

T.C.

**KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ
ÜNİVERSİTESİ**

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**BİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDEKİ
HEMŞİRELERİN KANSER TARAMALARINA
YÖNELİK TUTUMLARI VE KADERCİLİK
EĞİLİMLERİ**

YÜKSEKLİSANS TEZİ

KÜBRA ALTUNBAŞ

KÜTAHYA-2022

**BİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİNDEKİ HEMŞİRELERİN
KANSER TARAMALARINA YÖNELİK
TUTUMLARI VE KADERCİLİK
EĞİLİMLERİ**

KÜBRA ALTUNBAŞ

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim – Öğretim Yönetmeliği Uyarınca

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim

Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ Olarak Hazırlanmıştır.

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Nalan Bostan Akmeşe

Kasım-2022

TEZ KABUL ONAYI

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü bünyesinde öğrenim gören Kübra Altunbaş'ın tez savunma sınavına ilişkin jüri kararım aşağıda sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

ÖĞRENCİNİN	
Adı Soyadı	Kübra Altunbaş
Numarası	
Tez Savunma Sınav Tarihi	29.11.2022
Tez Savunma Sınav Saati	10.00
Anabilim Dalı	Hemşirelik Anabilim Dalı
Program	Hemşirelik Programı
Tez Konusu	Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki Hemşirelerin Kansere Taramalarına Yönelik Tutumları ve Kaderlilik Eğilimleri
SINAV SONUCU	Kabul: <input checked="" type="checkbox"/> Düzeltme: <input type="checkbox"/> Red: <input type="checkbox"/>

JÜRİ ÜYESİ	Üniversite Adı:	Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi
	Anabilim Dalı Adı:	Hemşirelik Anabilim Dalı
	Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.	
	Jüri Üyesi/ Adı / Soyadı / Dr. Öğr. Üyesi Nalan BOSTAN AKMEŞE	
	29.11.2022 / İmza	

Jüri üyesi tarafından YÜKSEK LİSANS/ DOKTORA tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü'nün tarihli Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü
Doç. Dr. Fatma BAŞAR

ONAY

TEZ KABUL ONAYI

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü bünyesinde öğrenim gören Kübra Altunbaş'ın tez savunma sınavına ilişkin jüri kararım aşağıda sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

ÖĞRENCİNİN	
Adı Soyadı	Kübra Altunbaş
Numarası	
Tez Savunma Sınav Tarihi	29.11.2022
Tez Savunma Sınav Saati	10.00
Anabilim Dalı	Hemşirelik Anabilim Dalı
Program	Hemşirelik Programı
Tez Konusu	Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki Hemşirelerin Kanser Taramalarına Yönelik Tutumları ve Kaderlilik Eğilimleri
SINAV SONUCU	Kabul: <input checked="" type="checkbox"/> Düzeltme: <input type="checkbox"/> Red: <input type="checkbox"/>

JÜRİ ÜYESİ	Üniversite Adı:	Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi
	Anabilim Dalı Adı:	Hemşirelik Anabilim Dalı
	Bu tezi Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.	
	Jüri Üyesi/ Adı / Soyadı / Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem OKTEN	
29.11.2022 /İmza		

Jüri üyesi tarafından YÜKSEK LISANS/ DOKTORA tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü'nün tarihli Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü
Doç. Dr. Fatma BAŞAR

ONAY

TEZ KABUL ONAYI

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü bünyesinde öğrenim gören Kübra Altunbaş'ın tez savunma sınavına ilişkin jüri kararım aşağıda sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

ÖĞRENCİNİN	
Adı Soyadı	Kübra Altunbaş
Numarası	██████████
Tez Savunma Sınav Tarihi	29.11.2022
Tez Savunma Sınav Saati	10.00
Anabilim Dalı	Hemşirelik Anabilim Dalı
Program	Hemşirelik Programı
Tez Konusu	Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki Hemşirelerin Kansere Taramalarına Yönelik Tutumları ve Kaderecilik Eğilimleri
SINAV SONUCU	Kabul: <input checked="" type="checkbox"/> Düzeltme: <input type="checkbox"/> Red: <input type="checkbox"/>

JÜRI ÜYESİ	Üniversite Adı:	Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi
	Anabilim Dalı Adı:	Hemşirelik Anabilim Dalı
	Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.	
	Jüri Üyesi/ Adı / Soyadı / Dr. Öğr. Üyesi Cevriye Kaçan Yüksel	
		29.11.2022 /İmza

Jüri üyesi tarafından YÜKSEK LİSANS/ DOKTORA tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü'nün tarihli Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü
Doç. Dr. Fatma BAŞAR

ONAY



T. C.
KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
(Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü)

(Tez Teslim Beyan Formu)

Öğrenci No : ██████████
Adı Soyadı : Kübra ALTUNBAŞ
Anabilim/Bilim Dalı : Hemşirelik Anabilim Dalı
Programı : Tezli Yüksek Lisans Tezsiz Yüksek Lisans
 Doktora

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Mevcut tez çalışmamın kendi çalışmam olduğunu,
- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfla bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Kübra ALTUNBAŞ

22/12/2022 /

Diğer hususlar:

Bu bölüme yukarıda belirtilen maddeler ile ilgili tarafınızca uygun bulunmayan veya itiraz konusu olan hususları belirtiniz.

Dr. Öğr. Üyesi Nalan MUSTAN AKMESE
22/12/2022

ÖZET

Altunbaş, K. Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesindeki Hemşirelerin Kanser Taramalarına Yönelik Tutumları Ve Kadercilik Eğilimleri . Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi , Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Programı , Yüksek Lisans Tezi, Kütahya, 2022.

Kütahya ilinde bir eğitim ve araştırma hastanesindeki hemşirelerin kanser taramalarına yönelik tutumları ve kadercilik eğilimlerini belirlemek ve ikisi arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir. Tanımlayıcı tipte olan çalışma, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşireler ile yürütüldü. Araştırmanın örneklemini çalışmaya dâhil edilme kriterleri kapsamında 285 hemşire oluşturdu. Çalışmanın verileri 01/10/2021 – 01/01/2022 tarihleri arasında hemşirelerden gönüllü onam formları alınarak ve hemşireler ile yüz yüze görüşülerek araştırmacılar tarafından hazırlanan hemşireleri tanımlayıcı Sosyo-demografik Özellikler Veri Formu, Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği (KTYTÖ) ve Kadercilik Eğilimi Ölçeği (KEÖ) ile toplandı. Verilerin analizinde; deskriptif istatistikler (ortalama, standart sapma, minimum, medyan, maksimum), Spearman'srho korelasyon analizi, Mann Whitney u testi ve Kruskal Wallis testi kullanıldı. Çalışmaya katılan hemşirelerin KTYTÖ toplam puan ortalaması $99,93 \pm 13,89$; KEÖ toplam puan ortalaması $65,25 \pm 12,96$ 'dır. KEÖ'nün alt boyutlarından alınan puanlar sırasıyla; önceden belirlenmişlik $25,32 \pm 6,89$, kişisel kontrol $14,76 \pm 5,62$, batıl inanç $14,17 \pm 5,62$, şans $11,0 \pm 3,39$ olarak saptanmıştır. KTYTÖ toplam puan dağılımı açısından cinsiyete, alkol kullanım durumuna, kanserojen gıda tüketimine ve kanser tarama testlerinden herhangi birine katılma durumuna göre istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$). KEÖ toplam puanı ile “önceden belirlenmişlik – şans” ve “kişisel kontrol- batıl inanç” arasında pozitif yönde orta düzeyde; “batıl inanç” ve “şans” arasında pozitif yönde iyi düzeyde istatistiksel anlamlı korelasyon bulunmuştur ($p < 0,05$). Araştırma sonucunda hemşirelerin kadercilik eğilimleri puan ortalamalarının orta düzeyde, kanser taramalarına yönelik tutum puan ortalamalarının yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin kanser taramalarına yönelik tutumları ile kadercilik eğilimi ölçeği ve alt boyutları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Hemşirelerin

kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği puan ortalamalarının yüksek olmasına rağmen kanser taramalarına katılım oranlarının düşük olması, araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamasından kaynaklandığı düşünölmektedir. Literatöre katkı sağlaması amacıyla sağlık çalışanlarının kanser tarama davranışında bulunmama nedenlerinin belirlenmesine yönelik araştırmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: hemşire, kadercilik eğilimi, kanserde erken tanı ve taramalar



ABSTRACT

Altunbaş, K. Attitudes Towards Cancer Screening and Fatalism Tendencies of Nurses in a Training and Research Hospital. Kütahya University of Health Sciences, Graduate School of Education, Nursing Program, Master Thesis, Kütahya, 2022.

To determine the attitudes and fatalism tendencies of nurses towards cancer screening in a training and research hospital in Kütahya and to evaluate the relationship between the two. The descriptive study was conducted with nurses working at Kütahya Health Sciences University Evliya Çelebi Training and Research Hospital. The sample of the study consisted of 285 nurses within the scope of inclusion criteria. The data of the study were collected with the Socio-demographic Characteristics Data Form, the Attitude Scale towards Cancer Screening (ASTCS) and Fatalism Tendency Scale (FTS) prepared by the researchers by taking voluntary consent forms from the nurses and interviewing the nurses face to face between 01/10/2021 and 01/01/2022. In the analysis of data; Descriptive statistics (mean, standard deviation, minimum, median, maximum), Spearman'srho correlation analysis, Mann Whitney u test and Kruskal Wallis test were used. In the study, the total mean score of the nurses ASTCS was $99,93\pm 13,89$; the mean total score of FTS was $65,25\pm 12,96$. The scores obtained from the sub-dimensions of FTS; predetermination is believed to be $25,32\pm 6,89$, self-control $14,76\pm 5,62$, superstition $14,17\pm 5,62$, luck $11,0\pm 3,39$. A statistically significant difference was found according to gender, alcohol use status, carcinogenic food consumption and participation in any of the cancer screening tests in terms of total score distribution of ASTCS ($p<0,05$). There was a moderate positive correlation between the FTS total score and “predetermination – chance” and “personal control – superstition”; a good statistically significant positive correlation was found between “superstition” and “luck” ($p<0,05$). As a result of the research, it was determined that the mean scores of the fatalism tendencies of the nurses were at a moderate level, and the mean scores of the attitudes towards cancer screening were at a high level. There was no significant relationship between nurses' attitudes towards cancer screening and the fatalism tendency scale and its sub-dimensions. Despite the high mean scores of the

nurses' attitude scale towards cancer screening, the low rate of participation in cancer screenings is thought to be due to the average age of the nurses participating in the research. In order to contribute to the literature, it is recommended that research should be conducted to determine the reasons why healthcare professionals do not engage in cancer screening behavior.

Keywords: nurse, fatalism tendency, early diagnosis and screening in cancer



TEŞEKKÜR

Araştırmamın her aşamasında bana destek olan, bilgisi ve deneyimleriyle yoluma ışık tutan sevgili tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nalan BOSTAN AKMEŞE'ye, yüksek lisans eğitimim boyunca sevgi ve desteklerini her daim hissettiğim kıymetli hocalarım Sayın Doç. Dr. Sultan GÜÇLÜ ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Şenay TAKMAK'a,

Lisans döneminde mesleğimi en iyi şekilde icra etme ideali ile beni yetiştiren, bilgi ve deneyimlerinden ilham aldığım, lisansüstü eğitim sürecimde destekleriyle beni güçlendiren Sayın Dr. Öğr. Üyesi Erten AKBEL ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Sevcan SEVİMLİ'ye,

Yüksek lisans eğitimini bana ilk teşvik eden, kendimi yetiştirmem adına her an yanımda olan, hayatımın her alanında beni candan destekleyen, yaşantısını ve hayattaki duruşunu her daim kendime örnek alacağım merhum dayım Sayın Elektrik/Elektronik Öğretmeni Bilgin GENCER'e,

Bana olan sonsuz sevgi ve destekleriyle bugünlere gelmemi sağlayan sevgili annem Lale ALTUNBAŞ'a, babam İbrahim ALTUNBAŞ'a, kız kardeşim ve aynı zamanda meslektaşım olan Ayşe ALTUNBAŞ'a,

Çalışma süresince beni cesaretlendiren ve bana destek olan, güzel yüzü ve deneyimleriyle beni motive eden ve kendi başarısından da ilham aldığım biricik arkadaşım İrem TETİK BAŞTÜRK'e,

Çalışmamın sonlarına doğru kendisiyle tanışmış olmama rağmen sevgisini hep hissettiğim, bana verdiği destek, güven ve cesaretin yanı sıra güler yüzü hiç eksik olmayan değerli arkadaşım Merve ÖZTÜRK PARLAK'a,

Sonsuz sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Kübra ALTUNBAŞ

Kütahya, 2022

İÇİNDEKİLER

1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ.....	1
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ARAŞTIRMA SORULARI.....	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. KANSERİN TANIMI VE OLUŞUMU	5
2.2. KANSER EPİDEMİYOLOJİSİ.....	5
2.2.1. Dünya’da Kanser Epidemiyolojisi	6
2.2.2. Türkiye’de Kanser Epidemiyolojisi	9
2.3. KANSER ETİYOLOJİSİ VE RİSK FAKTÖRLERİ	11
2.3.1. Çevresel Etmenler	12
2.3.2. Genetik Etmenler	15
2.4. KANSERDE ERKEN TANI VE TARAMALAR.....	15
2.4.1. Meme Kanseri	17
2.4.2. Serviks Kanseri	18
2.4.3. Kolorektal Kanseri	18
2.4.4. Prostat Kanseri	19
2.4.5. Akciğer Kanseri	20
2.5. İNANÇ – KADER VE KADERCİLİK İNANCI	21
2.6. KADERCİLİK İLE SAĞLIK VE HASTALIK ARASINDAKİ İLİŞKİ	24
2.7. HEMŞİRELERİN KANSER TARAMALARINDAKİ ROLLERİ	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	30
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	30
3.2. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ	30
3.2.1. Bağımlı Değişkenleri	30
3.2.2. Bağımsız Değişkenleri	30
3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI.....	30
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	30
3.5. ARAŞTIRMANIN KRİTERLERİ.....	30
3.5.1. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri.....	30
3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	31

3.6.1. Sosyo-Demografik Özellikler Veri Formu (EK-1)	31
3.6.2. Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği (EK-2).....	31
3.6.3. Kadercilik Eğilimi Ölçeği (EK-3).....	31
3.6. VERİLERİN TOPLANMASI	33
3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	33
3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU	33
4. BULGULAR.....	34
4.1. KATILIMCILARIN SOSYO-DEMOGRAFİK VE KANSER İLE İLGİLİ BAZI ÖZELLİKLERİNİN DAĞILIMLARI	34
4.2. KATILIMCILARIN KANSER TARAMALARINA YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ VE KADERCİLİK EĞİLİMİ ÖLÇEĞİNDEN ALDIKLARI PUANLAR	35
4.3. KATILIMCILARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE KANSER TARAMALARINA YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI	35
4.4. KATILIMCILARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE KADERCİLİK EĞİLİMİ ÖLÇEĞİ VE ALT BOYUTLARININ PUAN ORTALAMALARI.....	37
4.5. KATILIMCILARIN KANSER TARAMALARINA YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ İLE KADERCİLİK EĞİLİMİ ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİ.....	42
5. TARTIŞMA.....	44
5.1. KATILIMCILARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE KANSER TARAMALARINA YÖNELİK TUTUMLARI	44
5.2. KATILIMCILARIN KANSER TARAMALARINA YÖNELİK TUTUMLARI İLE KADERCİLİK EĞİLİMLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ	48
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	51

6.1. SONUÇLAR.....	51
6.2. ÖNERİLER.....	53
7. KAYNAKÇA.....	54
8. EKLER.....	71
8.1. SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VERİ FORMU (EK -1)	71
8.2. KANSER TARAMALARINA YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ (EK-2)	73
8.3. KADERCİLİK EĞİLİMİ ÖLÇEĞİ (EK-3)	75
8.4. ETİK KURUL ONAYI (EK-4).....	76
8.5. KURUM İZİNİ (EK-5)	77
8.6. ÖLÇEKLERİN İZİNİ (EK-6) (EK-7).....	79
8.7. GÖNÜLLÜ ONAM FORMU (EK-8)	80
9. ÖZGEÇMİŞ	81

TABLolarIN LİSTESİ

Tablo 1. Amerikan Kanser Derneği (ACS) Kanserın Erken Teşhisi İçin Kılavuz İlkelerinden, Bireylere Kanser Tarama Önerileri.....	16
Tablo 2. Türkiye’de Uygulanan Kanser Tarama Programları	20
Tablo 3. Katılımcıların Sosyo-Demografik Ve Kanser İle İlgili Bazı Özellikleri	34
Tablo 4. Katılımcıların Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Ve Kadercilik Eğilimi Ölçeğinden Aldıkları Puanlar.....	35
Tablo 5. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları	36
Tablo 6. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Kadercilik Eğilimi Ölçeği Ve Alt Boyutlarının Toplam Puan Ortalamaları	39
Tablo 7. Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Kişisel Kontrol Alt Boyutunun Post-Hoc İkili Karşılaştırmaları	42
Tablo 8. Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Şans Alt Boyutunun Post-Hoc İkili Karşılaştırmaları	42
Tablo 9. Katılımcıların Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları İle Kadercilik Eğilimi Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	43

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil 1. 2020 Dünya Kanseri Yeni Vaka Sayısı.....	7
Şekil 2. 2020 Dünya Kanseri Kansere Bağlı Ölüm Sayıları	8
Şekil 3. 2020 Dünya Kanseri Cinsiyete Göre İnsidans Oranları.....	9
Şekil 4. Nedenlere Göre Ölüm Oranı, 2018, 2019	10
Şekil 5. İyi Ve Kötü Huylu Tümörlerden Ölenlerin Oranı, 2018, 2019	10
Şekil 6. 2020’de Her İki Cinsiyet, Her Yaştan Yeni Vaka Sayısı.....	11



SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACS	American Cancer Society (Amerikan Kanser Derneği)
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Edinsel Bağışıklık Yetmezliği Sendromu)
ASTCS	Attitude Scale Towards Cancer Screening (Kanser Taramasına Yönelik Tutum Ölçeği)
BKİ	Beden Kitle İndeksi
DNA	Deoksiribo Nükleik Asit
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FTS	Fatalism Tendency Scale (Kadercilik Eğilim Ölçeği)
GLOBOCAN	The Global Cancer Observatory (Küresel Kanser Gözlemevi)
HIV	Human Immunodeficiency Syndrome (İnsan İmmün Yetmezlik Sendromu)
HPV	Human Papilloma Virüs
HSGM	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
IARC	The International Agency for Research on Cancer (Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı)
KEÖ	Kadercilik Eğilimi Ölçeği
KETEM	Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi
KKMM	Kendi Kendine Meme Muayenesi
KMM	Klinik Meme Muayenesi
KRK	Kolorektal Kanser
KTYTÖ	Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi)
TDK	Türk Dil Kurumu
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan tanımda kanser, vücudun hemen her organında veya dokusunda hücrelerin kontrolsüz bir şekilde büyüyerek çoğaldığı, vücuttaki bitişik bölümlere nüfuz eden ya da çevre organları istila eden komplike bir hastalık grubudur (WHO, 2021). Tarih boyunca insan ve hayvanlarda sık görülen bir hastalık olan kanserin geçmişi, M.Ö. 3000 yılına kadar uzanmaktadır. Bireylerde kalıtsal ve çevresel etkenlere bağlı olarak meydana gelmektedir. Kanser oluşumuna virüsler, bakteriler, radyasyon, kalıtım, çevre, beslenme alışkanlığı, obezite, kimyasallar, mesleki hastalıklar vb. birçok faktör zemin hazırlar (Baykara, 2016). Kanserinin yaşanma şekli ve türü kişiden kişiye değişmekle beraber bilinen 100'den fazla kanser çeşidi vardır.

Batı'da yaşayan kişilerden %33,3'ü kansere yakalanmaktadır ve bu kişilerin ölüm oranları %20'dir (Baykara, 2016; Fitzmaurice vd., 2015; Pavlopoulou, Spandidos ve Michalopoulos, 2015). DSÖ verilerine göre; 2019 yılında Dünya'da meydana gelen 55,4 milyon ölümün %55'i en sık görülen ilk 10 ölüm nedenine bağlı olarak gerçekleşmiştir ve bu ölüm nedenleri arasında kanser 6.sırada yer almaktadır (WHO The Top 10 Causes of Death, 2020). Küresel kanser verileri 2020 yılı raporlarına göre; Dünya'da 50,6 milyon kanser hastasının yaşadığı (5 yıllık prevalans), yeni kanser teşhisi konulan kişi sayısının 19,3 milyon ve kansere bağlı ölüm sayısının da 10 milyon olduğu bildirilmiştir. Türkiye'de ise 581 bin kanser hastasının yaşadığı (5 yıllık prevalans), 233 bin kişiye yeni kanser teşhisi konulduğu ve kansere bağlı ölüm sayısının 126 bin olduğu bildirilmiştir (GLOBOCAN, 2020). Türkiye'nin 2019'daki Ölüm Nedeni İstatistikleri verilerine göre bu ölümlerin %18,4'ünün malign ve benign neoplazmlardan kaynaklandığı saptanmıştır (TÜİK, 2020).

Kanser, mortalite - morbidite oranlarında artışa sebep olması ve kişileri maddi ve manevi açıdan yıpratıcı bir hastalık olmasıyla halk sağlığının temel sorunlarından biri olarak kabul görülüp global bir sağlık sorununa dönüşmüştür (Eren, 2017). Halk sağlığı yaklaşımında koruma, tedaviden üstündür. Birincil korumanın amacı kanseri önlemek, ikincil korumanın amacı ise toplumda erken teşhis için kanser

taramalarının yapılmasını sağlamaktır (Öztürk ve Günay, 2011; Yıldırım Öztürk, 2019). Kanseri önlemede, bireylerde sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri ve davranış biçimleri oluşturarak kansere yakalanma ve kanserin gelişim riski çoğunlukla azaltılabilir. Yapılan kesitsel bir çalışmada, haftalık 3,5 saat egzersiz yapan, dengeli beslenen ve uygun diyet yapan, sigara içmeyen, Beden Kitle İndeksi (BKİ)<30kg/m² olan bireylerin, bu şartların hiçbirini sağlamayan bireylere göre kanser gelişim riskinin yaklaşık %70 daha düşük olduğu saptanmıştır (Eren, 2017; Ford vd., 2009).

Kanser vakalarının büyük bir bölümü sigara, alkol, diyet, egzersiz gibi birey yaşamında düzeltilebilir etkenlere bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Bu etkenlere yönelik müdahaleler ve kişiler üzerinde olumlu sağlık davranışları oluşturma durumları, kişilerin tutumlarıyla alakalıdır. (Allport, 1967)'den aktarılanlara göre; kişinin yaşamındaki tecrübelerinden meydana gelen kişinin karşılaştığı olaylara yönelik olarak nasıl davranacağını belirleyen mental ve duygusal bir hazırlık süreci olan tutumlar, kişinin yaşamının temel taşlarındandır. Kanser taramalarına katılım sağlama da kişinin tutumlarından etkilenmektedir (Yıldırım Öztürk, 2019). Kişilerin davranışlarını, tutumları belirlemektedir (Özgüven, 1994).

Bazı kanser türlerinin uygun maliyetli, etkili ve güvenli yöntemlerle (kansere tarama testleri) erken tespit edilip tedavi edilmesi mümkündür. Çeşitli türdeki kanserlerin erken teşhis edilmesi amacıyla Dünya'daki çoğu ülkede kanser tarama çalışmaları uygulanmaktadır. Ülkeler arasında değişiklik göstermekle birlikte genelde gelişmiş ülkelerde kolorektal, meme, serviks, prostat ve akciğer kanser türlerinin tarama programları uygulanmaktadır (Eren, 2017; Yıldırım Öztürk, 2019). Mortalitedeki azalmaya bakıldığında özellikle kolorektal, serviks ve meme kanseri tarama yöntemlerinin başarısı ile karşılaşırız. Öte yandan akciğer kanserinde tarama ile mortalitede azalış sağlanabileceği belirlenmiştir. Prostat kanserini tarama konusu halen tartışılmaktadır (Eren, 2017).

Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün (HSGM) öncülüğünde Sağlık Bakanlığı önerilerinde, erken tanı konulmasının mümkün olduğu meme, kolon ve serviks kanser türlerinin taramasının yapılması bulunmaktadır. Bu tarama

programları etkin yürütüldüğünde erken teşhisle tedavi etmek mümkündür (Karacan ve Kılıçkan, 2016; Yıldırım Öztürk, 2019). Kadınlarda 20 yaş üstü Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM), 40-69 yaş aralığında olanlarda iki yılda bir kez mamografi çekimleri, yılda bir Klinik Meme Muayenesi (KMM); 30-65 yaş aralığında olanlarda beş yılda bir kez servikal smear testi ve/veya Human Papilloma Virüs (HPV) testi uygulanmalıdır. 50-70 yaş arası kadın ve erkeklerde iki yılda bir kez gaitada gizli kan testine bakılıp, 10 yılda bir kez de kolonoskopi uygulaması yapılmalıdır (HSGM, 2017).

