiştir. Mücadelecilik boyutu ise iyimserlik, kararlılık, değişime tolerans, yeniliklere açık olma ve azim kavramlarını içermektedir (71).

Maddi, psikolojik dayanıklılığa sahip olmanın hastalık riskini yarı yarıya azalttığını; hastalıklara karşı en koruyucu etkiyi yapan özelliğin de 'stresli olayları bir tehdit olarak algılamak yerine, yetenek ve becerilerin sınındığı bir fırsat olarak algılama' alışkanlığı olduğunu belirtmektedir (72,73).

Psikolojik dayanıklılık kavramı, temel olarak varoluşçu yaklaşıma dayandırılmaktadır. Varoluşçu yaklaşımda bireylerin değişim ve gelişimini sağlamanın iki temel yolu olduğu ileri sürülmektedir. Bunlar, yaşamın her anında cesur davranabilmek ve yaşanan olumsuzlukları olumluya çevirebilmektir (74). Bu yaklaşım, günlük yaşamda karşılaşılan streslerle etkili bir şekilde başedebilen bireylerin, kendilerini hasta bireylerden farklı kılan inanç, tutum ve harekete yönelik eğilimler ortaya koydukları fikrini desteklemektedir (75).

Sonuç olarak psikolojik dayanıklılık, olumsuz şartların içerdiği tehlikeli sonuçlardan arınmayı ve uyumlu bir yaşam sergilemeyi sağlayan bir dayanma gücüne işaret eden dinamik bir süreç veya özelliktir. Bu özellik gelecekte karşılaşılan başka olumsuz deneyimlerin üstesinden gelmeyi de kolaylaştırmaktadır (76).

## 2.4. DİN VE DİNDARLIK KAVRAMLARI

### 2.4.1. Din Nedir?

Türk Dil Kurumu, Büyük Türkçe Sözlükte “din” kelimesinin Arapça kökenli olduğunu belirtip “Tanrı'ya, doğaüstü güçlere, çeşitli kutsal varlıklara inanmayı ve tapınmayı sistemleştiren toplumsal bir kurum; bu nitelikteki inançları kurallar, kurumlar, töreler ve semboller biçiminde toplayan, sağlayan düzen” şeklinde tanımlar (77).

Din tanımları teolojik, ahlaki, felsefi, psikolojik ve sosyolojik din tanımları olmak üzere beş kategoriye ayrılabilir gibi, teolojik din tanımları ve sosyal bilimlerin din tanımları şeklinde iki gruba da ayrılabilir (78,79).

Din sosyologları, genellikle dini, özsel (substantive/ essentialist) ve işlevsel (functional) olmak üzere iki kategoride tanımlama eğiliminde olagelmışlerdir. Bu tanımlamalar Durkheim tarafından ortaya konan ve dinin ne işe yaradığı üzerine yoğunlaşan işlevsel tanım ile Weber tarafından ortaya atılan dinin ne olduğu şeklindeki özsel tanım şeklinde iki kategori olarak sınıflandırılabilir (80).

İşlevsel veya fonksiyonel tanımlar, dinin bireysel ve sosyal hayattaki işlevi üzerine odaklanmıştır. Fonksiyonel açıdan bakıldığında dinin bireysel işlevinin din psikolojisinin, sosyal işlevinin ise din sosyolojisinin ilgi alanına girdiği göze çarpmaktadır (81). Dinin ne olduğunu açıklamaya çalışan özsel tanımlamalarda öne çıkan aşkın varlığa yapılan vurgudur. Özsel tanımlamalarda dikkati çeken kutsal, aşkın, inanç, insanüstü, ruh gibi kavramlara karşılık; işlevsel tanımlamalarda bütünleşme, profan (din dışı), mabet, sosyalleştirme, sembolleştirme gibi kavramlar ön plana çıkmaktadır. İşlevsel tanımların içine ideoloji (komünizm, hümanizm...) gibi din dışı kavramlar da girebildiği için eleştiri almışlardır. Ancak genel olarak bakıldığında özsel tanımların ibadet ve duaya özellikle vurgu yaptığı, işlevsel tanımların ise dünyaya açılmaya vurgu yaptığı gözlenebilir (82).

Çeşitli bilim adamlarının din tanımını hakkındaki görüşlerine bakacak olursak; Alman din bilimcisi Rudolf Otto'ya göre “din kutsalın tecrübesidir”(83). Bu tanım bazı bilim adamlarına göre kısalığına rağmen en kapsayıcı tanımlardan biridir.

Wach, dini, insanın mevcudiyetinin beslendiği ve her bakımdan kendisine bağlı olduğu en derin kaynak olarak niteler. Ona göre din, insanın pratik olarak inandığı şeydir. Wach bu tanımıyla dinin kurumsal yapısını değil, bireysel inanışları, öznel dini yaşantıları vurgulamaktadır (83).

Berger, dinin insanın dış dünyayla kurduğu ilişkisindeki rolüne işaret eder ve insanın kendi öz mânâlarını realiteye aşılması suretiyle kendini dışsallaştırmasının en yüce sınırını ifade ettiğini belirtir. Din ayrıca beşeri düzenin, varlığın bütününe yansıtıldığını da ima eder (84).

Weber, dinin insanların değer yargılarını ve tutumlarını belirlediğini ileri sürer (85). Bu paralelde Whitehead da insan tutumlarının dine bağlı olarak değiştiğini savunur (86). Yine Whitehead, dinin dış görünüşünden ziyade içsel yönünü ve öznelliğini vurgular (87). Whitehead'ın “din insanın sahip olduğu yalnızlıkla başbaşa yapıp ettikleridir... Öyleyse din yalnızlıktır; eğer hiç yalnız kalmadıysanız dindar bir insan olamazsınız” ifadeleri onun, bireysel dinî tecrübeye verdiği önemin ifadesidir (86).

Geertz'in tanımıyla “din, insanlarda güçlü, kapsamlı ve uzun süreli ruh halleri ve güdüler oluşturan bir semboller sistemidir; bunu genel bir varoluş düzeni hakkında kavramlar üreterek ve bu kavramlara öylesine bir gerçeklik havası giydirerek yapar ki, söz konusu ruh halleri ve güdüler yegane gerçeklik olarak görünür”(88). Geertz bu tanımda dinin sembolik yönüne vurgu yapmakta ve kişinin kendi dünyasında dış dünyadan farklı bir gerçeklik oluşturduğuna işaret etmektedir.

Yinger'e göre din, bir grup insanın, insan hayatının nihai problemleriyle mücadele vasıtası olarak kullandığı inanç ve uygulamalar sistemidir (89).

Yukarıda bahsi geçtiği gibi, çeşitli araştırmacılar dinin farklı yönlerine vurgu yapmışlardır. Bazı araştırmacılar, dinin aşkın varlık anlayışını ön plana çıkarırken,

bazıları toplumsal yönünü, bazıları ise sembolik özelliğini vurgulamışlardır. Dinin insanın duygu, düşünce ve davranışları üzerinde etkisini inceleyen psikoloji de dini çeşitli yönleriyle tanımlamıştır.

#### **2.4.1.1. Psikolojinin Yaklaşımıyla Din**

Freud'un din hakkındaki görüşleri, psikiyatri gözlüğüyle yapılan ilk tanımlamalar olarak düşünülebilir. O, dini insanlığın gelişme sürecinin ilk dönemlerinden kalma bir özellik, dindar insanları da ilkel düşünce yapısına sahip insanlar olarak değerlendirir. Din, insanın içgüdülerine ve kendi dışındaki doğa güçlerine karşı çaresizliğinden kaynaklanan bir olgudur (90). Oidipus kompleksinin erişkinlikteki yansıması olarak gördüğü dinde, çocuklukta "baba" rolü "Tanrı" olarak değişmiştir (91,92). Freud, ibadetleri nevrotik insanların obsesif davranışlarına benzetir. Nevrotik birey, bazı hareketleri yaparken anlamsız olduğunu bilir, ancak yerine getirmediğinde şiddetli bir iç sıkıntısı yaşadığı ve yaptığında da rahatladığı için bu anlamsız hareketi bırakamaz. Freud'a göre ibadetler de aynı özellikleri taşır (91). Freud, dinî uygulamaları ve tanrıya inancı obsesif nevroz, narsistik sanrı ve çocuksu bir yaşam görünümü olarak değerlendirmiş, bireysel ve toplumsal psikoloji için bir tehdit olduğunu ifade etmiştir. Freud, bunların sağlıklı bir psikolojik durum belirleyicisi ya da en azından sağlıklı bir psikolojik durumu yansıttığını ifade etmektedir (2).

James "hasta ruhların dini" ve "sağlıklı ruhların dini" şeklinde dinin ifadesinin iki türünü belirlemiştir. Ona göre kendisine zarar verecek şekildeki dinî uygulamalar, hasar görmüş bir psikolojinin sonucudur ve içinde nefret, kırgınlık, irritasyon, öfke, kendine güvensizlik, umutsuzluk, şüphe, anksiyete ve korku barındırır. Bunlar hasta ruhların dininin göstergesidir. Sağlıklı ruhların dini, umutlu, iyimser, olumlu, nazik ve mutluluğa yatkındır (2).

Jung, dini Freud'un iddia ettiği gibi, bastırılmış duygular ve obsesif davranışlar yığını olarak değil, psişik etkinliğin doğal ve makul bir boyutu olarak değerlendirmiştir. Jung, ruh sağlığının içgüdülerin olduğu kadar, doğal dinî işlevlerin de uygun bir şekilde ifade edilmesine bağlı olduğunu ifade etmiştir. Ona göre din, bilincin ötesinde bir anlayış ve amaçla ruhun derinliklerini ortaya çıkaran, insanların yüzyıllarca bilinç dışında sakladığı en yüksek insanlık birikimlerine açılan bir kapıdır (93). Jung'un din

tanımının merkezinde “güç” kavramı vardır. Bahsi geçen “güç” kavramını “ruhlar, şeytanlar, tanrılar, yasalar, idealar, idealler veya her ne ad verilirse verilsin insanın dünyasında ciddiye alacağı kadar önemseydiği güçlü, tehlikeli, yardımcı ya da kendini feda edercesine seveceği ve tapacağı kadar anlamlı ve güzel bulduğu şeyler” olarak açıklar. Din de, bu belirli dinamik etmenlerin dikkatli bir gözlemi ve hesaba katılmasıdır” (94). Jung’a göre, dinî inançların doğruluğu psikolojiktir. Bir kişi, bir şeye inanıyorsa, bu psikolojik olarak gerçektir. Eğer psikolojik gerçeklik sadece bir bireyde ortaya çıkıyorsa “öznel”, toplum tarafından oluşturulursa “nesnel”dir (94).

Maslow (95), dinleri iki kısma ayırmıştır: kuralcı (legalist) din ve mistik din. Kuralcı dine bağlı olanlar “düzen insanı”; kuralcı olmayan dinin bağlıları ise “mistik insan”dır. Bu bağlamda gerçek dindar “mistik insan”dır. Maslow, kendini gerçekleştiren insanların tanrı inançları olmasa da dindar olduklarını belirtir. Kendini aşan insanın, doğasındaki tanrısallık potansiyellerini en güzel şekilde yaşayıp, varlığı aşarak evrenle bütünlük oluşturduğunu ifade eder (95).

Fromm, dinin insan üzerindeki etkisine dikkat çekerek, “din, bireylere kendilerini adayabilecekleri bir hedef sunan, onlara bir davranış biçimi veren sistemdir” demektedir (90).

Clark, dinin ahiret hayatıyla ilişkisine vurgu yaptığı tanımında dini, bireyin hayatını öte dünyayla uyumlu yapmaya çabaladığında, davranışlarına etkisiyle ifade bulan, ahireti sezdiğinde meydana gelen içsel tecrübeler olarak tanımlar. Clark ayrıca dini “Tanrının insan ruhunda yaşaması” olarak ifade eder (78). Clark bu tanımıyla dinin öznel tarafına vurgu yapmış, kurumsal tarafını göz ardı etmiştir.

Thouless’a göre din, davranışın, hissetmenin ve inancın özel bir şeklini içeren bir sistem; mekan ve zaman nitelikli fiziksel dünyadan daha geniş bir ortama atıf içeren aleme dair bir tutumdur (96). Thouless bu tanımıyla dinin davranış, duygu ve inanç boyutlarına değinmiş ve kurumsal yapısına dikkat çekmiştir.

Yukarıdaki tanımlamalar göz önüne alındığında herkesin üzerinde uzlaştığı, dinin tüm özelliklerini içinde barındıran kapsamlı bir tanımın olmadığı dikkati çekmektedir. Her bilim adamının kendi görüşü ve ilgi alanıyla paralel olarak dinin bir yönünü öne çıkardığı görülmektedir.

## 2.4.2. DINDARLIK

Dindar ve dindarlık kavramları da “din” kavramı gibi üzerinde bir uzlaşmanın olmadığı, birçok farklı görüşün olduğu kavramlardır. Kurt’a göre dindarlık, kişinin mensubu olduğu dine ait inanç, ibadet ve sembolleri kabul etmesi, yoğunlaşması ve meşgul olma derecesi, dindar ise mensubu olduğu dinin inanç, kural, uygulama ve sembollerini içselleştirip, bunları günlük yaşantısındaki tutum ve davranışlarında sergileyen kişi olarak tanımlanabilir (97).

Weber’in dindarlık sınıflamalarında ekonomik ve sosyal sınıf farklılıkları temel belirleyici olmuştur. Dindar tiplemesinde çiftçi, şövalye ve feodal beyler dindarlığı; bürokrasi, burjuva, küçük burjuva, esnaf ve zanaat dindarlığı, alt tabaka dindarlığı ya da büyüsel dindarlık, ayıncı dindarlık, derviş dindarlığı, dünyevî zühd-uhrevî zühd, şehir dindarlığı ve kır dindarlığı gibi sınıflara yer verilmiştir. Weber, bu kategorilerin kesin çizgilerle birbirinden ayrılamayacağını ancak sosyal olarak birbirinden farklı gruplar arasında dindarlık şekilleri açısından da belirgin farklar olduğunu belirtmektedir (98).

Allport, oldukça yaygın bir şekilde kabul gören, geçerliliğini ve önemini günümüzde korumaya devam eden tipolojisinde, dindarlığı içe dönük/iç güdümlü (intrinsik) dindarlık ve dışa dönük/dış güdümlü (ekstrinsik) dindarlık şeklinde iki tipte ele almaktadır. Allport bu tipolojide ayrımı dindarlığın niteliğine, içtenliğine, samimi olup olmadığına göre yapmaktadır. Ona göre iç güdümlü dindarlıkta din amaç iken, dış güdümlü dindarlıkta araç olarak görülür.

Allport’a göre dış güdümlü dindarlıkta kişi dini, sıradan bir alışkanlık olarak görür. Dinî törenlere katılımın motivasyonları kişisel rahatlık sağlamak veya aile bireylerinin güvenine sahip olmak düşüncesidir. Dinî törenlere katılmayı sadece ailesel bir sorumluluk olarak görür. Bu insanlar, dini yaşamayı değil; dini kullanmayı seçen bir mantık üzerine hareket ederler. Din, onlar için bir hayat gayesi değil, hayatta başarılı olmak için kullanılan bir araçtır. Sosyal olarak sahip oldukları makam/mevkilerini korumak veya yükseltmek, özgüvenlerini güçlendirmek için dini kullanabilirler. Dinî inanç ve değerler ancak zaman zaman başvurdukları, benliğin hizmetinde olan bir dış değerdir. Özetlenecek olursa bu kişiler menfaatleri hangi yönde ise, dini o şekilde kullanmaya çalışan insanlardır. Bu kişiler için güven ve teselli, sosyallik ve eğlence,

makam-mevki ve kendini tatmin etmek gibi menfaatler elde etme konusunda din bir numaralı yoldur. Bazı kişisel istek ve ihtiyaçlarını dinin dışında daha kolay bir şekilde elde edebileceklerine inandıklarında, dinî ilişki ve bağlarından kolayca vazgeçebilirler. Dinî terminolojide, dış güdümlü dindarlar, bedenleri tanrıya dönük ancak akılları ve zihinleri başka yönde olan insanlar olarak ifade edilir. Bu tür bireyler; dinî pratikleri gösteriş için yaparlar, dinî pratik ve uygulamalara birkaç kez katılmayı devamlı ibadet ediyorlarmış gibi dışarıya yansıtırlar. Bunlar, dini sadece bir kazanç elde etme yolu olarak gören, samimiyetsiz, riyakar insanlardır.

İç güdümlü dindarlıkta ise din, araç değil amaçtır. Din, insanların yararına kullanılmak için varolan bir alet değil, insanların hizmet etmeleri ve bu şekilde kulluk borçlarını yerine getirmeleri gereken bir hayat gayesidir. Bu tür dindarlar hayata dair stresler karşısında daha metanetli ve sabırlıdır. Kendileri için en önemli motivasyon kaynağı olarak dini görürler, dinleri için yaşarlar, dinî inanç onların kişiliğinin ayrılmaz bir parçasıdır. Dinî görevlerini yerine getirmede devamlılık ve tutarlılık gösterirler. Kendileri için değil, ilahi gayeleri gerçekleştirmek için yaşarlar. Dinî ihtiyaç ve düşüncelerinin dışındaki ihtiyaçları, önem sırası olarak dinî nitelikli olanlardan her zaman sonra gelir ve bu ihtiyaçlar dinî inanç ve emirlere göre düzenlenir. İnançları doğrultusunda yaşamak ve dinî öğretilerini hayatlarına yansıtmaya çalışmak en önemli yaşam gayeleridir (99).