Kadercilik, antik çağdan itibaren kişilerin doğal ve doğaüstü güçler karşısında hissettiği çaresizlik olarak tanımlanmaktadır. Mitoloji, felsefe, psikoloji, ilahiyat, antropoloji, sosyoloji dalı gibi çeşitli alanların ilgisini çekmiş olan ve bu alanlarda incelenen öğretilerdendir (Kasapoğlu, 2008; Kaya ve Bozkur, 2015). Kader; kişinin bilme, kavrama ve açıklama ihtiyacını yorumlama şekli katarak ifade eden bir epistemiyolojidir. Kadercilik ise bu epistemiyolojinin toplumda belirleyici rol oynayan sosyo-ekonomik, tarihi, kültürel faktörler doğrultusunda katı, tutucu bir paradigmaya dönüşmüş uzantısıdır (Macit, 2014).

Felsefede fatalizm, yazgıcılık anlamlarına da gelen kadercilik kavramı determinizmle birlikte ele alınmıştır. Determinizm; kainattaki her şeyin belli bir nedensellik bağlantısıyla meydana geldiğini, insan yaşamında gerçekleşen olguların ve eylemlerin tümünün salt nedenlere bağlı kalarak koşullandığını savunmaktadır (Kazanç, 2007). Nedensiz herhangi bir şeyin olamayacağını savunan determinist yaklaşıma göre, eğer nedene bir müdahale söz konusuysa sonuçlarda değişecektir. Kadercilikte ise bir şey olacaksa bu kaçınılmazdır ve bunun önüne geçilmesi olanaksızdır. Bu tanımlamalara bakıldığında kadercilik; geçmişe dair bir açıklama, gelecek içinse tutum ve davranışlar bütünüdür (Macit, 2014; Kaya ve Bozkur, 2015).

Bireylerin tutum ve davranışlarının kadercilik anlayışıyla şekillendiği bir gerçektir. Sağlık profesyonellerinin kanserden korunma ve tarama programlarına katılım konusunda birey ya da hasta gruplarını eğitme, bilinçlendirme, danışmanlık vb. sorumlulukları vardır (Eren, 2017). Bu sorumluluk özellikle yaşam boyu sağlığın

korunması ve geliştirilmesinde, hastalık ve sakatlığın önlenmesinde etkin rol oynayan, koordineli çalışarak birey, aile ve toplumlara verilen sağlık eğitimi, bütüncül yaklaşım doğrultusunda verilen bakımın yönetimi ve devamlılığından sorumlu olan halk sağlığı hemşirelerine düşmektedir (Altuğ Özsoy ve Koca, 2015). Sağlık profesyonellerinin bu sorumlulukları ele alırken öncelikle kendi yaşamları üzerinde kanser taramalarına yönelik olumlu tutum ve davranış geliştirmeleri rol model olabilmeleri açısından etkili olacaktır. Literatürde sağlık çalışanlarının kanser ve kanser taramaları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirildiği çalışmalarla birlikte (Ağırman, Gençer ve Arıca, 2019; Çakmak ve Güler, 2017; Kaya vd., 2017; Şeker, Köksal Yasin, Özaydın, Çapacı ve Okyay, 2017), kadercilik eğilimi ile kanserde erken tanı davranışlarının ilişkisinin incelendiği çok az sayıda çalışmaya rastlanmış olup (Ersin ve Kılıç Dedeoğlu, 2020; Köten, 2021), sağlık çalışanlarında kanser taramalarına yönelik tutumların kadercilik anlayışı ile ilişkisinin ele alındığı çalışmalara rastlanmamıştır. Bu sebeple yapılmak istenen tez çalışmasının literatüre katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ARAŞTIRMA SORULARI

Araştırmanın amacı, hemşirelerin kanser taramalarına yönelik tutumları ve kadercilik eğilimlerini belirleyerek arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Araştırma soruları,

1. Hemşirelerin kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği puan ortalamaları nedir?
2. Hemşirelerin kadercilik eğilimi ölçeği puan ortalamaları nedir?
3. Hemşirelerin kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği puan ortalamaları ile kadercilik eğilimi ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KANSERİN TANIMI VE OLUŞUMU

Kanser terimi ilk defa Yunan hekim Hipokrat tarafından (M.Ö. 460-370) tümör çevresindeki şişmiş haldeki damarların yengeç bacağına benzediğini düşünmesiyle Latince yengeç anlamına gelen “karkinos” ya da “karkinoma” olarak tanımlanmıştır. Bunlar genellikle kırmızı, sıcak, ağrılı, ülser olan, vücut yüzeyinde anormal şekilde büyüyen ve diğerlerinden daha yavaş karakterize olan şişliklerdir. Yunan hekim Galen ise (M.S. 2.yüzyıl) kanser terimi için şişme anlamına gelen “oncos” terimini kullanmıştır (ACS, 2021; Baykara, 2016; Karakoyunlu Şen, 2019).

Türk tıp tarihinde ise kansere etrafı damarla kaplı, ağrılı, fındık büyüklüğündeki küçük yumrular olarak bilinen “seretan” adı verilmiştir ve bu terime Tarsuslu Osman Hayri Efendi’ye ait olan 1298’de yazılan “Kenzüsihhatül Ebdaniye” yapıtında rastlanmaktadır. Avrupa tıbbında kanserin tanımlanmasına yönelik Rönesans ile birlikte çeşitli yenilikler meydana gelmiştir. Dönemin önemli cerrahlarından biri olan Ambroise Paré (1510-1590) kadınlarda kanserin daha fazla olduğunu vurgulamış ve kötü huylu tümörleri “oluşmaya başladığı çevre etlerin anormal boyutta genişlemesi” olarak tanımlamıştır. Marcello Malpighi (1628-1694) tarafından kanserin ilk mikroskopik incelemesi yapılmıştır. Morgagni (1682-1771) ise çeşitli kanser türlerinin tanımını yapmış olup primer ve sekonder tümör ayrımlarını tanımlamıştır (Atıcı, 2007; Karakoyunlu Şen, 2019).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan tanıma göre kanser, vücudun hemen her organında veya dokusunda hücrelerin kontrolsüz bir şekilde büyüyerek çoğaldığı, vücuttaki komşu bölümlere nüfuz eden ya da çevre organları istila edebilen komplike bir hastalıktır. Malign tümörler ve neoplazmalar, kansere yönelik yaygın kullanılan diğer terimlerdir. Birçok anatomik ve moleküler alt tipe sahip olan kanser, vücudun hemen her bölümünü etkileyebilir (WHO, 2021).

2.2. KANSER EPİDEMİYOLOJİSİ

Kanserin yaşanma şekli ve türü kişiden kişiye değişmekle beraber bilinen 100’den fazla kanser çeşidi vardır. Kanser bireyler, aileler, toplumlar üzerinde en başta

büyük bir sağlık yükü oluşturur (Baykara, 2016; Fitzmaurice vd.,2015; Pavlopoulou vd., 2015; Yıldırım Öztürk ve Uyar, 2021).

Günümüzde mortalite ve morbidite oranlarının giderek artması ve kişileri maddi ve manevi açıdan yıpratıcı bir hastalık olmasıyla halk sağlığının temel sorunlarından biri olarak kabul görülen kanser, Dünya’da kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci ölüm nedeni arasında yer almaktadır. 2018 yılında yaklaşık 9,6 milyon kişinin ölmesine neden olmuştur ve Dünya genelindeki ölümlere bakılacak olursa, kanser bu ölümlerin yaklaşık olarak 1/6’sına sebebiyet vermektedir. Batı’da yaşayan kişilerden %33,3’ü kanser olmaktadır ve bu kişilerin ölüm oranları %20’dir (Açıkgöz, Çehrelî ve Ellidokuz, 2011; Altun, 2020; Eren, 2017; Kaya vd., 2017; Yokuş ve Çakır, 2011). Bu sebeple kanserin erken tanı ve tedavisini sağlamak son derece önemli olup, küresel açıdan mortalite ve morbidite oranlarında azalış sağlamaya yönelik etkin olacaktır.

Kanser riski yaşla birlikte genel olarak artmaktadır. Yaşlı nüfusa sahip ülkelerde ileri yaşlarda kanser insidansı daha fazla görülürken, 65 yaş ve üzeri birey sayısının az olduğu gelişmekte olan ülkelerde ileri yaşlarda fazla görülmemektedir. Kanser oluşum sebepleri arasında sosyoekonomik durum da vardır. Sosyoekonomik durumu düşük olan kişilerin sağlık hizmetlerine ulaşımının zorluğu; sigara, alkol, uygunsuz beslenme alışkanlıkları; mesleki karsinojenlere maruziyetleri; çok sayıda doğum yapmaları; cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve enfeksiyonların varlığı kanser insidansının bu grupta fazla olmasını açıklayabilir. Kanser epidemiyolojisinde cinsiyetin rolü de önemlidir. Bazı kanser türleri cinsiyete özgü olabileceği gibi her iki cinsiyette farklı oranlarda görülebilen kanser türleri vardır. Örneğin; meme kanseri erkeklere oranla kadınlarda daha fazla görülen bir kanser türüdür (Erdem, 2014; Fischer vd., 2017; Tekpınar, 2017).

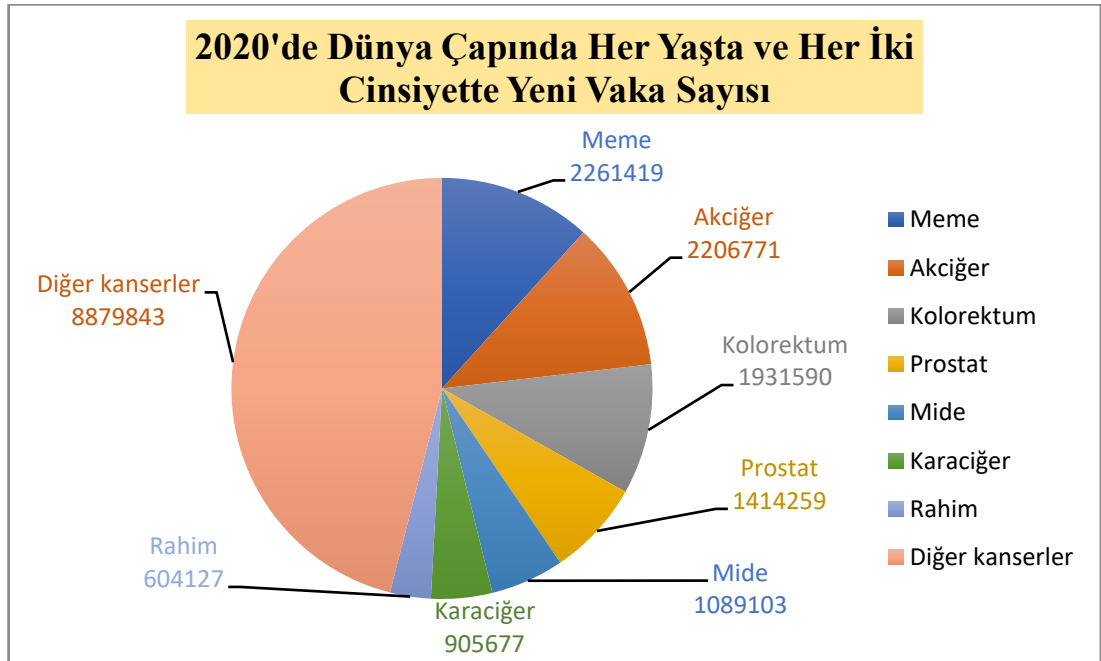
2.2.1. Dünya’da Kanser Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü’nün 2019 yılında yayımladığı verilere göre; dünya çapındaki 55,4 milyon ölümün %55’inden ilk 10 ölüm nedeni sorumlu tutulmuştur ve nedenler arasında kanser de bulunmaktadır. Önde gelen 10 ölüm nedeninden 7’si

bulaşıcı olmayan hastalıklara aittir. Dünya'daki ilk 10 ölüm nedeni arasında altıncı sırada ölümlerin 1,2 milyondan 1,8 milyona yükseldiği trakea, bronş ve akciğer kanserleri yer almaktadır (WHO The Top 10 Causes of Death, 2020).

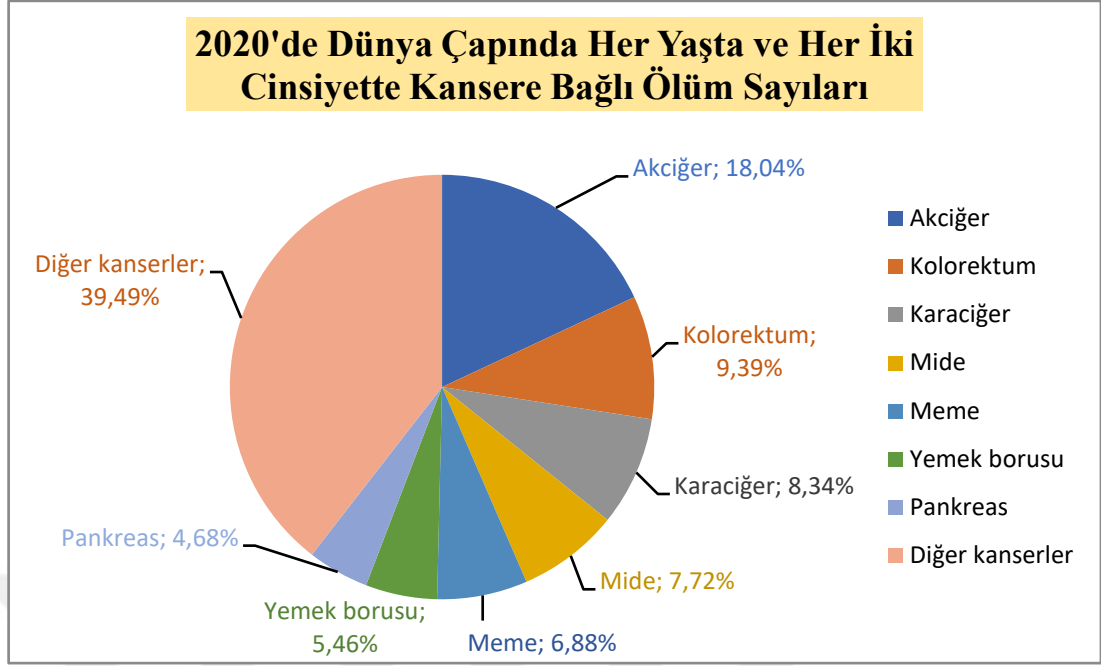
Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) Küresel Kanser Gözlemevi'ne dâhil olan The Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) 2020 veritabanı üzerinden 185 ülkedeki 36 belli kanser türüne yönelik tahmini insidans ve mortalite oranları bildirildi. Rapora göre; Dünya'da 50,6 milyon kanser hastasının yaşadığı (5 yıllık prevalans), yeni kanser teşhisi konulan kişi sayısının 19,3 milyon ve kansere bağlı ölüm sayısının da 10 milyon olduğu bildirilmiştir (Şekil 1) (Şekil 2) (GLOBOCAN, 2020).

2020 yılındaki verilere göre; yaygın görülen 10 kanser çeşidi, yeni kanser tanısı alanların % 60'ına ve kanser nedeniyle hayatını kaybedenlerin de en az % 70'ine neden olmaktadır.



Şekil 1. 2020 Dünya Kanser Yükü Yeni Vaka Sayısı

(GLOBOCAN, 2020)



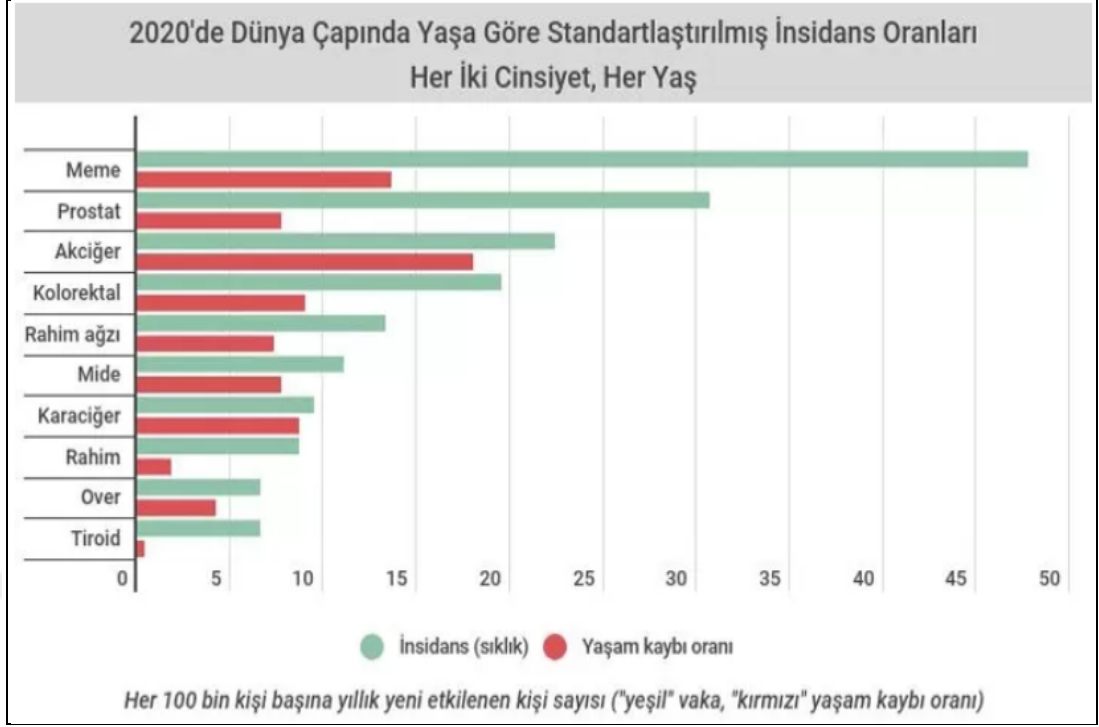
Şekil 2. 2020 Dünya Kanser Yükü Kansere Bağlı Ölüm Sayıları (GLOBOCAN, 2020)

Erkeklerde;

Akciğer kanseri en fazla tanının konulduğu kanser türü olup kansere bağlı ölümlerin ana sebebidir. İnsidans (her 100 bin kişide oluşan yeni hastalık sayısı) sıralamasına bakıldığında akciğer kanserinden sonra prostat kanseri ve kolorektal kanser gelmektedir. Ölüm oranlarına bakıldığında akciğer kanserini karaciğer kanseri ve kolorektal kanser takip etmektedir.

Kadınlarda;

Meme kanseri en fazla tanının konulduğu kanser türü olup kanser nedenli ölümlerin başlıca nedenidir. İnsidans sıralamasına bakıldığında meme kanserini kolorektal kanser ve akciğer kanseri takip eder. Ölüm oranlarına bakıldığında meme kanserinden sonra akciğer kanseri ve kolorektal kanser gelmektedir (Şekil 3) (GLOBOCAN, 2020).

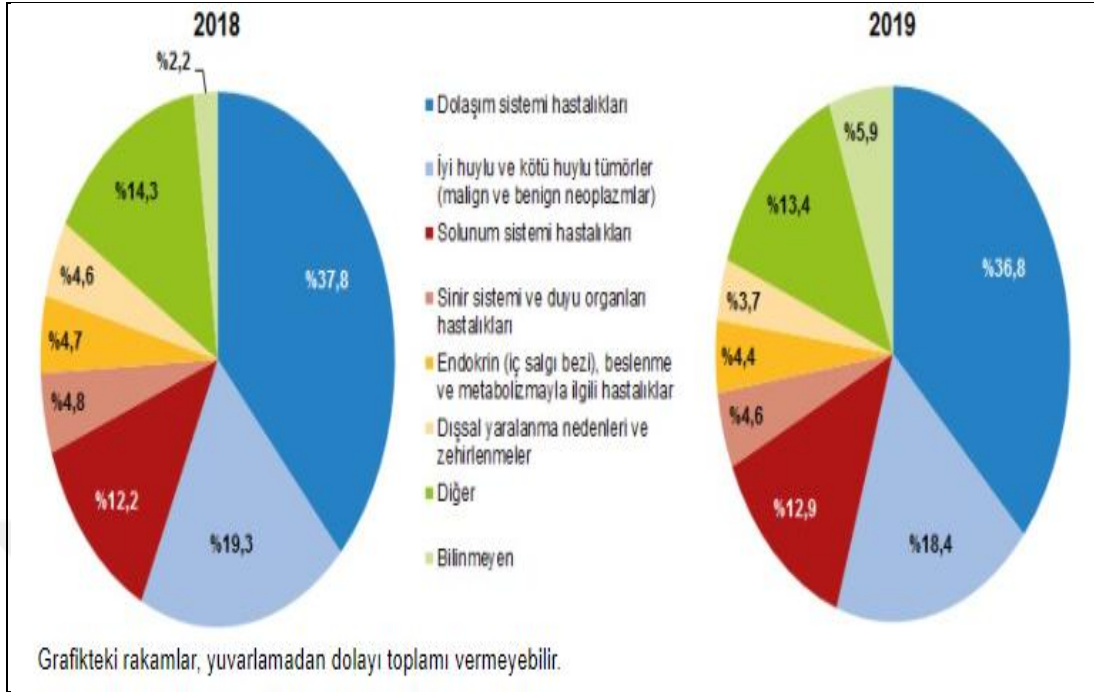


Şekil 3. 2020 Dünya Kanser Yükü Cinsiyete Göre İnsidans Oranları (GLOBOCAN, 2020)

Dünya'daki ülkelere göre kanser insidans karşılaştırmasına bakıldığında; Kuzey Amerika, Avrupa, Avustralya kıtalarında insidans oranları en yüksek seviyedeyken; Güney Amerika, Afrika ve Asya (Türkiye dahil) kıtalarının bir kısmı insidans artışına eğilimli, Afrika kıtasının büyük bir kısmı insidans sıklığının en az olduğu yerdir(GLOBOCAN, 2020).

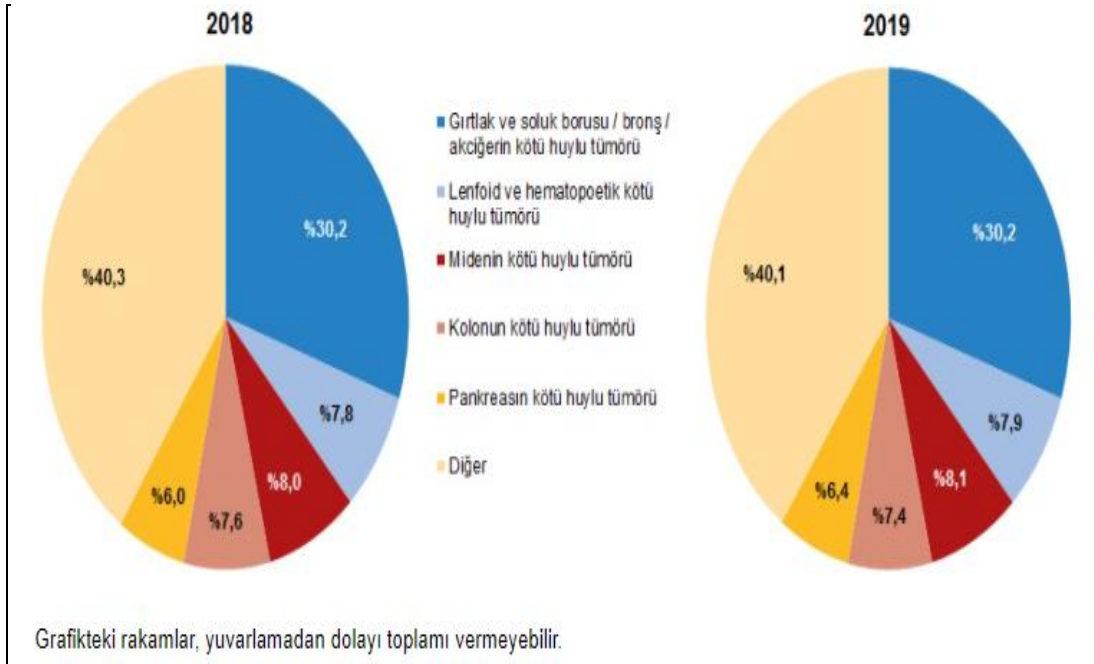
2.2.2. Türkiye'de Kanser Epidemiyolojisi

Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2019'da yayımladığı verilere bakıldığında Türkiye'de 435 941 kişi ölmüştür. Ölen kişilerin %54,6'sı erkek, %45,4'ü kadındır. Tüm Dünya'da olduğu gibi Türkiye'de de 2019 yılı ölüm nedenleri arasında ilk sırayı dolaşım sisteminden kaynaklanan hastalıklar almıştır ve bu oran %36,8'dir. Sonrasında ise bu sırayı %18,4 ile benign ve malign tümör kaynaklı, %12,9 ile solunum sistemi kaynaklı hastalıklar takip etmiştir (Şekil 4) (TÜİK, 2020). Tümörden kaynaklı ölümlerin en çok %30,2'si larinks ve trakea, bronş ya da akciğerin malign tümörü, %7,9'u lenfoid ve hematopoetik malign tümörü, %8,1'i ise midenin malign tümörü kaynaklı meydana gelmektedir (Şekil 5) (TÜİK, 2020).



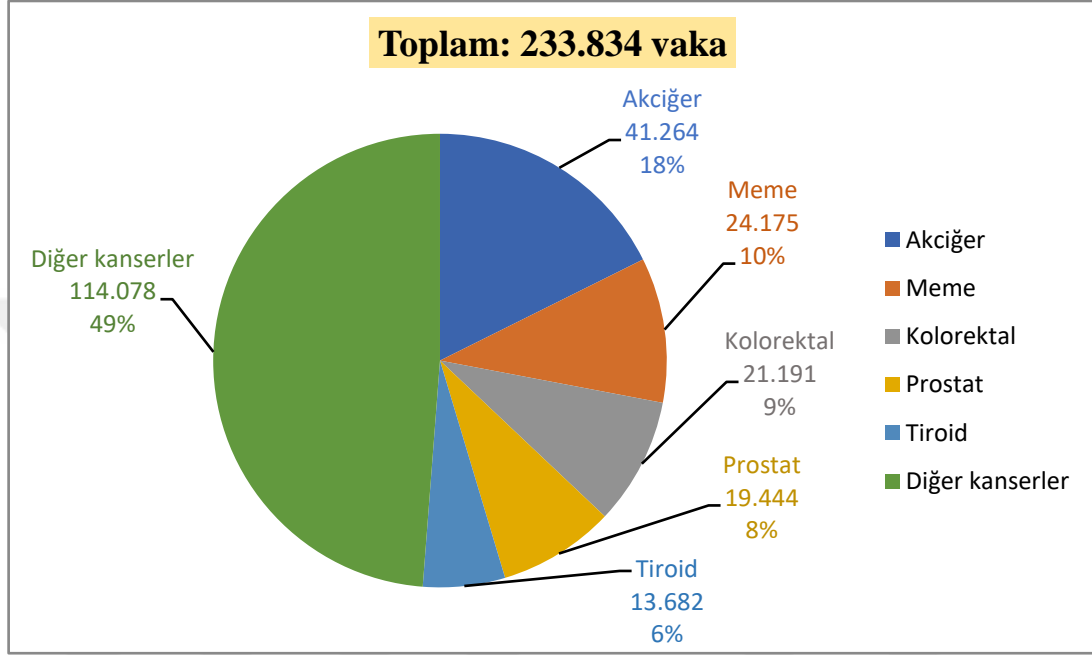
Şekil 4. Nedenlere Göre Ölüm Oranı, 2018, 2019

(TÜİK, 2020)



Şekil 5. İyi Ve Kötü Huylu Tümörlerden Ölenlerin Oranı, 2018, 2019 (TÜİK, 2020)

2020’de her iki cinsiyet ve her yaş grubuna göre Türkiye’de en yaygın olan 5 kanser türü; akciğer, meme, kolorektal, prostat ve tiroid kanseri olarak belirlendi. Belirlenen bu kanser türleri tüm kanser çeşitlerinin %50’sinden fazlasını oluşturmuştur (Şekil 6) (GLOBOCAN, 2020).



Şekil 6. 2020’de Her İki Cinsiyet, Her Yaştan Yeni Vaka Sayısı (GLOBOCAN, 2020)

2.3. KANSER ETİYOLOJİSİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

Dünya’da önde gelen ölüm nedenleri arasında olan kanserin olası risk faktörlerini değiştirerek bireyler üzerinde sağlıklı yaşam tarzı seçimleri oluşturarak, halk sağlığına yönelik mevcut kanıta dayalı önleme stratejileri uygulayarak kanser ölümlerinin %30-50’si önlenabilir. World Health Organization (WHO)’ya göre; sigara ve tütün kullanımından kaçınmak, dengeli beslenmek, düzenli spor yapmak, güvenli cinsel ilişkiye girmek, radyasyona maruz kalmayı azaltmak, Hepatit B ve HPV’ye karşı aşı olmak, düzenli tıbbi bakım alarak kansere karşı bağışıklık kazanmak vb. alınabilecek yardımcı önlemler arasındadır (Karakoyunlu Şen, 2019; WHO, 2021).

Kanser sorunu, erken kanser teşhisiyle ve kanser hastası bireylere yönelik sistematik müdahalelerle de çözümlenebilir. Erken teşhis edilen kanserin ve kanser taramalarının ne denli önemli olduğunun bilinmesinin yanı sıra, kansere neden olan durumları ve kanserin risk faktörlerini bilmek, bireyler üzerinde sağlıklı yaşam bilinci oluşturup davranış değişikliği yaratarak bu konuda toplumsal farkındalığın artmasına önemli katkı sağlayacaktır. Örneğin; Japonya'daki mide kanseri vakalarının tütsülenerek pişirilen balıkların tüketimiyle; Hindistan'da erkeklerdeki ağız ve özafagus kanser oranının yüksek olmasıyla da karabiber ağacı çiğnemenin ilintili olduğunun bulunması, sigara dumanındaki hidrokarbür isimli kanserojen maddenin 1950 yılında izole edilmesi bu farkındalıklardan bazılarıdır (Ağırman vd., 2019; Atıcı, 2007; Karakoyunlu Şen, 2019; WHO, 2021).

Kansere sebebiyet veren risk faktörleri; genetik, biyolojik, çevresel ve davranışsal olarak gruplandırılabilir. Kansere bağlı ölümlerin 1/3'üne sebep olan davranışsal risk faktörleri; düşük meyve-sebze alımı, yüksek vücut kitle indeksi, tütün ve alkol kullanımı, fiziksel aktivite eksikliği olarak bildirilmektedir. Genetik ve çevresel etmenlerin kanser oluşumuna katkısı yaşanan çevreye ve kanserin türüne bağlı olarak değişebilmektedir. Genetik yatkınlık sebebiyle kansere yakalananların oranı yalnızca %5-10 iken, yaşam biçimi ve çevresel etmenlere bağlı olarak kansere yakalanan kısım ise büyük çoğunluğunu oluşturmaktadır (Erdem vd., 2017; Şenışık, 2014; Tuncer, 2009; Yokuş ve Çakır, 2011; Williams, 1992; Williams, 2001).

2.3.1. Çevresel Etmenler

Kanserin etiyojisine bakılacak olursa çevresel faktörler; yaş, sigara (tütün kullanımı), alkol, kimyasal ajanlar ve ilaçlar, fiziksel ajanlar, enfeksiyöz ajanlar, diyet ve beslenme, egzersiz olarak sıralanabilir.

Yaş: Yaşın ilerlemesiyle birlikte kanser prevalansında artma meydana gelmektedir. Prostat kanseri ve cilt kanseri yaşın ilerlemesi ile birlikte diğer kanser türlerine oranla artış göstermektedir. Yaşla organizmada gerçekleşen çeşitli değişimler, kanserin oluşumunda büyük bir etkiye sahiptir (Kutluk ve Kars, 1992; Tekpınar, 2017; WHO, 2021).

Sigara: Kanser etiolojisinde en önemli risk faktörlerinden biri sigaradır. 2004 yılında 7,4 milyon kanser hastası içerisinde sigara kullanan 1,6 milyon kişinin hayatını kaybettiği bilinmektedir. Tütün ürünü kullanımının akciğer, larinks, trakea, dil, dudak, böbrek, serviks, pankreas, mesane, karaciğer, mide, kolon, kan-kemik iliği ve over kanseri gibi birçok kanser çeşidiyle ilişkisi gösterilmiştir. Örneğin; akciğer kanserinin %70'inin etiolojisinde sigaranın varlığı bulunur. Sigara içme prevalansındaki azalışa bağlı olarak bazı kanserlerin görülme sıklığında azalmalar meydana gelebilmektedir. Bu duruma örnek olarak; akciğer kanseri (erkek bireylerde azalış görülür), yemek borusu kanseri (kadın bireylerde azalış görülür) ve yutak kanseri verilebilir. Ayrıca tüm ağız kanserleri, özafagus ve pankreas kanseri ile ilişkilendirilen tütün çiğnemenin de sigara içmek kadar risk taşıdığı bilinmektedir (Cancer Research UK, 2021; Karakoyunlu Şen, 2019; Tekpınar, 2017; WHO, 2021).

Alkol: Alkol tüketimi kanser etiolojisinde güçlü bir risk faktörüdür. Alkol tüketiminin ağız boşluğu, özafagus, farinks, larinks ve karaciğer kanserlerinin oluşum riskini arttırdığı son yıllarda yapılan araştırmalarda gösterilmiştir. Aynı zamanda meme ve kolorektum kanserlerinin de oluşum riskini arttırdığına yönelik çok sayıda epidemiyolojik çalışma bulunmaktadır. Ancak bu çalışmalar içerisinde etanol, kanserle ilişkili mekanizmalar içerisinde gösterilirken etanolün kendisi tek başına kanserojen olarak tanımlanmamaktadır. Çok sayıda alkol tüketen kişilerin genellikle sigara da içiyor olması bu kişilerde kanser tehlikesini fazlaca artırmaktadır (Karakoyunlu Şen, 2019; Nelson vd., 2013; Pöschl ve Seitz, 2004; Tekpınar, 2017).

Kimyasal ajanlar ve ilaçlar: Kimyasal bir ajan doğrudan zehirli bir madde olabilmekte ve bir kısmı aktif metabolitine çevrildikten sonra kanser oluşumunda etkin risk faktörüne dönüşebilmektedir. Doğrudan etkili ajanlara nitrojen mustard, benzilklorid, nitrosonetilürea örnek verilebilir. Dolaylı yoldan etkili ajanlar, tamamen yanmamış organik maddelerin oluşumu olan polisiklik hidrokarbonlardır ve bunlar mangalda pişmiş ette, tütün ürünlerinde ve bacalarda bulunur. Medikal tedavide uygulanan ilaçların hepsi fayda-zarar dengesi baz alınarak hastalara önerilmektedir. Farmakolojik listede karsinojen grubu ilaçlar oldukça kalabalık olmasına rağmen gerekli görülen hastalara belirlenen dozda bu ilaçlardan verilerek riskin en aza

indirgenmesi amaçlanmaktadır. Doxorubicin, androjeniksteroid grubu, klorambusil, sisplatin, siklofosamid, siklosporin-A, dietilstilbestrol ve tamoksifen kanser ile ilişkisi bulunan başlıca ilaçlardır (Gürbüz, 2006; Tekpınar, 2017; Vogel, 2017).

Fiziksel ajanlar: Radyasyon, ısı, güneş ışığı, mekanik darbeler gibi kansere sebep olan pek çok fiziksel etken bulunmaktadır. Özellikle iyonlaştırıcı radyasyon türevi ışınım (x ve gama ışını, ultraviyole ışını, nükleer yayınım) biyolojik makro molekülleri doğrudan etkileyebilecek potansiyeldedir ve Deoksiribo Nükleik Asit (DNA)'da birtakım hasarlara sebebiyet verdikleri bilinmektedir. Yakın zamanda yapılan çalışmalarda elektrikli ev aletlerinin yaydığı frekansların oluşturduğu manyetik alanların da DNA'da çeşitli hasarlara neden olduğu tespit edilmiştir. Ultraviyole ışınlarına cilt kanseri etiolojisinde sık rastlanırken 1940'lı yıllarda henüz ilişkisi tam olarak bilinmemekle birlikte radyologlar arasında lösemilerin artışı iyonize radyasyona maruziyet ile ilişkilendirilmiştir (Karakoyunlu Şen, 2019; Markowitz, 2015; Yokuş ve Çakır, 2011).

Enfeksiyöz ajanlar: Kanser olgularına bakıldığında gelişmekte olan ülkelerin %22'sinin, sanayileşmiş ülkelerin %6'sının etiolojisinde enfeksiyöz ajanlar görülmektedir. Bu olgularının %15'inde enfeksiyon ile ilişkili inflamasyon bulunduğu tespit edilmiştir (Karakoyunlu Şen, 2019; Salman, Varol, Yıldız, Küçükzeybek ve Alacacıoğlu, 2015; Şevik, 2013; Tekpınar, 2017; WHO, 2021).

Diyet ve beslenme: Batı'daki toplumlarda kanser vakalarının %30'una yakınının diyet faktörlerinin etkisi altında olduğu bilinmektedir. Aşırı kilo ya da obezite özofagus, endometriyum, pankreas, safra, kolon ve post menapozal meme kanseri riskini artırmaktadır. Özellikle obezite, lipid ve karbonhidrat mekanizmasına etki ederek hücrelerin çoğalmasını ve farklılaşmasını, hormonları vebağışıklık sistemini yöneten etkenleri kullanarak kanser gelişiminde etkindir. Tüketilen besinlerin de sıcaklıklarının yüksek olmasının kanser oluşum riskini artırdığına yönelik bulgular mevcuttur (Karakoyunlu Şen, 2019; Key vd., 2004; Renehan, Roberts ve Dive, 2008; Tekpınar, 2017).

Egzersiz: Rutin olarak yapılan zorlayıcı hareketlerin kanseri engelleyici bir tedavi oluşturduğu, kanser oluşum riskini azalttığı ve insidansında %40 azalma oranı sağladığı yapılan çalışmalarla tespit edilmiştir. Özellikle meme ve bağırsak kanserine karşı en yüksek önleyici etkidedir. Ayrıca düzenli yapılan egzersiz kanser tanısı sonrası kemoterapi ve radyoterapinin yan etkilerini azaltıp, kişinin ruhsal açıdan iyi olmasına katkıda bulunmakta, kişinin fiziksel işlevselliğine eskisi gibi devam etmesine, kas-kemik kayıplarının en aza indirgenmesine ve kişinin ömrünün uzamasına katkıda bulunmaktadır (Karakoyunlu Şen, 2019; Newton ve Galvão, 2008; Şenışık, 2014; Tekpınar, 2017).

2.3.2. Genetik Etmenler

Kanser tek başına genetik bir hastalık değildir. Kalıtsal veya sonradan kazanılmış mutasyonların genetik ve epigenetik etmenlerin etkisiyle somatik hücrelerde birikimiyle oluşan genetik bir hastalıktır. Kanser, DNA dizilimindeki bozulmalar sonucunda oluşur. Kanser vakalarının %10-15'inin ebeveynlerden geçen genlerin aktarılmasıyla, %85-90'ının ise DNA'nın mutajenlere maruz kalması, replikasyon hataları ile şekillendiği düşünülür (Ekmekçi, Konaç ve Önen, 2008; Karakoyunlu Şen, 2019; Yokuş ve Çakır, 2011).

2.4. KANSERDE ERKEN TANI VE TARAMALAR

Kanser taramasında temel amaç; hedef popülasyondaki asemptomatik bireylere tarama programlarını uygulayarak, klinik bir bulgu oluşmadan evvelkanserin erken evrede teşhisi ve kanser gelişim sürecini izleyerek kansere bağlı morbidite ve mortalite hızlarını azaltmaktır (Gümüşay ve Avcı, 2017). Tarama programlarına katılmak zorunlu değildir. Bu doğrultuda bireylerin taramalara katılmama hakları da bulunmaktadır (Eren, 2017).

Tablo 1. Amerikan Kanser Derneği (ACS) Kanserin Erken Teşhisi İçin Kılavuz İlkelerinden, Bireylere Kanser Tarama Önerileri

Meme Kanseri
<ul style="list-style-type: none">* Tüm kadınlar, meme kanseri taramasıyla ilişkili olan faydalar, sınırlamalar ve potansiyel zararlara aşına olmalıdır.* Tarama, bir kadının sağlığı iyi olduğu ve 10 yıl veya daha uzun yaşaması beklendiği sürece devam etmelidir.* Bireye yönelik meme kanseri riski için en iyi tarama planı hakkında bir sağlık uzmanıyla konuşulmalıdır.* Kadınlar ayrıca memelerinin normalde nasıl görüldüğünü ve hissettiğini bilmeli, herhangi bir değişiklikte hemen bir sağlık uzmanına görünmelidir.* 40-44 yaş arası kadınlar, isterlerse yıllık mamografi (meme röntgeni) ile başlama seçeneğine sahip olmalıdır.* 45-54 yaş arası kadınlar her yıl mamografi çektirmelidir.* 55 yaş ve üstü kadınlar 2 yılda bir mamografi çektirebilir veya yıllık taramaya devam edebilir.* Bazı kadınlar - aile öyküsü, genetik yatkınlık veya diğer bazı faktörler nedeniyle - mamografi ile birlikte meme MR ile taranmalıdır. (Bu kategoriye giren kadınların sayısı çok azdır.)
Kolorektal Kanser
<ul style="list-style-type: none">* Ortalama kolorektal kanser riski taşıyan bireylerde 45 yaşında düzenli taramaya başlanması önerilir. Bu, bir kişinin dışkıında kanser belirtileri arayan hassas bir testle (dışkıya dayalı bir test) veya kolon ve rektuma bakan bir yöntemle (görsel bir muayene) yapılabilir.* 75 yaşına kadar sağlığı yerinde olan bireylerde düzenli taramaya devam edilebilir.* 76-85 yaş arası bireylerde taramaya devam edilip edilmemesi hakkında bir sağlık uzmanıyla görüşülmelidir. Bireyin tercihleri, genel sağlık durumu ve geçmiş tarama sonuçları dikkate alınmalıdır.* 85 yaşın üzeri bireyler kolorektal kanser taraması yaptırmamalıdır.* Birey kolonoskopi dışında bir test ile taranmayı tercih ederse, herhangi bir anormal test sonucunun kolonoskopi ile takip edilmesi gerekir.
Serviks Kanseri
<ul style="list-style-type: none">* Taramaya 25 yaşında başlanmalıdır. Bu yaş grubunda rahim ağzı kanseri nadir görüldüğü için 25 yaşın altındaki bireylere test yapılmamalıdır.* 25-65 yaş arası bireyler, her 5 yılda bir birincil HPV testi yaptırmalıdır. Primer HPV testi yoksa, yine de her 5 yılda bir co-test (Pap testi ile HPV testi) veya 3 yılda bir Pap testi iyi seçeneklerdir.* Son 10 yılda düzenli olarak rahim ağzı kanseri testi yaptıran ve sonuçları normal olan 65 yaş üstü bireylere test yapılmamalıdır. Test durdurulduktan sonra tekrar başlatılmamalıdır. İleri evre serviks kanseri öyküsü olanlar, testler 65 yaşını geçse bile bu tanıdan sonra en az 25 yıl boyunca test edilmeye devam etmelidir.* Rahim ağzı kanseri veya ileri evre kanser öncesi ile ilgili olmayan nedenlerle rahim ağzı ameliyatla alınan kişilere test yapılmamalıdır.* HPV'ye karşı aşılanmış kişiler, yine de kendi yaş gruplarına yönelik tarama önerilerine uymalıdır.* Bazı kişiler - sağlık geçmişleri nedeniyle (HIV enfeksiyonu, organ nakli, DES maruziyeti, vb.) - rahim ağzı kanseri için farklı bir tarama programına ihtiyaç duyabilir. Bireyler sağlık geçmişleri hakkında bir sağlık uzmanı ile görüşmelidir.

Akciğer Kanseri

* Amerikan Kanser Derneği (ACS), akciğer kanseri tarama kılavuz güncellemesi (en son 2018 versiyonu mevcut) henüz tamamlanmamıştır. Bu doğrultuda ACS, Amerikan Tıp Akademisi ABD Önleyici Hizmetler Görev Gücü'nün akciğer kanseri taraması için yakın zamanda güncellenen tavsiyelerine uyulmasını önermektedir.

* 50-80 yaş arası sağlıklı bireylerde, şu anda sigara içen/son 15 yılda bırakmış olan bireylerde ve en az 20 paket/yıl sigara içme öyküsü olan bireylerde LDCT taramaları (Düşük Doz Bilgisayarlı Tomografi) ile birlikte yıllık akciğer kanseri taraması önerilmektedir.

* Ek olarak taranacak kişilerin; akciğer kanseri tarama ve tedavisi hakkında tecrübesi olan bir merkeze gitmeleri, bir sağlık uzmanı tarafından LDCT taramaları ile taramanın olası sınırları, yararları ve zararları hakkında bilgilendirilmesi, hâlihazırda sigara içiyorsa sigarayı bırakmak için danışmanlık alması önerilir.

Prostat Kanseri

* Amerikan Kanser Derneği, erkeklerin prostat kanseri için test yaptırıp yaptırmama konusunda bir sağlık kuruluşu ile bilinçli bir karar vermelerini önermektedir. ACS, prostat kanserine yönelik araştırmalarında test ve tedavi çeşitlerinin riskleri ve olası faydaları hakkında henüz net bir sonuç ortaya koymazken erkeklerin test edilmemesi gerektiğine inanmaktadır.

* 50 yaşından itibaren erkekler, testin kendileri için doğru seçim olup olmadığına karar verebilmeleri için testin artıları ve eksileri hakkında bir sağlık uzmanıyla görüşmelidir. (Bu görüşme; Afrikalı - Amerikalı olan bireylerde ve 65 yaşından önce ailede prostat kanseri öyküsü olan bireylerde 45 yaşından itibaren yapılmalıdır).

* Test yaptırmaya karar veren bireyler, rektal muayene olsun ya da olmasın bir PSA (Prostat Spesifik Antijen) kan testi yaptırmalıdır. Bireyin PSA seviyesine göre ne sıklıkta taranacağı belirlenecektir.

(Fontham vd., 2020; <https://www.cancer.org/healthy/find-cancer-early/american-cancer-society-guidelines-for-the-early-detection-of-cancer.html>)

2.4.1. Meme Kanseri

Dünya genelinde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin birçoğunda görülen meme kanseri, en yaygın olan ikinci kanser türüdür. Kadın bireylerde oluşan kanser türleri ve ölüme bağlı sebepler arasında meme kanseri ilk sırada yer almaktadır. 2012 yılında kanser nedeniyle ölen 8,2 milyon kişiden 521 817'si meme kanseri nedeniyle hayatlarını kaybetmiştir. Tüm kanserlerin %23'ünü, kansere bağlı ölüm nedenlerinin %14'ünü kadınlarda meme kanseri oluşturmaktadır. 2012 yılında yeni tanı alan kanser hastalarının %25'ini; 1,7 milyon kadın meme kanseri oluşturmuştur. Ülkemizde de kadınlar arasında 41,6/100 000 oranı ile en yaygın görülen ve görülme yaşı giderek düşen kanser türüdür (Ferlay vd., 2012; Jemal vd., 2011; Kozan ve Tokgöz, 2016; Ravdin vd., 2007).

Meme kanserine yönelik yapılan düzenli ve etkili tarama yöntemleri sayesinde tanı, kanserin erken evresinde konulabilmekte ve böylece prognozun iyi olması sağlanabilmektedir. Ancak tarama ile tespit edilen tümörlerin, çoğunlukla klinik süreçte belirti ve bulgu oluşturmadığı öne sürülmektedir. Bu sebeple meme kanseri tarama yöntemleri ile ilgili tartışmalar halen devam etmektedir. Bununla birlikte meme kanserinden ölen kadınların çoğunun da düzenli olarak tarama yaptırmadıkları bilinmektedir (Eren, 2017; Gümüşay ve Avcı, 2017).

2.4.2. Serviks Kanseri

Dünya'daki jinekolojik kanser türlerinden en yaygın görüleni serviks kanseridir. Senede 400 000 ve üzeri kadın serviks kanserinden tanı almakta olup, 250 000 kadın ise bu sebeple ölmektedir. 45 yaşın altındaki kadın bireylerde en yaygın görülen ikinci kanser serviks kanseridir ve kansere bağlı ölümlerin üçüncü sebebi olmaktadır. Genellikle en sık 50-59 yaş arası görülen serviks kanserlerinin %65'i, ülkemizde 40-60 yaş arası görülmektedir (Mavi Aydoğdu ve Özsoy, 2018; Tekpınar, 2017).

Serviks kanseri, özellikle az gelişen ve gelişmekte olan toplumlarda görülen halk sağlığının önemli sorunlarından biridir. Cinsel aktiviteye genç yaşta başlamak ve sıklıkla eş değiştirmek, bu kanser türüne yakalanmayı tetiklemektedir. Oral kontraseptiflerin 5 yıldan daha fazla kullanımını serviks kanser riskini artırmaktadır. Bu kanser türünün oluşumunda en sık HPV suşları ile gelişen enfeksiyonun HPV 16 ve HPV 18 tipleri görülür. Ayrıca sigaranın da karsinogenez sürecini hızlandırdığı bilinmektedir (Eren, 2017; Tekpınar, 2017).

2.4.3. Kolorektal Kanser

Kolorektal kanser (KRK), kolon ve rektumun iç yüzeyini oluşturan hücrelerin anormal gelişimi sonucu oluşur. Dünya'da senede bir milyon kadar kişi KRK'ye yakalanmakta, bu kişilerin 500 000'i ise bu kanser türü sebebiyle ölmektedir. Özellikle gelişmiş Batı ülkelerinin önemli bir halk sağlığı sorunudur. KRK'ye her yaşta rastlanabileceği gibi en sık 50 ve üzeri yaşlarda rastlanılmaktadır. Genel olarak 63 yaşındaki bireylerde görülmektedir. Kesin sebebi bilinmemekle birlikte kadın-

erkek arasında görülme sıklığı birbirine yakındır (Öztürk Emiral vd., 2018; Tekpınar, 2017).

Kolorektal kanser, diğer kanser türleri içerisinde görülme sıklığı açısından tüm dünyada 3.sırada, kanser nedeni ölüm sebeplerinde tüm dünyada 4.sırada, Avrupa'da ise 2.sırada yer almaktadır. KRK insidansının ülkeler arası farklılık gösterme sebebi lokal karsinojenler, çevresel faktörler ve diyetle bağlanmaktadır. Örneğin; düşük KRK insidansına sahip (Asya) ülkelerden Batı'ya göçen bireylerde kanser riskinin artış göstermesi, alışılmış bölgesel beslenmenin değişmesinin önemli risk faktörlerinden biri olabileceğinin kanıtlarındandır (Büyükdoğan, 2009; Öztürk Emiral vd., 2018).