Batson ve Ventis, Allport'un bu sınıflamasına üçüncü bir grup daha eklemişlerdir. Bu gruptaki kimseler dini ne gaye ve ne de vasıta olarak değil, sadece "araştırma/sorgulama" olarak algırlar. Sorgulama yönelimi, karmaşık fikirleri sorgulamaya duyulan istekliliği ifade eder. Dinî sorulara önyargısız bir şekilde cevap arayan sorgulama yönelimli kişiler varoluşla ilgili soruları araştırmaya açıktırlar ve sürekli yeni bilgiler peşindedirler (100).

Glock ve Stark, yaygın bir şekilde kabul gören yaklaşımlarında, dünya dinleri arasında çeşitli farklılıklar bulunmasına rağmen, dindarlığın ortak bir özellik olarak çeşitli boyutlarının olduğunu iddia etmekte ve dindarlığın beş boyutu olduğunu belirtmektedir. Bu boyutlar, ideolojik (inanç) boyut, törensel (ibadet) boyut, duygutecrübe boyutu, bilgi boyutu ve etki boyutu olarak sıralanabilir (101).

#### **2.4.2.1. İnanç Boyutu**



Bu boyut, dinin en temel boyutlarından ve olmazsa olmazlarından. Din temelde inanılması gereken bir inançlar bütünüdür. Doğaüstü, yaratıcı, kutsal bir tanrının varlığının kabulü bu inançların en temel unsurudur. Her din, kendi tanrı kavramının içini doldurur ve mensuplarından kendilerine bildirildiği şekilde yaratıcılarını tanımalarını ister (102).

İnanç terimi genel olarak, kanaat, bilgi ve imanı da içine alan bir kavramdır (103). Hökelekli inancı, bir tür bağlanma olarak niteler. Dindar insan inandıklarıyla kendisini ilahi bir varlığa bağlar ve onunla manevi bir ilişki kurar. Sahip olunan bu inançlar dinî hayatın temelini oluşturur (104). Her dinin belli bir inanç sistemi vardır ve bu sistem belirli kural, kaide ve ilkeleri barındırmaktadır. Kutsal bir varlığa iman, bu kuralların temelini oluşturmaktadır. Bu kutsal varlık kendisine has özellikleri olan bir tanrıdır. İnsanın inandığı dinin kuralları, yaratıcı varlık karşısındaki rolünü belirler (105).

Özetlenecek olursa bu boyut bireyin neye inandığıyla ilgilidir. Dinin koyduğu inanç ilkeleri, ilahi bir varlığın var olduğunu ortaya koymayı, onun niteliklerini ve diğer inanç unsurlarının konumunu belirlemeyi, ilahi iradenin varlığını ve bu iradenin amacının yerine gelmesini amaçlar. Her din, bu inanç ilkelerinin farklı yönlerine vurguda bulunur (105).

#### **2.4.2.2 İbadet Boyutu**

Tanrıya yakınlaşmak, ona karşı bağlılık ve kulluğu ifade etmek için yapılan ritüeller, hareket ve sözler şeklinde tanımlanan ibadet, dinî yaşayış ve deneyimlerin davranış şeklinde dışa yansımadır (106).

Her dinin, mensuplarından istediği özel dinî ritüeller vardır. Her türlü ayin, dua, oruç, kurban, din adına yapılan ve kutsal kabul edilen bütün özel davranışlar ibadet olarak adlandırılır ve bu boyutta değerlendirilir. Kişisel veya cemaat halindeki dinî ritüeller, insanların bu ibadete katılma sıklığı, dinî ritüellerin farklı şekilleri arasındaki ilişkiler bu boyut içerisinde değerlendirilir (105).

Gerçekleştirilen ibadetlerde ve yapılan dualarda esas amaç tanrıyla iletişim kurma gayretidir. Bu amaçla yapılan ibadetler, iletişimin belirli bir davranış, söz ve jest şeklinde ortaya çıkmış halidir (107). Kişinin ibadet kastıyla yaptığı bu davranışlar bireyin dine karşı olan tutumuyla ilişkili olsa da, dindarlık düzeyini tam olarak

yansıtmayabilir. Örneğin kişi dine karşı olumlu düşünceler içindeyken, ibadetlerini düşüncelerine uygun olarak gerçekleştiremeyebilir. Kişinin dine ait düşünce, duygu ve davranışlarının her zaman birbiriyle uyumlu olmayabileceğini unutmamak gerekir (108).

#### **2.4.2.3. Duygu-Tecrübe Boyutu**

Kişinin tanrının varlığını vasıtasız bir şekilde içinde hissettiği ve bundan etkilendiği boyuttur. İlahî varlığın etkisini gösteren ve inananları ondan haberdar eden duygular, sevgiler, algılar ve duyular bütünü bu boyut içerisinde değerlendirilebilir (104). Bu boyut, kişinin nihai gerçeklik ve aşkın boyutla doğrudan iletişim sürecinde yaşadığı dinî duyguyu içerir (105). İnanan insanın tanrıyla kurduğu aracısız, ifade edilemeyen, kendinden geçme, tanrısal bir yakınlık olarak ifade edilebilecek öznel bir dinî yaşantıdır (109).

Dine duyulan sevgi, dinle ilgili konulara duyulan ilgi, dinî yaşayış içinde gösterilen duygusal tepkilerdir. Duygu boyutu farklı kişilerde sevgi, korku, vecd ve huşu hali gibi farklı şekillerde yaşanabilir (110). Dinle ilgili edinilen bilgiler zamanla değişebilmekle birlikte, duygu boyutundaki değişim çok daha yavaştır (108).

Dindarlığın tüm boyutları birbirleriyle çok yakın ilişki içerisindedir. Bu nedenle dindarlık geniş bir kompleks içinde değerlendirildiğinde daha sağlıklı neticeler alınabileceği unutulmamalıdır. Diğer boyutlar, dinî duygu gözönüne alınmadan değerlendirilemeyeceği gibi, diğer boyutlar dikkate alınmadan da dinî duyguyu anlamak mümkün olmayacaktır (102).

#### **2.4.2.4. Bilgi Boyutu**

Bilgi boyutu, dinin bilişsel yönünü oluşturur. Bir inancı kabul etmenin temel şartlarından biri de onu bilmektir. Her dinde iman esasları, ibadetler ve kutsal metinlerle ilgili bilgiler yer alır. O dinin müntesiplerinin bunları en azından asgari düzeyde bilmesi beklenir (105). Bütün dinlerde yer alan, dindar bir insanın inandığı dinle ilgili belli bir bilgi birikimine sahip olması gerektiği ortak kabulü, bilgi boyutunun özünü oluşturur (102).

Kişinin dinî bilgisinin kaynağını sadece dinî kaynak ve ortamlar oluşturmaz; kişinin sosyal etkileşimde olduğu aile, okul, kitle iletişim araçları ve çevresindeki diğer kişilerden de bu bilgiler alınabilir. Kişinin bir dinle ilgili öğrendiği bilgiler, kişinin o dinle ilişkili düşünce, duygu ve tutumlarını da şekillendirir (108).

Salt dinî bilginin miktarı, kişinin dindarlığı açısından fikir veremez. Örneğin tanrı inancı olmayan bir ateist, dindar bir kişiden fazla dinî bilgiye sahip olabilir. Kişinin dindarlığının daha iyi anlaşılabilmesi için, dinî bilginin farklı açılardan ele alınması ve dindarlığın diğer boyutlarıyla birlikte değerlendirilmesi gerekir. Bu bağlamda kişilerin inandıkları hakkında ne kadar bilgi sahibi oldukları ve dinî bilgiler kazanmak için gösterdikleri gayret araştırılabilir. Bilgi boyutunda dini yaşamının yeterli olmadığı, dindarlığı anlamaya yarayan dinî bilginin; dinî yaşam, ibadet ve inançla ilişkili olması gerektiği akıldan çıkarılmamalıdır (105).

#### **2.4.2.5. Etki Boyutu**

Bu boyut, dinin diğer boyutlarının insan üzerinde nasıl bir etkiye sahip olduğunu gösterir. Etki boyutu, kişinin dinin etkisiyle davranış kalıplarını şekillendirmesidir. Yani dindarlığının sonucu olarak, dinin emir veya yasaklarına ilişkin belli davranışları yaparken, belli davranışlardan da uzak durmasıdır. Kişi bir dine bağlandığında bir takım beklentilerini karşılarken, bir takım yükümlülüklerin de altına girmeyi kabul etmiş demektir (102,105).

Etki boyutunda, dinin, insan davranışında herhangi bir değişiklik ortaya çıkarıp çıkarmadığı sorgulamasının cevabı vardır. Herhangi bir dinin etki boyutu, onun sosyal hayat üzerindeki etkisiyle orantılıdır (102).

Dinin kişiye kazandırdığı güven duyma, manevi huzur, birtakım endişe, korku ve ümitsizliklerden kurtulma, sosyal çevre oluşturma, zorluklarla mücadele gücü bulma gibi kazanımlar dinin etki boyutunun sonuçlarıdır (105). Bu kazanımlarla birlikte o dine ait belli ibadetleri yerine getirme yükümlülüğü de ortaya çıkar ki; haram ve helaller bu kapsamda sayılabilir. Bu bağlamda düşünüldüğünde din, dindar bir insanın bütün hayatını etkileme potansiyeline sahiptir denilebilir (104).

Özetle dinin etki boyutu, diğer boyutlarının özeti gibidir. Diğer boyutların kişinin düşünce, duygu ve davranışlarında bıraktığı izlerin bir yansımasıdır. Dinin etki boyutu,

dinin müntesiplerinden bekledikleriyle inananın dindarlığı sonucunda kazandıklarının bir bütünüdür (105).

Özetlenecek olursa, “dindarlık” kavramı da “din” kavramı gibi birçok farklı yönü ve tanımı olan bir kavramdır. Bu nedenle ölçümünün yapılması oldukça zordur. Ancak dindarlıkla ilgili yapılan çalışmaların daha nesnel sonuçlar verebilmesi için bu ölçümün yapılabilmesi de bir zorunluluk oluşturmaktadır. Glock ve Stark tarafından ortaya atılan boyutsal yaklaşım, dindarlığı daha iyi anlamak için iyi bir fırsat vermiş ve birçok dindarlık ölçeği için hareket noktası olmuştur.

## **2.5. DİNDARLIK VE PSİKİYATRİ**

Din-psikiyatri ilişkisi artan araştırma sayısı ile klinisyenlerin dikkatini çeken bir alan olmaya başlamıştır. Toplamda binleri bulan gözden geçirme, akademik çalışma ve popüler kitaplar bu konu üzerine birçok veri ortaya koymuştur. Bu çalışmalar, toplum ve hastane örneklerinde; duygudurum bozukluğu oranlarında, çeşitli değerlendirme metotlarıyla ölçülen psikolojik stres oranlarında, yaşam doyumu ve mutluluk gibi psikolojik iyi olma alanlarında, bağımlılık gibi kendine zarar verici davranış kalıplarında dinî göstergelerin etkisini ortaya koymuştur (2).

Din, iyileşme için güçlü bir kaynak veya psikopatolojiyle iç içe geçmiş bir unsur olarak karşılaşılabilen önemli bir psikolojik ve sosyal faktör olarak değerlendirilebilmektedir. 19. yüzyılın başında, Fransız nörolog Jean Charcot’un ve daha sonra da Sigmund Freud’un dinî bir çeşit histeri ve nevroz olarak görmeleri, takip eden yüzyıl boyunca, din ve psikiyatri arasındaki ilişkiyi psikopatoloji bağlamında değerlendirmeye yol açmıştır. 1994’te DSM-IV’ün yayınlanmasından önce, DSM’lerde sunulan olgu örnekleri çoğunlukla dindar kişilerden oluşmaktaydı. Bu olumsuz görüş, büyük oranda klinik tecrübe, anekdot raporları ve etkili psikiyatrların kişisel görüşlerine dayanmaktaydı (1).

DSM-IV sonrasında bu konuda yapılan çalışmalarda dramatik bir şekilde artış gözlemlendi. PsycINFO’da 'din' ve 'maneviyat' kelimelerinin kullanıldığı çevrimiçi bir literatür taraması 2000 yılından bu yana yayınlanan 6774 makale olduğunu ve bunların yaklaşık % 50’sinin araştırma çalışmaları olduğunu ortaya koymaktadır (1). Yapılan çalışmaların geneline bakıldığında dinin mental hastalıklar üzerinde koruyucu bir etkisi olduğu görülmektedir (2).

Din-mental sağlık arasındaki ilişkiyle ilgili birçok çalışma yapılmış olmakla birlikte, hakkında en çok veri olan dört alan bulunmaktadır; psikolojik iyilik hali, depresyon, madde bağımlılığı ve intihar (112).

### **2.5.1. Psikolojik İyilik Hali**

Dinî uygulamalar ile davranış ve psikolojik iyilik halinin (yaşam memnuniyeti, mutluluk, pozitif afekt ve daha yüksek moral) göstergeleri arasındaki ilişkiyi inceleyen 100'den fazla çalışmanın 79'unda bu değişkenler arasından en az birinde anlamlı pozitif korelasyon bildirilmiştir (112). Sadece niversite ğrencilerinin kk ve randomize olmayan bir örneğini içeren bir çalışmada negatif bir korelasyon saptanmıştır (113). Korelasyonlar genellikle orta düzeyde olmakla birlikte; bu korelasyonun sosyal destek, medeni durum veya maddi imkanlar gibi psikolojik iyilik hali üzerine etkili diğer psikososyal değişkenlerle eşit hatta daha yüksek bir düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bu pozitif ilişki, çeşitli ülkelerden gelen çeşitli din, ırk ve yaş içeren örneklerde de birbirine benzemektedir (112).

Bazı alışmalar, dinî katılımın psikolojik iyilik hali üzerindeki olumlu etkisinin yaşlılar, engelliler ve tıbbî olarak hasta insanlar arasında daha yüksek olduğunu göstermiştir. Çoğu araştırma kesitsel olmasına rağmen, 12 uzunlamasına çalışmadan 10'unda bu pozitif ilişki tekrarlanmıştır. Bu çalışmaların çoğu yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik durum gibi değişkenler kontrol edildikten sonra bile din ve psikolojik esenlik arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir (112).

Bazı istisnalarla birlikte çoğu çalışma, dindarlığın iyimserlik ve umut (14 araştırmadan 12'si), benlik saygısı (29 araştırmadan 16'sı pozitif, bir negatif ilişki), yaşamdaki anlam ve amaç duygusu (16 araştırmadan 15'i), iç kontrol odağı, sosyal destek (20 çalışmadan 19'u) ve daha yüksek evlilik doyumuna sahip olmak (38 üzerinden 35) ile pozitif bir ilişkisinin olduğunu göstermiştir (112).

### **2.5.2. Depresyon**

Dindarlık ile depresif belirtiler arasındaki ilişki üzerine yapılan bir meta-analiz çalışmasında toplam 98.975 denek içeren 147 bağımsız araştırma incelenmiş ve

dindarlığın düşük düzeyde depresif belirtilerle orta düzeyde, ancak sağlam bir şekilde ilişkili olduğunu tespit edilmiştir. Bu ilişkinin boyutu orta düzeyde olmakla birlikte, cinsiyet ile depresif belirtiler arasındaki ilişkiye benzer düzeyde olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada din ve depresyon arasındaki ilişki farklı yaş, cinsiyet veya etnik gruplar arasında farklılık göstermemektedir (114).

Bu konu hakkındaki başka bir çalışmada dindarlık ile depresif belirtiler arasındaki ilişkinin, yaşam stresi şiddetli olan insanlarda yaşam stresinin az olduğu insanlara göre daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Bu sonuç dinî inancın koruyucu etkisinin, psikososyal stres altındaki insanlar için daha güçlü olduğunu göstermektedir (112).

Dindarlığın depresif bozuklukların gidişi üzerindeki etkisini araştıran prospektif bir çalışmada; tıbbî hastalık için hastaneye yatırılan 87 depresyonlu yetişkin arasında, intrinsik dinî motivasyonun, 47 haftalık izlem süresince depresyondan daha hızlı remisyona ilişkili olduğu belirlenmiştir. İntrinsik dindarlık puanlarının her 10 puanlık artışında, işlevsel durum, sosyal destek ve aile psikiyatrik geçmişi kontrol edildikten sonra remisyona hızında % 70'lik bir artış saptanmıştır. Bu çalışmada fiziksel engelliliği bir yıllık takipte düzelmeyen yani tıbbî tedaviye zayıf yanıt veren hastalardaki depresyondan kurtulma hızı, her 10 puanlık artış için % 106 artış göstermiştir. Ancak bu çalışmada intrinsik dindarlığın depresyon düzeyi ve remisyona üzerinde olumlu etkisi gösterilmişken, ekstrinsik dindarlık ve olumsuz dinî baş etme yöntemlerinin bu anlamda olumsuz bir etkisinin olduğu gösterilmiştir (115).

Bu konuyla ilgili Avrupa'daki ilk boylamsal çalışma Hollanda'da yapılmıştır. Bu çalışmada kiliseye devam etmedeki sıklığın düşük depresif belirtilerle ilişkili olduğu ve bu ilişkinin demografik değişkenler, fiziksel sağlık, sosyal destek ve alkol kullanımı için düzeltme yapıldıktan sonra da devam ettiği görülmüştür (116).

Hastaların dinî inançlarını ve uygulamalarını içerecek şekilde düzenlenmiş olan başta bilişsel davranışçı terapi olmak üzere psikoterapiler depresyon ve anksiyete tedavisinde başarıyla kullanılmaktadır. Bu yaklaşımla yapılan psikoterapilerin en azından seküler psikoterapiler kadar etkili olduğu ve bazı çalışmalarda dindar hastalarda belirtilerin daha hızlı düzelmeye gösterdiği belirlenmiştir (112).