2.4.4. Prostat Kanseri

Prostat; mesanenin alt bölümünde ve rektumun ön tarafında bulunan, üretra tarafından çevrilmiş, yaklaşık olarak ceviz boyutunda olan bir salgı bezidir. Ejakülasyon anında spermlerin dışarı atılmasını sağlayan seminal sıvının bir kısmını üretir. Testislerde üretilen androjenler prostatın büyümesini sağlar. Prostat aşırı büyümesi halinde, üretraya bası yaparak idrarın mesaneden penise akımını durdurur ya da yavaşlatır. Prostat oluşumunda rol alan hücrelerin kontrol dışı artış göstermesi sonucunda bu kanser türü gelişebilmektedir (HSGM, 2017; Tekpınar, 2017).

Dünya ülkeleri ve Türkiye'de en yaygın görülen ikinci kanser türü prostat kanseridir. Kanser teşhisi konulan erkeklerin prostat kanseri olma sıklığı 1/3'tür (HSGM, 2017; Tekpınar, 2017). Erkeklerdeki yeni kanser teşhislerinin %26'sı, kanser nedeniyle meydana gelen ölümlerin ise %9'u prostat kanseri sonucu oluşmaktadır (Siegel, Miller ve Jemal, 2015). Prostat kanseri sık görülmesine rağmen prognozunun yavaş seyretmesi mortalitenin düşmesine neden olmakta, hastalar çoğu zaman prostat kanserinden değil başka bir sebepten kaybedilmektedir. Bu durumla ilgili olarak yapılan otopsilerin sonuçlarına göre 80 yaş üzeri erkek bireylerin %70'inde okült prostat kanseri görülmüştür (Gümüştay ve Avcı, 2017; Şahin, 2015).

2.4.5. Akciğer Kanseri

Akciğer, vücudumuzun oksijen ihtiyacını karşılayan ve birçok hücreden oluşan organıdır. Akciğer kanseri ise normal akciğer dokusundaki hücrelerin ihtiyaç olmadan kontrolsüz bir çoğalma sonucu tümör oluşturmasıdır. Tümör önce olduğu yerde büyüme gösterir, sonrasında dolaşım yoluyla çevredeki doku ve organlara yayılım göstererek (mide, karaciğer, kemik, beyin vb. metastazlar) ciddi hasarlara sebebiyet verir (HSGM, 2017).

Akciğer kanseri, hızlı ilerleyen ve zamanla tehlikeli bir hal alabilen bir kanser türüdür. Sıklıkla ileri aşamalara gelene kadar belirti ve bulgu göstermez. İlk başlarda yeme isteğinin azalması, güç kaybı, terleme ve kilo verme gibi nonspesifik belirtiler görülebilmektedir. Başlıca belirtiler ise sürekli veya kötüye giden öksürme hali, kanlı balgam çıkarmak, öksürme sırasında-derin nefes alırken-gülerken kötüleşen göğüs ağrısı, nefes darlığı, ses kısıklığı, sürekli tekrarlayan zatürre-bronşit gibi akciğer enfeksiyonlarıdır (HSGM, 2017; Tekpınar, 2017).

Ülkemizde, Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) ve aile hekimlikleri tarafınca “Erken teşhis hayat kurtarır!” sloganıyla DSÖ’nün önermiş olduğu üç kanser türünde tarama programları yapılmaktadır. Meme, kolorektal ve serviks kanseri tarama hizmetleri ücretsiz olarak verilmektedir (HSGM, 2017; Keskinılıç vd., 2016).

Tablo 2. Türkiye’de Uygulanan Kanser Tarama Programları

Tarama Programı	Yaş Aralığı	Uygulama Sıklığı
Meme Kanseri		
Kendi kendine meme muayenesi	> 20 yaş	Ayda bir (KKMM yapması için danışmanlık hizmeti verilmelidir)
Klinik meme muayenesi	40-69 yaş	Yılda bir
Mamografi	40-69 yaş	2 yılda bir
Kolorektal Kanseri		
Gaitada Gizli Kan	50-70 yaş	2 yılda bir
Kolonoskopi	50-70 yaş	10 yılda bir
Serviks Kanseri		
PAP smear ve HPV testi	30-65 yaş (son iki HPV ve PAP smear testi negatif ise tarama sonlandırılır)	5 yılda bir

(HSGM, 2017)

2.5. İNANÇ – KADER VE KADERCİLİK İNANCI

İnanç, sözlükte geçen anlamıyla bir fikir ya da varlığa olan bağlılık ve kabullenme halidir (Doğan, 2005). İnanç, ihtimalin tüm boyutlarını barındırmakla birlikte %50 bazında olduğunda şüpheyi, %50-100 arasında bulunduğu kanaati, %100'lük bir durumda ise kat'i ve kesin inancı doğurur. Şüphe edilmeksizin benimsenip aykırı fikirlerin de geçerliliğine inanılmadığı kat'i ve kesin inançta, iman kavramı ortaya çıkmaktadır (Kaya, 2008; Kızılarıslan, 2020). Genel olarak ilah olarak nitelendirilen doğüstü varlıkla kurulan ilişkiyi temel alan inanç; iman kavramı ile birlikte felsefe, ilahiyat, psikoloji, sosyoloji gibi bilimlerin çalışma alanları kapsamında incelenmektedir (Demir, 2014). Türk Dil Kurumu (TDK) tarafınca, güncel Türkçe sözlükte inanç: “Bir düşünceye gönülden bağlı olma; birine duyulan güven, inanma duygusu; Tanrı'ya, bir dine inanma, itikat” anlamlarına gelmektedir. İman ise “herhangi bir kişiye ya da olayın olacağına yürekten güçlü inanma” ve dini açıdan “dinin ortaya koyduğu dogmalara inanma, kutsal inanç, itikat” şeklinde açıklanmaktadır (TDK, 2005). Sonuç olarak inanç ve iman kavramları anlam bakımından hemen hemen aynı manaları içermektedir.

Bireysel ve toplumsal hayatımızda oldukça etkin bir role sahip olan inanç, kişilerin kendi iç dünyasında sosyal yaşamlarındaki dengeleri sağlayabilmek açısından oldukça önem taşımaktadır. Houxley, bireyin nezh yaşam sürmesi ve amaç taşıyan eylemlerinde ilk ve temel koşulun inanç olduğunu belirtmektedir (Karacoşkun, 2004). Fromm'un görüşüne göre inanç, “bireyin içsel dünyasında duygusal ve düşünsel açıdan etkin bulunma hali” olarak oluşursa akılcı, “bireyin kendisine sunulan doğru ya da yanlış herhangi bir şeye boyun eğmesi” sonucu oluşursa mantıksız olur. Fromm, kişinin iç dünyasının etkin olması sonucu oluşan inancın, pozitif ve faydalı bir birey olunmasına katkı sağlayacağını savunur. Aynı zamanda inancın olmadığı yerde insanın yalnız, umutsuz ve korku dolu olacağını ifade eder (Kızılarıslan, 2020).

İnanç; insanın iş yapabilme, başarabilme kapasitesi üzerinde güçlü bir etkiye sahiptir. Dünya'da adı duyulmuş birçok dini lider ve siyaset insanı, sahip oldukları inançlar ve değerler sayesinde daha güçlü yerlere gelmişlerdir. Gustave Le Bon'un;

bir insana inanç aşılamanın (ister dini ister din dışı inanç olsun), o insanın var olan gücünü on katına çıkardığını dile getiren sözleri bu fikri destekler niteliktedir (Bon, 2015). Günlük yaşamımızda inanç, birine inandığımızı hissettirip onun davranışlarından tutarlı ve güvenilir bir geribildirim almamız ile iç içedir. İnsan ilişkilerinde belirleyici olma konusunda oldukça kuvvetli bir etkinlik alanı yaratır. Sosyal bakımdan incelendiğinde, bireylerin toplumsal hayatta rol alacakları davranış biçimlerinin temel işlevsel boyutunu oluşturur. Özetle inanç, birey ve toplum yaşamında günlük aktiviteler üzerinde kişi ve grup davranışlarını düzenleyen etkili bir sosyal yaptırım mekanizması oluşturmaktadır (Karacoşkun, 2004).

Kadercilik inancı ise antik çağdan itibaren bireylerin doğal ve doğaüstü güçler karşısında hissettiği çaresizlik olarak tanımlanmaktadır. Mitoloji, felsefe, psikoloji, ilahiyat, antropoloji, sosyoloji dalı gibi çeşitli alanların ilgisini çekmiş olan ve bu alanlarda araştırılan bir öğretilerdir (Kasapoğlu, 2008; Kaya ve Bozkur, 2015). Kadercilik inancının ilk örneklerinin görüldüğü Yunan mitolojisinde Oedipus efsanesinde, tüm çabalara rağmen Oedipus'un babasını öldürüp annesiyle evlenmesi kaderin önlenemeyeceği inancını yansıtmaktadır (Kaya ve Bozkur, 2015).

Felsefi görüş açısından kader kavramı; kişinin bilme, kavrama ve açıklama ihtiyacını anlamlandırarak ortaya koyan bir epistemiyolojidir. Kadercilik kavramıysa bu epistemiyolojinin toplumda belirleyici sosyal ve ekonomik, tarihi, kültürel faktörler doğrultusunda katı, tutucu bir paradigmaya dönüşmüş uzantısıdır (Macit, 2014). Felsefede fatalizm yazgıcılık anlamlarına da gelen kaderciliğin, determinizmle birlikte ele alındığı bilinmektedir. Determinizm; kainattaki her şeyin belli bir nedensellik bağlantısıyla meydana geldiğini, insan yaşamında gerçekleşen olguların ve eylemlerin tümünün salt nedenlere bağlı kalarak koşullandığını savunmaktadır (Kazanç, 2007). Nedensiz herhangi bir şeyin olamayacağını savunan determinist yaklaşıma göre, eğer nedene bir müdahale söz konusuysa sonuçlarda değişecektir. Kadercilikte ise bir şey olacaksa bu kaçınılmazdır ve bunun önüne geçilmesi olanaksızdır. Bu tanımlamalara bakıldığında kadercilik; geçmişe dair bir açıklama, gelecek içinse bir tutum ve davranışlar bütünüdür (Macit, 2014; Kaya ve Bozkur, 2015).

İlahiyat alanında kader ve kadercilik arasındaki ayrım sıklıkla vurgulanmakta, birçok dinde tartışma konusu olmaktadır. Farklı dinlerde görülebilen kader inancı, genellikle “Tanrı’nın bütün şeyleri öncesinde biliyor olması, insana iyiyi emredip kötüye yasak koyması” olarak tanımlanabilir (Öztürk, 2003; Sinanoğlu, 2002). Birçok Yahudi mezhebinde insanın kaderinin doğumdan önce aydınlık ya da karanlıktan birine ait olduğu, bunun yıldızlara yazıldığı ve kaderin değiştirilemeyeceği, bu yüzden iradenin devre dışı bırakılması gerekliliği savunulur (Daşbadem, 2008). Hristiyanlıkta ise Pelagius (M.Ö. 420/440), insanın esas günahına rağmen özgür iradesiyle doğru davranışı gerçekleştirme gücünün var olduğunu; Augustine (M.Ö. 430), asli günahın tüm insanları etkilediğini ve bunun sonucunda insanın iyiyeye ve doğruya götüreceği eylemler gerçekleştirme potansiyelinden yoksun kaldığını savunmaktadır (Tarakçı, 2010). İslamiyette imanın altı şartından biri olarak kabul edilen kader inancı, teolojik olarak şüphe ve tereddütlerin sıklıkla yaşandığı tartışmaların merkezindedir (Kızıllıarslan, 2020). İslam tarihinde Cebriyeciler, her şeyi kadere bağlayan, kişinin herhangi bir şeyi gerçekleştirebilme yetisini ve irade gücüne inanmayan taraftayken Kaderiler, kişinin özgür iradesi sonucunda yapabildiklerinin Tanrı’nın değil kişiye ait bir eylem olduğuna inanan taraftadır (Kasapoğlu, 2008; Kaya ve Bozkur, 2015; Sinanoğlu, 2002).

Antropoloji ve sosyoloji alanlarında ele alınan kaderciliğin sistemik yapısı temelde ilahi dinlerle iç içe geçmiş olsa da, “ilah” kavramı olmayan farklı değerlerde de kader inancı mevcuttur. Buna göre kader inancının Tanrısal dinlere nazaran toplumların oluşturduğu bir kavram olduğu söylenebilir (Macit, 2014). Birey ve toplum üzerinde incelemeler yapan antropoloji ve sosyoloji gibi bilimlerin de kadercilik üzerinde durması anlaşılmalıdır. Lewis’in görüşüne göre (1965, Akt. Gün, 2010); toplumdaki alt sınıf kişilerin düzene karşı göstermiş oldukları tepki ve mevcut ortam şartlarına adapte olma çabası yoksulluk kültürü olarak ele alınır. Yoksulluk kültürünün başlıca nitelikleri; pasif tepki, sabır, kabullenmişlik ve kaderciliktir. Benzer şekilde, pek çok çalışma sonucunda kaderciliğin toplumdaki eğitim seviyesi ve ekonomik durumuyla ters yönlü bir ilişkisi olduğunu kanıtlanmıştır (Aslantekin, Erdem, Aslan ve Göktaş, 2005; Savage, Dumas ve Stuart, 2013). Türkiye’de düşük

sosyo-ekonomik düzeye sahip kesimin benimsediği arabesk kültürünün içeriğinde de kadercilik inancının fazlaca bulunması, başka bir örnektir (Kaya ve Bozkur, 2015).

Psikoloji alanında determinizm ve kadercilik inancını birlikte incelemek mümkündür. Psikanalitik yaklaşım, tüm insan davranışlarının gelişigüzel gerçekleşmediğini ve kişinin psişik yaşamının bu davranışları önceden belirlediğini savunan katı deterministik çizginin üzerinde durmaktadır (Cevizci, 2005). Psikanalitik kuramın öncüsü olan Freud, anatominin kader olduğunu savunarak cinsiyet rollerinin bireylerin kaderi olduğunu kaderci bir yaklaşımla öne sürmüştür (Yıldız, 2015). Fromm (1947) ise insanın anlama ve kavrama yeteneğine sahip, hangi etkenlere bağımlı olduğu hakkında bilgisi olan ve aklı sayesinde kaderine oldukça etkili bir katkı sağlayan yegane canlı olduğu görüşündedir (Kaya ve Bozkur, 2015). Hayatın, insanın iradesi dışındaki kuvvetler sayesinde belirlenmesi sebebiyle kadercilik, insan sorumluluğuna karmaşık bir hâl aldırılmaktadır. Kaderciliğin insan sorumluluğunu bulanıklaştıran, kişiyi davranışlarında pasif kılan bir kavram olmasından etkilenen Fromm, kaderciliğin kişinin kendine yabancılaşması olduğunu savunmuştur (Fromm, 1996, Akt. Macit, 2014). Psikoloji alanıyla ilgili yapılmış olan çalışmaların sonucunda da dış kontrollü olmanın kaderci yaklaşımla birçok noktada kesiştiği gözlemlenmiştir (Dağ, 2002).

2.6. KADERCİLİK İLE SAĞLIK VE HASTALIK ARASINDAKİ İLİŞKİ

Toplumun tarih boyunca yaşadığı olayların sonucu, başta din olmak üzere sosyo-kültürel etkenlerle etkileşerek kaderci yaklaşımın bir ürünü olarak meydana gelmiştir (Ruiu, 2013). Toplumun kaderciliğe yönelmesi ile gerçekleşmiş olan cinci hocalar, üfürükçü ve muskacılar, medyum vb. herhangi bir eğitim almamış kişilere başvuran bireylerin sayısı oldukça fazladır ve birçoğu bu kişiler tarafından suistimal edilmiştir. Yaşamdaki pozisyonlarını davranışlarında kader, şans gibi faktörlere bağlayarak gerçekleştiren toplumlardaki teknolojik, bilimsel gelişme, sosyo-ekonomik açıdan yükselme ve siyasette özgürlüğün yeteri kadar iyi olmadığı, alt seviyede kaldığı gözlemlenmektedir (Kaya ve Bozkur, 2017; Masalcı Burçak, 2012).

Birey, üstesinden gelemediği olaylarla baş edebilmek için sorumluluktan kaçma eğiliminde davrandıkça kadercı bir görüşe daha yakın olmaktadır. Birey, sorumluluğunu hafifletmek ya da ondan kurtulmak adına kaderciliğe sığınıp başa çıkamadığı durumlarda ise bunun sorumlusu olarak doğüstü bir gücü kabul görerek kendisini kandırabilmektedir (Kuşat, 2000). Diğer yandan bireylerdeki sağlıklı tutum ve davranışın temelinde denetim odağı (kontrol noktası) vardır. Rotter (1966) tarafından tanımlanan denetim odağı; kişiyi iyi veya kötü olarak etkisi altına alan olayların, kendi yetenekleri ve eylemlerinin sonucu veya talih, kader, yüce bir varlığın sayesinde meydana geldiğini kavramasıdır. Denetim odağını davranışlarında ve yeteneğinde bulanlar “içten denetimli”; neticeyi davranışları dışında ve kendinden bağımsız birgücün kontrolünde hissedenler “dıştan denetimli”; kontrolün kendileri dışında şans, kader vb. kaynaklara bağlı olduğuna inananlar da “kadercı” olarak tanımlanmaktadır (Orhan, 2017; Pehlivan, 2019; Tabak ve Akköse, 2006).

Kadercilik eğilimi yalnızca olayları açıklama ve anlama kısmında değil; olaylar karşısında tepki verme, karar verme, eyleme geçme açısından da etkin rol oynamaktadır (Şimşekoğlu ve Nordfjærn, 2017). Bireylerin eylemleri üzerinde kadercilik eğiliminin etkisi olduğu yapılan bazı çalışma sonuçlarında tespit edilmiştir. Bu çalışma sonuçlarında; sürücü davranışları, iş kazalarına yönelik algıların oluşması ve bunlara dayalı önlemlerin alınması, bireylerin tasarruf eğilimleri, insan kaynakları yönetimi, ekonomik kararların alınması, bireylerin yaşadıkları sağlık problemleri ile baş edebilmesi ve sağlıklarını koruyucu davranışları alışkanlık haline getirebilmesi gibi birçok farklı alanda kadercilik eğiliminin etkisini görmek mümkündür (Duru, 2020).

Kadercilik, bireylerin tutum ve davranışları üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (Macit, 2014). Kadercı bir birey; yaşantısında sağlık, hastalık, ölüm gibi durumların kendisinden yüce olan güçlü bir varlık kontrolünde olduğuna, bu durumların yaşanmadan evvel belirlenip bir amaç taşıdığına inanmaktadır. Kişi, kendi kontrolü dışında sağlığını şansa, kadere veya Tanrı'ya bağımlı olarak algılar (Franklin vd., 2007). Ayrıca kaderciliğin, belirsiz durum ve stres karşısında bireyin davranışlarındaki işlevsel yanıt olduğu da düşünülebilir. Örnek verilecek olursa

paralı seks işçileri, artış gösteren Human Immunodeficiency Virus (HIV) riskleri ile başa çıkabilmek için kaderciliğe sığındıkları bir mekanizma geliştirirler (Berardi vd., 2016). Bu doğrultuda sağlık davranışlarında kaderciliğin getirilerini kavrayabilmek, hangi sağlık prosedürlerinin uygulanacağına karar verebilmek adına önem taşımaktadır (Köten, 2021).

Sağlıkla ilgili sorunların genellikle birey kontrolü dışında oluştuğu inancı, sağlık kaderciliğine dayanmaktadır (Nageeb vd., 2018). Kaderci yaklaşıma sahip bireyler, mevcut hastalık durumlarının irade dışı geliştiğini ve Tanrı tarafından verilip kaderinde var olduğunu kabul ederek sağlıkları üzerinde daha ihmalci davranıp mücadele etmeye gerek duymazlar (Unger vd., 2002). Yapılan bir çalışmada bu kişilerin kadercilik anlayışını desteklemeyenlere göre sayıca fazla olduğu ve hipertansiyon, diyabet gibi kronik hastalıklara daha çok sahip oldukları belirtilmiştir (Nageeb vd., 2018). Diyabetli hastaların glisemi kontrollerini irade dışı tutarak kadere bağlamaları da kadercilik anlayışının sağlığa etkisinin önemli bir göstergesidir (Lange ve Piette, 2006).

Her ne kadar kaderciliğin ruh sağlığına pozitif bir katkı sağladığını gösteren çalışmalar olsa dahi bu eğilimin bir kabulleniş, geri çekilme, önlem almama, tedavi imkanı aramama, risk alma gibi olumsuz sağlık davranışlarını beraberinde getirdiği düşünülmüş ve buna yönelik çeşitli araştırmalar yapılmıştır (Duru, 2020; Kuh ve Erdem, 2019). Sağlık davranışı ve kadercilik arasındaki ilişkiyi inceleyen 46 meta-analitik çalışma sonuçlarına göre, kadercilik eğilimindeki artışın insan sağlığını olumsuz yönde etkileyen davranışlarla bağlantısı bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır (Cohn ve Esparza-Del Villar, 2015). Kadercilik eğiliminin artışı, özellikle ergenlerde hastalık konusunda önlem almadan pasif bir tutumla risk alma davranışlarını ön plana çıkarıp güvenilir olmayan davranışlarda bulunmalarına sebep olmaktadır (Haynie, Soller ve Williams, 2014; Ngueutsa ve Kouabenan, 2017). Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) ve kanser gibi ciddi hastalık tutumları hakkında yeterli bilgi sahibi olmaya ve gerekli tedbirlerin alınmasına (Ramirez, 2014); iş kazası ele alındığıdaysa güvenlik tedbirleri alınmasının azalmasına neden olmaktadır (Yavan, 2017).

Kadercilik, sağlık davranışlarını olumsuz yönde etkilemekte ve buna bağlı olarak önlenebilir hastalıkların yaygınlaşmasında aracı bir rol oynamaktadır. Başta genel sağlık tarama davranışlarının benimsenmesinde ciddi bir engel olarak görülen kaderciliğin literatürde; sağlıklı yaşam biçimini sürdürme, kanserde erken tanı ve taramalar, diyabet, HIV/AIDS gibi hastalıklardan korunma davranışlarındaki etkileri ele alınmıştır (Köten, 2021). (Robinson, 2012) den aktarılanaya göre; bir araştırma sonucunda kadercilik anlayışının kanser hastalarında tıbbi yardım alma ve koruyucu sağlık davranışı tutumlarını etkilediği tespit edilmiştir (Pehlivan, 2019). Kanser kaderciliğinde, bireyde kanser mevcut olduğunda ölümün kaçınılmaz olduğu inancı vardır ve bu düşünceye sahip bireyler genelde kanserle ilgili bilgi almaktan kaçınırlar, kanserle ilişkili olumlu sağlık davranışı geliştiremezler ve kanser taramalarına katılmaktan kaçınırlar (Nageeb vd., 2018; Selvi, 2019). Kanserde erken teşhisin önemi konusuna oldukça şpheykle yaklaşan fatalist inancı yoğun olan bireyler, genellikle kanser tanısı almaktan korkmakta ve bu nedenle tıbbi yardımı erteleyebilmektedirler (Lyratzopoulos, Pang-Hsiang Liu, Abel, Wardle ve Keating, 2015).

Türkiye’de kadercilik inancı, oldukça sık görülen bir düşünce biçimidir. Birçok ulusla yapılan bir çalışmanın sonucunda; ülkemizde yaşayan halkın yaklaşık %50’si kendi yaşamlarının kadercilik veya metafizik glerinin kontrolünde belirlendiğine ve yaşamlarını şekillendirme noktasında yeterli etkiye sahip olmadıklarına inanırken bu oran Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Kanada gibi toplumlarda bu oranın oldukça az olduğu saptanmıştır (arkoğlu ve Kalaycıoğlu, 2009). Özetle kadercilik, sağlığın iyileştirilmesine ve korunmasına yönelik algılanan engellerle ilişkilendirilmekte olup uzman kişilere göre sağlığın ve hastalığın üzerindeki denetleme ve güçsüz olma duygusudur. Kanser kaderciliği, bireylerde kanseri nlleme ve kanserin erken tanısına ilişkin çaba göstermeye karşı potansiyel engel olarak görülmektedir. Bu durum kanserde erken tanı ve taramalar için sağlık profesyonellerinin başta kendi sağlıkları üzerinde ardından bireylere yönelik kadercilik eğilimi yönetimini önemli kılmaktadır (Duru, 2020; Selvi, 2019).

2.7. HEMŞİRELERİN KANSER TARAMALARINDAKİ ROLLERİ

Günümüz dünyasında ve ülkemizde en önemli halk sağlığı sorunlarının başında kanser gelmektedir (HSGM, 2019). Kanser, yılda milyonlarca kişinin hayatını kaybetmesine sebep olmaktadır. Ne var ki her üç vakadan biri önlenilme özelliğine sahiptir ve bundan dolayı kanserden koruyucu tarama programlarının önemi gittikçe artmaktadır (Çürük ve Yüceler Kaçmaz, 2017). Dünya genelinde sağlık çalışanları arasında sayıca fazla olan hemşireler, her zaman hem koruyucu hem de tedavi edici halk sağlığı hizmetlerinin uygulayıcısı olmuşlardır (HSGM, 2019). Gelişme düzeyi yüksek olan ülkelerdeki hemşirelerin erken teşhis ve tarama programları açısından yeterli bilgi ve deneyim sahibi olmaları en önemli özelliklerindedir. Bu eğitimli hemşirelerin; halk sağlığı eğitimlerinde ve kanser tarama programlarında farklı dallardaki sağlık uzmanlarıyla koordineli olarak çalışması en etkili rollerindedir. Toplum ve bireyle sürekli etkileşim halinde bulunan hemşireler, kanser kontrol aktivite programlarına destek olan prosedürlerin gelişimine de katkıda bulunmaktadır (Özerdoğan ve Gürsoy, 2017). Temel hedefleri sağlığı koruma olan hemşireler, kanser tanısını önlemek için birey yaşamında olumlu sağlık davranış değişiklikleri oluşturup destekleyerek kanser mortalitesi ve insidansında ciddi düşüşler yaşanmasına, yaşam kalitesinin artırılmasına katkı sağlayacaklardır (Çürük ve Yüceler Kaçmaz, 2017; HSGM, 2019).

Türkiye'deki çoğu hemşire sağlık hizmetlerinde bakım ve tedaviye yönelik alanlarda çalışmaktadır ve bu durum servis hemşirelerinin kanserden korunmak adına çeşitli sorumluluklarını içermektedir (Çürük ve Yüceler Kaçmaz, 2017). Hemşirenin kanseri önleme, kanser hakkında bilgilendirme yapma, kanser tarama ve tanı programlarında danışman rolde olma, kanser hastalarına bakım verip kişinin ailesinin ve toplumunda sağlık eğitimi almasını sağlama, araştırmalar yapma, çeşitli tarama testleri uygulayıp ulaşılan sonuçları toplama ve değerlendirme gibi görev ve sorumlulukları vardır (HSGM, 2019; Özerdoğan ve Gürsoy, 2017). Öte yandan bireyin sağlığını; yaşadığı yer, eğitim, kültür, sosyal ilişkiler, yaşam tarzı gibi birçok faktör etkilemektedir. Bu sebeple koruma programlarının tüm aşamalarında etkin hizmet verilmesini sağlayabilmek için tarama hizmeti verirken kişilerin fiziksel, ekonomik, kültürel ve psikososyal ihtiyaçları dikkate alınarak değerlendirme

yapılması gerekir. Bu durum koruma programlarının tüm aşamalarında etkin hizmet verilmesini sağlayacaktır (HSGM, 2019; Özerdoğan ve Gürsoy, 2017). Ayrıca kişilerin kanseri önlemek adına yapacakları eylemlere engel olan her türlü sağlık inanışları ve tutumları konusunda farkındalık kazanıp bu tutumları değerlendirip geliştirerek, kişinin kanserden korunma uygulamalarına katılımını sağlayacak çeşitli eğitimler düzenlenmelidir (Çürük ve Yüceler Kaçmaz, 2017).

Sonuç olarak hemşireler öncelikle halk sağlığının önemini, sağlığın belirleyicilerini bilmeli, her koşulda çalışabilmeli, hizmet sunduğu halkın profilini çıkarabilmeli, sağlık ihtiyaçlarını belirleyebilmeli, insanları bilinçlendirmeye istekli olmalıdır (HSGM, 2019). Bir kazanım olarak koruyucu kanser uygulamaları adına yapılan her türlü hemşire yaklaşımı kanserin fiziksel, sosyal ve psikolojik olan olumsuz etkilerini önleyerek bireylerin hayat kalitelerinin artmasını sağlamaktadır ve kanserin getirmiş olduğu ekonomik yükü azaltmaktadır (Çürük ve Yüceler Kaçmaz, 2017). Bunun yanında sağlık ve hastalık kavramları gibi kanser ve kanser tarama davranışlarına kaderci bir bakış açısıyla yönelmemeyi kendi yaşamlarında tutum haline getiren hemşireler, topluma olumlu rol model olacak ve kanserde erken tanı ve taramalara karşı toplum sağlığının gelişmesi ve korunmasına destek olmuş olacaklardır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı Değişkenleri: Hemşirelerin kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği puanları, hemşirelerin kadercilik eğilimleri ölçeği puanları.

Bağımsız Değişkenleri: Hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, gelir durumu, eğitim durumu, aile yapısı, dini inançları gibi sosyodemografik özellikler.

3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırmanın yapılacağı yer, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesidir (Hastaneye bağlı tüm birimler –Ana Bina Hizmet Binası – Ek Bina Hizmet Binası – Vefa Psikiyatri Merkezi – Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ek Hizmet Binası- dâhildir). Araştırma Ekim 2021 – Ekim 2022 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evreni, Kütahya ilinde bulunan Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan 911 hemşireden oluşmaktadır. Araştırmada olasılıksız örnekleme yöntemlerinden kolaylı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Örneklem büyüklüğü %5 hata payı ve %95 güven aralığında 271 olarak hesaplanmış olan çalışmaya dâhil edilme kriterleri kapsamında 285 hemşire katılmıştır.

3.5. ARAŞTIRMANIN KRİTERLERİ

3.5.1. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

*30-70 yaş arası hemşire olmak

*Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veriler; Sosyo-Demografik Özellikler Veri Formu, Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği ve Kadercilik Eğilimi Ölçeği kullanılarak elde edilmiştir.

3.6.1. Sosyo-Demografik Özellikler Veri Formu (EK-1)

Araştırmacılar tarafından hazırlanan hemşireleri tanımlayıcı Sosyo-Demografik Özellikler Veri Formu; hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, hizmet yılı, aile yapısı, çocuk sayısı, dini inancı, sigara-alkol kullanımı, kanserojen gıda tüketim durumu, şimdiki kanser tanısı alıp almama durumu ve kanser tanısı alan akraba durumu ile kanser tarama testlerine katılım durumunu sorgulayan on beş sorudan oluşmaktadır (Çakmak ve Güler, 2017; Kaya vd., 2017; Şahin, 2015).

3.6.2. Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği (EK-2)

Ölçek, Yıldırım-Öztürk ve arkadaşları (2020) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek beşli Likert tipinde olup 24 maddeden ve tek boyuttan oluşmaktadır. Ölçeği oluşturan maddeler “5: Tamamen katılıyorum, 4: Biraz katılıyorum, 3: Ne katılıyorum ne katılmıyorum, 2: Biraz katılmıyorum, 1: Hiç katılmıyorum” şeklinde 5’ten 1’e kadar bir aralıkta yanıtlanmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,957 bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 24 ve en yüksek puan 120’dir. Ölçek için belirli bir kesim noktası belirlenmemiştir. Katılımcıların puanları 24’e yaklaştıkça kanser taramalarına yönelik olumsuz tutum, 120’ye yaklaştıkça kanser taramalarına yönelik olumlu tutum lehine yorum yapılması uygun olmaktadır (Yıldırım Öztürk, Uyar ve Şahin, 2020). Araştırmada kullanılan KTYTÖ’den elde edilen ölçümün örneklem üzerindeki iç tutarlılık katsayısına bakıldığında, Cronbach Alpha katsayısı 0,766 olarak bulunmuştur.

3.6.3. Kadercilik Eğilimi Ölçeği (EK-3)

Ölçek, Kaya ve Bozkur (2015) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek Önceden Belirlenmişlik, Kişisel Kontrol, Batıl İnanç ve Şans olmak üzere dört alt boyuttan ve toplam 24 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 5 seçenekli likert tipindedir. 1: Kesinlikle

Katılmıyorum, 2:Katılmıyorum, 3:Kararsızım, 4:Katılıyorum, 5:Kesinlikle Katılıyorum seçeneklerinden oluşmaktadır.

Önceden Belirlenmişlik Alt Boyutu: Bu boyut (1, 4, 12, 15, 18, 19, 22 ve 24'üncü maddeler) 8 maddedir, maddeler doğrudan puanlanmakta olup alınabilecek en yüksek puan 40, en düşük puan ise 8'dir. Bu boyuttan alınan puan yükseldikçe her şeyin önceden belirlendiği algısı yükselmektedir.

Kişisel Kontrol Alt Boyutu: Bu boyut (2, 6, 8, 11, 14 ve 21. maddeler) 6 maddeden oluşmaktadır ve bu boyuttan alınabilecek en yüksek puan 30, en düşük puan ise 6'dır, maddeler tersten puanlanmaktadır. Bu boyuttan yüksek puan alınması zayıf kişisel kontrol algısı olduğunu belirtmektedir.

Batıl İnanç Alt Boyutu: Bu boyut (3, 5, 10, 17, 20 ve 23. maddeler) 6 maddeden oluşmaktadır, maddeler doğrudan puanlanmakta olup alınabilecek en yüksek puan 30, en düşük puan 6'dır. Batıl inanç boyutundan alınan puan yükseldikçe batıl inançlara eğilim yükselmektedir.

Şans Alt Boyutu: Bu boyut (7, 9, 13 ve 16. maddeler) 4 maddeden oluşmaktadır. Maddeler doğrudan puanlanmakta olup alınabilecek en yüksek puan 20, en düşük puan ise 4'tür. Bu alt boyuttan alınan puan arttıkça şans faktörüne inanma eğilimi yükselmektedir.

Sonuç olarak tüm alt boyutlar kadercilik eğilimini ölçmektedir. Ölçekten maksimum 120, minimum 24 puan alınabilmektedir. Tüm alt boyutlardan elde edilen puanların toplanması ile toplam kadercilik eğilimi puanı oluşturmaktadır. Puan arttıkça kadercilik eğilimi de artmaktadır (Kaya ve Bozkur, 2015; 2017). Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,86, test tekrar test güvenilirlik katsayısı 0,72'dir. Yapılan ölçümlerde ölçeğin Önceden Belirlenmişlik alt boyutunun Cronbach Alpha katsayısı 0,86, Kişisel Kontrol alt boyutunun 0,78, Batıl İnanç alt boyutunun 0,81 ve Şans alt boyutunun 0,71 olarak hesaplanmıştır (Kaya ve Bozkur, 2015). Araştırmada kullanılan KEÖ'den elde edilen ölçümlerin örneklem üzerindeki iç tutarlılık

katsayılarına bakıldığında; ölçeğin tamamının Cronbach Alpha katsayısı 0,819, Önceden Belirlenmişlik alt boyutunda 0,852, Kişisel Kontrol alt boyutunda 0,834, Batıl inanç alt boyutunda 0,826, Şans alt boyutunda 0,652 olarak bulunmuştur.

3.7. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek 01.10.2021 – 01.01.2022 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS v26 Programı kullanılarak tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, minimum, medyan, maksimum), Mann Whitney u testi, Kruskal Wallis testi, Spearman’r rho korelasyon analizi yapılmıştır. İç tutarlılığın değerlendirilmesi amacıyla Cronbach Alpha Katsayısı kullanılmıştır. Araştırmadaki tüm soruların güvenilirlik düzeyi analiz edildiğinde Cronbach Alpha Katsayısının mevcut araştırma soruları için $>0,65$ olması sebebiyle, anketin güvenilirlik seviyesinin orta-iyi düzeyde olduğu ifade edilebilir.

3.9. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Araştırmanın yapılabilmesi için Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nden kurum izni (EK-5), Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan etik kurul onayı (Karar No: 2021/14-14, Tarih: 06.10.2021) (EK-4) alınmıştır. Araştırmaya dâhil olacak katılımcılara öncesinde bilgilendirilmiş gönüllü onam formu (EK-8) imzalatılmıştır. Araştırmada kullanılan “Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği” ve “Kadercilik Eğilimi Ölçeği”nin yazarlarından e-mail yolu ile ölçek kullanım izni alınmıştır (EK-6, EK-7). Çalışma yürütülürken Helsinki Deklarasyonu 2013 prensiplerine uygun davranılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. KATILIMCILARIN SOSYO-DEMOGRAFİK VE KANSER İLE İLGİLİ BAZI ÖZELLİKLERİNİN DAĞILIMLARI

Çalışmaya 285 kişi katılmıştır. Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması $38,47 \pm 5,52$ 'dir. %69,1'i kadın, %30,9'u erkek, %62,8'i evli, %77,9'u üniversite mezunu, %52,6'sının geliri giderine eşit, %43,9'unun hizmet yılı 10 yıl ve üzeri, %91,2'si çekirdek aileye sahip, %96,8'inin dini inancı Müslüman, %56,8'inin çocuğu var, %66,3'ü sigara kullanmıyor, %86,7'si alkol kullanmıyor, %66,7'si kanserojen gıda tüketmemeye dikkat ediyor, %97,5'i şimdiye dek kanser tanısı almamış, %70,5'i şimdiye dek kanser tarama testlerinden herhangi birine katılmamış, %69,5'inin kanser tanısı alan akrabası olmuştur (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların Sosyo-Demografik Ve Kanser İle İlgili Bazı Özellikleri

		n	%
Cinsiyet	Kadın	197	69,1
	Erkek	88	30,9
Medeni Durum	Evli	179	62,8
	Bekar	106	37,2
Eğitim Durumu	Lise	35	12,3
	Üniversite	222	77,9
	Lisansüstü	28	9,8
Gelir Durumu	Gelirim giderimden fazla	58	20,4
	Gelirim giderimden az	77	27,0
	Gelirim giderime eşit	150	52,6
Hizmet Yılı	0-5 yıl	108	37,9
	5-10 yıl	52	18,2
	10 yıl ve üzeri	125	43,9
Aile Yapısı	Çekirdek aile	260	91,2
	Geniş aile	15	5,3
	Parçalanmış aile	10	3,5
Dini İnanç	Müslüman	276	96,8
	Diğer	9	3,2
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	162	56,8
	Hayır	123	43,2
Sigara Kullanma Durumu	Evet	96	33,7
	Hayır	189	66,3
Alkol Kullanma Durumu	Evet	38	13,3
	Hayır	247	86,7
Kanserojen Gıda Tüketmeme Durumu	Evet	190	66,7
	Hayır	95	33,3
Kanser Tanısı Alma Durumu	Evet	7	2,5
	Hayır	278	97,5

Şimdiye Kadar Kanser Tarama Testlerinden Herhangi Birine Katılım Durumu	Evet	84	29,5
	Hayır	201	70,5
Kanser Tanısı Alan Akraba Durumu	Evet	198	69,5
	Hayır	87	30,5

4.2. KATILIMCILARIN KANSER TARAMALARINA YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ VE KADERCİLİK EĞİLİMİ ÖLÇEĞİNDEN ALDIKLARI PUANLAR

Hemşirelerin Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği toplam puan ortalaması 99,93±13,89'dur. Hemşirelerin Kadercilik Eğilimi Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar sırasıyla; önceden belirlenmişlik 25,32±6,89, kişisel kontrol 14,76±5,62, batıl inanç 14,17±5,62, şans 11,0±3,39 şeklinde tespit edilmiştir. Hemşirelerin Kadercilik Eğilimi Ölçeği toplam puan ortalaması ise 65,25±12,96'dır (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Ve Kadercilik Eğilimi Ölçeğinden Aldıkları Puanlar

	Ort.±SS	Med. (Min.-Maks.)
Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Toplam Puan	99,93±13,89	101 (43-169)
Kadercilik Eğilimi Ölçeği Toplam Puan	65,25±12,96	66 (24-105)
<i>Önceden Belirlenmişlik</i>	25,32±6,89	26 (8-40)
<i>Kişisel kontrol</i>	14,76±5,62	14 (6-30)
<i>Batıl İnanç</i>	14,17±5,62	14 (6-30)
<i>Şans</i>	11,0±3,39	11 (4-20)

4.3. KATILIMCILARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE KANSER TARAMALARINA YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI

Hemşirelerin Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği toplam puan dağılımı açısından cinsiyete, alkol kullanım durumuna, kanserojen gıda tüketimine ve kanser

tarama testlerinden herhangi birine katılma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Kadın hemşirelerin KTYTÖ toplam puan ortalaması ($101,42\pm13,27$), erkek hemşirelere göre ($96,99\pm14,63$) yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) ($z:-2,039$). Alkol kullanmayan hemşirelerin KTYTÖ toplam puan ortalaması ($100,89\pm12,92$), kullananlara göre ($94,22\pm17,87$) yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) ($z:-2,137$). Kanserojen gıda tüketmemeye dikkat eden hemşirelerin KTYTÖ toplam puan ortalaması ($101,82\pm11,47$), dikkat etmeyenlere göre ($96,35\pm17,13$) yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) ($z:-3,487$). Kanser tarama testlerinden herhangi birine katılan hemşirelerin KTYTÖ toplam puan ortalaması ($103,35\pm14,7$), katılmayanlara göre ($98,46\pm13,31$) yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) ($z:-2,865$) (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları

		N	KTYTÖ Toplam Puan Ortalamaları	H^1/z^2	p
			Ort. \pm SS Med. (Min.-Maks.)		
Cinsiyet	Kadın	197	101,42 \pm 13,27 103- (43-169)	-2,039	0,041 ²
	Erkek	88	96,99 \pm 14,63 99- (44-126)		
Medeni Durum	Evli	179	100,14 \pm 13,08 102- (43-120)	-1,229	0,219 ²
	Bekar	106	99,6 \pm 15,16 100- (44-169)		
Eğitim Durumu	Lise	35	96,84 \pm 14,48 95- (63-120)	2,599	0,273 ¹
	Üniversite	222	100,27 \pm 13,73 101- (43-169)		
	Lisansüstü	28	101,65 \pm 14,35 104,5- (67-120)		
Gelir Durumu	Gelirim giderimden fazla	58	99,17 \pm 18,51 101- (44-169)	0,312	0,856 ¹
	Gelirim giderimden az	77	99,39 \pm 14,91 99- (43-145)		
	Gelirim giderime eşit	150	100,5 \pm 11,1 102- (68-126)		
Hizmet Yılı	0-5 yıl	108	99,8 \pm 13,52 101- (44-145)	0,517	0,772 ¹
	5-10 yıl	52	99,04 \pm 11,98 101,5- (64-118)		
	10 yıl ve	125	100,46 \pm 15,08		

	üzeri		101,5- (43-169)		
Aile Yapısı	Çekirdek aile	260	100,05±14,14 101- (43-169)	3,573	0,168 ¹
	Geniş aile	15	95,29±11,84 92,5- (76-113)		
	Parçalanmış aile	10	104,75±6,84 106- (92-115)		
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	162	100,55±14,5 103- (43-169)	-1,247	0,212 ²
	Hayır	123	99,17±13,13 100- (44-145)		
Sigara Kullanma Durumu	Evet	96	98,76±14,49 100- (43-126)	-0,611	0,541 ²
	Hayır	189	100,54±13,58 102- (63-169)		
Alkol Kullanma Durumu	Evet	38	94,22±17,87 97- (43-126)	-2,137	0,033 ²
	Hayır	247	100,89±12,92 102- (63-169)		
Kanserojen Gıda Tüketmeme Durumu	Evet	190	101,82±11,47 103,5- (70-126)	-3,487	<0,001 ²
	Hayır	95	96,35±17,13 98- (43-169)		
Kanser Tanısı Alma Durumu	Evet	7	103±8,83 100- (92-116)	-0,405	0,685 ²
	Hayır	278	99,86±14 101- (43-169)		
Şimdiye Kadar Kanser Testlerinden Herhangi Birine Katılım Durumu	Evet	84	103,35±14,7 105,5- (70-169)	-2,865	0,004 ²
	Hayır	201	98,46±13,31 101- (43-145)		
Kanser Tanısı Alan Akraba Durumu	Evet	198	100,44±13,45 101- (43-169)	-0,467	0,640 ²
	Hayır	87	98,83±14,86 102- (44-145)		

Kruskal Wallis test¹, Mann Whitney U test²

4.4. KATILIMCILARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE KADERCİLİK EĞİLİMİ ÖLÇEĞİ VE ALT BOYUTLARININ PUAN ORTALAMALARI

Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre önceden belirlenmişlik alt boyutu, batıl inanç alt boyutu ve KEÖ toplam puan ortalamaları dağılımları açısından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 6).

Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre kişisel kontrol alt boyutu puan dağılımları açısından medeni durum, eğitim durumu, hizmet yılı ve çocuk sahibi

olma durumuna göre istatistiksel anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). Evli hemşirelerin ortalaması, bekâr hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur. Post-hoc ikili karşılaştırmalara göre lise ve üniversite, lise ve lisansüstü eğitim durumu arasında farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Lise mezunu olan hemşirelerin ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Post-hoc ikili karşılaştırmalara göre 0-5 yıl ile 10 yıl ve üzeri hizmet yılı arasında farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). 10 yıl ve üzeri hizmet yılına sahip hemşirelerin ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Çocuğu olan hemşirelerin ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6) (Tablo 7).

Hemşirelerin gelir durumuna göre şans alt boyutu dağılımları açısından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$) (H:10,885). Post-hoc ikili karşılaştırmalarda “Gelirim giderimden fazla” ile “Gelirim giderimden az”, “Gelirim giderimden fazla” ile “Gelirim giderime eşit” arasında farklılık vardır ($p<0,05$). “Gelirim giderimden fazla” diyen hemşirelerin şans ortalaması daha düşük bulunmuştur (Tablo 6) (Tablo 8).

Tablo 6. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Kadercilik Eğilimi Ölçeği Ve Alt Boyutlarının Toplam Puan Ortalamaları

		N	Önceden Belirlenmişlik		Kişisel Kontrol		Batıl İnanç		Şans		KEÖ Toplam Puan	
			Ort.±SS Med. (Min.- Maks.)	H ¹ /z ² P	Ort.±SS Med. (Min.- Maks.)	H ¹ /z ² P	Ort.±SS Med.(Min. -Maks.)	H ¹ /z ² P	Ort.±SS Med.(Min. -Maks.)	H ¹ /z ² P	Ort.±SS Med.(Min. -Maks.)	H ¹ /z ² P
Cinsiyet	Kadın	197	25,81±6,16 26- (8-40)	-0,867	14,57±4,72 14- (6-30)	-0,005	14,35±5,29 14- (6-30)	-1,025	11,11±3,33 11- (4-19)	-0,864	65,91±12,04 67- (24-105)	-1,179
	Erkek	88	24,34±8,22 26- (8-40)	0,386 ²	15,26±6,34 14- (6-30)	0,996 ¹	13,86±6,27 13- (6-30)	0,305 ²	10,8±3,52 11- (4-20)	0,388 ²	64,18±14,53 64- (31-96)	0,239 ²
Medeni Durum	Evli	179	25,27±6,9 26- (8-40)	-0,379	15,36±5,47 14- (6-30)	-2,510	14,25±5,59 13- (6-30)	-0,281	10,8±3,28 11- (4-20)	-1,294	65,52±12,36 65- (24-105)	-0,233
	Bekar	106	25,41±6,92 26- (8-40)	0,705 ²	13,74±4,77 13- (6-30)	0,012²	14,04±5,7 14- (6-30)	0,778 ²	11,36±3,56 11- (4-19)	0,196 ²	64,8±13,97 66,5-(25-100)	0,815 ²
Eğitim Durumu	Lise	35	24±8,31 27- (8-37)		17,73±6,6 15- (8-30)		15,79±6,23 14- (6-30)		11,41±3,49 11,5- (5-19)		68,47±12,13 70- (39-96)	
		222	25,46±6,52 26- (8-40)	0,654 0,721 ¹	14,6±5,03 14- (6-30)	11,314 0,003¹	14,04±5,57 14- (6-30)	2,963 0,227 ¹	11,1±3,37 11- (4-20)	5,946 0,051 ¹	65,27±12,9 66- (24-105)	4,067 0,131 ¹
	Lisansüstü	28	25,89±7,95 28- (8-39)		12,44±3,9 12- (7-19)		13,11±5,07 13- (6-24)		9,59±3,24 9- (4-16)		60,96±13,93 63- (31-88)	
Gelir Durumu	Gelirim giderimden fazla	58	24,21±8,47 26- (8-40)		14,58±6,02 13- (6-30)		13,18±6,24 13- (6-30)		9,67±3,25 9,5- (4-17)		61,83±15,61 64- (24-96)	
		77	25,43±5,67 25,5- (11-37)	0,710 0,701 ¹	14,65±5,14 14- (6-30)	1,105 0,575 ¹	14,92±5,28 14- (6-30)	3,904 0,142 ¹	11,43±3,34 11,5- (4-20)	10,885 0,004¹	66,42±12,36 66- (44-105)	2,646 0,266 ¹
	Gelirim giderime eşit	150	25,7±6,77 26- (8-40)		14,9±5,05 14- (6-30)		14,19±5,51 13- (6-29)		11,31±3,36 11- (4-20)		66,05±11,91 67- (32-96)	