### **2.5.3. Madde Bağımlılığı**

2000 yılı öncesinde yayınlanan dindarlık ve alkol / uyuşturucu kullanımı / kötüye kullanımı arasındaki ilişkiyi araştıran 120 araştırmanın % 80'inden fazlasında bu değişkenler arasında açık bir ters korelasyon saptanmıştır. Çalışmaların çoğu uyuşturucu kullanımına başlama yaşını araştıran ve ergenleri kapsayan çalışmalar olsa da yetişkin popülasyonda da benzer bulgular ortaya konulmuştur. Çalışmalar kişinin dinî katılımının yüksekliğiyle ters orantılı olarak, alkol/uyuşturucu kullanım/kötüye kullanım oranlarının düşük olduğunu göstermiştir (112).

ABD'de 2.616 erişkin ikizle yapılan bir çalışmada dindarlığın çeşitli boyutları düşük majör depresyon, anksiyete bozuklukları (panik bozukluğu hariç) ve antisosyal davranışla ilişkilendirilmiş; en güçlü ilişki olarak da neredeyse tüm dinî boyutların düşük nikotin, alkol ve uyuşturucu kötüye kullanımı veya bağımlılık oranlarıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (117).

Brezilya'da yapılan bir çalışmada Sao Paulo'nun çok fakir ve şiddetin yoğun olduğu bölgelerinde ergenler arasında uyuşturucu kullanımına karşı koruyucu faktörler araştırılmış ve dindarlığın, düzenli bir aileye sahip olma faktöründen sonra ikinci en önemli koruyucu faktör olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada, dinî katılımın madde kullanıcıları arasındaki oranı sadece %13 iken kullanıcı olmayanlar arasında % 81 oranında olduğu belirlenmiştir (118).

#### **2.5.4. İntihar**

Ölüm sonrası yaşamla ilgili dinî inancın psikolojik etkisinin yanısıra, intihar vakalarının büyük çoğunluğunda iki temel faktör olan depresyon ve uyuşturucu kullanımı ile dinî katılımın negatif korelasyonu, dindarlıkla intihar arasında negatif bir ilişki olduğunu düşündürmektedir (112). ABD'de 50 yaş üstü bireylerde 584 intihar ve 4.279 doğal ölümle sonuçlanan bir örnekte, dinî faaliyetlere katılmayan insanlar arasında intihar oranının, cinsiyet, ırk, medeni durum ve yaşa göre düzenlendikten sonra yaklaşık 4 kat daha yüksek olduğu saptanmıştır (119).

Depresyon tanılı 371 hastayı içeren yeni bir araştırmada, depresyon düzeyinin aynı olmasına rağmen dinî inançları bulunmayan kişilerin daha fazla ömür boyu intihar girişiminde bulunduğu (% 66.2'ye karşı % 48.3), yaşamak için daha az sebep algıladıkları ve intihara daha az manevi itirazda buldukları saptanmıştır (120).

Ülkemizde 420 ergen katılımcının değerlendirildiği bir çalışmada din eğitimi almış grupta daha az intihar düşüncesi ve daha düşük intihar kabulü bildirilmişken, intihar eden yakın bir arkadaşına, seküler gruba göre daha çok kabul ve sempati gösterdikleri saptanmıştır (121).

Yapılan çalışmalarda dindarlık düzeyinin, genel olarak ötenazi ve doktor tarafından desteklenen intiharın kabulüyle ters orantılı olduğu gösterilmiştir. Bir çalışmada hastaların talebi sonrası ilaçların verilmesiyle sonuçlanan ölümlerde dindar olmayan Belçikalı pratisyen hekimlerin, dindar hekimlerden üç kat daha sık yer aldıkları görülmüştür (122).

### **2.5.5. Anksiyete**

Yapılan çalışmalarda dinî katılımın daha düşük anksiyete düzeyleriyle ilişkili olduğu gösterilmiştir. Yaklaşık 3000 yetişkinin değerlendirildiği bir çalışmada, çoklu dinî değişkenler (örneğin, dini hizmetlere devam, dinin kendine özgü önemi ve özel dinî faaliyetler) ile en son ve yaşam boyu anksiyete bozuklukları arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Bu çalışmada cinsiyet, kronik hastalıklar, negatif yaşam olayları ve sosyoekonomik durum kontrol edildikten sonra, dinî katılımın en genç hasta grubunda (18-39 yaş) azalmış yaşam boyu anksiyete ile ilişkili olduğu, ancak en yaşlı grupta (60-79 yaş) bu ilişkinin olmadığı saptanmıştır (123).

Bir başka çalışmada, yeni tanı konmuş 114 erişkin kanser hastasında manevî iyilik hali ve anksiyete arasındaki ilişki incelenmiş; yüksek düzeyde manevî iyilik haline sahip olan hastaların cinsiyet, yaş, medeni durum, teşhis, grup katılımı veya tanıdan bu yana geçen zamana bakılmaksızın anksiyete seviyesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (124). Anksiyete bozukluğu olan dindar müslüman hastaları içeren iki randomize klinik çalışmada, standart terapi (ilaçlar ve destekleyici psikoterapi), standart terapi ve dinî psikoterapi kombinasyonuyla karşılaştırılmıştır. Bu çalışmalarda dinî psikoterapi alan hastaların tek başına standart terapi görenlere göre daha hızlı iyileşme gösterdikleri saptanmıştır (125).

Yaklaşık 70 kesitsel ve prospektif araştırmanın değerlendirildiği bir derleme çalışmasında, dinî katılımın daha az anksiyete veya korkuyla ilişkili olduğu bulunmuştur (126).



### **3. MATERYAL VE METOT**

#### **3.1. ÖRNEKLEM**

Etik kurul onayı alındıktan sonra çalışma Turgut Özal Tıp Merkezi Medikal Onkoloji polikliniğine 09.01.2017-07.04.2017 tarihleri arasında başvuran meme kanseri tanılı 138 hasta ve meme kanseri olmayan, hasta grubuyla cinsiyet, yaş ve eğitim durumu açısından eşleştirilmiş 138 sağlıklı gönüllü üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Tüm deneklerden aydınlatılmış onam alınmıştır. Meme kanseri tanılı hasta grubu için çalışmaya alınma ölçütleri olarak tanının üzerinden 6 aydan fazla, 5 yıldan kısa sürenin geçmiş olması, 25-65 yaş aralığında olmaları aranmıştır. Gönüllülerde herhangi bir kafa içi kitlesinin olması, geçirilmiş inme öyküsü, zeka geriliği, bipolar afektif bozukluk veya herhangi bir psikotik atak öyküsünün olması, görüşmeye engel teşkil edecek düzeyde ağır bir fiziksel hastalığının olması dışlanma kriterleri olarak uygulanmıştır.

#### **3.2. YÖNTEM**

Hasta ve kontrol grubu araştırmacı tarafından DSM-5 kriterlerine göre değerlendirilmiş, çalışmaya alınma kriterlerini taşımayanlar çalışma dışı bırakılmıştır. Kriterleri taşıyan gönüllü hastalar tarafından Genel Sağlık Anketi, Sosyodemografik Veri Formu, Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği, İslamî Dindarlık Ölçeği, Travma Sonrası Büyüme (Gelişim) Ölçeği öz bildirim formatında doldurulmuştur. Bahsi geçen ölçekler, kontrol grubu tarafından da Travma Sonrası Gelişim Ölçeği hariç olmak üzere (travma maruziyeti olmadığı için) aynı şekilde doldurulmuştur.

Elde edilen veriler SPSS Statistic 17.0 ile istatistiksel analize tabi tutulmuştur.

### **3.3. ÇALIŞMADA KULLANILAN ÖLÇEKLER**

#### **3.3.1. Genel Sağlık Anketi**

Genel Sağlık Anketi (GSA), çalışmaya alınan erişkinlerin ruhsal durumunu taramak amacıyla kullanılan bir ölçektir. Ülkemizde anketin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları iki farklı araştırmayla yapılmıştır (127, 128). GSA bir tanıya götürmemekle birlikte psikiyatrik hastalıklar ve içinde bulunulan psikiyatrik durum hakkında genel fikir veren bir ölçektir. Sürekli gerilim, değersizlik hissi, dikkat sorunları ve keyifsizlik gibi parametrelerin genel bir ölçümünü yapar. Aslı 60 soruluk olan anketin, 30, 28, 20 ve 12 soruluk kısa formları bulunmaktadır. Bu kısa formların da aslı kadar iyi sonuçlar verdiği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (129). Zaman açısından kolaylık sağlaması nedeniyle en sık kullanılan formu 12 sorulu olanıdır. Her soru son iki haftadaki belirtileri sorgular ve dörder şıklıdır (hiç olmuyor, her zamanki kadar, her zamankinden sık, çok sık). Çalışmamızda 12 soruluk GSA kullanılmıştır ve sonuçlar her bir yanıt seçeneğinin 0-1-2-3 şeklinde puanlandığı likert tipi puanlamayla değerlendirilmiştir. GSA 12 ve GSA 28'in ortak olarak geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. GSA 12'in iç tutarlılığı 0.78, duyarlılığı 0.74, özgüllüğü 0.84'dür (128).

#### **3.3.2. İslamî Dindarlık Ölçeği**

Dindarlık Ölçeği (DÖ), kişilerin dindarlık düzeylerini rakamsal değerlerle ifade etmek amacıyla geliştirilen ölçme aracıdır. Bu araştırmada katılımcıların dindarlık düzeylerini ölçmek için Uysal tarafından geliştirilen, dinî hayatın çeşitli boyutlarıyla ilgili kanaat, inanç, tutum ve davranışları değerlendiren, halkın dinî hayatını ya da dindarlık anlayışını tespit etmeyi amaçlayan ve sadece müslümanlar için geçerli olan "İslamî Dindarlık Ölçeği" kullanılmıştır. Test, ilâveler veya çıkartmalarla bugüne kadar pek çok çalışmada kullanılmıştır.

Ölçekte iki değerlendirme şekli bulunmaktadır. Birinci kısımda Likert formatına göre düzenlenmiş 18 soru olup, her bir soruda "tamamen katılıyorum", "oldukça katılıyorum", "kararsızım", "pek katılmıyorum" ve "hiç katılmıyorum" şeklinde beş

derece mevcuttur. İkinci kısımda ise çoktan seçmeli 12 soru bulunmaktadır. Tüm sorularda en olumludan en az olumluya doğru sırasıyla +5, +4, +3, +2 ve +1 değerinde puanlama yapılmıştır. Bunlar herhangi bir katılımcının bu ölçekten alacağı en yüksek ve en düşük puanı belirlemektedir. Bu puanlara göre bir katılımcının bu ölçekten alacağı en yüksek puan  $5 \times 30 = 150$  iken, en düşük puan ise  $1 \times 30 = 30$  puan olacaktır. Puanın yüksek oluşu, o davranışın oldukça sık ya da yüksek düzeyde görüldüğü anlamına gelmektedir. 30 maddeden oluşan ölçeğin faktör analizi sürecinde, maddelerin Glock tarafından önerilen dinin beş boyutu şeklinde, ancak farklı şekilde isimlendirilen beş faktör şeklinde analiz edilebileceği anlaşılmıştır (130). Buna göre analiz sonucunda faktörler şu şekilde oluşmuştur:

Faktör 1: Dinin Hayata Etki Boyutu 11, 12, 15, 16, 17, 18, 21, 23, 27, 28, 29. maddeleri kapsamaktadır.

Faktör 2: İnanç Boyutu: 1, 2,3, 4, 5, 6, 7,8, 9 ve 30. maddeleri kapsamaktadır.

Faktör 3: Dindarlığın Bilgi Boyutu 24, 25 ve 26. maddeleri kapsamaktadır.

Faktör 4: Dindarlığın İbadet Boyutu 19, 20 ve 22. maddeleri kapsamaktadır.

Faktör 5: Dindarlıkta İbadetlerin Bireysel ve Sosyal Boyutu: 10, 13 ve 14. maddeleri kapsamaktadır (130).

### **3.3.3. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği**

Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ), Friborg ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilmiştir (131). Ölçek beş boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; kişisel güç, yapısal stil, sosyal yeterlilik, aile uyumu ve sosyal kaynaklar boyutlarıdır. Ölçek, bireylerdeki psikolojik dayanıklılık düzeyini ölçmeyi amaçlamaktadır.33 maddeden oluşan YPDÖ'nin, Türkçe çevirisinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, 2011 yılında Basım ve Çetin tarafından yapılmıştır (5).

Ölçeğin belirlenmiş bir minimum ve maksimum puan aralığı ya da kesme puanı bulunmamaktadır. Değerlendirmede puanlar arttıkça psikolojik dayanıklılık artmakta, puanlar azaldıkça psikolojik dayanıklılık azalmaktadır. Ölçeğin güvenilirliği için toplam Cronbach Alfa katsayısı 0.86 bulunmuştur.

Friborg ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada “kişisel güç” boyutu “kendilik algısı” ve “gelecek algısı” biçiminde ikiye ayrılmış ve toplam altı boyutlu bir yapı ortaya konulmuştur. Ölçekte, “yapısal stil” (3, 9, 15, 21) ve “gelecek algısı” (2, 8, 14,

20) dörder maddeyle; “aile uyumu” (5, 11, 17, 23, 26, 32), “kendilik algısı” (1, 7, 13, 19, 28, 31) ve “sosyal yeterlilik” (4, 10, 16, 22, 25, 29) altışar maddeyle ve “sosyal kaynaklar” (6, 12, 18, 24, 27, 30, 33) boyutu ise yedi maddeyle ölçülmektedir (132).

Ölçekte, maddelerin tercih edilmesinde önyargılı değerlendirmelerden kaçınmak için, olumlu ve olumsuz özelliklerin farklı taraflarda olduğu, yanıtlar için ise beş ayrı kutucuğun yer aldığı bir format kullanılmaktadır.

Çalışmamızda, puanlar arttıkça psikolojik dayanıklılığın artması istendiğinden, 1, 3, 4, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 23, 24, 25, 27, 31, 33 numaralı sorular ters sorular olduğu için sağdan sola doğru 1 2 3 4 5 şeklinde; diğer sorular ise soldan sağa doğru 1 2 3 4 5 puan olacak şekilde değerlendirilmiştir.

### **3.3.4. Travma Sonrası Büyüme (Gelişim) Ölçeği**

Travma sonrası büyüme (gelişim) ölçeği (TSBÖ) Tedeshi ve Colhoun tarafından 1996 yılında, kişilerin yaşadıkları travmatik yaşantılardan sonra travma sonrası gelişim yaşayıp yaşamadıklarını incelemek amacıyla geliştirilmiştir (34). Ölçek 0-5 arasındaki puanlama değerine göre puanlanmaktadır. Puanlama sistemi (0), bu değişikliği yaşamadım, (5) ise bu değişikliği çok büyük oranda yaşadım arasında oluşmaktadır. Ölçek 21 maddeden oluşmaktadır ve ölçekten alınabilecek puan 0-105 olarak belirtilmiştir. Ölçekten alınan sonuç, kişinin travma sonrası ne düzeyde büyüme gösterdiği hakkında bilgi verir.

Ölçeğin farklı Türkçe formları bulunmaktadır. Kılıç (133) tarafından Türkçeye çevrilen ilk ölçekte orijinali altılı değerlendirme yerine beşli değerlendirme şekli kullanılmış ve seçenekler orijinalinden farklı değerlendirilmiştir.

Dirik ve Karancı tarafından yapılan Türkçe uyarlamasında Romatoid Artrit tanılı hastalarda çalışılmış ve orijinali gibi altılı değerlendirme sistemi kullanılmıştır (134). Ölçekteki 21 madde üç faktör altında değerlendirilmiştir. Bunlar; “Başkalarıyla İlişkilerdeki Değişimler” (6, 8, 9, 15, 16, 20, 21. maddeler), “Hayat Felsefesindeki Değişimler” (3, 7, 11, 14, 17. maddeler), “Kendilik Algısında Değişimler” (1,2, 4, 5, 10, 12, 13, 18, 19. maddeler) alanlarıdır.

Bu çalışmamızda Dirik ve Karancı tarafından yapılan bu çeviri esas alınmış ve bahsi geçen üç alandaki değişimler incelenmiştir.

### 3.3.5. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)

Özgün adı Beck Helplessness Scale (BHS) olan ölçek, Beck ve arkadaşları tarafından 1974 yılında, umutsuzluk düzeyini belirlemek için geliştirilen, öz bildirim tarzında bir ölçektir. Ölçek 20 maddeden oluşmakta ve 0-1 arasında puanlanmaktadır. Ergen ve yetişkinlere uygulanılabilen bir ölçektir. Ölçeğin puanlanmasında, 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15. ve 19. sorularda "hayır" cevabı 1 puan alırken; 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18. ve 20. sorularda ise "evet" cevabı 1 puan almaktadır. Alınan puanın yüksekliğinin bireydeki umutsuzluğun yüksekliğiyle doğru orantılı olduğu değerlendirilmektedir. Puan aralığı, 0-20 olarak belirlenmiştir. Araştırmacılar, ölçekten elde edilen 0-3 arası puanın normal, 4-8 arası puanın hafif, 9-14 arası puanın orta ve 15 ve yukarısı puanın yoğun düzeyde umutsuzluğu ifade ettiğini belirtmektedirler (135).