Hizmet Yılı	0-5 yıl	108	25,38±6,59		13,73±5,14		13,86±6,01		11,2±3,67		64,38±13,03	
			26- (8-39)		13- (6-30)		14- (6-30)		11- (4-19)		66- (31-96)	
	5-10 yıl	52	25,82±7,53	0,829	14,38±4,75	12,317	14,14±5,5	0,753	11,2±2,96	1,184	65,09±14,11	0,682
			26- (8-39)	0,661 ¹	14- (6-29)	0,002¹	14- (6-27)	0,686 ¹	10,5- (4-18)	0,553 ¹	65- (24-100)	0,711 ¹
	10 yıl ve üzeri	125	25,05±6,94		15,84±5,43		14,45±5,35		10,76±3,31		66,14±12,43	
			26- (9-40)		14- (6-30)		13- (6-30)		11- (4-20)		67- (25-105)	
Aile Yapısı	Çekirdek aile	260	25,4±6,88		14,72±5,29		14,09±5,64		10,97±3,33		65,21±12,65	
			26- (8-40)		14- (6-30)		13- (6-30)		11- (4-20)		66- (24-100)	
	Geniş aile	15	22,38±7,09	2,950	15,57±5,93	0,467	14,5±6,55	2,153	10,79±3,85	0,687	62,83±19,25	2,310
			23- (11-36)	0,229 ¹	14,5- (7-28)	0,792 ¹	14,5- (6-30)	0,341 ¹	11,5- (5-17)	0,709 ¹	64- (37-105)	0,315 ¹
	Parçalanmış aile	10	27,22±6,59		14,8±4,21		16,13±2,8		12,22±4,52		70,13±11,08	
			27- (19-40)		15- (9-23)		16- (13-21)		12- (6-19)		70,5- (47-82)	
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	162	25,24±6,72		15,61±5,18		14,37±5,5		10,83±3,34		65,99±12,31	
			26- (9-40)	-0,557	14- (6-30)	-3,842	14- (6-30)	-0,689	11- (4-20)	-1,092	67- (25-105)	-0,807
	Hayır	123	25,42±7,13	0,577 ²	13,64±5,21	<0,001²	13,92±5,79	0,491 ²	11,23±3,46	0,275 ²	64,37±13,7	0,420 ²
			26- (8-39)		12- (6-30)		14- (6-30)		11- (4-19)		66- (24-100)	
Sigara Kullanma Durumu	Evet	96	24,75±6,89		14,84±5,57		14,38±6,18		11,34±3,54		65,87±15	
			25- (8-40)	-0,972	14- (6-30)	-0,042	14,5- (6-30)	-0,571	11- (4-20)	-1,100	65- (24-105)	-0,416
	Hayır	189	25,62±6,89	0,331 ²	14,73±5,13	0,966 ²	14,06±5,32	0,568 ²	10,83±3,31	0,271 ²	64,92±11,79	0,678 ²
			26- (8-40)		14- (6-30)		13- (6-30)		11- (4-19)		66- (25-96)	
Alkol Kullanma Durumu	Evet	38	23,08±7,83		13,56±5,68		13,42±6,24		11,45±3,28		61,82±16,92	
			23,5- (8-40)	-1,821	13- (6-30)	-1,907	14- (6-30)	-0,727	11- (4-20)	-0,802	63,5- (24-100)	-1,528
	Hayır	247	25,67±6,69	0,069 ²	14,95±5,19	0,057 ²	14,29±5,52	0,468 ²	10,93±3,41	0,423 ²	65,79±12,19	0,127 ²
			26- (8-40)		14- (6-30)		13,5- (6-30)		11- (4-20)		67- (25-105)	
Kanserojen Gıda Tüketmeme Durumu	Evet	190	26,05±6,41		14,22±4,63		14,1±5,48		10,89±3,44		65,02±12,7	
			26- (8-39)	-1,861	14- (6-30)	-1,286	14- (6-30)	-0,051	11- (4-20)	-1,052	67- (24-105)	-0,174
	Hayır	95	24,11±7,59	0,063 ²	15,67±6,16	0,198 ²	14,3±5,99	0,960 ²	11,3±3,34	0,293 ²	65,78±13,71	0,862 ²
			25- (8-40)		14- (6-30)		13- (6-30)		11- (4-20)		65- (25-100)	
Kanser Tanısı	Evet	7	25,5±3,94		14,71±5,02		12,14±3,85		9,57±2,82		64,67±4,27	

Alma Durumu			26,5- (19-30)	-0,029	14- (7-22)	-0,240	13- (6-16)	-0,817	10- (5-13)	-1,053	64- (60-70)	-0,370
	Hayır	278	25,32±6,95	0,977 ²	14,76±5,29	0,810 ²	14,22±5,66	0,414 ²	11,04±3,4	0,292 ²	65,26±13,11	0,711 ²
			26- (8-40)		14- (6-30)		14- (6-30)		11- (4-20)		66- (24-105)	
Şimdiye Kadar Kanser Tarama Testlerinden Herhangi Birine Katılım Durumu	Evet	84	25,39±6,56		14,76±4,59		14,56±5,72		11,09±3,08		65,51±14,05	
			26- (8-40)	-0,213	14- (6-28)	-0,771	14- (6-30)	-0,627	11- (4-18)	-0,522	67- (24-105)	-0,459
	Hayır	201	25,29±7,03	0,832 ²	14,76±5,53	0,440 ²	14,01±5,59	0,531 ²	10,97±3,52	0,602 ²	65,15±12,57	0,646 ²
			26- (8-40)		14- (6-30)		14- (6-30)		11- (4-20)		65- (32-100)	
Kanser Tanısı Alan Akraba Durumu	Evet	198	25,41±6,95		14,56±5,11		14,14±5,54		11,06±3,41		64,97±12,76	
			26- (8-40)		14- (6-30)		14- (6-30)		11- (4-20)		67- (24-105)	
	Hayır	87	25,13±6,86	-0,490	15,26±5,63	-0,595	14,2±5,85	-0,356	10,85±3,37	-0,660	65,82±13,54	-0,157
			25- (9-39)	0,624 ²	14- (7-30)	0,552 ²	13- (6-30)	0,722 ²	10- (5-20)	0,509 ²	65- (39-100)	0,875 ²

Kruskal Wallis test¹, Mann Whitney U test²

Tablo 7. Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Kişisel Kontrol Alt Boyutunun Post-Hoc İkili Karşılaştırmaları

Post-Hoc İkili Karşılaştırmalar (p ²)		Kişisel Kontrol
Eğitim Durumu	Lise vs. üniversite	0,014
	Lise vs. lisansüstü	0,002
Hizmet Yılı	Üniversite vs. lisansüstü	0,040
	0-5 yıl vs. 5-10 yıl	0,162
	0-5 yıl vs. 10 yıl ve üzeri	0,001
	5-10 yıl vs. 10 yıl ve üzeri	0,130

Kruskal Wallis test¹, Mann Whitney U test²

Tablo 8. Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Şans Alt Boyutunun Post-Hoc İkili Karşılaştırmaları

Post-Hoc İkili Karşılaştırmalar (p ²)		Şans
Gelir durumu	Gelirim giderimden fazla vs. az	0,003
	Gelirim giderimden fazla vs. eşit	0,003
	Gelirim giderimden az vs. eşit	0,674

Kruskal Wallis test¹, Mann Whitney U test²

4.5. KATILIMCILARIN KANSER TARAMALARINA YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ İLE KADERCİLİK EĞİLİMİ ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Hemşirelerin Kadercilik Eğilimi Ölçeği'nin alt boyutlarından olan önceden belirlenmişlikle kişisel kontrol arasında negatif yönde zayıf düzeyde; önceden belirlenmişlikle şans ve KEÖ toplam puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde; kişisel kontrol ile batıl inanç ve KEÖ toplam puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde; kişisel kontrol ile şans arasında pozitif yönde zayıf düzeyde; batıl inanç ile şans arasında pozitif yönde orta düzeyde; batıl inanç ile KEÖ toplam puanı arasında pozitif yönde iyi düzeyde; şans ile KEÖ toplam puanı arasında pozitif yönde iyi düzeyde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların Kansere Yönelik Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları ile Kadercilik Eğilimi Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

		KTYTÖ Toplam Puan	Önceden Belirlenmişlik	Kişisel Kontrol	Batıl İnanç	Şans	KEÖ Toplam Puan
KTYTÖ Toplam Puan	r	1,000	0,028	-0,094	-0,065	-0,083	-0,032
	p		0,659	0,138	0,306	0,185	0,626
Önceden Belirlenmişlik	r		1,000	-0,160	0,110	0,331	0,522
	p			0,010	0,078	<0,001	<0,001
Kişisel Kontrol	r			1,000	0,313	0,134	0,456
	p				<0,001	0,028	<0,001
Batıl İnanç	r				1,000	0,517	0,768
	p					<0,001	<0,001
Şans	r					1,000	0,712
	p						<0,001
KEÖ Toplam Puan	r						1,000
	p						

Spearman 'srhokorelasyon

5. TARTIŞMA

Tartışma, “Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre kanser taramalarına yönelik tutumları” ve “Katılımcıların kanser taramalarına yönelik tutumları ile kadercilik eğilimleri arasındaki ilişki” başlıkları altında tartışılmıştır.

5.1. KATILIMCILARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE KANSER TARAMALARINA YÖNELİK TUTUMLARI

Çalışmada kadın hemşirelerin erkek hemşirelere göre kanser taramalarına yönelik tutumları daha yüksek bulunmuştur. Bir üniversite hastanesindeki 310 kadın sağlık çalışanının kanser taramalarına yönelik bilgi seviyelerinin ve tutumlarının değerlendirildiği bir çalışmada, katılımcıların tamamına yakınının KETEM’i işittiği, kanser taramalarının önemi ve amacı hakkında bilgi sahibi olduğu ve kanser taramalarına karşı tutumlarının olumlu yönde seyrettiği saptanmıştır (Özer, 2021). Sağlık personellerinin ulusal kanser tarama programlarına yönelik bilgi düzeylerinin, tutumlarının ve tarama davranışlarının değerlendirildiği ve katılımcıların %68,43’ünün kadın olduğu bir başka çalışma sonucunda sağlık çalışanlarının bilgi düzeyi, farkındalık ve kanser tarama programlarına katılım oranlarının yeterli düzeyde olmadığı tespit edilmiştir (Kaya vd., 2017). Sağlık personellerinin yaşayış tarzlarının ve alışkanlıklarının kanseri önleyici bir şekilde olup olmadığı ve bu çalışanların kanserde erken tanı hakkındaki bilgi düzeylerinin, tutum ve davranışlarının araştırıldığı bir çalışmada ise; kanser tarama yöntemlerinden olan KMM, mamografi ya da meme ultrasonu yöntemleriyle ilgili çalışanların kendi sağlık tutum düzeylerinin yeterli seviyede olmadığı tespit edilmiştir (Ağırman ve vd., 2019). Kadın sağlık çalışanlarındaki kanser tarama tutumlarının belirlenmesi amaçlanarak yapılan bir çalışmada katılımcıların pap-smear testine katılım düzeyleri yeterli; serviks, meme ve kolorektal kanser taramalarına katılma tutumlarının ise standartlara göre yeterli seviyede olmadığı saptanmıştır (Çakmak ve Güler, 2017). Kadın sağlık çalışanlarındaki kanser tarama davranışlarının belirlenmesi amaçlanarak yapılan başka bir çalışmada da bu çalışanların KKMM yöntemi dışında olan kanser tarama davranışlarının düşük oranda olduğu tespit edilmiştir (Çakmak, 2017). Benzer şekilde; kadın sağlıkçıların serviks kanseri, meme kanseri ve kanser tarama yöntemlerini uygulamaya yönelik bilgi düzeylerinin, davranış ve tutumlarının

değerlendirildiği çalışmada katılımcılar kandaki biyokimya, hemogram ve hepatit belirteç tahlillerinin yapılmasını gerekli bir uygulama olarak benimsemişken, kanser taramalarını yaptırmaya yönelik benzer hassasiyeti göstermemişlerdir (Özçam ve vd., 2014). Kanser tarama yöntemleri ve meme kanserine yönelik bilgi düzeyi, tutum ve davranışların incelendiği bir başka çalışmada katılımcıların %59,7'sinin kadın sağlık çalışanı olduğu ve meme kanseri bilgi düzeylerinin iyi seviyede olmasına rağmen şikâyetlerinin olmaması ve kendilerini ihmal etmeleri sebebiyle tarama programlarına uyumlarının oldukça düşük seviyede seyrettiği tespit edilmiştir (Yapran, 2021). Çalışmada kadın hemşirelerin erkek hemşirelere göre kanser taramalarına yönelik tutumları daha yüksek bulunmasına rağmen literatürde taranan diğer araştırma sonuçlarına göre kadınların ağırlıkta olduğu sağlık çalışanlarında kanser ve kanser tarama programlarına yönelik bilgi, tutum ve davranışların genel olarak yetersiz olduğu görülmektedir. Literatürde kadın cinsiyette düşük kanser tarama bilgi düzeylerinin bulunmasına karşın çalışmada kadın hemşirelerin puan ortalamalarının yüksek olması, çalışma örnekleminin sağlık personeli olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Alkol kullanmayan hemşirelerin kanser taramalarına yönelik tutumları alkol kullanan hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur. Alkolün kanserojen etki gösterdiği bilinmektedir. Özellikle meme ve kolorektal kanserde alkol ve sigara kullanımı kanser riskini artıran faktörlerdendir (Ağırman vd., 2019; Yapran, 2021). Yapılan birçok çalışma sonucunda, her gün ortalama bir-iki kadeh alkol kullanımının, meme kanseri görülme sıklığını yaklaşık %30-50 oranında artırdığı gözlemlenmiştir (Koçak vd., 2011). Başka bir çalışmada östrojen reseptörü pozitif olan meme kanseri gelişiminin, alkol tüketimi ile artış gösterdiği tespit edilmiştir (Suzuki vd., 2005). Constance ve arkadaşlarının metaanaliz çalışmasında kolorektal kanser riski ile günlük ortalama iki kadeh alkol tüketimi arasında anlamlı bir korelasyon görülmüştür (Constance vd., 2013). Ayrıca günlük 10 gram etanol içeren alkollü içeceklerin tüketiminin akciğer kanseri riski ile ilişkisinin incelendiği bir metaanaliz çalışmasında, akciğer kanseri riskini biranın %4, likörünse %3 oranında arttırdığı tespit edilmiştir (Çavdar ve Çavdar, 2018). Alkol kullanımı ve kanser arasındaki ilişki ile ilgili elde edilen literatür bilgileri neticesinde alkol

kullanmayanların kanser ve kanser taramaları hakkında daha çok farkındalıkları olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada katılımcıların %66,3'ünün sigara kullanmadığı tespit edilmiştir. Manisa il merkezinde birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlarda çalışan sağlık personellerinin kanser tarama performansları ve ilişkili faktörlerin incelendiği bir araştırmada katılımcıların %25,1'i sigara içmekte, %44,1'i sıklıkla alkol kullanmakta olup kanser taramalarında algılanan toplam performansları yetersiz düzeyde tespit edilmiştir (Güvenç, 2019). Sağlık personellerinin kanseri önlemeye yönelik bilgi düzeylerinin, tutum ve davranışlarının araştırıldığı bir çalışmada ise sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam hakkında bilgi düzeylerinin iyi olmasına rağmen alkol (%42,2) ve sigara (%44,6) kullanım oranları yüksek çıkmış olup düzenli klinik muayeneye ve rutin kanser taramasına katılım oranları beklenenden daha düşük bulunmuştur (Ağırman vd., 2019). Bu verilere göre; sigara ve alkol kullanan sağlık çalışanlarının sağlıklı bir yaşam için neler yapılması gerektiğinin bilincinde olmalarına karşın, kanser taramalarına katılım düzeylerinin yetersiz olduğu söylenebilir.

Kanserojen gıda tüketmeyen hemşirelerin kanser taramalarına yönelik tutumları kanserojen gıda tüketen hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur. DSÖ tüm kanser çeşitlerinin %30- %50'sinin önlenilebilir olduğunu, beslenme riskinin fazla olduğu beş ana davranış biçiminden kaynaklandığını (meyve ve sebze alımından düşük diyet, alkol tüketimi, tütün kullanımı, yüksek beden kitle indeksi, fiziksel aktivite yetersizliği) ifade etmektedir (Uz ve Şenol, 2020). Yapılan son araştırmalarda sağlıksız beslenme ve obezitenin kanserle ilişkili olduğu belirlenmiştir (Ağırman vd., 2019; Arslan, Demirbaş ve Özçelik, 2013). IARC çalışma grubu kadınlarda menapoz sonrası meme ve endometrial kanserin, erkeklerde kolorektal kanserin, her iki cinsiyet için özefagus ve böbrek kanserinin kilolu ve obez olmayla yakından ilişkili olduğunu tespit etmiştir (Koçak, 2016). Kanserojenlerin tüketimi ve kanser arasındaki ilişki ile ilgili elde edilen literatür bilgileri neticesinde kanserojen tüketmeyenlerin kanser ve kanser taramaları hakkında daha çok farkındalıkları olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin %66,7'sinin kanserojen gıda tüketmediği ve kanser taramalarına yönelik tutumlarının yüksek düzeyde seyrettiği belirlenmiştir. Manisa il merkezinde birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlarda çalışan sağlık personellerinin kanser tarama performansları ve ilişkili faktörlerin incelendiği bir araştırmada katılımcıların “sağlıklı yaşam şekli”ne yönelik alışkanlıkları değerlendirildiğinde; katılımcıların %7,2'si doymuş yağı her zaman ve sıklıkla, %25,1'i meyve ve sebze tüketimini bazen/hiçbir zaman, %53,3'ü ise fiziksel aktivite yapmayı bazen/hiçbir zaman tercih etmişlerdir. Çalışmada sağlık çalışanlarının sağlıksız beslenme ve kanserojen gıda tüketim eğilimleri düşük bulunmasına rağmen kanser taramalarında algılanan toplam performansları yetersiz düzeyde tespit edilmiştir (Güvenç, 2019). Çalışmanın aksine yapılan benzer araştırma sonuçlarında (Güvenç, 2019; Ağırman vd., 2019) sağlık çalışanlarının sağlıksız beslenme eğilimleri düşük olmasına rağmen kanser taramalarına yönelik tutumlarının yetersiz düzeyde izlendiği görülmüştür. Buradan farklı çalışma sonuçlarından elde edilen verilere göre; sağlık çalışanlarının sağlıklı beslenme konusunda yeterli düzeyde bilgi sahibi olmalarına karşın beslenmenin etkisinin kanser taramalarına yönelik tutumlarında olumlu ve olumsuz yönde değişkenlik gösterebileceği sonucuna ulaşılabilir.

Çalışmada şimdiye kadar kanser tarama testlerinden herhangi birine katılan hemşirelerin oranı %29,5 olarak saptanmıştır. Kanser tarama testlerinden herhangi birine katılan hemşirelerin kanser taramalarına yönelik tutumları kanser tarama testlerinden herhangi birine katılmayan hemşirelere göre yüksek bulunmuştur. Çalışma sonucuna benzer olarak literatürde taranan diğer araştırma sonuçlarına göre (Güvenç, 2019; Ağırman vd., 2019); sağlık çalışanlarında kanser ve kanser tarama programlarına yönelik bilgi, tutum ve davranışların genel olarak yetersiz olduğu görülmektedir. Bu durum hemşirelerin kanseri önleyici tutumları ve kanserden koruyucu sağlıklı yaşam şekli davranışlarını özümseyemediklerini düşündürmektedir. Bununla birlikte kanser tarama testlerine katılım sağlayan sağlık çalışanlarının kanser taramalarına yönelik tutumları ise katılım sağlamayanlara göre yüksek bulunmuştur (Ağırman vd., 2019; Çakmak, 2017; Çakmak ve Güler, 2017; Kaya vd., 2017; Özçam vd., 2014; Şeker vd., 2017; Yapran, 2021). Kanserden

korunma ve tarama programlarına katılım konusunda toplumu bilinçlendirme, danışmanlık yapma gibi sorumlulukları olan sağlık çalışanlarının kanser tarama testlerine katılım oranları düşük olsa da tarama testlerini yaptıranların tutum puanlarının yüksek olması; kanser farkındalıklarının olduğunu ve bireyler üzerinde kanser taramalarına yönelik olumlu tutum ve davranış geliştirmede etkin rol model olabileceklerini düşündürmektedir.

5.2. KATILIMCILARIN KANSER TARAMALARINA YÖNELİK TUTUMLARI İLE KADERCİLİK EĞİLİMLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Çalışmada KEÖ toplam puanı ile kişisel kontrol ve şans arasında pozitif yönde orta düzeyde; kişisel kontrol ile şans arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki bulunmuştur. Bu sonuçlarda “kişisel kontrol” ve “şans” faktörlerinin kadercilik eğilimi üzerinde orta düzeyde olumlu etki yarattığı, “kişisel kontrol” ve “şans” faktörlerinin ise birbirlerini zayıf düzeyde olumlu etkilediği görülmektedir. Ameliyathane ve yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşireler üzerinde gerçekleştirilen Ulaşım ve Özmen’in çalışmasında, sağlık kontrol odağı ve sağlıklı yaşam şekli davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmış ve çalışma bulguları hemşirelerin kendi sağlıklarını korumak adına sağlıklı yaşam şekli davranışlarını içselleştiremediklerini ortaya çıkarmıştır. Yapılan çalışma sonucunun aksine; araştırma sonucunda kendini gerçekleştirme düzeyi yüksek olan hemşirelerin içsel kontrolünün de yüksek olduğu saptanmış olup bu doğrultuda hemşirelerin kendi sağlıkları açısından şans faktörüne çok fazla yönelmedikleri düşünülmektedir. İç kontrol düzeyi yüksek bulunan hemşireler stres kaynaklarını tanıma ve kontrol etme mekanizmalarını daha iyi yerine getirmişler, stres yönetimini etkili bir şekilde yürüten hemşireler şans faktörünü eylemleri dışında tutmuşlar, işlerini olurlarına ve kaderciliğe bırakmamayı tercih etmişlerdir (Ulaşım ve Özmen, 2014).

Çalışmada KEÖ toplam puanı ile; batıl inanç ve şans arasında pozitif yönde iyi düzeyde, önceden belirlenmişlik ve şans arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki bulunmuştur. Ek olarak önceden belirlenmişlikle kişisel kontrol arasında negatif yönde zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır. Bu sonuçlarda kadercilik eğilimini; “batıl

inanç - şans” faktörlerinin iyi düzeyde, “önceden belirlenmişlik - şans” faktörlerinin ise orta düzeyde olumlu etkilediği görülürken “önceden belirlenmişlik” ve “kişisel kontrol” faktörlerinin birbirlerini zayıf düzeyde olumsuz etkilediği görülmektedir. Kuh ve Erdem’in çalışmasında, Isparta kent merkezinde kolayda örnekleme yoluyla seçilen 148 kişideki sağlıklı yaşam şekli davranışlarına etki eden fatalizm eğilimleri araştırıldığında, fatalizm boyutları arasında “kişisel kontrol” boyutu en yüksek, “batıl inanç” boyutu ise en düşük puanda bulunmuştur (Kuh ve Erdem, 2019). Yapılan çalışma sonucuna benzer olarak; katılımcıların araştırma sonucunda kişisel kontrol boyutunun yüksek olması sebebiyle gelecekte sürecekleri yaşamın kendi seçimlerinin birer sonucu olarak şekilleneceği düşüncesini içerdikleri söylenebilir. Buradan büyük oranla katılımcıların kendi kontrolünde eylem ve tercihlerini gerçekleştirdikleri sonucuna varılabilmektedir.

Kaderciliği sağlık tarama davranışlarının uygulanmasında ciddi bir engel olarak gören çok sayıda çalışma mevcuttur (Duru, 2020; Köten, 2021). Bu araştırmalar kaderciliğin, hastalıklara karşı kendini koruma davranışının benimsenmesini engelleyebildiğini ve sağlıklı yaşam biçimini sürdürme, erken tanı alma ve çeşitli hastalıklardan korunma davranışlarında yarattığı olumsuz etkileri göstermektedir. Özellikle erken tanılmanın yapılabildiği kanser türlerinde kadercilik eğiliminin bireylerin kanser tarama davranışlarına katılımının önünde önemli bir engel olduğu söylenebilir (Duru, 2020; Köten, 2021).

Çalışmada hemşirelerin kadercilik eğilimleri puan ortalamalarının orta düzeyde, kanser taramalarına yönelik tutum puan ortalamalarının yüksek düzeyde olduğu bulunmakla birlikte KTYTÖ ile KEÖ alt boyutları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Araştırmamızda hemşirelerin kanser taramalarına yönelik tutumlarını ele alsak da genel olarak sağlık çalışanlarının olumlu tutum ve davranışlarda bulunmaları, toplum sağlığının gelişmesi ve korunmasında etkin rol oynayacaktır. Bu doğrultuda araştırılan konular farklı olsa da sağlıklı yaşam biçimi davranışları, sağlık okuryazarlığı gibi alışkanlıkların sağlık çalışanlarının tutumlarını etkilediği söylenebilir. Literatürde sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan bazı çalışmalarda; hemşirelerin sağlıklı yaşam

biçimi davranışlarının orta düzeyde olduğu (Duran, Ögüt, Asgarpour ve Kunter, 2018; Özkan ve Yılmaz, 2008; Şimşekoğlu ve Mayda, 2016), hastane sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının iyiye yakın düzeyde olduğu ve sağlık çalışanlarının %69,6'sının düzenli beslendiği, %61,1'inin sigara kullanmadığı görülmüştür (Yalçınkaya, Gök Özer ve Yavuz Karamanoğlu, 2007). Literatüre paralel olarak çalışmada bulunan hemşirelerin kadercilik eğilimlerinin orta ve kanser tarama tutumlarının yüksek düzeyde olması sağlık çalışanlarının, sağlık tutum ve davranışlarını his ya da inançlarıyla değil de bilimsel bilgiler doğrultusunda gösterdiklerini düşündürmektedir.

Konya'da bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan 1081 hastane çalışanın sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlendiği bir çalışmada doktor veya hemşire olanların, yüksek eğitim düzeyine sahip olanların, sağlık durumu iyi olanların, sağlık okuryazarlığı kavramını bilenlerin ve kitap okuyanların sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek bulunmuştur (Bükecik ve Adana, 2021). Benzer şekilde Çalık ve Hisar'ın çalışmasında, bir tıp fakültesinde çalışan sağlık personellerinin sağlık okuryazarlık düzeyleri %70'in üzerinde bulunmuştur (Çalık ve Hisar, 2019). Bu düzeyin sosyal çevre, mesleğe ilgi ve eğitim gibi değişkenlerle ilişkili olduğu görülmüştür. Sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla; İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde okuyan 409 öğrenci ile yürütülen bir çalışmada sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi arasında bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Altınok, 2019). Aynı amaçla çalışılan 381 hemşirelik öğrencisi ile yürütülen bir başka çalışmada, öğrencilerin aldıkları hemşirelik eğitimi ile sağlık okuryazarlık düzeyinin arttığı ve beraberinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştiği gözlemlenmiştir (Tuğut, Yılmaz ve Yeşildağ Çelik, 2021). Birey ve topluma rol model olmaları açısından sağlık çalışanlarının sağlık tutum ve davranışlarının olumlu yönde olması önemlidir. Çalışmaya katılan hemşirelerin gerek Kadercilik Eğilimi Ölçeği'nden gerekse Kansere Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği'nden aldıkları puanlar hemşirelerin topluma ve çevresine olumlu rol model olduğunu göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Kütahya ilinde bulunan Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışmaya dâhil edilme kriterleri kapsamına uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 285 hemşirenin, kanser taramalarına yönelik tutumlarını ve kadercilik eğilimlerini belirlemeyi ve ikisi arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçlayarak yapılan bu çalışmadan elde edilen veriler aşağıda yer almaktadır:

1. Katılımcıların kadercilik eğilimleri puan ortalamalarının orta düzeyde, kanser taramalarına yönelik tutum puan ortalamalarının yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur (Tablo 4).
2. Hemşirelerin kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği puan ortalamalarının yüksek (Tablo 4) olmasına rağmen kanser taramalarına katılım oranlarının düşük (Tablo 3) olması, araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.
3. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinden “cinsiyet”e göre KTYTÖ toplam puan dağılımı açısından istatistiksel anlamlı farklılık vardır. Kadın hemşirelerin ortalaması erkek hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 5).
4. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinden “alkol kullanma durumu”na göre KTYTÖ toplam puan dağılımı açısından istatistiksel anlamlı farklılık vardır. Alkol kullanmayanların ortalaması alkol kullananlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 5).
5. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinden “kanserojen gıda tüketmeme durumu”na göre KTYTÖ toplam puan dağılımı açısından istatistiksel anlamlı farklılık vardır. Kanserojen gıda tüketmemeye dikkat edenlerin ortalaması, dikkat etmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 5).
6. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinden “kanser tarama testlerinden herhangi birine katılma durumu”na göre KTYTÖ toplam puan dağılımı açısından istatistiksel anlamlı farklılık vardır. Kanser tarama testlerinden herhangi birine katılanların ortalaması, katılmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 5).

7. Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre önceden belirlenmişlik alt boyutu, batıl inanç alt boyutu ve KEÖ toplam puan ortalamaları dağılımları açısından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 6).
8. Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre kişisel kontrol alt boyutu puan dağılımları açısından medeni durum, eğitim durumu, hizmet yılı ve çocuk sahibi olma durumuna göre istatistiksel anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$) (Tablo 6) (Tablo 7). Hemşirelerin gelir durumuna göre şans alt boyutu dağılımları açısından istatistiksel anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$) (Tablo 6) (Tablo 8).
9. KEÖ'nün alt boyutlarından olan "önceden belirlenmişlik"le "kişisel kontrol" arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel anlamlı korelasyon bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 9).
10. KEÖ'nün alt boyutlarından olan "önceden belirlenmişlik"le "şans" ve KEÖ toplam puan arasında pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel anlamlı korelasyon bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 9).
11. KEÖ'nün alt boyutlarından olan "kişisel kontrol" ile "batıl inanç" ve KEÖ toplam puan arasında pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel anlamlı korelasyon bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 9).
12. KEÖ'nün alt boyutlarından olan "kişisel kontrol" ile "şans" arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel anlamlı korelasyon bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 9).
13. KEÖ'nün alt boyutlarından olan "batıl inanç" ile "şans" arasında pozitif yönde orta düzeyde, KEÖ toplam puan arasında pozitif yönde iyi düzeyde istatistiksel anlamlı korelasyon bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 9).
14. KEÖ'nün alt boyutlarından olan "şans" ile KEÖ toplam puan arasında pozitif yönde iyi düzeyde istatistiksel anlamlı korelasyon bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 9).
15. Hemşirelerin KTYTÖ ile KEÖ ve alt boyutları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 9).

6.2. ÖNERİLER

- Sağlık çalışanlarında kanser tarama programlarına katılım davranışlarının genel olarak yetersiz olduğu görülmektedir. Kanser tarama programlarının aktif bir şekilde yürütülebilmesi için kurumlarda konuyla alakalı sürekli eğitim faaliyetleri sıklaşmalı, hizmet içi farkındalık çalışmaları arttırılmalı, yüksek risk taşıyan sağlık personelleri belirlenerek farklı kanser türlerindeki taramaların düzenli ve periyodik aralıklarla yapılması önerilmektedir.
- Sağlık çalışanlarında kanser tarama programlarındaki taramalarla ilgili özellikle beklenen koruyucu sağlık davranışlarını gerçekleştirmeyi engelleyen algıların belirlenerek azaltılması ve bunların yerine duyarlılık, önemseme, sağlık motivasyonu, taramaların yararları yönünde girişimler yapılması; kanser tarama programlarının halka hizmet sunan tüm birimlerinde çalışan sağlık personellerine duyurulması ve benimsetilmesi önerilmektedir.
- Sağlık kurumlarında yöneticilerin atamış oldukları sorumlu kişiler tarafından sağlık çalışanlarının testlere düzenli katılımları konusunda motive edilmeleri ve desteklenmeleri önerilmektedir.
- Literatüre katkı sağlaması amacıyla sağlık çalışanlarının kanser tarama davranışında bulunmama nedenlerinin belirlenmesine yönelik araştırmaların yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKÇA

Açıkgöz, A., Çehreli, R., & Ellidokuz, H. (2011). Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25 (3), 145-154.

Ağırman, E., Gençer, M. Z., & Arıca, S. (2019). Sağlık çalışanlarının kanseri önlemeye yönelik bilgi, tutum ve davranışları. *HSP*, 6 (2), 220-7.

Altınok, F. C. (2019). Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlık durumu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. (*Yayımlanmış yüksek lisans tezi*). İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul.Erişim Adresi: Yök Tez Merkezi. (Tez No: 614737).

Altuğ Özsoy, S., & Koca, B. (2015). Dünyada halk sağlığı hemşireliği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 31 (3), 108-118.

Altun, Y. (2020). Kadınların kanser taramalarına katılımını etkileyen faktörler. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 14 (2), 210-215.

American Cancer Society (ACS). (2021). Oldest Descriptions Of Cancer. Erişim Adresi: <https://www.cancer.org/cancer/cancer-basics/history-of-cancer/what-is-cancer.html> (Erişim Tarihi: 09.12.2021).

American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer. (2020). Erişim Adresi: <https://www.cancer.org/healthy/find-cancer-early/american-cancer-society-guidelines-for-the-early-detection-of-cancer.html> (Erişim Tarihi: 07.12.2022).

Arslan, E., Demirbaş, Ş., & Özçelik, F. (2013). Obezite ile ilişkili kanser türleri. *Anatol J Clin Investig*, 7 (3), 176-184.

Aslantekin, F., Erdem, R., Aslan, G., & Göktaş, B. (2005). Hastane çalışanlarının toplumsal kültürel özellikleri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8 (2), 149-164.

Atıcı, E. (2007). Tıp tarihinde kanser ve lösemi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 22 (4), 197-204.

Baykara, O. (2016). Kanser tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5 (3), 154-165.

Berardi, V., Belletiere, J., Nativ, O., Ladislav, S., Hovell, M. F., & Baron-Epel, O. (2016). Fatalism, diabetes management outcomes, and the role of religiosity. *J Relig Health*, 55 (2), 602-617.

Bon, G. L. (2015). *Kitleler psikolojisi*. İstanbul: Hayat Yayınları.

Bükecik, N., & Adana, F. (2021). Hastane çalışanlarının sağlık okuryazarlık düzeyleri ve ilişkili faktörler: Konya ili örneği. *Caucasian Journal of Science*, 8 (1), 1-13.

Büyükdoğan, M. (2009). Kolorektal kanserde genetik ve etyolojik faktörler. *Selçuk Tıp Dergisi*, 25 (3), 171-180.

Cancer Research UK. (2021). Tobacco And Cancer. Erişim Adresi: <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/risk/tobacco#heading-Zero> (Erişim Tarihi: 29.12.2021).

Cevizci, A. (2005). *Felsefe sözlüğü*. İstanbul: Paradigma Yayıncılık.

Constance, J. M., Caimiao, W., Joe, E. E., Derek, S. J., Christopher, A. I., Bernard, L., & Donald, A. B. (2013). Meta-analyses of colorectal cancer risk factors. *Cancer Causes Control.*, 24 (6), 1207-1222.

Çakmak, R. (2017). Sağlık çalışanlarında kanser tarama davranışları. (*Yayımlanmış yüksek lisans tezi*). Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Muğla. Erişim Adresi: Yök Tez Merkezi. (Tez No: 460102).

Çakmak, R., & Güler, G. (2017). Kadın sağlık çalışanlarında kanser tarama davranışları. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 4, 25-32.

Çalık, F., Hisar, K. M. (2019). Bir tıp fakültesinde çalışan yardımcı sağlık personelinin sağlık okuryazarlığı. *3.International 21.National Public Health Congress*. Erişim Adresi: <https://2019.uhsk.org/ocs236/index.php/UHsk21/UHsk/paper/view/578/0> (Erişim Tarihi: 10.11.2022).

Çarkoğlu, A., & Kalaycıoğlu, E. (2009). Türkiye’de dindarlık: Uluslararası bir karşılaştırma. Sabancı Üniversitesi İstanbul Politikalar Merkezi. İstanbul. Erişim Adresi: https://research.sabanciuniv.edu/14014/1/Rapor_Dindarlik%20C4%B1k.pdf (Erişim Tarihi: 09.04.2022).

Çavdar, M., & Çavdar, M. (2018). Besinler ve bazı besin öğelerinin akciğer kanseriyle ilişkisi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5 (1), 8-16.

Çürük, G. N., & Yüceler Kaçmaz, H. (2017). Kolorektal kanserden korunma ve hemşirenin sorumlulukları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6 (4), 224-233.

Dağ, İ. (2002). Kontrol odağı ölçeği (KOÖ): Ölçek geliştirme, güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 17 (49), 77-90.

Daşbadem, İ. (2008). Geçmişten günümüze Yahudi mezheplerinin mesih anlayışı ve mesihi hareketler. (*Yayımlanmış yüksek lisans tezi*). Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya. Erişim Adresi: Yök Tez Merkezi. (Tez No: 219187).

Demir, Ş. (2014). Kitab-ı Mukaddes'i mitolojik unsurlardan arındırma çabası ve Kur'an kıssalarının tarihi gerçekliği. *İslami İlimler Dergisi*, 9 (1), 103-122.

Doğan, D. M. (2005). *Doğan Büyük Türkçe Sözlük. (19. Baskı)*. İstanbul: Pınar Yayınları.

Duran, Ü., Öğüt, S., Asgarpour, H., & Kunter, D. (2018). Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2 (3), 138-147.

Duru, G. (2020). Kadınların kadercilik eğilimleri ile servikal kanserin erken tanısına yönelik tutumları arasındaki ilişki. (*Yayımlanmış yüksek lisans tezi*). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Samsun. Erişim Adresi: Yök Tez Merkezi. (Tez No: 639027).

Ekmekçi, A., Konaç, E., & Önen, H. İ. (2008). Gen polimorfizmi ve kansere yatkınlık. *Marmara Medical Journal*, 21 (3), 282-295.

Erdem, G. (2014). Kanser Epidemiyolojisi ve Karsinogenez. Türk Tıbbi Onkoloji Kongresi, 19-23 Mart 2014. Antalya. Erişim Adresi: https://www.kanser.org/saglik/upload/5_TTOK/Kanser_Epidemiyolojisi_ve_Karsinogenez%23Gokhan_Erdem.pdf (Erişim Tarihi: 11.12.2021).

Erdem, S. S., Yılmaz, M., Yıldırım, H., Mayda, A. S., Bolu, F., Durak, A. A., Şener, Ö. (2017). Düzce'de yaşayanların kanser ve kanser risk faktörleri hakkında bilgi düzeyleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7 (1), 01-10.

Eren, O. Ö. (2017). Kanser taramaları ve kanserden korunma. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 9 (2), 7-14.

Ersin, F., & Kılıç Dedeoğlu, G. (2020). Hemşirelerin meme kanseri korku ve kadercilik algılarının meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi. *Gevher Nesibe Journal of Medical & Health Sciences* , 5 (9), 146-153.

Ferlay, J., Soerjomataram, I., Ervik, M., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., ... Bray, F. (2012). Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 136 (5) , 359-86.

Fischer, A., Nolen, S. C., Evans, M. A., Corrada, M. M., Kawas, C. H., & Bota, D. A. (2017). Cancer-Incidence, prevalence and mortality in the oldest-old. A comprehensive review. *Mech Ageing Dev.*, 164:, 113-126.

Fitzmaurice, C., Dicker, D., Pain, A., Hamavid, H., Lakeh, M. M., MacIntyre, M. F., ... Naghavi, M. (2015). The global burden of cancer 2013. *JAMA Oncol.*, 1 (4), 505-27.

Fontham, E. T., Wolf, A. M., Church, T. R., Etzioni, R., Flowers, C. R., Herzig, A., ... Smith, R. A. (2020). Cervical cancer screening for individuals at average risk: 2020 guideline update from the American Cancer Society. *CA Cancer J Clin* , 70 (5), 321-346.

Ford, E. S., Bergmann, M. M., Kröger, J., Schienkiewitz, A., Weikert, C., & Boeing, H. (2009). Healthy living is the best revenge: findings from the European Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition-Potsdam study. *Arch Intern Med*, 10;169 (15), 1355-62.

Franklin, M. D., Schlundt, D. G., McClellan, L. H., Kinebrew, T., Sheats, J., Belue, R., ... Hargreaves, M. (2007). Religious fatalism and its association with health behaviors and outcomes. *Am J Health Behav*, 31 (6), 563-72.

Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) Database. (2020). Erişim Adresi:<https://gco.iarc.fr/> (Erişim Tarihi: 01.01.2022).

Gümüşay, Ö., & Avcı, G. G. (2017). Kanserde tarama ve erken tanı. *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 9 (4), 210-221.

Gün, S. (2010). Yoksulluk döngüsü bağlamında sokakta çalışan çocuklar. (*Yayımlanmış doktora tezi*). Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara. Erişim Adresi: Yök Tez Merkezi. (Tez No: 265595).

Gürbüz, N. (2006). Antimutajenler ve antikansirojenler. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 26, 312-18.

Güvenç, ř. (2019). Manisa kent merkezi birinci basamak sağlık çalışanlarının; kanser tarama performansları ve ilişkili faktörler. (*Yayımlanmış yüksek lisans tezi*). Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa. Erişim Adresi: Yök Tez Merkezi. (Tez No: 600023).

Haynie, D. L., Soller, B., & Williams, K. (2014). Anticipating early fatality: friends, schoolmates' and individual perceptions of fatality on adolescent risk behaviors. *Journal Youth Adolescence*, 43 (2), 175-192.

Jemal, A., Bray, F., Center, M. M., Ferlay, J., Ward, E., & Forman, D. (2011). Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin*, 61 (2), 69-90.

Karacan, R., & Kılıçkan, Z. (2016). Türkiye'de kanser hastalığının bütçeye getirdiği yük bakımından tarama ve tedavi edici sağlık harcamalarının karşılaştırılması. *Finans Politik & Ekonomik Yorumlar*, 53 (613), 45-52.

Karacoşkun, M. D. (2004). Dinî inanç-dinî davranış ilişkisine sosyo-psikolojik yaklaşımlar. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 4 (3), 23-36.

Karakoyunlu şen, S. (2019). Sağlık algısı ile kanser taraması farkındalığı arasındaki ilişki. (*Yayımlanmış tıpta uzmanlık tezi*). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri

Üniversitesi, Tepecik Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi, Aile Hekimliği Kliniği, İzmir. Erişim Adresi: Yök Tez Merkezi. (Tez No: 544515).

Kasapoğlu, A. (2008). Kur'an açısından fatalizm-İnkârcıların bir tutumu olarak kadercilik-. *Hikmet Yurdu*, 1 (1), 87-107.

Kaya, A., & Bozkur, B. (2015). Kadercilik eğilimi ölçeğinin geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 11 (3), 935-946.

Kaya, A., & Bozkur, B. (2017). Kadercilik eğilimi ile özyeterlik inancı ve savunma mekanizmaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ege Eğitim Dergisi*, 18 (1), 124-145.

Kaya, C., Üstü, Y., Özyörük, E., Aydemir, Ö., Şimşek, Ç., & Demirci-Şahin, A. (2017). Sağlık çalışanlarının kanser taramaları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Ankara Med J*, 1 (17), 73-83.

Kaya, T. (2008). İçtimaiyat'tan Sosyoloji'ye: İÜEF Sosyoloji Bölümü'nün tarihine ve sosyoloji derslerine dair. *Türkiye Araştırmaları Literatür Dergisi*, 6 (11), 713-730.

Kazanç, F. K. (2007). İslâm kelâmında insan fiilleri bağlamında kader anlayışı. *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 7 (1), 125-212.

Keskinkılıç, B. (Ed.), Gültekin, M. (Ed.), Karaca, A. S. (Ed.), Öztürk, C. (Ed.), Boztaş, G. (Ed.), Zayıfoğlu Karaca, M. (Ed.), ... DüNDAR, S. (Ed.). (2016). Türkiye Kanser Kontrol Programı. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı. Ankara. Erişim Adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/Kitaplar/TURKIYE_KANSER_KONTROL_PROGRAMI_2016.pdf (Erişim Tarihi: 09.03.2022).

Key, T. J., Schatzkin, A., Willett, W. C., Allen, N. E., Spencer, E. A., & Travis, R. C. (2004). Diet, nutrition and the prevention of cancer. *Public Health Nutr.*, 7 (1A), 187-200.

Kızıllarslan, V. (2020). Kadercilik ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği çalışması. (*Yayımlanmış yüksek lisans tezi*). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum. Erişim Adresi: Yök Tez Merkezi. (Tez No: 621850).

Koçak, A. Ö. (2016). Birinci basamakta kanser erken tanısı ve izleminde aile hekimlerinin yeri: Bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemeye yönelik kesitsel bir çalışma. (*Yayımlanmış uzmanlık tezi*). Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aydın. Erişim Adresi: Yök Tez Merkezi. (Tez No: 435469).

Koçak, S., Çelik, L., Özbaş, S., Dizbay Sak, S., Tükün, A., & Yalçın, B. (2011). Meme kanserinde risk faktörleri, riskin değerlendirilmesi ve prevansiyon: İstanbul 2010 Konsensus Raporu. *Meme Sağlığı Dergisi*, 7 (2), 47-67.

Kozan, R., & Tokgöz, V. Y. (2016). Türkiye’de meme kanseri farkındalığı tarama programı. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4, 185-188.

Köten, E. (2021). Kadercilik, sağlık davranışı ve Covid-19: Bir literatür incelemesi. *Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi*, 10 (2), 515-528.

Kuh, Z., & Erdem, R. (2019). Fatalizm eğiliminin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisi. *SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1 (1), 1-16.

Kuşat, A. (2000). Psikolojik bir olgu olarak kendini aldatma ve dini inançla ilişkisi. *Dini Araştırmalar*, 3 (8), 97-116.

Kutluk, T., & Kars, A. (1992). Kanser Konusunda Genel Bilgiler. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı. Ankara. Erişim Adresi: <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/kanser.pdf> (Erişim Tarihi: 19.12.2021).

Lange, L. J., & Piette, J. D. (2006). Personal models for diabetes in context and patients' health status. *J Behav Med*, 29 (3), 239-53.

Lyratzopoulos, G., Pang-Hsiang Liu, M., Abel, G. A., Wardle, J., & Keating, N. L. (2015). The association between fatalistic beliefs and late stage at diagnosis of lung and colorectal cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 24 (4), 720-6.

Macit, M. (2014). *Boyun eğme-başa çıkma sarkacında kadercilik: Sosyal psikolojik bir yaklaşım*. İstanbul: Ötüken Neşriyat.

Markowitz, S. (2015). Asbestos-related lung cancer and malignant mesothelioma of the pleura: selected current issues. *Semin Respir Crit Care Med*, 36 (3), 334-46.

Masalıcı Burçak, A. D. (2012). İç denetim programının ergenlerin denetim odağı, öğrenilmiş güçlülük ve savunma mekanizmalarını kullanma biçimi üzerindeki etkisi. (Yayımlanmış doktora tezi). *Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir*. Erişim Adresi: Yök Tez Merkezi. (Tez No: 313086).

Mavi Aydoğdu, S. G., & Özsoy, Ü. (2018). Serviks kanseri ve HPV. *Androl Bul*, 20, 25-29.

Mayo, R. M., Ureda, J. R., & Parker, V. G. (2001). Importance of fatalism in understanding mammography screening in rural elderly women. *J Women Aging*, 13 (1), 57-72.

Nageeb, S., Vu, M., Malik, S., Quinn, M. T., Cursio, J., & Padela, A. I. (2018). Adapting a religious health fatalism measure for use in Muslim populations. *PLoS One*, 2: 13 (11), e0206898.

Nelson, D. E., Jarman, D. W., Rehm, J., Greenfield, T. K., Rey, G., Kerr, W. C., ... Naimi, T. S. (2013). Alcohol-attributable cancer deaths and years of potential life lost in the United States. *American Journal of Public Health, 103* (4), 641-48.

Newton, R. U., & Galvão, D. A. (2008). Exercise in prevention and management of cancer. *Curr Treat Options Oncol, 9* (2-3), 135-46.

Ngueutsa, R., & Kouabenan, D. R. (2017). Fatalistic beliefs, risk perception and traffic. *Revue européenne de psychologie appliquée, 67* (6), 307-316.

Orhan, K. (2017). Validity and reliability study of fatality tendency scale. *The Journal of International Civilization Studies, 2* (2), 83-102.

Özçam, H., Çimen, G., Uzunçakmak, C., Aydın, S., Özcan, T., & Boran, B. (2014). Kadın sağlık çalışanlarının meme kanseri, serviks kanseri ve rutin tarama testlerini yaptırmaya ilişkin bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *İstanbul Med J, 15*, 154-60.

Özer, M. (2021). Bir üniversite hastanesinde çalışan hekim dışı sağlık personellerinin kanser taramaları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *(Yayımlanmış uzmanlık tezi)*. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Denizli. Erişim Adresi: Yök Tez Merkezi. (Tez No: 709694).

Özerdoğan, N., & Gürsoy, E. (2017). Serviks kanserinde korunma ve hemşirelik. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics, 3* (1), 40-9.

Özgüven, İ. E. (1994). *Psikolojik testler*. Ankara: PDREM Yayınları.

Özkan, S., & Yılmaz, E. (2008). Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3* (7).

Öztürk Emiral, G., Işıktekin Atalay, B., Önsüz, M. F., Zeytin, A. M., Küçük, Y. S., Işıklı, B., Metintaş, S. (2018). Yarı kırsal alanda yaşayan kişilerde gaitada gizli kan

taraması ve tarama programları hakkında farkındalıkları. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*, 3 (1), 42-55.

Öztürk, Y. (2003). Kader'le alakalı yeni yorumlara eleştirel bir bakış. *Ekev Akademi Dergisi*, 7 (14), 125-143.

Öztürk, Y., & Günay, O. (2011). *Erciyes Üniversitesi Halk Sağlığı Genel Bilgiler. (1.Baskı)*. Kayseri: Önder Ofset.

Pavlopoulou, A., Spandidos, D. A., & Michalopoulos, I. (2015). Human cancer databases (Review). *Oncol Rep.*, 33 (1), 3-18.

Pehlivan, İ. (2019). Hipertansiyon hastalarında ilaç uyumu ve kadercilik eğilimi arasındaki ilişkinin incelenmesi. (*Yayımlanmış yüksek lisans tezi*). Sanko Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep. Erişim Adresi: Yök Tez Merkezi. (Tez No: 614822).

Pöschl, G., & Seitz, H. K. (2004). Alcohol and cancer. *Alcohol & Alcoholism*, 39 (3), 155-65.

Ramirez, A. S. (2014). Fatalism and cancer risk knowledge among a sample of highly acculturated latinas. *Journal Cancer Education*, 29 (1), 50-55.

Ravdin, P. M., Cronin, K. A., Howlader, N., Berg, C. D., Chlebowski, R. T., Feuer, E. J., & Berry, D. A. (2007). The decrease in breast-cancer incidence in 2003 in the United States. *N Engl J Med*, 356 (16), 1670-4.

Renehan, A. G., Roberts, D. L., & Dive, C. (2008). Obesity and cancer: Pathophysiological and biological mechanisms. *Arch Physiol Biochem*, 114 (1), 71-83.

Ruiu, G. (2013). The origin of fatalistic tendencies: An empirical investigation. *Economics & Sociology*, 6 (2), 103-125.

Salman, T., Varol, U., Yıldız, İ., Küçükzeybek, Y., & Alacacioğlu, A. (2015). Mikrobiyota ve kanser. *Acta Oncol Tur.*, 48 (2), 73-78.

Savage, M., Dumas, A., & Stuart, S. A. (2013). Fatalism and short-termism as cultural barriers to cardiac rehabilitation among underprivileged men. *Sociol Health Illn*, 35 (8), 1211-26.

Selvi, A. (2019). Yakınında meme kanseri olan kadınların öğrenim gereksinimleri ile kadercilik eğilimi arasındaki ilişki. (*Yayımlanmış yüksek lisans tezi*). İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul. Erişim Adresi: Yök Tez Merkezi. (Tez No: 546924).

Siegel, R. L., Miller, K. D., & Jemal, A. (2015). Cancer statistics, 2015. *CA Cancer J Clin*, 65 (1), 5-29.

Sinanoğlu, A. (2002). İslam'ın ilk siyasallaştırılma sürecinde "kader" inancı. *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 43 (2), 249-276.

Suzuki, R., Ye, W., Rylander-Rudqvist, T., Saji, S., Colditz, G. A., & Wolk, A. (2005). Alcohol and postmenopausal breast cancer risk defined by estrogen and progesterone receptor status: A prospective cohort study. *J Natl Cancer Inst*, 97 (21), 1601-8.

Şahin, S. (2015). Kanserde erken tanı ve tarama programları. *Ege Tıp Dergisi*, 54 (0).

Şeker, N., Köksal Yasin, Y., Özyayın, E., Çapacı, B., & Okyay, P. (2017). Üçüncü basamak sağlık kuruluşundaki hemşirelerin kanser tarama programları bilgileri ile tarama testlerini yaptırma durumları. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, 19 (1), 14-18.

Şenışık, S. (2014). Kanser ve egzersiz. *Spor Hekimliği Dergisi*, 49 (3), 099-110.

Şevik, M. (2013). Onkojenik retroviruslar. *Selçuk Tıp Dergisi*, 29 (1), 1-4.

Şimşekoğlu, N., & Mayda, A. S. (2016). Bir üniversite hastanesinde görevli hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık kaygısı düzeyleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6 (1), 19-29.

Şimşekoğlu, Ö., & Nordfjærn, T. (2017). The role of safety culture/climate and social cognitive factors for driving behaviors of Turkish professional drivers transporting petroleum products. *J Risk Res*, 20 (5), 650-663.

Tabak, R. S., & Akköse, K. (2006). Ergenlerin sağlık denetim odağı algılama düzeyleri ve sağlık davranışlarına etkileri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 5 (2), 118-30.

Tarakçı, M. (2010). Kalvinizmde kader anlayışı. *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 19 (2), 93-119.

Tekpınar, H. (2017). Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların kanser taramaları konusunda bilgi, tutum ve davranışları. (*Yayımlanmış uzmanlık tezi*). T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Antalya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Antalya. Erişim Adresi: Yök Tez Merkezi. (Tez No: 466886).

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı (HSGM). (2017). Akciğer Kanseri. Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-turleri/kanser-turleri/akci%C4%9Fer-kanseri.html> (Erişim Tarihi: 07.03.2022).

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı (HSGM). (2017). Kalın Bağırsak Kanseri (Kolorektal Kanseri). Erişim Adresi:

<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-turleri/kanser-turleri/kalin-bagirsak-kanseri-kolorektal-kanser.html> (Erişim Tarihi: 06.03.2022).

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼ Kanser Dairesi Başkanlığı (HSGM). (2017). Kanser Taramaları. Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari> (Erişim Tarihi: 09.03.2022).

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼ (HSGM). Eskişehir İl Sağlık M¼d¼rl¼ę¼ Kanser Birimi. (2019). Kanser Taramalarında Sağlık Personelinin Rol¼. Erişim Adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/sunular/taram_sonrasi_egitim_20.06.2019/Kanser_Taramalarinda_Ebe-Hemsirenin_Rolu_Ebe_Sevgi_Buk_Yilmaz.pdf (Erişim Tarihi: 09.04.2022).

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼ Kanser Dairesi Başkanlığı (HSGM). (2017). Prostat Kanseri. Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-turleri/kanser-turleri/prostat-kanseri.html> (Erişim Tarihi: 05.03.2022).

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼ Kanser Dairesi Başkanlığı (HSGM). (2017). Rahim Ağzı (Serviks) Kanseri. Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-turleri/kanser-turleri/kanser-dairesi-baskanligi-kanser-turleri-serviks-kanseri.html> (Erişim Tarihi: 26.02.2022).

Tuğut, N., Yılmaz, A., & Yeşildağ Çelik, B. (2021). Hemşirelik öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *CUSBED*, 6 (2), 103-111.

Tuncer, A. M. (Ed.) (2009). T¼rkiye’de Kanser Kontrol¼. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı. Ankara. Erişim Adresi: http://onkofar.com/vImages/pdfler/2009_Turkiyedekanserkontrolu.pdf#page=20 (Erişim Tarihi: 06.12.2021).

Türk Dil Kurumu (TDK). (2005). *Türkçe Sözlük*. Ankara: Türk Dil Kurumu Yayıncılık.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2020). Ölüm ve Ölüm Nedenleri İstatistikleri, 2019. Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710> (Erişim Tarihi: 30.01.2022).

Ulamış, B., & Özmen, D. (2014). Bir kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sağlık kontrol odağı arasındaki ilişki. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 24 (2), 119-125.

Unger, J. B., Ritt-Olson, A., Teran, L., Huang, T., Hoffman, B. R., & Palmer, P. (2002). Cultural values and substance use in a multiethnic sample of California adolescents. *Addiction Research & Theory*, 10 (3), 257-279.

Uz, K., & Şenol, Y. (2020). Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi 2016-2017 Eğitim Dönemi intörn hekimlerinin kanser tarama testleri ile ilgili bilgi düzeylerinin saptanması. *Sted*, 29 (3), 190-196.

Vogel, L. (2017). Fracking tied to cancer-causing chemicals. *CMAJ*, 189 (2), 94-95.

World Health Organization (WHO). (2021).Canser Prevention. Erişim Adresi:<https://www.who.int/cancer/prevention/en/> (Erişim Tarihi: 19.12.2021).

World Health Organization (WHO). (2021). National Cancer Control Programmes. Erişim Adresi: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42494/9241545577.pdf;jsessionid=005DDE1CF092E076BC8456AF6E03659E?sequence=1> (Erişim Tarihi: 29.12.2021).

World Health Organization (WHO). (2021). What Is Cancer?. Erişim Adresi: <https://www.who.int/cancer/en/> (Erişim Tarihi: 09.12.2021).

WHO The Top 10 Causes of Death. (2020). Erişim Adresi:<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> (Erişim Tarihi: 01.01.2022).

Williams, G. W. (1992). DNA reactive and epigenetic carcinogens. *Experimental and Toxicologic Pathology*, 44 (8), 457-63.

Williams, G. M. (2001). Mechanisms of chemical carcinogenesis and application to human cancer risk assessment. *Toxicology*, 14:166 (1-2), 3-10.

Yalçinkaya, M., Gök Özer, F., & Yavuz Karamanoğlu, A. (2007). Sağlık alışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6 (6), 409-420.

Yapran, V. (2021). Dicle Üniversitesi Tıp Fakóltesi sağlık çalışanlarının meme kanseri ve meme kanser taramaları hakkında bilgi, tutum ve davranışları. (*Yayımlanmış tıpta uzmanlık tezi*). Dicle Üniversitesi Tıp Fakóltesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Diyarbakır. Erişim Adresi: Yök Tez Merkezi. (Tez No: 688749).

Yavan, Ö. (2017). Yeraltı madenciliğinde risk ve kadercilik algılarının iş güvenliği algısı üzerindeki etkisi. *Karaelmas İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi*, 1 (1), 58-64.

Yıldırım Öztürk, E. N. (2019). Kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği geliştirilmesi. (*Yayımlanmış uzmanlık tezi*). Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya. Erişim Adresi: Yök Tez Merkezi. (Tez No: 592439).

Yıldırım Öztürk, E. N., & Uyar, M. (2021). GLOBOCAN 2012 ve 2018 verileri üzerinden Dünya'da, Avrupa'da ve Türkiye'de en sık görülen beş kanser türünün değerlendirilmesi. *SAUHSD*, 4 (1), 17-27.

Yıldırım Öztürk, E. N., Uyar, M., & Şahin, T. K. (2020). Development of an Attitude Scale for Cancer Screening. *Turkish Journal of Oncology*, 35 (4), 394-404.

Yıldız, F. (2015). Freud'da ahlak duygusunun kaynağı ve Kant'ın ahlak düşüncesi. *Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi* (19), 137-151.

Yokuş, B., & Çakır, D. Ü. (2011). Kanser biyokimyası. *Dicle Üniversitesi Veteriner Fakültesi Dergisi*, 2 (1), 7-18.



8. EKLER

8.1. SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VERİ FORMU (EK -1)

Sayın katılımcı, hemşirelerin kanser taramalarına yönelik tutumları ve kadercilik eğilimlerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada vereceğiniz bilgiler sadece bilimsel veri oluşturmak amacıyla kullanılacaktır. Çalışma herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

1.Yaşınız

.....

2.Cinsiyetiniz

- a) Kadın b) Erkek

3.Medeni durumunuz

- a) Evli b) Bekâr (eşinden ayrılmış ve eşi ölmüş olanlar da dahil)

4.Eğitim durumunuz

- a) Lise b) Üniversite c) Lisansüstü

5.Gelir durumunuz

- a) Gelirim giderimden fazla b) Gelirim giderimden az c) Gelirim giderime eşit

6.Hizmet yılınız

- a) 0-5 yıl b) 5-10 yıl c) 10 yıl ve üzeri

7.Aile yapınız

- a) Çekirdek aile b) Geniş aile c) Parçalanmış aile

8.Dini inancınız

- a) Müslüman b) Hristiyan c) Yahudi d) Deist e) Ateist
f) Agnostik g) Hindu h) Çok tanrılı din g) Diğer.....

9.Çocuğunuz var mı?

- a) Evet b) Hayır

10.Sigara kullanıyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

11.Alkol kullanıyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

12.Kanserojen gıdaları tüketmemeye dikkat eder misiniz?

- a) Evet b) Hayır

13.Şimdiye kadar kanser tanısı aldınız mı?

a) Evet b) Hayır

14.Şimdiye kadar kanser tarama testlerinden herhangi birine katıldınız mı?

a) Evet b) Hayır

15.Kanser tanısı alan akrabanız oldu mu?

a) Evet b) Hayır



8.2. KANSER TARAMALARINA YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ (EK-2)

Sıra No	İfadeler	5: Tamamen Katılıyorum	4: Biraz Katılıyorum	3: Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	2: Biraz Katılmıyorum	1: Hiç Katılmıyorum
1	Düzenli aralıklarla kanser taraması yaptırmak isterim.					
2	Yakın bir zamanda kanser taraması yaptırmak isterim.					
3	Kanser tarama testleri hakkında bilgi almak isterim.					
4	Kanser taramaları hakkında merak ettiğim bir şey olursa, öğrenmek için araştırırım.					
5	Kanser tarama testi yaptırdığımda sonuçları takip ederim.					
6	Yakın çevremdeki kişileri kanser taraması yaptırmaları konusunda cesaretlendiririm.					
7	Televizyonda, internette ve gazetede kanser taramaları hakkında bilgilendirme yapılması, tarama yaptırmamı olumlu etkiler.					
8	Bir sağlık çalışanının kanser taraması yaptırmamı önermesi, tarama yaptırma ihtimalimi artırır.					
9	Yakın çevremden birilerinin kansere yakalanması, kanser taraması yaptırma ihtimalimi arttırmaz.					
10	Kanser taraması yaptırdığımda; kendim için iyi bir şey yaptığımı düşünürüm.					
11	Kanser tarama testlerini sadece kendim istediğim için yaptırım.					
12	Test sonuçlarının kötü çıkacağından korktuğum için kanser taraması yaptırmak istemem.					
13	Herhangi bir şikâyetim olmasa bile kanser taraması yaptırım.					
14	Kanser taraması yapılan yer gidemeyeceğim kadar uzakta olduğunda tarama yaptırmam.					
15	Kanser taraması yaptırmak için zaman bulamam.					
16	Kanser taraması için başvurmayı unuturum.					

17	Kanser taraması yaptırmanın gereksiz olduğunu düşünürüm.					
18	Kanser taraması yaptırmak için yaşımın uygun olmadığını düşünürüm.					
19	Kanser tarama testlerinin canımı acıtmamasından korkarım.					
20	Kanser tarama testlerinin yan etkilerinden çekinirim.					
21	Kanser taraması için yapılan işlemleri utandırıcı bulurum.					
22	Kanser tarama testlerinin sonuçlarına güvenmem.					
23	Kanser benim başıma gelmez diye düşündüğüm için kanser taraması yaptırmaya gereği duymam.					
24	Kanser taramaları yaptırmaktan daha önemli işlerim var.					

8.3. KADERCİLİK EĞİLİMİ ÖLÇEĞİ (EK-3)

SIRA NO:	ACIKLAMA: Sevgili arkadaşlar; Aşağıda çeşitli konular ile ilgili bazı düşünceler bulunmaktadır. Lütfen bunları dikkatlice okuyunuz. Sizden istenen her düşünceyle ilgili görüşünüzü belirlemeniz ve görüşünüze uygun olan seçeneği işaretlemenizdir. Bu düşüncelerin doğrusu ya da yanlışı yoktur, önemli olan kendi düşüncenizi samimi bir biçimde ifade etmenizdir. İlgi ve katkılarınız için teşekkür ederim.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Hayatımızda olacak şeyler önceden belirlenmiştir.					
2	Yaşadığım her şeyin kendi davranışlarımın bir sonucu olduğunu düşünürüm					
3	Bazı nesnelerin (nazar boncuğu, tütsü, şans yüzüğü vb.) koruyucu olduğuna inanırım.					
4	Başıma gelecek şeylerin kaderim olduğuna inanırım					
5	Bazı nesnelerin uğursuzluk getirdiğine inanırım.					
6	Geleceğimin gösterdiğim çabaya göre şekilleneceğine inanırım.					
7	İnsanların yaşamlarındaki mutsuzluklar kötü şanslarına bağlıdır.					
8	Yaşadığımız şeyler seçimlerimizin bir sonucudur.					
9	Kötü şeylerin gelip beni bulduğuna inanırım					
10	Bazı sözleri söylersem (cin, vb.) çarpılacağıma inanırım.					
11	Kendi irademle bazı şeylere yön verebileceğime inanırım					
12	Kaderimde varsa hastalığa yakalanırım					
13	Bazı insanların doğuştan şanslı olduklarına inanırım					
14	Hayatımın kontrolü benim elimdedir					
15	Hiç kimse yazgısını değiştiremez					
16	Kaderimin zaman zaman bana oyun oynadığını düşünürüm					
17	Bazı ritüellerin (tahtaya vurmak, sağ ayakla odaya girmek vb.) koruyucu olduğuna inanırım.					
18	İstedğim bir şey olmayınca "kısmet değilmiş" derim					
19	Kaderimiz bizi nereye savurursa oraya gideriz					
20	Bazı davranışlarda bulunursam çarpılacağıma inanırım.					
21	İnsan kendi tercihlerini kendisi yapar.					
22	Kaderimin hayatıma yön vermesine razı olurum					
23	Bazı durumların (kara kedi görmek, gece tırnak kesmek, vb.) uğursuzluk getireceğine inanırım.					
24	Her iş olacağına varır diye düşünürüm					


8.4. ETİK KURUL ONAYI (EK-4)

T.C
KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki Hemşirelerin Kanser Taramalarına Yönelik Tutumları ve Kadercilik Eğilimleri
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	KURUL ADRESİ	Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Yerleşkesi Tavşanlı Yolu 10. Km KÜTAHYA
	TELEFON	(0 274) 260 00 43 / 1115
	FAKS	(0 274) 265 22 85
	E-POSTA	etik.gir.olmayan@ksbu.edu.tr
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Nalan BOSTAN AKMEŞE
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı Hemşireliği
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	KSBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi
	YARDIMCI ARAŞTIRMACI VE BÖLÜMÜ	Kübra Altunbaş- Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi/Hemşire (Yükseklisans Tezi)
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Tanımlayıcı
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2021/14-14	Tarih: 06.10.2021
	Başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	


Prof.Dr.Duygu PERÇİN RENDERS
Etik Kurul Başkanı
Tarih:11.10.2021

8.5. KURUM İZİNİ (EK-5)



T.C.
KÜTAHYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

KÜTAHYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - KÜTAHYA
HASTANE HİZMETLERİ BİRİMİ
29/09/2021 13:24 - E-19978298 - 604.02.99 - 1320



00148960590

Sayı : E-19978298-604.02.99
Konu : Bilimsel Araştırma İzni

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 16/09/2021 tarihli ve 8649 sayılı dilekçe.

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi'nde Yüksek Lisans Öğrencisi Kübra ALTUNBAŞ tarafından T.C. Sağlık Bakanlığı Kütahya S.B.Ü. Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılacak olan "Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesindeki Kansere Taramalarına Yönelik Tutumları Ve Kadercilik Eğilimleri" konulu çalışmasını 31.10.2021 ile 31.01.2022 tarihleri arasında uygulayabilmesi amacı ile yapılan izin talebi değerlendirilerek ilgili mevzuatlar çerçevesinde gizlilik derecesine haiz bilgi, belge doküman v.b. evrakların paylaşılması, çalışma sonucunun İl Sağlık Müdürlüğüne sunulması, kısıtlamalar açısından Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik, İlaç Ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, Hasta Hakları Yönetmeliği ve yürürlükteki ilgili diğer mevzuat maddelerine aykırı hareket edilmemesi, sonuçların İl Sağlık Müdürlüğünden izin alınarak paylaşılması koşuluyla Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonunun 27.09.2021 tarihli ve 2021/107 sayılı kararı ile uygun görülmüş olup karar örneği ekte gönderilmektedir.

Gereğini rica ederim.

Uzm.Dr. Hasan Hüseyin GÜMÜŞCÜ
İl Sağlık Müdürü a.
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı V.


Ekler:
1- 2021/107 sayılı Komisyon Kararı (1 Sayfa)
2- Protokol (2 Sayfa)
(Fiziki olarak gönderilecektir)

DAĞITIM:
- T.C. Sağlık Bakanlığı Kütahya S.B.Ü. Evliya Çelebi Eğt.ve Araş. Hastanesi
- Kübra ALTUNBAŞ

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: aa39cb5c-bf0a-4933-a510-126b3cbfac57 — Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>
Saray Mah. Fatih Sultan Mehmet Bulvarı No:40 Bilgi için: Cengiz GÜRBÜZ

Telefon: Faks No: 0 (274) 223 61 83 Bilgisayar İşletmeni
e-Posta: cengiz.gurbuz@saglik.gov.tr İnternet Adresi: www.kutahya.ism.saglik.gov.tr Telefon No: (0 274) 223 63 38
dahili:376



T.C.
KÜTAHYA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

KARAR NO : 2021 / 107
KARAR TARİHİ : 27.09.2021

BİLİMSEL ARAŞTIRMA BAŞVURU İNCELEME KOMİSYONU KARARI

Bilimsel araştırma, tez, anket, vb. çalışmalara ilişkin başvuruları incelemek, görüş bildirmek ve uygun görülenleri bildirmek amacıyla Kütahya İl Sağlık Müdürlüğü'nün 08.01.2010 tarih ve E-19978298-903.07.99-35 sayılı Makam Oluru ile oluşturulan Bilimsel Başvuru İnceleme Komisyonunda, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi'nde Yüksek Lisans Öğrencisi Kübra ALTUNTAŞ tarafından T.C. Sağlık Bakanlığı Kütahya S.B.U. Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılacak olan "Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesindeki Kanser Tanımlarına Yönelik Tanımları Ve Kadereçilik Eğitimleri" konulu çalışmasını 31.10.2021 ile 31.01.2022 tarihleri arasında uygulayabilmesi amacı ile yapılan izin talebi değerlendirilerek ilgili mevzuatlar çerçevesinde gizlilik derecesine hâzır bilgi, belge, doküman v.b. evrakların paylaşılmaması, çalışma sonucunun İl Sağlık Müdürlüğüne sunulması, kısıtlamalar açısından Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik, İlaç Ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, Hasta Hakları Yönetmeliği ve yürürlükteki ilgili diğer mevzuat maddelerine aykırı hareket edilmemesi, sonuçların İl Sağlık Müdürlüğünden izin alınarak paylaşılması koşuluyla katılımcıların oy birliğiyle uygun görülmüştür.

BASKAN

Uzm. Dr. A
Kamu Hast

ÜYE

ÜYE

ÜYE

Uzm. Dr. İbrahim TAMAM
Halk Sağlığı Uzmanı

Ekir

İDÜ

Yunus GENÇ
Uzman

ÜYE

ÜYE

ÜYE

Ec. Uzman

Zelma CEYLAN
Hemşire

Cengiz GURBUZ
Bilgisayar İşletmeni

8.6. ÖLÇEKLERİN İZİNİ (EK-6) (EK-7)

Elif Nur YILDIRIM <[redacted]> 24 Ağustos 2021 20:56
Alıcı: Kübra ALTUNBAŞ <[redacted]>
Cc: dr mehmet uyar <[redacted]>, Tahir Kemal Şahin <[redacted]>

Kübra Hanım merhaba,

Ölçeğe ilginiz için teşekkür ederiz. Ölçeği tez çalışmanızda kullanabilirsiniz, araştırmacılar olarak iznimiz var.

Size ekte çalışmanızda atıf yapmanızı istediğimiz orijinal makale dosyasını ve ölçeğin kendisini, kısa formunu ve puanlama özelliklerini içeren bir dosyayı iletiyorum. Ölçekle ilgili bir sorunuz olursa bana mail atabilirsiniz. Kolaylıklar diliyorum.


Saygılarımla.


Uzm. Dr. Elif Nur YILDIRIM ÖZTÜRK

Android için Outlook'u edinin

Kimden: Kübra ALTUNBAŞ <[redacted]>
Gönderildi: 24 Ağustos 2021 Salı 19:06
Kime: [redacted]
Konu: Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinin Kullanım İzni
[Alıntılanan metin gizlendi]

2 eklenti

 **Development of an Attitude Scale for Cancer Screening.pdf**
190K

 **Ölçek ve özellikleri.docx**
29K

Binaz Bozkur <[redacted]> 24 Ağustos 2021 20:09
Alıcı: Kübra ALTUNBAŞ <[redacted]>


Merhabalar,

Geliştirdiğimiz ölçeğin formu ektedir. Ölçeğe ilişkin puanlama ve alt boyutlarına ilişkin bilgiler ekteki dosyada ölçek formunun arkasına eklenmiştir. Referans gösterme kuralları çerçevesinde olması ve ölçeğin yapısının bozulmaması şartı ile ölçeğimizi kullanabilirsiniz. Çalışmanız sonuçlandığında sonuçlar hakkında bizi bilgilendirirseniz seviniriz. Yine yardımcı olacağım bir durum olursa çekinmeden yazabilirsiniz. Kolaylıklar diliyorum.

Arş. Gör. Dr. Binaz BOZKUR
Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi,
Eğitim Bilimleri Bölümü,
Rehberlik ve Psikolojik Danışma A.B.D.

R. A. DR. Binaz BOZKUR
Mersin University, Faculty of Education,
Department of Educational Sciences,
Psychological Counseling and Guidance Unit

Gönderen: Kübra ALTUNBAŞ <kubraaltunbas2@gmail.com>
Gönderildi: 24 Ağustos 2021 Salı 19:18
Kime: [redacted] <[redacted]>
Konu: Kadercilik Eğilimi Ölçeğinin Kullanım İzni
[Alıntılanan metin gizlendi]

 **KEÖ formu (2) (4).docx**
19K

8.7. GÖNÜLLÜ ONAM FORMU (EK-8)

ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Araştırmanın amacını, araştırmaya katılmanın gönüllülük esasına dayalı olduğunu, ad, soyad, okul numarası gibi kişiyi tanıttıcı bilgilerin yazılmaması gerektiğini ve anketin doldurulma şeklini açıklayan bir metin, onam metni olarak araştırma verilerinin toplanması için geliştirilen anket formunun başına konmuştur.

Sevgili katılımcı

Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki Hemşirelerin Kanser Taramalarına Yönelik Tutumları ve Kadercilik Eğilimleri başlıklı bu araştırma, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD tarafından yapılmaktadır. Araştırma Yüksek Lisans tezi veri toplama amacıyla planlanmıştır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla araştırmaya başlanırken oluşturulan araştırma sorularının yanıtlanması planlanmaktadır. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya "bilimsel amaçlar için") kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Anketimiz 3 bölümden oluşmaktadır. 63 soruluk, 35 dk zamanınızı alacak bu çalışmada yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında "diğer" seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi(ler) ile iletişim kurabilirsiniz:

Dr. Öğr. Üyesi Nalan Bostan Akmeşe
Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Araştırma Ekibi

Nalan Bostan Akmeşe

Kübra Altunbaş

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul ediyorum.

9. ÖZGEÇMİŞ

İlköğretim ve Lise öğrenimini İzmir’de tamamladı. 04.09.2012 - 13.06.2016 tarihleri arasında Uşak Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu“Hemşirelik” bölümünden mezun olmuştur. 19.09.2018 - 23.05.2022 tarihleri arasında ikinci lisans öğrenimini Anadolu Üniversitesi“Sağlık Yönetimi” bölümünde tamamlamıştır. 2020 yılında Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans eğitime başlamıştır. 2018 yılında Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde hemşire olarak göreve başlamıştır ve halen görevine devam etmektedir.