Ölçeğin ilk olarak 1991 yılında Seber tarafından Türkçe'ye uyarlama çalışması yapılmıştır. Bu çalışmada 107 kişilik örneklem üzerinde yapılan araştırmada güvenilirlik için saptanan Cronbach Alfa katsayısı  $\alpha=0.86$ , test-tekrar test sonucu elde edilen Pearson momentleri çarpımı korelasyonu ise  $r=0.73$  olarak bulunmuştur (136).

Ölçeğin daha sonra Durak ve Palabıyıkoglu tarafından yapılan Türkçe çeviri çalışmasında BUÖ'nün hem normal kişiler için hem de psikiyatrik ve kronik fiziksel hastalığı olan bireylerde umutsuzluğu ölçmek için geçerli ve güvenilir olduğu belirlenmiştir (137). Araştırmada ölçek 373 kişi üzerinde uygulanmış ve tüm örneklem için Alpha güvenilirlik katsayısı  $\alpha=0.85$  olarak bulunmuştur.

## 4. BULGULAR

Hasta ve kontrol grubunun yaş ortalamasının yaklaşık 49 olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 1).

**Tablo.1-** Hasta ve kontrol grubunun yaş ve çocuk sayısı ortalamalarının karşılaştırılması

		Ort.	Std. Sapma	p*
Yaş	Hasta	48.75	8.28	.925
	Kontrol	48.65	8.44	
Çocuk	Hasta	2.46	1.49	.000
	Kontrol	3.32	1.93	

\*T test

Hasta grubunda çocuk sayısı en çok 7 iken, kontrol grubunda bu sayı 9'dur. Her iki grupta da sıklığı 2, 3 ve 4 çocuk sahibi anneler oluşturmaktadır. Çocuk sayısı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak kontrol grubu lehine anlamlı fark bulunmaktadır ( $p<0.001$ ).

Hastaların ve kontrol grubunun diğer sosyodemografik verileri tablo 2'de sunulmuştur.

**Tablo.2-** Hastaların ve kontrol grubunun diğer sosyodemografik verilerinin karşılaştırılması

		Hasta		Kontrol		p*
		N	%	N	%	
Eğitim Durumu	Okula gitmemiş	20	14.5	21	15.2	.947
	İlköğrenim	73	52.9	72	52.2	
	Lise	25	18.1	25	18.1	
	Yükseköğrenim	20	14.5	20	14.5	
Medeni Durum	Evli	110	79.7	128	92.8	.010
	Bekâr	13	9.4	2	1.4	
	Dul	15	10.9	8	5.8	
Meslek Grubu	Ev hanımı	105	76.1	109	79.0	.566
	Diğer	33	23.9	29	21.0	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	119	86.2	112	81.2	.256
	Çalışmıyor	19	13.8	26	18.8	
Ekonomik Durum	Kötü	12	8.7	2	1.4	.114
	Orta	90	65.2	94	68.1	
	İyi	33	23.9	40	29.0	
	Çok iyi	3	2.2	2	1.4	
Birlikte Yaşama Durumu	Aile	128	92.8	126	91.3	.658
	Diğer	10	7.2	12	8.7	
Psikiyatrik Tedavi	Almıyor	111	80.4	127	92.0	.005
	Alıyor	27	19.6	11	8.0	

\*T test

Tablodan da anlaşılacağı üzere eğitim durumu açısından gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakta ve her iki grupta da yoğunluğu ilköğrenim mezunları oluşturmaktadır.

Medeni durum açısından bakıldığında hasta grubunda bekâr ve dul oranının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu, hiç evlenmemiş olanların hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir ( $p<0.01$ ).

Ekonomik durum açısından, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamakta ve her iki grupta da katılımcıların çoğunluğunun kendilerini “orta” kategorisinde değerlendirdikleri görülmektedir.

Çalışma durumu bakımından katılımcıların özellikle de hasta grubunun aktif olarak herhangi bir işte düzenli olarak çalışmadıkları ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı görülmektedir.

Meslek grubu açısından bakıldığında, her iki grubun çoğunluğunun evhanımlarından oluştuğu görülmektedir.

Katılımcıların birlikte yaşama durumuna bakıldığında büyük çoğunluğunun aileleriyle birlikte yaşadıkları anlaşılmaktadır.

Verilerimize göre hasta grubunun kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek oranda psikiyatrik tedavi aldığı anlaşılmaktadır ( $p<0.005$ ).

Hastaların meme kanseri tanısı aldıktan sonraki süreleri tablo.3’de belirtilmiştir.

**Tablo.3-** Hastalık süreleri

	Hastalık süresi	
	N	%
6-12 ay	29	21
12-24 ay	22	15.9
24-36 ay	31	22.5
36-48 ay	23	16.6
48-60 ay	33	24

Hasta grubundaki katılımcıların hastalık sürelerine bakıldığında dağılımın senelere göre birbirine yakın olmakla birlikte, hastalığın 5. yılında olan hastaların birinci sıklıkta olduğu görülmektedir. Ortalama tanı süresi  $34.4\pm 18.9$  aydır.

Hasta grubunun şimdiye kadar almış oldukları tedavi türleri tablo.4’te sunulmuştur.



**Tablo.4-** Meme kanserli hastaların aldıkları tedavi türlerine göre sınıflandırılması

	N	%
KT	11	8.0
C+KT	28	20.3
C+RT	1	0.7
C+KT+RT	96	69.6
KT+RT	2	1.4

Hastaların aldığı tedavi modalitelerinde büyük oranda cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi tedavilerinin üçünü alanların çoğunluğu oluşturduğu görülmektedir.

Hasta grubunun metastaz durumları tablo.5'te sunulmuştur.

**Tablo.5-** Hastaların metastaz durumları

	N	%
Yok	109	79.0
Var	29	21.0

Hastaların yaklaşık 1/5'inde meme kanserinin çeşitli yerlere metastaz yaptığı anlaşılmaktadır.

Meme kanseri tanısı almadan önce psikiyatrik tedavi alma durumları tablo.6'da verilmiştir.

**Tablo.6-** Hastalıktan önce psikiyatrik tedavi alma durumu

	N	%
Almamış	112	81.2
Almış	26	18.8

Meme kanseri olan hasta grubunun yaklaşık 1/5'inin hastalıktan önce herhangi bir nedenle psikiyatrik tedavi aldıkları görülmektedir.

Meme kanserli hastaların hastalıkları konusundaki bilgi düzeyleri tablo.7’de verilmiştir.

**Tablo.7-**Hastaların meme kanseri hakkında bilgi düzeyi

	N	%
Hiç	17	12.3
Kısmen	71	51.4
Yeterli	50	36.2

Hastaların yarısından fazlasının hastalıkları hakkında kısmen bilgi sahibi oldukları anlaşılmaktadır. “Hastalığım hakkında hiçbir bilgiye sahip değilim” diyenlerin ise oransal olarak azınlığı oluşturdukları görülmektedir.

Katılımcıların Genel Sağlık Anketi, Dindarlık Ölçeği, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, Travma Sonrası Büyüme Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği puanları tablo 8’da sunulduğu gibidir.

**Tablo.8-** Hasta ve kontrol grubunun Dindarlık Ölçeği, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, Travma Sonrası Büyüme Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

		Hasta n:138	Kontrol n:138	p*
		Ort.±Std. Sapma	Ort.±Std. Sapma	
GSA		11,80±6,98	9,96±5,27	,014
Dindarlık Ölçek Puanları	etki	46,83±6,09	46,38±5,95	,542
	inanç	48,78±3,48	48,96±2,75	,646
	bilgi	9,14±2,46	8,55±2,50	,050
	ibadet	10,77±2,76	11,10±3,00	,338
	sosyal	12,64±2,92	12,09±2,66	,020**
	toplam dindarlık puanı	128,18±14,47	127,20±12,91	,551
Psikolojik Dayanıklılık Puanları	yapısal stil	15,25±3,10	15,16±3,93	,838
	gelecek algısı	14,25±3,94	14,56±4,42	,547
	aile uyumu	24,72±4,55	25,28±4,36	,293
	kendilik algısı	23,25±4,73	23,80±5,00	,348
	sosyal yeterlilik	23,87±4,70	23,49±4,70	,506
	sosyal kaynaklar	29,28±4,18	29,51±4,28	,639
	Dayanıklılık toplam	130,91±18,26	131,88±19,59	,671
Travma Sonrası Büyüme Puanları	baskalarıyla ilişkilerdeki değişimler	23,14±8,24		
	hayat felsefesindeki değişimler	14,77±6,35		
	kendilik algısındaki değişimler	32,72±9,73		
	Travma sonrası büyüme toplam	70,92±21,66		
Beck Umutsuzluk Ölçeği		4,62±4,10	3,95±3,26	,132

\* T test , \*\* Mann-Whitney Test

**Genel Sağlık Anketi Verileri:** Hastaların mevcut psikiyatrik durumlarını taramayı amaçlayan bu ölçekte hasta grubu puanlarının, istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmamış olsa da, daha yüksek olduğu görülmektedir.

**Dindarlık Ölçeği Verileri:** Dindarlık ölçeği verilerine bakıldığında özellikle inanç ve etki boyut puanlarının alınabilecek maksimum puana çok yakın olduğu ve gruplar arasında sadece dinin sosyal boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu anlaşılmaktadır ( $p<0.05$ ).

**Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Verileri:** Psikolojik dayanıklılık verilerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir.

**Travma Sonrası Büyüme Ölçeği Verileri:** Bu ölçek sadece hasta grubunda uygulanmış olup veriler hastaların ortalamadan daha yüksek gelişim düzeylerine sahip olduğunu göstermektedir. TSB toplam puanı 70,92 ( $\pm 21,66$ ) ile alınabilecek maksimum puanın %68'ine denk gelmektedir.

**Beck Umutsuzluk Ölçeği Verileri:** Beck Umutsuzluk Ölçeği verilerine göre; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte hasta grubunda umutsuzluk puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Hasta grubundaki ortalama 4,62 ( $\pm 4,10$ ) puanı hafif düzeyde umutsuzluk anlamına gelmektedir.

Çalışmamızda elde edilen verilerin birbirleriyle olan ilişkilerine Pearson korelasyon testiyle bakılmıştır. Sosyodemografik verilerin dindarlıkla ilişkisi Tablo.9'da verilmiştir.

**Tablo 9-Sosyodemografik verilerin dindarlıkla ilişkisi**

		Etki	İnanç	Bilgi	İbadet	Sosyal	Toplam Dindarlık
Yaş	Pearson Correlation	-.100	-.042	-.184**	-.006	-.093	-.100
	Sig. (2-tailed)	.098	.490	.002	.928	.124	.097
Öğrenim	Pearson Correlation	-.223**	-.132*	.128*	-.251**	-.157**	-.194**
	Sig. (2-tailed)	.000	.028	.033	.000	.009	.001
Ekonomik Durum	Pearson Correlation	-.033	.061	.043	-.067	-.058	-.021
	Sig. (2-tailed)	.590	.313	.479	.265	.338	.727
Kronik hastalık sayısı	Pearson Correlation	.097	.056	-.010	-.002	.063	.069
	Sig. (2-tailed)	.108	.356	.863	.974	.297	.253
Tedavi Süresi (ay)	Pearson Correlation	-.111	-.115	-.031	-.112	-.075	-.114
	Sig. (2-tailed)	.194	.179	.718	.191	.380	.182

\*\* 0.01 düzeyinde ilişki (2-tailed).

\* 0.05 düzeyinde ilişki (2-tailed).

Tabloya bakıldığında dindarlıkla ilişkilendirilebilen sosyodemografik veriler olarak yaş ve öğrenim faktörleri göze çarpmaktadır. Yaş faktörünün sadece dinin bilgi boyutuyla negatif korelasyonu olduğu anlaşılmaktadır. Öğrenim faktörünün ise dinin tüm boyutlarıyla ve dindarlık toplam puanıyla negatif bir ilişkisinin olduğu görülmektedir. Öğrenim düzeyindeki bu korelasyon etki, ibadet, sosyal boyutlar ve dindarlık toplam boyutuyla yüksek düzeyde iken ( $p<0.01$ ); inanç ve bilgi boyutlarıyla ılımlı düzeyde ( $p<0.05$ ) görünmektedir.

Dindarlık ve dayanıklılık ölçeklerinin alt boyutları arasındaki ilişki tablo 10'da verilmiştir.

**Tablo 10-** Dindarlık-dayanıklılık ilişkisi

		Etki	İnanç	Bilgi	İbadet	Sosyal	Toplam dindarlık puanı
Yapısal Stil	Pearson Correlation	,005	-,045	,134	-,028	,002	,007
	Sig. (2-tailed)	,950	,600	,116	,742	,977	,932
Gelecek Algısı	Pearson Correlation	,034	,085	,109	-,012	,086	,069
	Sig. (2-tailed)	,694	,322	,201	,889	,316	,424
Aile Uyumu	Pearson Correlation	,092	-,012	,133	,089	-,056	,065
	Sig. (2-tailed)	,283	,887	,121	,298	,511	,449
Kendilik Algısı	Pearson Correlation	- ,023	,012	,119	,018	,097	,036
	Sig. (2-tailed)	,786	,892	,163	,831	,259	,678
Sosyal Yeterlilik	Pearson Correlation	,070	,204*	,106	,093	,208*	,156
	Sig. (2-tailed)	,414	,017	,214	,280	,014	,068
Sosyal Kaynaklar	Pearson Correlation	- ,043	,115	,041	-,012	-,054	,005
	Sig. (2-tailed)	,618	,178	,633	,888	,529	,955
Dayanıklılık Toplam	Pearson Correlation	,039	,094	,153	,043	,080	,089
	Sig. (2-tailed)	,653	,272	,074	,619	,348	,298

Tabloya göre dindarlık ve dayanıklılık toplam puanları ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak herhangi bir ilişki bulunmamaktadır.

Dindarlığın alt boyutlarıyla travma sonrası büyüme ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişkiler tablo 11’de sunulmuştur.

**Tablo.11-** Dindarlık-Travma sonrası büyüme ilişkisi

		Başkalarıyla ilişkilerdeki değişimler	Hayat felsefesindeki değişimler	Kendilik algısındaki değişimler	TSB toplam
Etki	Pearson Correlation	.309**	.211*	.261**	.298**
	Sig. (2-tailed)	.000	.013	.002	.000
İnanç	Pearson Correlation	.275**	.148	.186*	.229**
	Sig. (2-tailed)	.001	.082	.029	.007
Bilgi	Pearson Correlation	.211*	.220**	.139	.200*
	Sig. (2-tailed)	.013	.010	.105	.019
İbadet	Pearson Correlation	.111	.066	.121	.098
	Sig. (2-tailed)	.195	.442	.156	.254
Sosyal	Pearson Correlation	.176*	.038	.004	.096
	Sig. (2-tailed)	.039	.658	.961	.265
Toplam dindarlık puanı	Pearson Correlation	.290**	.184*	.203*	.254**
	Sig. (2-tailed)	.001	.031	.017	.003

\*\* 0.01 düzeyinde ilişki (2-tailed).

\* 0.05 düzeyinde ilişki (2-tailed).

Tabloya bakıldığında; başkalarıyla ilişkilerdeki değişim alt boyutunun dindarlığın toplam, etki ve inanç boyutlarıyla istatistiksel olarak yüksek düzeyde ( $p<0.01$ ), bilgi ve sosyal boyutlarıyla ise ılımlı düzeyde ( $p<0.05$ ) pozitif ilişkisinin olduğu görülmektedir. Hayat felsefesindeki değişimler alanında bilgi boyutunda yüksek ( $p<0.01$ ), etki ve toplam dindarlık alanlarında ise ılımlı düzeyde ( $p<0.05$ ) bir pozitif ilişki olduğu görülmektedir. Kendilik algısındaki değişimler boyutunda etki boyutuyla yüksek ( $p<0.01$ ), inanç ve toplam dindarlık boyutlarıyla ise ılımlı düzeyde ( $p<0.05$ ) pozitif bir

ilişki olduğu anlaşılmaktadır. Travma sonrası büyüme toplam puanı açısından ise; etki, inanç ve toplam dindarlık boyutlarıyla yüksek ( $p<0.01$ ), bilgi boyutuyla ise ılımlı düzeyde ( $p<0.05$ ) pozitif ilişki olduğu görülmektedir.

Dindarlığın alt boyutlarıyla Beck umutsuzluk ölçek puanı arasındaki ilişkiler tablo 12’de sunulmuştur.

**Tablo.12-Dindarlık-Beck umutsuzluk ölçeği ilişkisi**

		Etki	İnanç	Bilgi	İbadet	Sosyal	Toplam Dindarlık Puanı
Beck Umutsuzluk Ölçeği	Pearson Correlation	-.032	-.125*	-.061	-.067	-.016	-.072
	Sig. (2-tailed)	.602	.038	.314	.264	.790	.230

\* 0.05 düzeyinde ilişki (2-tailed).

Tabloya göre dindarlığın sadece inanç boyutuyla umutsuzluk puanı arasında negatif bir korelasyon olduğu ( $p<0.05$ ), diğer boyutlar ve toplam puanlar açısından herhangi bir ilişki bulunmadığı görülmektedir.



## 5. TARTIŞMA

Çalışmamızda meme kanserli hasta grubu ile kontrol grubu arasında sosyodemografik veriler açısından çocuk sayısı ve medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktaydı. Çocuk sayısı açısından yapılan çalışmalarda gebelik sayısı ile meme kanseri arasında ters bir korelasyon olduğu görülmekte ve az sayıda doğumun kanser riskini arttırdığı bildirilmektedir. Nitekim Mellemgaard ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada doğum sayısı arttıkça meme kanseri riskinin azaldığı ve en düşük riskin 6 ve daha fazla doğum yapan kadınlarda olduğu sonucuna varılmıştır (138).

Medeni durum açısından bakıldığında çalışmamızda hasta grubunda bekâr oranının yüksek olduğu görülmektedir. Meme kanseri ile medeni durum arasındaki ilişki birçok çalışmada incelenmiş ve meme kanseri oranının hiç evli olmayan kadınlarda evli olanlara göre daha yüksek olduğu tekrar tekrar gösterilmiştir (139). Çalışmamızda elde edilen veriler bu literatürle uyumludur.

Verilerimize göre hasta ve kontrol grubu arasında şu anda psikiyatrik tedavi alma açısından hasta grubu lehine anlamlı yükseklik olduğu göze çarpmaktadır. Kanser hastalarında; hastalığın oluşturduğu stres, ilaç yan etkileri, sosyal problemler gibi nedenlerle –verilerimizle uyumlu olarak- ortaya çıkan psikiyatrik bozukluk oranının normal popülasyona göre daha yüksek (%30-40) olduğu; en sık olarak da anksiyete ve depresif bozuklukların görüldüğü belirtilmektedir (140).

Çalışmada incelediğimiz sosyodemografik verilerin dindarlıkla ilişkisine baktığımızda yaş ve öğrenim faktörleriyle dindarlık arasında ilişki olduğu görülmektedir. Diğer faktörlerle dindarlık toplam ve alt ölçek puanlarıyla herhangi bir ilişki saptanmamıştır.

Medeni durum açısından bakıldığında evli, bekâr ve dul olma durumu ile dindarlık toplam ve alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ülkemizde yapılan birçok çalışmada evlilerin bekârlara ve bazı çalışmalarda da dullara göre dinî pratikleri yerine getirme ve içgüdümlü dindarlık açısından daha dindar oldukları saptanmıştır (97). Batı toplumları için aynı şeyi söylemek mümkün değildir. Bazı çalışmalarda evliler lehine küçük farklar ortaya çıkarken, bazı çalışmalarda ise bekârların daha dindar oldukları ortaya konulmuştur (97). Beit-Hallahmi ve Argyle'in

derledikleri bir çalışmada eşini kaybetmiş dulların diğer gruplara göre daha çok dinî davranış sergiledikleri saptanmıştır (141). Çalışmamızda elde edilen veriler sonucunda batılılaşmayla birlikte toplumumuzda meme kanseri oranındaki artışa benzer şekilde, medeni durum-dindarlık ilişkisinin de batı toplumlarına benzemeye başladığı görülmektedir.

Yaş faktörü dindarlığın bilgi boyutuyla negatif bir korelasyon göstermektedir. İleri yaş grubunda eğitim düzeyinin düşük oluşunun, din bilgisi düzeyinin düşük olmasına yol açmış olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda eğitim faktörünün, hem dindarlık toplam puanıyla hem de alt ölçekleriyle ilişkili olduğu görülmektedir. Eğitim durumunun, bilgi boyutuyla ılımlı düzeyde pozitif bir korelasyona sahipken, inanç boyutuyla ılımlı bir negatif korelasyona sahip olduğu belirlenmiştir. Eğitim durumunun dindarlığın etki, ibadet, sosyal boyut puanları ve toplam dindarlık puanlarıyla negatif ilişkisinin olduğu görülmektedir. Bu konuda daha önce yapılan çalışmalara bakıldığında eğitim düzeyi ile dindarlık arasındaki ilişkinin oldukça karmaşık bir yapısının olduğu görülmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmaların birçoğuna göre eğitim düzeyi yükseldikçe dindarlık düzeyinde azalma görülmektedir (97). Bizim çalışmamızda da bu çalışmaların sonuçlarıyla uyumlu şekilde dindarlık toplam puanı ve alt boyutlarının eğitimle negatif bir ilişki gösterdiği saptanmıştır. Bu durum seküler eğitim tarzının dindarlık düzeyini olumsuz etkilediğini düşündürmektedir.

Çalışmamıza alınan hastaların ortalama TSB skorunun, daha önce yapılan çalışmalardan daha yüksek olduğu gözlenmektedir. Katılımcıların literatürdeki çalışmalara göre yüksek TSB düzeylerine sahip olmaları, önceki çalışmaların farklı kanser türlerinde ve cinsiyet olarak karışık gruplarda yapılmış olmasından, farklı kanser türlerinin farklı şiddette travmalar oluşturmasından kaynaklanmış olabilir. Kadın hasta grubunda gerçekleştirdiğimiz bu çalışmada daha yüksek düzeyde TSB saptamamız, kadın cinsiyetin erkeklere göre daha yüksek TSB düzeyi sergileyebileceği bilgisiyle ilişkili olabilir. Literatüre bakıldığında çoğu çalışma, kadınların erkeklerden daha fazla TSB deneyimleme eğiliminde olduğunu göstermektedir. Yaş açısından bakıldığında ergenlik sonrası gençlerin; daha yüksek eğitim seviyelerinin ve en azından ılımlı bir gelir düzeyinin TSB öngördürücüsü olabileceği bildirilmektedir (142). Bizim

çalışmamızda ise TSB ile yaş, eğitim ve gelir durumu arasında ilişki saptanmamıştır. Ancak hastalığı hakkındaki bilgi düzeyi TSB düzeyi ile ilişkili bulunmuştur.

Danhauer ve ark. meme kanseri tanısı alan kadın hastaları tanı aldıkları 8 ay içinde, sonra da altışar ay arayla üç defa değerlendirdikleri uzunlamasına modelde, eğitim (üniversite mezunu dışında), teşhisten bu yana geçen süre, hastalığa ilk müdahale yapıldığında hastalığın düzeyi, sosyal destek, manevî olarak anlamlandırma ve huzur, inanç düzeyi, aktif-adaptif başa çıkma stratejilerinin kullanımı ve zihinsel sağlık düzeyinin toplam TSBÖ skoru ile ilişkili olduğunu belirlemişlerdir (143). Yine Danhauer ve arkadaşlarının meme kanserli hastalarda yaptıkları başka bir çalışmada hastaların travma sonrası büyüme düzeylerinin yaklaşık yarısında (önerilen üç grup) stabil bir şekilde devam ettiği, önerilen iki grupta ılımlı bir artış gözleendiği, bir grupta ise ciddi bir artışın olduğu gösterilmiştir. Bu gruptaki kadınlar, düşük TSB seviyeleriyle başlayıp, tanıdan sonraki ilk 16 ay boyunca ılımlı seviyelere yükselmiş ve daha sonra bu düzeylerde kalmışlardır. Bu bulgular, TSB açısından farklı gelişim süreçlerinin olabileceği sonucunu ortaya koymaktadır (144).

TSB açısından farklı hasta gruplarının olmasının, çalışmalar arasında sosyodemografik veriler açısından gözlenen tutarsızlıklara neden olduğu söylenebilir. Çalışmamızda hastaların farklı gruplar şeklinde ayrılmamış olması bahsi geçen sosyodemografik verilerle herhangi bir korelasyon saptanmamasına yol açmış olabilir.

Hastalığı hakkındaki bilgi düzeyinin TSB ile ilişkisi açısından kişilerin bilgi düzeyi arttıkça büyümelerinin de daha fazla olduğu görülmektedir. Bu durum insanların belirsizliğe tahammül edememesi; belirsizliğin hastalığa ek olarak kişilerde stres oluşturması; bu durum ortadan kalkınca daha fazla gelişim gösterdikleri şeklinde açıklanabilir.

Travma sonrası büyüme ile dindarlık ilişkisinde hem toplam puanlar hem de alt boyutlar açısından pozitif bir ilişki göze çarpmaktadır. Dinî değerlendirme faktörleri, sıkıntı ve stres derecelerini belirleyen önemli bir faktördür. Bu nedenle, birçok araştırma dinî değerlendirme ve acı ile ilgili dinî inançların bu değerlendirmeyi nasıl etkileyebileceği üzerine odaklanmıştır. Travma öncesi dinî faktörlerle birlikte travma sonrası gelişim gibi dinî mücadelenin olumlu sonuçlarını belirleyen faktörler, potansiyel manevi dayanıklılık faktörü olarak değerlendirilmektedir (145).

Yapılan çalışmalarda dinî başa çıkma mekanizmalarının travma sonrası büyümenin önemli bir öngördürücüsü olduğu görülmektedir (146). Birçok çalışmada ciddi bir travmayla karşılaşan insanların aktif başetme mekanizması olarak dinî kaynaklardan faydalandıkları belirlenmekte, bunun sonucu olarak da travma sonrası büyüme ile dinî değerler arasında pozitif bir ilişki olduğu düşünülmektedir. İran'da travma maruziyeti olan üniversite öğrencilerinin değerlendirildiği bir çalışmada dindarlık düzeyi ile, özellikle de intrinsik dindarlıkla, travma sonrası büyüme arasında pozitif korelasyon olduğu gösterilmiştir (147).

Yanık hastalarının değerlendirildiği bir çalışmada yanık kazazedelerinin, yanık yaralanmalarının stresini ve travmasını yönetmek için sıklıkla dinî ve manevi başa çıkma biçimlerini kullandıkları ortaya konulmuştur. Bu çalışmada olumlu dinî başa çıkma yöntemlerinin daha sık kullanıldığı bildirilmekle birlikte, kullanılan olumsuz dinî başa çıkma yöntemlerinin daha fazla fiziksel ve psikolojik sıkıntı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Dinî inançlar ve uygulamalar, kronik sağlık sorunları yaşayan hastalarda doğrudan yaşam memnuniyeti ve yaşam kalitesi, benlik saygısı, duygusal huzur ve fonksiyonel sonuçlarla ilişkilendirilmiştir (142). Yine Şili'de meme kanseri tedavisi alan bir hasta grubunda yapılan bir çalışmada hastaların meme kanseriyle başetmede kullandıkları en önemli mekanizmanın dinî katılım ve inanç olduğu gösterilmiştir. Genel olarak sosyal imkanları kısıtlı bu hasta grubunda dinî imkanların sınırsız olması dinî başa çıkma yöntemlerinin kullanımına ayrıca katkı sunmuş gibi görünmektedir (148).

Dindarlığın travma sonrası büyümeyi nasıl etkilediği üzerine farklı görüşler bulunmaktadır. Birçok yazar dindarlığın; hastalığı ve süreci anlamlandırma, gerekçelendirme, kontrol hissi sağlama, yaşadığı olayı yeniden değerlendirebilme, dinî katılım sayesinde sosyal destek alabilme gibi etkilerinden dolayı travmayla aktif-adaptif başetme ve travma sonrası büyüme üzerine pozitif katkısının olduğunu ifade etmektedir. Bu bağlamda dindar insanların, kontrolü tanrıya bırakma, hastalıklarının kişisel ve ruhsal gelişme için bir katalizör olduğunu düşünme, kişisel ve ruhsal gelişimlerinin duygusal iyileşmeye yol açtığını düşünerek hayatlarını kontrol ettiklerini hissetme gibi özellikleri bu durumu sağlıyor olabilir (142). Pargament ve ark. göre, dindarlığın bu etkisini açıklayan üç ana faktör bulunmaktadır: sağlık değişkenleri (sağlık uygulamaları,

immünolojik yanıt...), psikolojik değişkenler (anlam, tutarlılık, benlik saygısı gibi ) ve sosyal değişkenler (sosyal destek, topluluk duygusu gibi)(149).

Din, hastalık deneyimindeki anlamı bulmayı kolaylaştıran yorumlayıcı bir çerçeve sunarak travma sonrası büyümeye neden olabilir. Nitekim müslüman hastalarda yapılan bir çalışmada hastalar, hastalıklarını Allah'ın dilemesinin bir sonucu olarak ve bir imtihan vesilesi olarak değerlendirmişlerdir (147).

Çalışmamızın sonuçları değerlendirildiğinde dindarlık ve dayanıklılık arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Psikolojik dayanıklılığın yapısı üzerine yapılan çalışmalarda farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Yazarların bir kısmı dayanıklılığı dinamik bir süreç olarak değerlendirirken; bir kısmı ise dayanıklılığın, bireyin sıkıntıya karşı koymasına imkân tanıyan kişisel nitelikleri veya zorlukların üstesinden gelme, yönlendirme ve normaline dönebilme kabiliyeti ile karakterize edilen nispeten istikrarlı bir kişilik türünü temsil ettiğini önermektedir. Alternatif olarak, yaşamsal olumsuzluklara ve olumsuz duygulara, becerikli adaptasyon, esneklik ve yaratıcılık ile korunan bir kişilik faktörü olarak değerlendirilmiştir.

Dayanıklılığın kişisel öznelik olarak değerlendirilmesi çocuklarla ilişkili çalışmalardan ziyade yetişkin literatüründe ele alınmıştır (150,151). Bu bağlamda Maddi ve ark. psikolojik dayanıklılığa ait kişilik özelliğinin, erken çocukluk döneminde gelişmeye başladığını, stresli durumlarla karşılaştığında ebeveynlerin tepkisi ve ihmalin psikolojik dayanıklılık üzerine etkili olduğunu belirtmiştir (58). Yine Maddi ve Khoshaba fiziksel ve ruhsal hastalıklar, küçük yaşlarda ebeveyn kaybı, sosyo-ekonomik düzey düşüklüğü gibi strese sebep olan olaylarla karşı karşıya kalmanın psikolojik dayanıklılık gelişimini etkilediğini göstermişlerdir (59).

Bahsi geçen çalışmalarla birlikte dindarlığın da çocuk ve gençlerin dayanıklılıklarının gelişiminde rol oynadığına dair veriler bulunmaktadır. Gunnestad, yaptığı çalışmada dinin çocuk ve gençlerde dayanıklılığa pozitif katkısını belirterek; özellikle bu yaş grubunun dua vasıtasıyla tanrıyla iletişim kurma yöntemiyle krizlerle baş etmeye çalıştıklarını ifade etmiştir. Ahiret inancının çocukların yakın kaybı nedeniyle maruz kaldıkları stresi azaltmakta belirgin etkisini ortaya koymuştur. Gunnestad, bu verilerin ışığında din, dünya görüşünün merkezi bir parçası olduğunda, çocukların ve gençlerin dayanıklılığına çok fazla katkıda bulunabileceğini belirtmiştir (152).

Kişisel olarak bu etkisiyle birlikte aile yapısı içinde dinin etkisinin, çocuğun dayanıklılığının şekillenmesinde rol oynadığı belirtilmiştir. Black ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada maneviyat ve dinî inançların ailenin bütünlüğü ve dayanıklılığı üzerine pozitif rol oynaması, dindar ailelerde daha az boşanma olması gibi yollarla çocuğun gelişimine pozitif anlamda katkı sağladığı gösterilmiştir (153).

Erişkinlerde yapılan çalışmalarda ise farklı sonuçlar elde edilmiştir. Örneğin; müslüman katılımcıların alındığı bir çalışmada dayanıklılıkla dindar kişilik arasında pozitif bir ilişki bulunurken; dayanıklılıkla İslamî dünya görüşü arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Yazarlar bu durumu sadece bilgi ve inanın değil; bunların sonucu olan yaşam tarzı ve ibadetlerin dayanıklılık üzerine etkisinin olduğu şeklinde yorumlamışlardır (154).

Çalışmamızın sonuçları ve yukarıdaki verilerin ışığında dinin; dayanıklılığın gelişim sürecinde önemli etkisi olan çocukluk ve gençlik döneminde dayanıklılık üzerine pozitif etkisinin olabileceği, ancak dayanıklılığın görece sabit bir evreye geçtiği erişkinlik döneminde belirgin bir etkisinin olmayacağı yorumu çıkarılabilir.

Bununla birlikte dindarlık-dayanıklılık üzerine yapılan çalışmalarda dindarlığın farklı yönlerine yönelik araştırmaların yapılmış olması; birçok çalışmada bizim çalışmamızda kullanılan beş boyutlu dindarlıktan farklı olarak iki boyutlu (intrinsik/ekstrinsik) dindarlık şeklini ölçen ölçeklerin kullanılmış olması; çalışmalarda çoğunlukla bizim çalışmamızda olduğu gibi kesitsel değerlendirme yapılmış olması; farklı yaş gruplarındaki farklı sonuçlar Pargament'in belirttiği gibi (155) bu iki yapının karmaşık, çok yönlü bir ilişkiye sahip olduğunu, din ve dayanıklılık arasındaki bağlantıların basit ve açık olmadığını; bu ilişkiyi netleştirmek için daha çok veriye ihtiyacımız olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda umutsuzluk ölçeği verilerine baktığımızda hasta gruba sağlıklı grubun umutsuzluk puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. Bu konuda yapılmış çalışmalara baktığımızda benzer sonuçların olduğu görülmektedir. Aslan ve ark. belirttiğine göre; Felder ve arkadaşlarının kanserli hastalarda yaptığı çalışmada hastaların umut düzeyi yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde Vellone ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada çalışmaya alınan kanser hastalarının orta düzeyde umut puanı aldıkları görülmektedir (156). Fadiloğlu ve ark. meme kanserli hastalarda yaptıkları bir çalışmada hastaların umutsuzluk puanını  $4.57 \pm 3.63$  olarak saptamışlardır.

(157). Yine ülkemizde yapılan başka bir çalışmada meme kanserli hastaların umutsuzluk puanı  $6.82 \pm 4.36$  olarak saptanmıştır (158). Ülkemizde yapılan, 59 meme kanseri tanılı hastanın mastektomi sonrası değerlendirildiği başka bir çalışmada yine umutsuzluk düzeyleri düşük olarak saptanmıştır (159).

Çalışmamızda elde edilen sonuçlar hasta grubunda hafif düzeyde bir umutsuzluk düzeyi olduğunu dolayısıyla yüksek düzeyde umutlu olduklarını göstermektedir. Bu sonuç yukarıdaki çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur. Umut puanlarının yüksek olmasında, teknolojinin günden güne ilerlemesi sonucunda kanser tedavisindeki gelişmelerin ve remisyon oranlarının artması, özellikle erken tanıda beş yıllık sağkalımın %95'lere kadar çıkıyor oluşu gibi iyi prognoz belirtileri, hastaların büyük çoğunluğunun hayata olumlu bakmasını sağlayacak sosyal destek sistemlerinin olması, doğru bilgiye daha kolay erişilebilmesi gibi nedenlerin etkili olduğu düşünülebilir.

#### **Çalışmanın sınırlılıkları:**

1. Çalışmamız kesitsel olarak yapıldığı için, değişkenlerin uzunlamasına değerlendirmesini kapsamamaktadır.
2. Çalışmamızda kullanılan dindarlık ölçeğinin, sadece müslümanlar için geçerlilik ve güvenilirliği bulunmaktadır.
3. Ortak travma olarak değerlendirilen meme kanseri açısından, hastaların algısına yönelik herhangi bir değerlendirme yapılmamıştır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

138 meme kanseri tanılı hasta ve yaş, eğitim durumu ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 138 sağlıklı kontrolün alındığı çalışmamızda veriler istatistiksel analize tabi tutulduktan sonra özetle aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

1. Hasta ve kontrol grubu arasında dindarlık düzeyi, psikolojik dayanıklılık, genel sağlık anketi ve umutsuzluk düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.
2. Gruplar arasında medeni durum ve çocuk sayısı açısından anlamlı fark bulunmuş ve bu veriler literatür bilgileriyle uyumlu olarak değerlendirilmiştir.
3. Katılımcıların sosyodemografik verilerine bakıldığında çoğunluğun evhanımı olduğu ve aileleriyle birlikte yaşadıkları görülmektedir.
4. Şu anda psikiyatrik tedavi alma durumuna göre hasta grubunun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek oranda tedavi aldığı görülmektedir.
5. Çalışmada incelediğimiz sosyodemografik verilerin dindarlıkla ilişkisi açısından sadece yaş ve öğrenim faktörleriyle dindarlık arasında ilişki bulunduğu, diğer faktörlerle dindarlık toplam ve alt ölçek puanlarıyla herhangi bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Yaş faktörünün dindarlığın sadece bilgi boyutuyla negatif bir korelasyonunun olduğu ( $p<0.01$ ) görülmektedir.

Eğitim durumu açısından bakıldığında, bilgi boyutuyla ılımlı düzeyde pozitif bir korelasyona sahipken ( $p<0.05$ ), inanç boyutuyla ılımlı bir negatif korelasyona sahip olduğu belirlenmiştir. ( $p<0.01$ ). Eğitim durumunun dindarlığın etki, ibadet, sosyal boyut puanları ve toplam dindarlık puanlarıyla ise negatif yüksek düzeyde ilişkisinin olduğu görülmektedir ( $p<0.05$ )

6. Çalışmamızda dindarlık düzeyi ile travma sonrası büyüme arasında hipotezimize uygun olarak pozitif korelasyon saptanmıştır. Travma sonrası büyümenin dindarlıkla ilişkisine alt boyutlar bazında bakıldığında; başkalarıyla ilişkilerdeki değişim alt boyutunun dindarlığın toplam, etki ve inanç boyutlarıyla istatistiksel olarak yüksek düzeyde ( $p<0.01$ ); bilgi ve sosyal boyutlarıyla ise ılımlı düzeyde ( $p<0.05$ ) pozitif



ilişkinin olduğu görülmektedir. Hayat felsefesindeki değişimler alanında bilgi boyutunda yüksek ( $p<0.01$ ); etki ve toplam dindarlık alanlarında ise ılımlı düzeyde ( $p<0.05$ ) bir pozitif ilişki olduğu görülmektedir. Kendilik algısındaki değişimler boyutunda etki boyutuyla yüksek ( $p<0.01$ ); inanç ve toplam dindarlık boyutlarıyla ise ılımlı düzeyde ( $p<0.05$ ) pozitif bir ilişki olduğu anlaşılmaktadır. Travma sonrası büyüme toplam puanı açısından ise; etki, inanç ve toplam dindarlık boyutlarıyla yüksek ( $p<0.01$ ), bilgi boyutuyla ise ılımlı ( $p<0.05$ ) bir pozitif ilişki olduğu görülmektedir.

7. Çalışmamıza alınan hastaların ortalama TSB skorunun (70.92, S.S.:21.66) daha önce yapılan birçok çalışmaya göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

8. Hastaların hastalığı hakkındaki bilgi düzeyinin TSB düzeyini olumlu etkilediği saptanmıştır.

9. Çalışmamızın sonuçları değerlendirildiğinde dindarlık ve dayanıklılık arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Bu sonuç hipotezimizin bu kısmının doğrulanmadığını göstermektedir.

10. Hasta ve kontrol grubu arasında Beck Umutsuzluk Ölçeğinde istatistiksel olarak fark olmayışı hasta grubunun umut düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

11. Bu verilerin ışığında hastalarda uygulanan tedavi protokollerinde dinî- manevi değerlerin eklenmesinin travma sonrası büyüme üzerine katkısının olabileceği söylenebilir. Nitekim meme kanserli hastaların alındığı ve psiko-spiritüel terapinin uygulandığı bir çalışmada bu programa katılımın fiziksel, psikolojik ve ruhsal huzurla; bazı travma sonrası büyüme alanlarını da içeren çeşitli yaşam kalitesi alanlarındaki gelişimle ilişkili olduğu gösterilmiştir (160).

12. Dindarlık-Psikiyatri ilişkisinin özellikle de müslüman toplumlarda ve klinisyenler tarafından daha çok araştırılması gerektiği önerilebilir.

13. Ortak bir dil kullanılabilmesi ve çalışmaların objektif bir şekilde karşılaştırılabilmesi açısından, dindarlığın ölçümü konusunda standart metotların geliştirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

## 7. ÖZET

### **Meme Kanseri Tanılı Hastalarda, Dindarlık Düzeyi ile Psikolojik Dayanıklılık ve Travma Sonrası Büyüme Arasındaki İlişkinin Araştırılması**

**Amaç:** Çalışmamızda travmatik bir yaşam olayı özelliği taşıyan meme kanseri tanılı hastalarda dindarlık düzeyi ile travma sonrası büyüme ve hastaların psikolojik dayanıklılıkları arasında ilişkinin incelenmesi, ana başlıklara ek olarak da hastaların umut düzeylerinin ve mevcut psikiyatrik durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Materyal ve Metot:** Çalışmamıza meme kanseri tanılı 138 kadın hasta ve hasta grubuyla cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyi olarak eşleştirilmiş 138 sağlıklı gönüllü alınmıştır. Katılımcılar tarafından Genel Sağlık Anketi, Sosyodemografik Veri Formu, Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği, İslamî Dindarlık Ölçeği, Travma Sonrası Büyüme (Gelişim) Ölçeği öz bildirim formatında uygulanmıştır. Travma maruziyeti olmadığı için sağlıklı katılımcı grubunda Travma Sonrası Büyüme Ölçeği uygulanmamıştır.

**Bulgular:** Hasta ve kontrol grubu arasında dindarlık düzeyi, psikolojik dayanıklılık, genel sağlık anketi ve umutsuzluk düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Dindarlık düzeyi ile travma sonrası büyüme arasında, hem toplam puanlar bazında hem de çeşitli alt boyutlar bazında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Çalışmamızın diğer ana inceleme alanı olan dindarlık ve dayanıklılık arasında ise herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Hasta grubunda umut düzeyinin kontrol grubuna yakın düzeyde olduğu gözlenmiştir.

**Tartışma:** Dinî değerlendirme faktörlerinin; hastalığı ve süreci anlamlandırma, gerekçelendirme, kontrol hissi sağlama, yaşadığı olayı yeniden değerlendirebilme, dinî katılım sayesinde sosyal destek alabilme gibi etkilerinden dolayı travmayla aktif-adaptif başetme ve travma sonrası büyüme üzerine pozitif katkısının olduğu ifade edilebilir. Dayanıklılık, çocukluk ve gençlik döneminde gelişim gösteren; erişkinlikte ise görece stabil bir gidişat izleyen bir yapıdır. Bu nedenle çalışmamıza alınan erişkin katılımcıların dayanıklılıkları üzerine dinî değerlerin herhangi bir etkisi gözlenmemiştir.

Hastaların umut puanlarının yüksek olmasında, kanser tedavisindeki gelişmelerin ve remisyon oranlarının artması, özellikle erken tanıda iyi prognoz belirtileri, hastaların sosyal destek sistemlerinin iyi olması, doğru bilgiye daha kolay erişilebilmesi gibi nedenlerin etkili olduğu düşünülebilir.

**Sonuç:** Dindarlık-psikiyatri ilişkisinin özellikle de müslüman toplumlarda ve klinisyenler tarafından daha çok araştırılmasına; verilerin ışığında hastaların yararına olarak tıbbi müdahalelerde nasıl kullanılabilceği konusunda çalışmaların arttırılmasına ihtiyaç bulunmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** din, dindarlık, meme kanseri, travma sonrası büyüme, psikolojik dayanıklılık

## 8. ABSTRACT

### **Investigation of Relationship between Resilience and Posttraumatic Growth with Religiosity Level in Patients with Breast Cancer**

**Objective:** In our study, it was aimed to investigate the relationship between religiosity level, post-traumatic growth and resilience of patients with breast cancer which is a traumatic life event and to evaluate the patients' hope levels and current psychiatric conditions in addition to main titles.

**Materials and Method:** 138 female patients with breast cancer and 138 healthy volunteers matched with gender, age and education level were included in the study group. The General Health Questionnaire, Sociodemographic Data Form, Resilience Scale for Adults, Beck Hopelessness Scale, Islamic Religiosity Scale and The Posttraumatic Growth Inventory were administered by the participants in a self-report format. The Posttraumatic Growth Inventory was not administered in the healthy participant group because there was no exposure to trauma.

**Results:** No statistically significant difference was found between the patient and the control group in terms of level of religiosity, resilience, general health questionnaire and hopelessness levels. There was a positive correlation between the level of religiousness and posttraumatic growth, both on the basis of total scores and on various sub-dimensions. There was no relationship between religiosity and resilience, which is the other main area of our study. In the patient group, the level of hope was close to that of the control group.

**Discussion:** Religious evaluation factors have a positive effect on post-traumatic growth and active-adaptive coping with trauma due to effects such as disease and process meaning, justification, feeling of control, reevaluation of experience, social support through religious participation. Resilience is developing in childhood and youth; while in adulthood it is a relatively stable structure. For this reason, no significant effect of religion on the resilience of adult participants was observed. The high hope scores of patients may be attributed to the increase in the development of

cancer treatment and remission rates, especially the good prognosis at early diagnosis, the high levels of social support systems of the patients, and the easier access to correct information.

**Conclusion:** There is a need to more studies by clinicians on religiosity-psychiatry relation, especially in Muslim communities and to increase their work on how they can be used in medical interventions for the benefit of patients in the light of data.

**Key words:** religion, religiosity, breast cancer, posttraumatic growth, resilience.



## 9. KAYNAKLAR

1. Koenig, HG. Religion and mental health: what should psychiatrists do? *Psychiatric Bulletin* 2008, 32: 201-203.
2. Levin, J. Religion and Mental Health: Theory and Research. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies* 2010, 7; 2: 102–115.
3. Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, RG. A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress* 2000, 13: 521–527.
4. Joseph, S. Growth Following Adversity: Positive Psychological Perspectives on Posttraumatic Stress. *Psychological Topics* 2009, 18;2: 335 – 344.
5. Basım, N., Çetin, F. Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2011, 22; 2: 104-114.
6. Kobasa, S.C. Stressful Life Events, Personality And Health: An Inquiry Into Hardiness. *Journal Of Personality And Social Psychology* 1979, 37: 1-11.
7. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kanser Daire Başkanlığı, Kanser Kayıt Birimi
8. Tacón, AM. PTSD in the context of malignant disease. İçinde: E. Ovuga (eds.). *Post Traumatic Stress Disorders in a Global Context*. Gulu University, Uganda, InTech Publishing.
9. Aydın S, Akça T (Eds.). Tüm Yönleriyle Meme Kanseri. Ankara: Akademisyen Kitabevi, 2011; 27-423
10. Özmen V. Türkiye'de Meme Kanseri, Klinik Histopatolojik Özellikler ve Standart Prognostik Faktörler, Türkiye Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu (TMHDF), *Ulusal Meme Kanseri Veri Tabanı Analizleri (UMKVT) Verilerinin Analizi*. 2005: 7- 80.
11. *Cancer Facts and Figures*, American Cancer Society, 2012.
12. *Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi* 2004.

13. National Center for Health Statistics Staff. Health, U.S.with urban and rural health chartbook, 2001, Familial breast cancer: collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58,209 women with breast cancer and 101,987 women without the disease. *Lancet* 2001; 358:1389–99.
14. Erol Ç, Onat H (Eds.). *İç Hastalıkları Onkoloji Kitabı*. Ankara, Nobel Tıp Kitabevi, 2010, 1: 20-193.
15. Fadiloğlu ZÇ, Yeşilbakan ÖÜ, Yıldırım Y. *Meme Kanserli Hastaya Yaklaşım*. Adana, Nobel Tıp Kitabevi, 2011: 1-152.
16. Bayraktar, S. *Psikolojik Travma*. Ankara, Nobel Yayınevi, 2012.
17. Tedeschi RG, Calhoun, LG. Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry* 2004, 15: 1-18.
18. Türksoy, N. Psikolojik travma ve tanım sorunları. İçinde: Aker, T. ve Önder, M.E (Editörler). *Psikolojik Travma Sonuçları*. İstanbul, 5US Yayınevi, 2003.
19. Kılıç, C. Ruhsal travma sonrası stres bozukluğu gelişiminin belirleyicileri. İçinde: Aker, T. ve Önder, M.E (Editörler). *Psikolojik Travma Sonuçları*. İstanbul, 5US Yayınevi, 2003.
20. Oflaz, F., Özcan, C. T., Taştan, S., Çiçek, H. Hemşirelerin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerini Tanıma Durumları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2010, 1; 1: 1 – 6.
21. Aker, AT. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Bilişsel ve Davranışçı Tedavileri. *3P Dergisi* 2000, 8: 38 – 46.
22. Oflaz, F., Hatipoğlu, S., Aydın, H. Effectiveness of Psychoeducation Intervention on Posttraumatic Stress Disorder and Coping Styles of Earthquake Survivors. *Journal of Clinic Nurses* 2008, 17: 677 – 687.
23. Gates, D. M., Gillespie, G. L. Secondary Traumatic Stress in Nurses Who Care for Traumatized Women. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing* 2008, 37: 243 – 249.
24. Chan, A. O., Medicine, M., Air, T. M., McFarlane, A. C. Posttraumatic Stress Disorder and its Impact on the Economic and Health Costs of Motor Vehicle Accidents in South Australia. *Journal of Clinical Psychiatry* 2003, 64: 175 – 181.

25. Aydoğan, Ü., Doğaner, Y. Ç., Borazan, E. Kanser Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ve Hastalıkla Başa Çıkma Tutumlarının İlişkisi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi* 2012, 16; 2:55 – 60.
26. Sertöz, ÖÖ., Mete, HE. Bedensel Hastalıklarda Depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2004, 2: 63 – 69.
27. Lepore, S. J., Coyne, J. C. Psychological Interventions for Distress in Cancer Patients: A Review of Reviews. *Annals of Behavioral Medicine* 2006, 32: 85 – 92.
28. Kutlu, R., Çivi, S., Börüban, MC., Demir, A. Kanserli Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi* 2011, 27; 3: 149 – 153.
29. Şengün – İnan, F., Üstün, B. Meme Kanseri ve Travma Sonrası Gelişim. *Journal of Breast Health* 2014, 10: 75 – 78.
30. Ramos, C., Leal, I. Posttraumatic Growth in the Aftermath of Trauma: A Literature Review About Related Factors and Application Contexts. *Psychology, Community & Health* 2013, 2; 1: 43 – 54.
31. Joseph, S., Butler, LD. Positive Changes Following Adversity. *PTSD Research Quarterly* 2010, 21; 3: 1 – 8.
32. Yıldız, ZS. Kanser Hastalarında Travma Sonrası Stres Belirtileri, Travma Sonrası Gelişim ve Kendini Açma. Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: Maltepe Üniversitesi, 2016.
33. Tedeschi, RG., Calhoun, LG. Posttraumatic Growth: A New Perspective on Psychotraumatology. *Psychological Inquiry* 2004, 15; 1: 1 – 18.
34. Tedeschi, RG, Calhoun, LG. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring The Positive Legacy of Trauma. *Journal of Traumatic Stress* 1996, 9; 3: 455 – 471.
35. Bostock, L., Sheikh, AI., Barton, S. Posttraumatic Growth and Optimism in Health – Related Trauma: A Systematic Review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 2009, 16; 4: 281 – 296.
36. Evers, A. W. M., Kraaimaat, F. W., Van Lankveld, W. Beyond Unfavorable Thinking: The Illness Cognition Questionnaire for Chronic Diseases. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2001, 69: 1026 – 1036.



37. Garnefski, N., Kraaij, V., Schroevers, MJ., Somsen, GA. Posttraumatic Growth After a Myocardial Infarction: A Matter of Personality. Psychological Health, or Cognitive Coping. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 2008, 15: 270 – 277.
38. Helgeson, VS., Reynolds, KA., Tomich, PL. A Meta – Analytic Review of Benefit Finding and Growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2006, 74; 5: 797 – 816.
39. Zoellner, T., Rabe, S., Karl, A., Maercker, A. Posttraumatic Growth in Accident Survivors: Openness and Optimism as Predictors of its Constructive or Illusionary Sides. *Journal of Clinical Psychology* 2008, 64; 3: 245 – 263.
40. Levine, SZ., Laufer, A., Hamama – Raz, Y. Posttraumatic Growth in Adolescence: Examining its Components and Relationships with TSSD. *Journal of Traumatic Stress* 2008, 21: 492 – 496.
41. Morris, BA., Shakespeare – Finch, J., Rieck, M., Newbery, J. Multidimensional Nature of Posttraumatic Growth in an Australian Population. *Journal of Traumatic Stress* 2005, 18: 575 – 585.
42. Nishi, D., Matsuoka, Y., Kim, Y. Posttraumatic Growth, Posttraumatic Stress Disorder and Resilience of Motor Vehicle Accident Survivors. *BioPsychoSocial Medicine* 2010, 4;7: 1 – 10.
43. Senol-Durak, E., Ayvasik HB. Infarction Patients Factors Associated with Posttraumatic Growth among the Spouses of Myocardial Infarction Patients. *Journal of Health Psychology* 2010, 15; 1: 85-95.
44. Taku, K., Cann, A., Calhoun. LG., Tedeschi, RG. The Factor Structure of the Posttraumatic Growth Inventory: A Comparison of Five Models Using Confirmatory Factor Analysis. *Journal of Trauma Stress* 2008, 21: 158 – 164.
45. Fallah, R., Keshmir, F., Kashani, FL. Posttraumatic Growth in Breast Cancer Patients: A Qualitative Phenomenological Study. *Middle East Journal of Cancer* 2012, 3; 2 & 3: 35 – 44.
46. Mols, F., Vingerhoets. AJ., Coebergh, JWW. Well-Being, Posttraumatic Growth and Benefit Finding in Long-Term Breast Cancer Survivors. *Psychology & Health* 2009, 24: 583 – 595.

47. Zwaalen, D., Hagenbuch, N., Carley, MI. Posttraumatic Growth in Cancer Patients and Partners – Effects of Role, Gender and the Dyad on Couples' Posttraumatic Growth Experience. *Psycho– Oncology* 2009, 18; 9: 1 – 9.
48. Kadan – Lottick, NS., Vanderwerker, LC., Bkock, SD. Psychiatric Disorders and Mental Health Service Use in Patients with Advanced Cancer. *Cancer* 2005, 104: 2872 – 2881.
49. Gentry, WD., Kobasa, SC. Social and Psychological Resources Mediating Stressillness Relationships in Humans. İçinde: W.D. Gentry (Ed.) *Handbook of Behavioral Medicine*. New York: Guilford Press, 1984: 87-116.
50. Kobasa, S., Maddi, S.R., Kahn, S. Hardiness And Health: A Prospective Study. *Journal of Personality and Social Psychology* 1982, 42: 168-177.
51. Karairmak, Ö. ve Çetinkaya, R.S. Deprem Deneyimini Yaşamış Yetişkinleri Bağlanma Stilleri Ve Psikolojik Dayanıklılıkları Arasındaki İlişki. XVIII. Ulusal Eğitim Bilimleri Kurultayı Sempozyumu (Sözlü sunum). Ege Üniversitesi, Aydın, Kuşadası: 74-75, (1-3 Ekim 2009)
52. Masten, A.S., Morison, P., Pellegrini, D. Competence under stress: risk and protective factors. İçinde: J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein ve S. Weintraub (ed.). *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. New York, Cambridge University Press, 1990: 236-256.
53. Crowley, B. The Relationships Between Hardiness and Responses to Life Events in Adulthood, Unpublished Masters Thesis. Texas: University of North Denton, 1997.
54. Cicchetti, D. Aşırı Stres Altında Dayanıklılık: Çok Katmanlı Bir Bakış Açısı. *World Psychiatry (Türkçe Basım)* 2010, 9: 145-154.
55. Hunter AJ. A Cross-cultural Comparison of Resilience in Adolescents. *Journal of Pediatric Nursing* 2001, 16: 172-179.
56. Tusaie, K., Dyer, J. Resilience: A Historical Review of The Construct. *Holistic Nursing Practice* 2004, 18: 3-8.
57. Pollock, SE. The Hardiness Characteristic: A Motivation Factor in Adaption. *Advances in Nursing Science* 1989, 11; 2: 53-62.
58. Maddi, SR., Khoshaba, DM. Hardiness And Mental Health. *Journal of Personality Assesment* 1994, 63; 2: 265-274.

59. Maddi, S.R., Khoshaba, D.M., Pammanter, A. The Hardy Organization: Success By Turning Change To Advantage. *Consulting Psychology Journal* 1999, 51: 117-124.
60. Stewart, M., Reid, G., Mangham, C. Fostering Children's Resilience. *Journal of Pediatric Nursing* 1997, 12; 1: 21-31.
61. Vanderbilt-Adriance, E. Protective Factors and The Development of Resilience Among Boys From Low-Income Families. Unpublished Master's Thesis, University of Pittsburg, Pittsburg, 2001.
62. Tiet, Q.Q., Huizinga, D. Dimension of The Construct of Resilience And Adaptation Among Inner-City Youth. *Journal of Adolescent Research* 2002, 17; 3: 260-276.
63. Klag, S., Bradley, G. The Role Of Hardiness in Stress And Illness: An Exploration of The Effect of Negative Affectivity and Gender. *British Journal of Health Psychology* 2004, 9: 137-161.
64. Haase JE. The Adolescent Resilience Model as a Guide to Interventions. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 2004, 21: 289-299.
65. Olsson CA, Bond L, Burns JM. Adolescent Resilience: A Concept Analysis. *Journal of Adolescent Health* 2003, 26: 1-11.
66. Hanton, S., Evans, L., Neil, R. Hardiness And The Competitive Trait Anxiety Response. *Anxiety, Stress and Coping* 2003, 16; 2: 167-184.
67. Just, HD. Hardiness: Is it Still a Valid Concept? *ERIC, 1999, ED 436-704*
68. Maddi, S.R., Hightower, M. Hardiness and Optimism as Expressed in Coping Patterns. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research* 1999, 51: 95-105.
69. Funk, SC. Hardiness: A Review of Theory and Research. *Health Psychology* 1992, 11: 335-345.
70. Nowack, KM. Who are The Hardy? *Training and Development Journal* 1996: 116-118.
71. Gençöz, F., Motan, İ. Psikolojik Dayanıklılığı Nasıl Ölçebiliriz? : Bir Türk Örneğinde Kişisel Görüş Ölçeği II'nin Geçerlik-Güvenirlik Çalışması. *Kriz Dergisi* 2009, 17; 1: 1-13.

72. Maddi, S.R. The Story Of Hardiness: Twenty Years of Theorizing, Research and Practice. *Consulting Psychology Journal: Practice And Research* 1999, 54; 3: 175-185.
73. Maddi, SR. Hardiness: An Operationalization of Existential Courage. *Journal of Humanistic Psychology* 2004, 44; 3: 279-298.
74. Cencirulo, RS. The Relationship Between Hardiness and Job Satisfaction in Elementary School Teachers, Unpublished Doctoral Dissertation, University of La Sierra, California, 2001.
75. Lambert, VA., Lambert, CE. Psychological Hardiness: State of Science. *Holistic Nursing Practice* 1999, 13; 3: 11-19.
76. Garmezy, N. Children in Poverty: Resiliency Despite Risk. *Psychiatry* 1993, 56, 1: 127-136.
77. Türk Dil Kurumu, Büyük Türkçe Sözlük “din” maddesi. tdk.gov.tr
78. Cox, JL. *Kutsal İfade Etmek: Din Fenomenolojisine Giriş*. Fuat Aydın (Çev.), İstanbul: İz Yayıncılık, 2004: 18-24
79. Günay, Ü. Dindarlığın sosyo-psikolojisi. İçinde: Günay Ü, Çelik C. (ed.). *Dindarlığın Sosyolojisi*, Karahan Kitabevi, Adana, 2006.
80. Davie, G. Din Sosyolojisi: Gelişimi ve Teorik Çalışmalar. İçinde: B. Solmaz ve İ. Çapçioğlu (ed.). *Din Sosyolojisi, Klasik ve Çağdaş Yaklaşımlar*, Çizgi Kitabevi, Konya, 2006.
81. Yapıcı, A. *Ruh Sağlığı ve Din: Psiko-Sosyal Uyum ve Dindarlık*. Karahan Kitabevi, Adana, 2007.
82. Eyüpoğlu, O., Batuk, C. Özsel ve İşlevsel Din Tanımları Bağlamında Assisili Francis Mistisizmi ve Protestan Ahlakının Mukayesesi. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* 2015, 38: 95-122.
83. Wach, J. *Din Sosyolojisi*, çev. Ü. Günay, Mar. Üniv. İlahiyat Fak. Vakfı Yay., İstanbul, 1995.
84. Berger, PL. *Dinin Sosyal Gerçekliği*, çev. Ali Coşkun, İnsan Yayınları, İstanbul, 1993: 58-59.
85. Weber, M. *Sosyoloji Yazıları*, çev. Taha Parla, Hürriyet Vakfı Yayınları, İstanbul, 1986: 254.

86. Whitehead, AN. *Aşkın'a Ölümsüzlük*, çev. A. Baki Güçlü, Ark Yayınevi, Ankara, 1994.
87. Türer, C. Whitehead'ın Din Felsefesi. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi* 2002, 2; 2: 35-54.
88. Geertz, C. *The Interpretation of Cultures*, Basic Books, New York, 1973.
89. Yinger, JM. *Religion Society and the Individual*, The Macmillan Co., New York, 1957.
90. Fromm, E. *Psikanaliz ve Din*, çev. Aydın Arıtan, Arıtan Yayınevi, İstanbul, 2003.
91. Freud, S. *Totem ve Tabu*, çev. Niyazi Berkes, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1971.
92. Freud, S. *Bir Yanılsamanın Geleceği*, çev. Hasan İlhan, (2. Baskı), Alter Yayınları, İstanbul, 2012.
93. Palmer, M. *Freud and Jung on Religion*. Routledge and Kegan Paul, London, 1997.
94. Jung, CG. *Din ve Psikoloji*, çev. Cengiz Şişman, İnsan Yayınları, İstanbul, 1993.
95. Ayten, A. *Psikoloji ve Din Psikologlarının Din ve Tanrı Görüşleri*, İz Yayıncılık, İstanbul, 2006.
96. Thouless, RH. *An Introduction to the Psychology of Religion*, Cambridge University Press, Cambridge, 1973.
97. Kurt, A. Dindarlığı Etkileyen Faktörler. *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* 2009, 18; 2: 1-26.
98. Weber, M. *The Sociology of Religion*. Beacon Press, Boston, 1993.
99. Allport, GW. *Religion and prejudice in personality and social encounter*. Beacon Press, Boston, 1960: 447-457.
100. Cirhinlioğlu, FG. Dinî yönelimler ve önyargı. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2010, 7; 1: 1366-1384.
101. Stark, R., Glock, CY. Dimension of Religious Commitment. İçinde: Roland Robertson (ed.). *Sociology of Religion*. Penguin Books, New York, 1985: 253-256.
102. Şahin, A. İlahiyat, Tıp ve Mühendislik Fakültelerinde Okuyan Öğrencilerde Dini Hayatın Boyutları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Araştırma, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 1999.

103. Krech, D., Crutchfield, S. *Sosyal Psikoloji*, çev. Erol Güngör. Ötüken Yayınevi, İstanbul, 1999.
104. Hökelekli, H. *Din Psikolojisi*, (8. Baskı). TDV Yayınları, Ankara, 2010.
105. Glock, CY. Dindarlığın Boyutları Üzerine. İçinde: *Din Sosyolojisi*, çev: Aktay, Y., Köktaş E. Vadi Yayınları, Konya, 1998.
106. Peker, H. *Din Psikolojisi*. Çamlıca Yayınları, İstanbul, 2003.
107. Smart N. *Din ve Beşeri Tecrübe, Hz Meryem ve Efes Tarihi Yazıları*. çev: A.İ.Yitik, Tibyan Yayıncılık, İzmir, 2001.
108. Kaya, M. *Din Eğitiminde İletişim ve Dini Tutum*. Etüt Yayınları, Samsun, 1998.
109. Cevizci, A. *Paradigma Felsefe Sözlüğü*. Paradigma Yayınları, İstanbul, 1999.
110. Yıldız, M. *Ölüm Kaygısı ve Dindarlık*. İzmir İlahiyat Vakfı Yayınları, İzmir, 2006.
111. Kaya, M. *Din Eğitiminde İletişim ve Dini Tutum*. Etüt Yayınları, Samsun, 1990.
112. Moreira-Almeida A, Neto FL, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. *Brazilian Journal of Psychiatry* 2006, 28, 3: 242-250.
113. Maranell GM. *Responses to Religion: Studies in the Social Psychology of Religious Belief*. University Press of Kansas, Lawrence, 1974.
114. Smith TB, McCullough ME, Poll J. Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin* 2003, 129; 4: 614-636.
115. Koenig HG, George LK, Peterson BL. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *Am J Psychiatry* 1998, 155; 4: 536-542.
116. Braam AW, Hein E, Deeg DJ. Religious involvement and 6-year course of depressive symptoms in older Dutch citizens: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *J Aging Health* 2004, 16; 4: 467-489.
117. Kendler KS, Liu XQ, Gardner CO. Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2003, 160; 3: 496-503.

118. Sanchez ZV, Oliveira LG, Nappo SA. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade [Protective factors from adolescents against drug use emphasizing the role of religiosity]. *Cienc Saude Coletiva* 2004, 9; 1: 43-55.
119. Nisbet PA, Duberstein PR, Conwell Y. The effect of participation in religious activities on suicide versus natural death in adults 50 and older. *J Nerv Ment Dis.* 2000, 188; 8: 543-546.
120. Dervic K, Oquendo MA, Grunebaum MF. Religious affiliation and suicide attempt. *Am J Psychiatry* 2004, 161; 12: 2303-2308.
121. Eskin M. The effects of religious versus secular education on suicide ideation and suicidal attitudes in adolescents in Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004, 39; 7: 536-42.
122. Bilsen J, Stichele RV, Mortier F. The incidence and characteristics of end-of-life decisions by GPs in Belgium. *Fam. Pract.* 2004, 21; 3: 282-289
123. Koenig HG, Ford SM, George LK. Religion and anxiety disorder: an examination and comparison of associations in young, middle-aged, and elderly adults. *J Anxiety Disord.* 1993, 7: 321-342.
124. Kaczorowski JM. Spiritual well-being and anxiety in adults diagnosed with cancer. *Hosp J.* 1989, 5: 105-116.
125. Mueller, MD, Paul S.; Plevak, MD. Religious Involvement, Spirituality, and Medicine: Implications for Clinical Practice. *Mayo Clin Proc.* 2001, 76: 1225-1235.
126. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. *Handbook of Religion and Health.* NY: Oxford University Press, New York, 2001.
127. Akbıyık Dİ. Birinci basamak sağlık birimlerinde somatizasyon bozukluğu. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996, 7; 3: 208-213.
128. Kılıç C. Genel sağlık anketi: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996, 7; 1: 3-9.
129. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med* 1997, 27: 191-97.

130. Uysal, V. İslami dindarlık ölçeği üzerine bir pilot çalışma (A pilot study on the Islamic religiosity). *İslâmi Araştırmalar Dergisi* 1995, 8, (3-4): 263-271.
131. Friborg, O.,Hjemdahl, O., Rosenvinge, JH. A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2003, 12: 65-76.
132. Friborg, O., Barlaug, D., Martinussen, M.. Resilience in relation to personality and intelligence. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2005, 14, 1: 29-42.
133. Kılıç, C. Depremzedelerde travma sonrası büyümenin yordayıcıları. Uluslararası Travma Toplantıları IV, Özel Kitabı, 2005.
134. Dirik, G., Karanci, A. N. Variables related to posttraumatic growth in Turkish rheumatoid arthritis patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 2008, 15: 193-203.
135. Savaşır, I. (Ed.), Şahin, NH. *Bilişsel Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler*. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 1997.
136. Seber, G., Dilbaz, N., Kaptanoğlu, C. Umutsuzluk Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenirliliği. *Kriz Dergisi* 1993, 1, 3: 139-142.
137. Durak, A., Palabıyıköğlu, R. Beck umutsuzluk ölçeği geçerlik çalışması. *Kriz Dergisi* 1994, 2, 2: 1-11.
138. Mellempgaard A, Ewertz M, Lyng E. The association between risk of breast cancer and age at first pregnancy and parity in Maribo County, Denmark. *Acta Oncol.* 1990, 29: 705-708.
139. Lilienfeld AM. The relationship of cancer of the female breast to artificial menopause and marital status. *Cancer* 1956, 9: 927-934.
140. Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S. Kanser hastalarında major depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008, 9: 59-66.
141. Beit-Hallahmi B., Argyle M. *The Social Psychology of Religion*. Routledge and Kegan Paul, London, 1975: 51-52.
142. Wiechman-Askay S, Magyar-Russell G. Post-traumatic growth and spirituality in burn recovery. *Int Rev Psychiatry* 2009, 21: 570-579.



143. Danhauer SC, Case LD, Tedeschi R. Predictors of posttraumatic growth in women with breast cancer. *Psychooncology* 2013, 22, 12: 2676-2683.
144. Danhauer, S., Russell, G., Case, D. Trajectories of posttraumatic growth and associated characteristics in women with breast cancer. *Annals of Behavioral Medicine* 2015, 49: 650–659.
145. Schaefer, FC., Blazer, DG., Koenig, HG. Religious and spiritual factors and the consequences of trauma: A review and model of the interrelationship. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 2008, 38, 4: 507–524.
146. Prati, G., Pietrantonio, L. Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of Loss and Trauma* 2009, 14: 364-388.
147. Seidm Mahmoodi J, Rahimi C, Mohamadi N. Resiliency and religious orientation: factors contributing to posttraumatic growth in Iranian subjects. *Iran J Psychiatry* 2011, 6: 145–50.
148. Choumanova I, Wanat S, Barrett R. Religion and spirituality in coping with breast cancer: perspectives of Chilean women. *Breast J.* 2006, 12: 349-352.
149. Pargament, KI., Koenig, HG., Tarakeshwar, N. Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: A two-year longitudinal study. *Journal of Health Psychology* 2004, 9: 713–730.
150. Windle G. The Resilience Network. What is resilience? A systematic review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology* 2010, 21: 1–18.
151. Tuck, I., Anderson, L. Forgiveness, flourishing, and resilience: The influences of expressions of spirituality on mental health recovery. *Issues in Mental Health Nursing* 2014, 35, 4: 277–282.
152. Gunnestad, A., Thwala, S. Resilience and religion in children and youth in southern Africa. *International Journal of Children's Spirituality* 2011, 16, 2: 169-185.
153. Black, K., Lobo, M. A conceptual review of family resilience factors. *Journal of Family Nursing* 2008, 14: 33–55.

154. Narayanan, A., Mohammed, A. Islamic worldview, religious personality and resilience among Muslim adolescent students in India. *Europe's Journal of Psychology* 2011, 7, 4: 716-738.
155. Pargament, KI., Cummings, J. Anchored by faith: Religion as a resilience factor. İçinde: John W. Reich, Alex J. Zautra, John Stuart Hall (ed.) *Handbook of adult resilience*, GuilfordPress, New York, 2010: 193-210.
156. Aslan, Ö., Sekmen, K., Kömürcü, Ş. Kanserli Hastalarda Umut. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007, 11, 2: 18-24.
157. Fadiloğlu Ç, Cantilav Ş, Yıldırım Y. Meme Kanserli Kadınlarda Umutsuzluk Düzeyi ve Başetme Davranışları Arasındaki İlişki. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2006, 22, 2: 147-160.
158. Solak M, Başer G. Meme ve Meme Dışı Kanserli Hastaların Yaşam Kalitesi ve Umutsuzluk Düzeylerin İncelenmesi. *Hemşirelik Forumu Dergisi* 2003, 6, 6: 38-47.
159. Avcı, İA, Okanlı A., Karabulutlu, E. Women's marital adjustment and hopelessness levels after mastectomy. *European Journal of Oncology Nursing* 2009, 13, 4: 299-303.
160. Garlick, M.A., Wall, K., Corwin, D. Psycho-spiritual integrative therapy for women with primary breast cancer. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 2011, 18: 78-90.

## 10. EKLER

### EK-1:Sosyodemografik Veri Formu:

#### SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Ad- Soyad:
2. Yaş:
3. Medeni durum: 1) Evli            2) Bekar            3)Dul
4. Çocuk Sayısı:
5. Öğrenim Durumu : 1) İlkokul            2) Ortaokul            3) Lise            4) Üniversite            5) Lisansüstü
6. Mesleğiniz:
7. Ekonomik Durum: 0) Kötü            1) Orta            2) İyi            3) Çok iyi
8. Çalışma durumu: 0) Çalışmıyorum            1) Çalışıyorum
9. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz: 1) Yalnız            2) Ailemle            3) Çocuklarımla yanında            4) Bakımevinde  
5) Diğer:
10. Eşlik eden kronik hastalığınız var mı? 0) Yok            1) Kalp hastalığı            2) Hipertansiyon  
3) Diyabet            4) Solunum sistemi hastalığı            5) Sindirim Sistemi Hastalığı  
6) Eklem hastalığı            7) Diğer:
11. Meme kanseri tanı süresi:
12. Aldığınız Tedaviler: 1)Cerrahi (C)            2)Kemoterapi (KT)            3) Radyoterapi (RT)  
4)C+KT            5)C+RT            6)C+RT+KT
13. Metastaz (Kanserin Başka Yere Yayılımı): 0) Yok            1) Var
14. Bu hastalık öncesi herhangi bir psikiyatrik tanı aldınız mı : 0)Hayır            1)Evet (Tanıyı belirtiniz).....
15. Şu anda aldığınız psikiyatrik bir tedavi var mı : 0)Hayır            1)Evet
- 16.Beyin kanaması veya inme geçirdiniz mi: 0)Hayır            1)Evet
17. Hastalığınız ve şu anki tedaviniz açısından ne kadar bilgiye sahipsiniz: 0)Hiç            1) Kismen  
2) Yeterli düzeyde

## EK-2: İslami Dindarlık Ölçeği:

### Dindarlık Ölçeği

Aşağıda 1'den 5'e kadar derecelendirilmiş ifadeler yer almaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatle okuyup, bu cümlelerin sizin dini inanç ve davranışlarınıza ne kadar uygun olduğunu işaretleyiniz.	Tamamen katılıyorum	Oldukça katılıyorum	Kararsızım	Pek katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
Aşağıdaki ifadelere ne derece katılıyorsunuz?					
1. Allah birdir ve ondan başka Tanrı yoktur.					
2. Hz. Muhammed Allah'ın elçisi (peygamberi)dir.					
3. Allah birdir ve mutlak; her şey ona dayanır ve ona muhtaçtır.					
4. Allah doğmamış ve doğurulmamıştır; eşi ve benzeri yoktur.					
5. Allah bize emir ve yasakları melek (Cebrail) aracılığıyla ve vahiy yoluyla bildirir.					
6. Allah'ın emir ve yasakları Kur'an ve Sünnet'te açıklanmıştır ve bunlar doğrudur.					
7. Kur'an'da anlatılanların hepsi doğru ve gerçek olup her çağda geçerlidir.					
8. Kur'an bir değişikliğe uğramadan günümüze kadar gelmiştir.					
9. Ölümden sonra ahiret (Cennet ve Cehennem) hayatı vardır.					
10. Kendi başına dini ibadet dini hayatın en önemli ve tatmin edici cephesidir.					
11. Müslüman Allah'a yakınlığı Cami'de ibadet sırasında veya gün boyunca çok sık hisseder.					
12. Din, hayatın anlamını kavrama ve bu konudaki bir çok soruya cevap bulmada yardımcıdır.					
13. Caminin en büyük önemi, sosyal ilişkileri geliştirmesidir.					
14. Cami etrafındaki faaliyetlere katılmak kişiye saygınlık kazandırır.					
15. İbadetler (namaz, oruç, zekat, hac) kişi ve toplum için faydalı ve birleştirici olduğu için mutlaka yerine getirilmelidir.					
16. İnanç ve ibadetler insanı kötülüklerden korur.					
17. İhtiyaç sahibi insanlara yardım edilmelidir.					
18. Dindar olmak için dini vecibelerin yerine getirilmesi şart değildir.					

19. Namaz kılma durumu bakımından kendinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?
- Beş vakit namazı aksatmadan kılıyorum
  - Beş vakit namazı tam olarak olmasa bile kılmaya çalışıyorum
  - Ara sıra kılarım
  - Çok nadir kılarım
  - Namaz kılmıyorum
20. Ramazan orucunu tutmak;
- Hiç gerekli değildir
  - Pek gerekli değildir
  - Kararsızım
  - Oldukça gereklidir
  - Kesinlikle gereklidir
21. Günlük hayatınızda karar verirken Allah'ın hoşnut olup olmayacağını göz önünde bulundurur musunuz?
- Kesinlikle evet
  - Evet
  - Emin değilim
  - Hayır
  - Kesinlikle hayır
22. Camide, cami dışında, evde ya da çevrede yapılan dini toplantılara katılma durumunuz?
- Sürekli katılırım
  - Sık sık katılırım
  - Hiç katılmam
  - Ara sıra katılırım
  - Pek katılmam
23. Sosyal problemlerle ilgili karar vermeniz gerektiğinde, dini inançlarınıza başvurur musunuz?
- Çok sık dini inançlarıma başvururum
  - Sık sık başvururum
  - Ara sıra başvururum
  - Nadiren başvururum
  - Hiç başvurmam
24. Başınıza bir felaket geldiğinde veya üzgün olduğunuzda Kuran (Arapça aslı veya Türkçe meali) okur musunuz?
- Çok sık okurum
  - Sık sık okurum
  - Ara sıra okurum
  - Nadiren okurum
  - Hiç okumam
25. İbadetlerinizi yerine getirme konusundaki bilgi düzeyiniz?
- Hiç yeterli değil
  - Pek yeterli sayılmaz
  - Yeterli sayılır
  - Oldukça yeterli
  - Çok yeterli
26. Kur'an ve Hadis dışında diğer İslami eserleri okuma durumunuz?
- Sürekli okurum
  - Sık sık okurum
  - Ara sıra okurum
  - Nadiren okurum
  - Hiç okumam
27. Müslüman olmanın anlamını ve niçin inandığınızı ne sıklıkla düşünürsünüz?
- Sürekli düşünürüm
  - Çoğu kez düşünürüm
  - Ara sıra düşünürüm
  - Pek düşünmem
  - Hiç düşünmem
28. Müslüman . "Hayata bakış açımın temeli dindir." görüşüne ne derece katılıyorsunuz?
- Tamamen katılıyorum
  - Katılıyorum
  - Kararsızım
  - Pek katılmıyorum
  - Hiç katılmıyorum
29. Arkadaş, komşu ve dostlarınızla dini konuları ne sıklıkla konuşursunuz?
- Hiç konuşmam
  - Pek konuşmam
  - Ara sıra konuşurum
  - Sık sık konuşurum
  - Çok sık konuşurum
30. Kadere inanıyor musunuz?
- Kesinlikle inanıyorum
  - İnanıyorum
  - Kararsızım
  - İnanmıyorum
  - Hiç inanmıyorum

### EK-3: Travma Sonrası Büyüme (Gelişim) Ölçeği:

Aşağıda hastalığınızdan dolayı yaşamınızda olabilecek bazı değişiklikler verilmektedir. Her cümleyi dikkatle okuyunuz ve belirtilen değişikliğin sizin için ne derece gerçekleştiğini aşağıdaki ölçeği kullanarak belirtiniz.

- 0= Hastalığımdan dolayı böyle bir değişiklik yaşamadım  
1= Hastalığımdan dolayı bu değişikliği çok az derecede yaşadım  
2= Hastalığımdan dolayı bu değişikliği az derecede yaşadım  
3= Hastalığımdan dolayı bu değişikliği orta derecede yaşadım  
4= Hastalığımdan dolayı bu değişikliği oldukça fazla derecede yaşadım  
5= Hastalığımdan dolayı bu değişikliği aşırı derecede yaşadım

	HİÇ Yaşamadım					Aşırı derecede
1. Hayatıma verdiğim değer arttı.	0	1	2	3	4	5
2. Hayatımın kıymetini anladım.	0	1	2	3	4	5
3. Yeni ilgi alanları geliştirdim.	0	1	2	3	4	5
4. Kendime güvenim arttı.	0	1	2	3	4	5
5. Manevi konuları daha iyi anladım.	0	1	2	3	4	5
6. Zor zamanlarda başkalarına güvenebileceğimi anladım.	0	1	2	3	4	5
7. Hayatıma yeni bir yön verdim.	0	1	2	3	4	5
8. Kendimi diğer insanlara daha yakın hissetmeye başladım.	0	1	2	3	4	5
9. Duygularımı ifade etme isteğim arttı.	0	1	2	3	4	5
10. Zorluklarla başa çıkabileceğimi anladım.	0	1	2	3	4	5
11. Hayatımı daha iyi şeyler yaparak geçirebileceğimi anladım.	0	1	2	3	4	5

	Hiç Yaşamadım					Aşırı derecede
12. Olayları olduğu gibi kabullenmeyi öğrendim.	0	1	2	3	4	5
13. Yaşadığım her günün değerini anladım.	0	1	2	3	4	5
14. Hastalığımın sonra benim için yeni fırsatlar doğdu.	0	1	2	3	4	5
15. Başkalarına karşı şefkat hislerim arttı.	0	1	2	3	4	5
16. İnsanlarla ilişkilerimde daha fazla gayret göstermeye başladım.	0	1	2	3	4	5
17. Değişmesi gereken şeyleri değiştirmek için daha fazla gayret göstermeye başladım.	0	1	2	3	4	5
18. Dini inancım daha da güçlendi.	0	1	2	3	4	5
19. Düşündüğümde daha güçlü olduğumu anladım.	0	1	2	3	4	5
20. İnsanların ne kadar iyi olduğu konusunda çok şey öğrendim.	0	1	2	3	4	5
21. Başkalarına ihtiyacım olabileceğini kabul etmeyi öğrendim.	0	1	2	3	4	5

## EK – 4: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği:

### Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği

1. Beklenmedik bir olay olduğunda...	Her zaman bir çözüm bulurum					Çoğu kez ne yapacağımı kestiremem
2. Gelecek için yaptığım planların...	Başarılması zordur					Başarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır...	Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda					Tam bir günlük boş bir vaktim olduğunda
4. ...olmaktan hoşlanıyorum	Diğer kişilerle birlikte					Kendi başıma
5. Ailemin, hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı...	Benimkinden farklıdır					Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları ...	Hiç kimseyle tartışmam					Arkadaşlarımla/Aile-üyeleriyle tartışabilirim
7. Kişisel problemlerimi...	Çözemem					Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi...	Nasıl başaracağımı bilirim					Nasıl başaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir işe/projeye başladığımda ...	İleriye dönük planlama yapmam, derhal işe başlarım					Ayrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak	Önemli değildir					Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimi ... hissedirim	Çok mutlu					Çok mutsuz
12. Beni ...	Bazı yakın arkadaşlarım/aile üyelerim cesaretlendirebilir					Hiç kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim...	Olduğuna çok inanırım					Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin ... olduğunu hissediyorum	Ümit verici					Belirsiz
15. Şu konuda iyiyimdir...	Zamanımı planlama					Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu ... bir şeydir	Kolayca yapabildiğim					Yapmakta zorlandığım



### Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği Devamı

17. Ailem şöyle tanımlanabilir ...	
Birbirinden bağımsız	Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18. Arkadaşlarımla arasındaki ilişkiler ...	
Zayıftır	Güçlüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma ...	
Çok fazla güvenmem	Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarım ...	
Belirsizdir	İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ...	
Günlük yaşamımda yoktur	Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak ...	
Benim için zordur	Benim iyi olduğum bir konudur
23. Zor zamanlarda, ailem ...	
Geleceğe pozitif bakar	Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında...	
Bana hemen haber verilir	Bana söylenmesi bir hayli zaman alır
25. Diğerleriyle beraberken	
Kolayca gülerim	Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:	
Birbirlerini desteklemez biçimde	Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım	
Arkadaşlarımdan/aile üyelerinden	Hiç kimseden
28. Zor zamanlarda ... eğilimim vardır	
Her şeyi umutsuzca gören bir	Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey bulma
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için ...	
Zordur	Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda ...	
Bana yardım edebilecek kimse yoktur	Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ...	
Başa çıkmaya çalışırım	Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır
32. Ailemde şunu severiz ...	
İşleri bağımsız olarak yapmayı	İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarımla/aile üyeleri ...	
Yeteneklerimi beğenirler	Yeteneklerimi beğenmezler

## EK – 5: Beck Umutsuzluk Ölçeği:

### BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ (BUÖ)

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen **herbir ifadeyi** okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Size uygun olanlar için "Evet", uygun olmayanlar için ise "Hayır" sütununun altındaki kutuyu işaretleyiniz.

	Evet	Hayır
1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum		
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur		
3. İşler kötüye giderken bile herşeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor		
4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum		
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var		
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum		
7. Geleceğimi karanlık görüyorum		
8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum		
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok		
10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı		
11. Gelecek, benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor		
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum.		
13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.		
14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor		
15. Geleceğe büyük inancım var		
16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre birşeyler istemek aptallık olur		
17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi		
18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor		
19. Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum		
20. İstediyim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim		

**EK – 6: Genel Sağlık Anketi:****GENEL SAĞLIK ANKETİ**

Son iki hafta boyunca.....

1.Endişeleriniz nedeniyle uykusuzluk çekiyor musunuz?	Hayır hiç çekmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
2.Kendinizi sürekli zorluk altında hissediyor musunuz?	Hayır hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
3.Yaptığınız işe dikkatinizi verebiliyor musunuz?	Her zamankinden iyi	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok daha az
4.İşe yaradığınızı düşünüyor musunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok daha az
5.Sorunlarınızla uğraşabiliyor musunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok daha az
6.Karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?	Hayır hiç çekmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
7.Zorlukları halledemeyecek gibi hissediyor musunuz?	Hayır hiç hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık hissetmiyorum
8.Değişik yönlerden baktığınızda kendinizi mutlu hissediyor musunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden daha az
9.Günlük işlerinizden zevk alabiliyor musunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden daha az
10.Kendinizi keyifsiz ve durgun hissediyor musunuz?	Hayır hiç hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden çok	Çok sık
11.Kendinize güveninizi kaybediyor musunuz?	Hayır hiç kaybetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden fazla	Çok fazla
12.Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?	Hayır hiç görmüyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık