

T.C.
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



**BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN 30 – 70 YAŞ
ARASI KADINLARIN KANSER TARAMALARINA YÖNELİK
TUTUMLARI VE KADERCİLİK EĞİLİMLERİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Zülal AKPINAR

Hemşirelik Anabilim Dalı

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

**ARALIK 2024
İSTANBUL**

T.C.
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



**BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN 30 – 70 YAŞ
ARASI KADINLARIN KANSER TARAMALARINA YÖNELİK
TUTUMLARI VE KADERCİLİK EĞİLİMLERİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Zülal AKPINAR
(221219028)
(0009-0007-3127-9613)**

Hemşirelik Anabilim Dalı

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Hacer ERTEN

İstanbul 2024



T.C.
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü

Jüri Tez Onay Formu

27.12.2024

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Bu çalışma 27.12.2024 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği (Tezli Yüksek Lisans) Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Dr. Öğr. Üyesi Hacer ERTEN

Danışman

İstanbul Gedik Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Özlem IŞIL

Üye (İmza)

İstanbul Gedik Üniversitesi

Prof. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ

Üye (İmza)

Yalova Üniversitesi

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran 30 – 70 Yaş Arası Kadınların Kanseri Taramalarına Yönelik Tutumları ve Kadercilik Eğilimleri” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Bibliyografya’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim (27/12/2024).

Zülat AKPINAR

ÖNSÖZ

Araştırmamın her aşamasında bana destek olan bilimsel bilgi ve deneyimlerini paylaşarak bana destek olan, beni sabır ve anlayışla yönlendiren kıymetli danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hacer Erten'e içtenlikle teşekkür ederim. Yüksek lisans eğitimim boyunca sağladıkları motivasyon ve destekleri için Sayın Prof. Dr. Kerime Derya Beydağ ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Özlem Işıl hocama teşekkürlerimi sunarım.

Hayatımın her anında yanımda oldukları, sonsuz sevgi ve desteklerini hiçbir zaman esirgemedikleri için sevgili aileme teşekkürlerimi sunmak isterim

Çalışma süresince beni cesaretlendiren, destek olan ve beni motive eden değerli meslektaşım ve çalışma arkadaşım Meltem Dirik'e teşekkür ederim.

Aralık 2024

Zülal AKPINAR

İÇİNDEKİLER

| | Sayfa No |
|---|-------------|
| ÖNSÖZ | iv |
| İÇİNDEKİLER | v |
| KISALTMALAR | viii |
| ÇİZELGE LİSTESİ | ix |
| ŞEKİL LİSTESİ | x |
| ÖZET | xi |
| ABSTRACT | xii |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 3 |
| 2.1 Kanser Tanımı | 3 |
| 2.2 Dünyada Kanser | 4 |
| 2.3 Türkiye’de Kanser | 4 |
| 2.4 Kanser Etiyolojisi | 6 |
| 2.4.1 Yaş | 7 |
| 2.4.2 Tütün..... | 7 |
| 2.4.3 Alkol | 7 |
| 2.4.4 Enfeksiyöz ajanlar | 8 |
| 2.4.5 Diyet ve beslenme | 8 |
| 2.4.6 Fiziksel aktivite | 9 |
| 2.4.7 Genetik faktörler..... | 9 |
| 2.4.8 Ultraviyole (UV) ve iyonize radyasyon | 10 |
| 2.5 Kanserden Korunma..... | 10 |
| 2.5.1 Birincil (primer) koruma | 12 |
| 2.5.2 İkincil (sekonder) koruma | 12 |
| 2.5.3 Üçüncül (tersiyer) koruma..... | 12 |
| 2.5.4 Dördüncül koruma | 12 |
| 2.6 Kanser Tarama Programları | 13 |

| | |
|--|-----------|
| 2.6.1 Dünya’da kanser taramaları..... | 15 |
| 2.6.2 Türkiye’de kanser taramaları..... | 16 |
| 2.7 Meme Kanseri ve Tarama | 17 |
| 2.8 Serviks Kanseri ve Tarama | 20 |
| 2.9 Kolorektal Kanseri ve Tarama | 22 |
| 2.10 Kanser Taramalarına Yönelik Tutumlar | 23 |
| 2.11 Kader ve Kadercilik | 24 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM..... | 28 |
| 3.1 Araştırmanın Amacı | 28 |
| 3.2 Araştırmanın Tipi | 28 |
| 3.3 Araştırmanın Yeri ve Zamanı..... | 28 |
| 3.4 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi | 29 |
| 3.5 Veri Toplama Araçları | 30 |
| 3.5.1 Tanıtıcı bilgi formu (Ek-1) | 30 |
| 3.5.2 Kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği-kısa form (Ek-2)..... | 30 |
| 3.5.3 Kadercilik eğilimi ölçeği (Ek-3)..... | 31 |
| 3.6 Verilerin İstatistiksel Analizi | 32 |
| 3.7 Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri | 32 |
| 3.8 Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri | 33 |
| 3.9 Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri..... | 33 |
| 3.10 Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri | 33 |
| 3.11 Araştırma Soruları | 33 |
| 3.12 Araştırmanın Uygulanması - Verilerin Toplanması..... | 34 |
| 3.13 Araştırmanın Etik Yönü | 34 |
| 3.14 Araştırmanın Beklenen Sonuçları | 34 |
| 3.15 Araştırmanın Güçlü Yönleri..... | 34 |
| 3.16 Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği | 35 |
| 4. BULGULAR | 36 |
| 5. TARTIŞMA | 53 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER..... | 61 |
| 6.1. Sonuç | 61 |
| 6.2. Öneriler..... | 62 |
| KAYNAKLAR | 64 |
| EKLER..... | 78 |

| | |
|---|-----------|
| Ek-1: Tanıtıcı Bilgi Formu | 78 |
| Ek-2: Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği-Kısa Form..... | 80 |
| Ek-3: Kadercilik Eğilimi Ölçeği | 81 |
| ÖZGEÇMİŞ..... | 83 |



KISALTMALAR

| | |
|-----------------|---|
| AB | : Avrupa Birliği |
| ABD | : Amerika Birleşik Devletleri |
| BT | : Bilgisayarlı Tomografi |
| DNA | : Deoksiriboz Nükleik Asit |
| DSÖ | : Dünya Sağlık Örgütü |
| EBV | : Epstein-Barr Virüsü |
| ECAC | : The European Code Against Cancer (Kansere Karşı Avrupa Kodu) |
| GGK | : Gaitada Gizli Kan |
| GLOBOCAN | : Global Cancer Observatory |
| GWAS | : Genom Çapında İlişkilendirme Çalışması |
| HBV | : Hepatit B |
| HCV | : Hepatit C |
| HIV | : İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü |
| HPV | : Human Papilloma Virus |
| HTLV-1 | : Human T-Lymphotropic Virüs 1 |
| IARC | : International Agency for Research on Cancer |
| KETEM | : Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri |
| KKMM | : Kendi Kendine Meme Muayenesi |
| KMM | : Klinik Meme Muayenesi |
| KSHV | : Kaposi Sarkomu İlişkili Herpes Virüsü |
| KTYTÖ | : Kanser Tarmalarına Yönelik Tutum Ölçeği |
| NCI | : Natioanal Cancer Institute (Ulusal Kanser Enstitüsü) |
| PET | : Pozitron Emisyon Tomografisi |
| UV | : Ultraviyole |
| WHO | : World Health Organization |
| WONCA | : World Organization Of National Colleges, Academies and Academic Associations Of General Practitioners/Family Physicians |

ÇİZELGE LİSTESİ

| | Sayfa No. |
|--|-----------|
| Çizelge 2.1: Çeşitli Kanserojen Türleri..... | 6 |
| Çizelge 2.2: Kanserler Arasındaki Genetik Korelasyonlar | 10 |
| Çizelge 2.3: Hastalık Taraması için Wilson ve Jungner Kriterleri | 13 |
| Çizelge 3.1: Normal Dağılım | 32 |
| Çizelge 4.1: Kadınların Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı N=324..... | 36 |
| Çizelge 4.2: Kadınların Tarama Uygulamalarına Göre Dağılımı | 38 |
| Çizelge 4.3: Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Puan Ortalaması..... | 40 |
| Çizelge 4.4: Kadercilik Eğilimi Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları | 40 |
| Çizelge 4.5: Kanser taramalarına Yönelik Tutum Puanları ile Kadercilik Eğilimi Puanları Arasında Korelasyon Analizi | 41 |
| Çizelge 4.6: Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı | 41 |
| Çizelge 4.7: Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Puanlarının Kanser Tarama Uygulamalarına Göre Dağılımı | 43 |
| Çizelge 4.8: Kadercilik Eğilimi Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı | 46 |
| Çizelge 4.9: Kadercilik Eğilimi Puanlarının Tarama Uygulamalarına Göre Dağılımı | 48 |
| Çizelge 4.10: Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Üzerine Etki Eden Değişkenler | 51 |
| Çizelge 4.11: Kadercilik Eğilimi Üzerine Etki Eden Değişkenler..... | 52 |

ŞEKİL LİSTESİ

| | Sayfa No. |
|---|------------------|
| Şekil 2.1: Türkiye’de Kadın ve Erkeklerde Tüm Yaş Gruplarında En Sık Görülen Kanserler | 5 |
| Şekil 2.2: Türkiye Servikal Tarama Programı Yeni Algoritması | 20 |
| Şekil 2.3: Türkiye GGK tarama süreci algoritması..... | 23 |



BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN 30 – 70 YAŞ ARASI KADINLARIN KANSER TARAMALARINA YÖNELİK TUTUMLARI VE KADERCİLİK EĞİLİMLERİ

ÖZET

Bu çalışma, 30-70 yaş aralığındaki kadınların kanser tarama tutumları ve başta kadercilik eğilimi olmak üzere tarama tutumlarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki araştırma, Mart-Ekim 2024 tarihleri arasında İstanbul ilindeki bir aile sağlığı merkezine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 324 kadın ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri kadınların kişisel özelliklerini belirlemek üzere araştırmacı tarafından geliştirilen ve 23 sorudan oluşan ‘Sosyodemografik Bilgi Formu’, ‘Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği-Kısa Form’ ve ‘Kadercilik Eğilimi Ölçeği’ kullanılarak elde edilmiştir.

Katılımcıların kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği puan ortalaması $67,61 \pm 8,69$ ve kadercilik eğilimi ölçeği puan ortalaması $69,82 \pm 14,45$ bulunmuştur. Kadınlarda, KMM yaptırmanın ($B = 2,924$, $p = 0,029$) ve kanser taraması için hatırlatma yapılmasını istemenin ($B = 6,153$, $p = 0,000$) kanser tarama tutum puanı üzerinde pozitif yönde anlamlı bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Bekar olma ($B = -4,854$, $p = 0,013$) ve ücretsiz tarama testlerinin yapıldığını bilme ($B = -3,242$, $p = 0,047$) değişkenlerinin kadercilik eğilimi üzerinde negatif yönde anlamlı etkiye, ev hanımı olma değişkeninin ise pozitif yönde anlamlı etkiye sahip olduğu belirlenmiştir ($B = 4,952$, $p = 0,004$) ($p < 0,05$).

Çalışma verileri sonucunda katılımcıların kanser taramalarına yönelik olumlu bir tutuma sahip olduğu ancak tarama yaptırma durumunun yetersiz olduğu görülmektedir. Sağlık çalışanlarının hizmet verdikleri kesimin kanser taramalarına katılımını etkileyen faktörleri bilmesi ve bunlar üzerinde iyileştirici çalışmalar planlaması tarama oranlarının artırılmasında etkili olacaktır.

Anahtar Kelimeler: *Kanser, Tarama, Tutum, Kadercilik*

**ATTITUDES TOWARDS CANCER SCREENING AND FATALISM
TENDENCIES OF WOMEN BETWEEN THE AGE OF 30-70 WHO APPLIED
TO A FAMILY HEALTH CENTER**

ABSTRACT

This study is conducted to determine the cancer screening attitudes of women between the ages of 30-70 and the factors affecting their screening attitudes, especially the tendency towards fatalism. The descriptive and cross-sectional study is conducted with 324 women who applied to a family health center in Istanbul between March and October 2024 and agreed to participate in the study. Research data was obtained using the 'Sociodemographic Information Form', 'Attitude Scale Towards Cancer Screening-Short Form' and 'Fatalism Tendency Scale', which is developed by the researcher and consists of 23 questions, to determine the personal characteristics of women.

The average score of the participants' attitude scale towards cancer screenings is 67.61 ± 8.69 and the average score of the fatalism tendency scale is 69.82 ± 14.45 . It is found that having CBE ($B = 2.924$, $p = 0.029$) and requesting a reminder for cancer screening ($B = 6.153$, $p = 0.000$) has a significant positive effect on the cancer screening attitude score ($p < 0.05$). It is determined that the variables of being single ($B = -4.854$, $p = 0.013$) and knowing that free screening tests are performed ($B = -3.242$, $p = 0.047$) has a negative significant effect on the fatalism tendency, and the variable of being a housewife had a positive significant effect ($B = 4.952$, $p = 0.004$) ($p < 0.05$).

As a result of the study data, the participants had a positive attitude towards cancer screening but the number of people who are screened cancer is insufficient. It will be effective in increasing screening rates if healthcare professionals know the factors affecting the participation of the population they serve in cancer screenings and carry out remedial work on these factors.

Keywords: *Cancer, Scanning, Attitude, Fatalism*

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, vücudun herhangi bir bölümünü etkileyebilen geniş çaplı bir hastalık çeşitidir (WHO a, 2024). Ülkemizde ve dünyada sebebi bilinen ölüm nedenlerinin başında kardiyovasküler hastalıklar bulunurken, ikinci sıradaki ölüm sebebi olarak kanserler bulunmaktadır (Kaya ve ark., 2017). Dünya Sağlık Örgütü, 2022 yılında tahmini 20 milyon yeni kanser vakası ve 9,7 milyon ölüm olduğunu, yaklaşık 9 erkekten ve 12 kadından 1'inin kanserden yaşamını yitirdiğini belirtmektedir (WHO b, 2024).

Kanser mortalite ve morbidite de artışa sebep olması, neden olduğu psikolojik ve ekonomik yükten kaynaklı önemli bir toplum sağlığı sorunu haline gelmiştir (Eren, 2017). Kanser sonucu ortaya çıkan kayıpları azaltmak ve kanser kontrolünü sağlayabilmek için erken fark edilmesi önem taşımaktadır. Erken dönemde fark edilen kanserlerin neden olduğu mortalite oranı oldukça düşüktür. Hastalığın erken tanı alabilmesi için kişilerin kanser tarama programlarına katılmaya önem vermesi gerekmektedir. Tarama testlerinin uygulanması maliyet oranını arttırsa da kanser tedavi sürecindeki harcamaları ve ölüm oranını azaltmaktadır (Koruk ve ark., 2015).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) önerisiyle, kolorektal kanseri, serviks kanseri, meme kanseri, prostat kanseri ve akciğer kanseri taramaları yapılmaktadır (Ebell ve ark., 2018). Ülkeler arası uygulanan tarama programları ve periyotları arasında toplumsal özelliklere bağlı olarak farklılıklar olabilmektedir (Akmeşe ve Altunbaş, 2023). Ülkemizde 'Ulusal Kanser Tarama Programı' dahilinde serviks, meme ve kolorektal kanserleri başvuruya dayalı olarak taranmaktadır (Tekpınar ve ark., 2018).

Kanser tarama programları her ne kadar etkili ve önemli olsa da katılım istenen düzeye ulaşamamıştır. Kanser taramalarına katılım kişinin sosyodemografik özellikleri, yapılan tarama programları hakkındaki bilgi seviyeleri, erişim olanakları gibi faktörlerden etkilenmektedir (Uysal ve Toprak, 2022). Özellikle düşük ve orta gelirli ülkeler başta olmak üzere dünya genelinde kanser taramalarına yönelik bilgi ve uygulamalarının yetersiz olduğunu belirtmektedir (Siddharthar ve ark., 2014).

Çalışmalar yaş, eğitim düzeyi, yaşanılan coğrafi bölge, kişisel kanser öyküsü, inanç ve tutumların kanser taramasına katılımı ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Akmeşe ve Altunbaş, 2023; Uysal ve Toprak, 2022; Siddharthar ve ark., 2014).

Kadercilik kavramına göre, kişinin yaşadığı sağlık sorununun kişinin kendi iradesi dışında başka bir güç tarafından, önceden planlanarak gerçekleştiği inancı vardır (Franklin ve ark., 2007). Bu inancın benimsenmesi kişilerin sağlık hizmeti kullanımını ve tarama programlarına katılımını engellemektedir (Franklin ve ark., 2007; Gündüz ve Aktaş, 2021). Kadercilik inancından dolayı kişiler sağlığıyla ilgili ihmalkar davranır, bu durumla ilgili mücadele etmez, çaba göstermez ve bu durumu kabullenirler (Özer ve ark., 2022). Kadercilik inancı benimsemiş kişilerin, kanser taraması yaptırmaya ihtimalinin daha düşük olduğu saptanmıştır (Franklin ve ark., 2007).

Sağlık çalışanlarının, toplumun kanser tarama programlarına katılımını arttırmak ve kişileri kanserden korumak için eğitim vermek, bilgilendirmek, danışmanlık sağlamak gibi koruyucu sağlık hizmetleri içinde yer alan görevleri vardır (Eren, 2017). Özellikle kanser eğitimi müdahalelerinin farkındalığı ve tarama programlarına katılımı arttırmada etkili olduğu belirtilmektedir (Christiansen ve ark., 2023). Birinci basamak çalışanlarının, hizmet verdikleri popülasyonun tarama davranışını ve bu davranışı etkileyen faktörleri bilmesi, planladıkları müdahalelerin başarılı olmasında etkili olacaktır.

Bu çalışmada, kadınların kanser tarama tutumlarını değerlendirmek ve başta kadercilik eğilimi olmak üzere kanser tarama tutumlarını etkileyen faktörleri belirlemek amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Kanser Tanımı

Kanser, vücudun bazı bölümlerindeki hücrelerin kontrol dışı ve düzensiz bir şekilde bölünmesi ve çoğalması sonucunda ortaya çıkan hastalıklara denilmektedir (Babaç ve ark., 2023).

Dünya Sağlık Örgütü ve Natioanal Cancer Institute (NCI)'nün yaptığı tanıma göre kanser, vücutta normal olmayan hücrelerin kontrolsüz olarak büyümesi sonucunda vücuttaki diğer hücre ve organlara yayılmasıdır. Kanser birçok farklı hücre ve organlara yayılabildiği için birçok farklı kanser türü bulunmaktadır. Kadınlar ve erkeklerde, insidansı yüksek olan kanser çeşidi farklılık gösterebilmektedir (WHO a, 2024). Güncel literatüre göre kanser, doğal seçilimle evrime tabi olan dönüştürülmüş hücrelerin kontrolsüz çoğalmasıyla oluşan bir hastalıktır (Brown ve ark., 2023). Başka bir tanıma göre kanser, ortak bir öncülden türeyen klonal olarak genişletilmiş hücrelerin patolojik birikimidir (Hill, 2019). Tüm kanserlerin temel nedeni, genellikle edinilmiş ancak bazen doğuştan gelen genetik hasardır. Genel olarak, kontrolsüz hücre çoğalmasına yol açan genetik düzensizlik, büyümeyi teşvik eden onkogenlerin aktivasyonundan ve/veya büyümeyi engelleyen tümör baskılayıcı genlerin silinmesinden/inaktifleştirilmesinden kaynaklanır. (Hill, 2019).

Dünyada yaygın olarak görülen türleri; meme kanseri, akciğer kanseri, kolorektal kanser ve prostat kanseridir (Babaç ve ark., 2023). Kadınlarda en sık görülen kanser çeşidi meme kanseri iken, erkeklerde akciğer kanseridir (Sung ve ark., 2021). Artan vaka sayıları nedeniyle kanser, hem Türkiye’de hem de Dünya’da en önemli sağlık sorunlarından biri haline gelmiştir (Babaç ve ark., 2023). Dünyada sebebi bilinen ölümler arasında kalp ve damar hastalıklarından sonra ikinci sırada kanser yer almaktadır (Kaya ve ark., 2017).

2.2 Dünyada Kanser

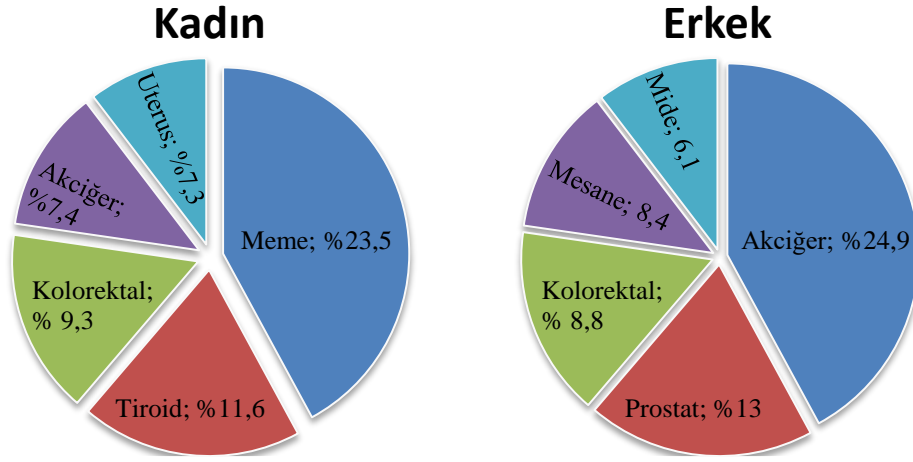
Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC)'nın Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) 2022 yılındaki verilerine göre dünyada yeni kanser tanısı alan kişi sayısı 20 milyon ve kanserden kaynaklı ölümlerin sayısı ise 9,7 milyon olarak bildirilmiştir. Bu verilere melanom dışında cilt kanserleri dahil edilmemiştir (Bray ve ark., 2024; IARC a., 2022).

Dünyada 2022 yılında en çok teşhisi konulan kanserler sırasıyla; %12,4 oranıyla akciğer, %11,6 oranıyla meme, %9,6 oranıyla kolorektal, %7,3 oranıyla prostat, %4,9 oranıyla mide kanseridir. Dünyada, kadınlarda en sık görülen kanserler içinde %23, 8 oranıyla meme kanseri ilk sırada yer alırken bunu kolorektal, akciğer, serviks ve tiroid kanserleri izlemektedir. Erkeklerde en sık görülen kanserler içinde; %15,2 oranıyla akciğer kanseri, %14,2 oranıyla prostat kanseri, %10,4 oranıyla kolorektal kanseri, %6,1 oranıyla mide kanseri, % 5,8 oranıyla da karaciğer kanseri bulunmaktadır (IARC a, 2022).

Akciğer kanseri, 1,8 milyon (%18) ölüm oranına sahip olarak kanser sonucu ölümlerin önde gelen nedeni olmuştur. 2040 yılında kanser vaka sayısının 28,4 milyon olması beklenmektedir. (Sung ve ark., 2021).

2.3 Türkiye’de Kanser

Kanser, hem dünyada hem de Türkiye’de önemli sağlık sorunlarından birisidir. Ülkemizde, dolaşım sistemi hastalıklarından sonra ölümlerin ikinci sebebidir. Son 20 yılda kanser görülme oranında 2 kat artış gözlemlenmiştir (Tekin ve Denemeç, 2024). Aynı zamanda Avrupa, Kanada, Amerika ve Avustralya’ya bakıldığında ülkemizde kanser görülme insidansı daha düşüktür (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).



Şekil 2.1: Türkiye’de Kadın ve Erkeklerde Tüm Yaş Gruplarında En Sık Görülen Kanserler

Kaynak: (International Agency for Research on Cancer (IARC) b, 2022)

IARC’da yayınlanan GLOBOCAN 2022 verilerine göre Türkiye’de kanserlerin görülme oranı sırasıyla; %17,1 akciğer, %10,5 meme, %9,0 kolorektal, %7,2 prostat ve % 6,4 ile tiroid kanseridir (IARC b, 2022). Bu verileri cinsiyetlere göre ayırdığımızda; kadınlarda en sık görülen kanserle sırasıyla, meme kanseri %23,5, tiroid kanseri %11,6, kolorektal kanser %9,3, akciğer kanseri %7,4, uterus kanseri %7,3’tür. Erkeklerde görülen kanserler ise sırasıyla akciğer kanseri %24,9, prostat kanseri %13, kolorektal kanser %8,8, mesane kanseri %8,4, mide kanseri 6,1 olarak bildirilmiştir (IARC b, 2022).

Kanser dünyadaki tüm ölümlerin 1/6’sından sorumludur. Türkiye’de yapılan ve 2009-2018 yılları arasındaki kansere bağlı ölümlerin epidemiyolojisini inceleyen bir çalışmada, tüm ölümlerin yaklaşık 1/5’inin kanserle ilişkili ölümler olduğu, 60 yaş üstü yaş grubunda kanser riskinin erkeklerde kadınlara göre daha yüksek olduğu ve ülkemizde kadın kanserleri hariç tüm kanser türlerinin erkeklerde kadınlara göre daha fazla ölüme neden olduğu saptanmıştır (Şahin, Arslan ve Şahin, 2020).

Türkiye’deki tüm ölümlerin %19,6’sını kanserden olmaktadır. 2017-2023 yılları arasında Türkiye’de kanserin görülme sıklığının projeksiyon verileri önümüzdeki yıllarda bir artış olacağını göstermektedir. 2020 GLOBOCAN verileriyle karşılaştırıldığında; Türkiye’deki kanser insidansı dünya insidansının biraz üzerindedir. Türkiye 2017 ulusal verileri; serviks kanserlerinin yaklaşık %65’inin Faz 0, kadın meme kanserlerinin yaklaşık %50’sinin Faz 0-1 ve kolorektal kanserlerin yaklaşık %40’ının Faz 0-1’de olduğunu göstermiştir (Üçer, 2023).

2.4 Kanser Etiyolojisi

Kansere sebep olan hücre değişikliğinde kişinin genetik faktörleri ve kanserojen ajanlar rol almaktadır. Kanserlerin çoğunda açıkça tanımlanmış bir neden olmasa da, kanserojen ajanların birçok insan kanserine katkıda bulunduğu iyi belgelenmiştir (Hill, 2019).

Kanserojenler üçe ayrılmaktadır. Bunlar; fiziksel, kimyasal ve biyolojik ajanlardır. Ultraviyole ve iyonlaştırıcı radyasyon fiziksel kanserojenler; tütün dumanı bileşiminde yer alan maddeler, alkol, arsenik ve asbest gibi maddeler kimyasal kanserojenlere örnek oluştururken birtakım virüs, bakteri ve parazitlerden kaynaklı gelişen enfeksiyonlar da biyolojik kanserlere örnek oluşturmaktadır (WHO a, 2024).

Başka bir kaynaktan ise etiyojik faktörler; enfeksiyöz (örneğin virüsler), kimyasal (mesleki, çevresel ve terapötik dahil), elektromanyetik radyasyon (ultraviyole [UV], X-ışını, gama ışını) ve immünoşüpresif (HIV, immünoşüpresif ilaçlar) olarak kategorize edilmiştir (Hill, 2019). Çizelge 2.1’de çeşitli tipte kanserojenik ajanlar verilmiştir.

Çizelge 2.1: Çeşitli Kanserojen Türleri

| <i>Kimyasallar</i> | <i>Radyasyon</i> | <i>Enfeksiyöz Ajanlar</i> | <i>Diyet</i> | <i>İatrojenik</i> |
|---------------------------|-------------------------|----------------------------------|---------------------|--------------------------|
| Mesleki | Ultraviyole ışığı | Virüs | Yağ | Radyasyon |
| Arsenik | X-ray | HPV | Kalori | İmmünoşüpresyon |
| Asbest | Gama ışını | EBV | Düşük lif | Kemoterapi |
| Kömür katranları | Nükleer radyasyon | KSHV | | |
| Kurum | | HTLV- 1 | | |
| Benzen | | HEP B/C | | |
| Vinil klorür | | | | |
| Davranışsal | | Bakteri | | |
| | | Helikobakter pilori | | |
| Tütün | | Chlamydia psittaci | | |
| Alkol | | Mantar | | |
| | | Aspergillus flavus | | |
| | | Parazit | | |
| | | Şistozomiyaz | | |

Kaynak:(Hill, 2019)

2.4.1 Yaş

Kanser görülme oranı genelde yaş ile birlikte artmaktadır. Bu durumun sebebi olarak yaşın ilerlemesiyle hücrel onarım mekanizmasının daha düşük oranda çalışması olduğu söylenebilir (WHO a, 2024). Kişinin hayatı boyunca kansere yakalanma ihtimali farklılık gösterebilir. Kanserlerin kümülatif riski yaşın ilerlemesiyle birlikte artmakta olup 70 yaşından sonra biraz da olsa azalma eğilimi göstermektedir. Yaşlı kesimin büyük bir çoğunluğunda kanser klinik olarak tespit edilemeden ölmektedir. 90 yaşından sonraki ölümlerin ve hastalıkların sebebinin kanser olması nadir görülmektedir (White ve ark., 2014).

2.4.2 Tütün

Tütün kullanımı, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kanser ölümlerinin %30'undan fazlasından sorumludur ve önlenemez kanserin en yaygın tek nedenini temsil eder (Hill, 2019; Karlıkaya ve ark.,2006; Pesen ve ark., 2021; WHO c, 2024). Kansere bağlı ölümlerin 3'te 1'inden fazlası tütün kullanımıyla alakalıdır (Underwood ve ark.,2015). Tütün kullanımı kanser, dolaşım ve solunum sistemi gibi hastalıklar başta olmak üzere başka birçok hastalığa da neden olmaktadır. Akciğer kanseri vakalarının %90'ndan fazlası tütün ile ilişkilendirilmiştir (Pesch ve ark., 2012). Tütün ve tütün ürünleri akciğer kanserinin yanı sıra larinks, ağız boşluğu, farinks, özofagus, mide, karaciğer, kolorektal, serviks ve uterus kanserlerine de yakalanma oranını arttırmaktadır. IARC, tütün dumanının 70'ten fazla kanserojen madde içerdiğini ve bunlardan 16'sının kansere sebebiyet verdiğini söylemektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021).

2.4.3 Alkol

Dünyadaki kanser vakalarının %4'ü alkol kaynaklıdır (Rumgay ve ark., 2021). Yapılan araştırmalarda yüksek miktarda ve uzun vadede alkol kullanımının kişilerde ağız, farenks, larink, özofagus, karaciğer kanserleri görülme oranını arttırdığı ortaya çıkmıştır (David ve ark., 2013; Okaru ve Lachenmeier, 2021; Rumgay ve ark., 2021; WHO c, 2024).

Alkol ve kanser riski arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan çalışmalarda; alkolün rektum ve meme kanseri riskini de arttırdığı kararına varılmıştır (Bryazka ve ark., 2022; David ve ark., 2013; WHO c, 2024). Dünyadaki kanserlerin %3,6'sı

alkole atfedilmiştir (Eren, 2017). Fazla tüketilen alkol ile beraber tütün ürünlerinin birlikte kullanımı, kişilerin kansere yakalanma riskini büyük oranda arttırmaktadır.

2.4.4 Enfeksiyöz ajanlar

Virüsler, parazit ve bakteri gibi bazı patojenler kansere sebep olabilir ya da oluşma ihtimalini arttırabilir (National Cancer Institute b., 2019). IARC tarafından insanlar için kanserojen olarak sınıflandırılan 11 patojen bulunmaktadır. Bunlardan en önemlileri *Helicobacter pylori*, İnsan Papilloma Virüsü (HPV), Hepatit B Virüsü (HBV) ve Hepatit C virüsü (HCV)'dür. Bunlar, dünyada enfeksiyon sonucu oluşan kanserlerin %90'ından fazlasını oluşturmaktadırlar (de Martel ve ark., 2020). HPV virüsü serviks kanseri ve orofarengeal kanserine, Hepatit B ve Hepatit C virüsü karaciğer kanserine, İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (HIV) non-hodgkin kanserine, *Helicobacter Pylori* ise mide kanserine sebep olmaktadır (de Martel ve ark., 2020; Parkin, 2006). Hepatit B ve HPV aşılarının yapılması karaciğer ve serviks kanserine karşı koruyuculuk sağlamaktadır (WHO c, 2024).

2.4.5 Diyet ve beslenme

Yetersiz ve dengesiz beslenen, düzenli fiziksel aktivite yapmayan ve ya obez olan kişilerin kansere yakalanma riski daha fazladır (Bayrak ve ark., 2010). Fiziksel aktivite yapmayan ve obez olan kişilerin kolorektal, (post menepozal kadınlarda) meme, endometriyum, böbrek, mide, safra yolları ve karaciğer kanserine yakalanma ihtimali daha fazladır (Çevik ve Pirinçci, 2017). Kanserle ilgili ölümlerin %30–35'i yanlış beslenmeden kaynaklanmaktadır (Anand ve ark., 2008; Byrne ve ark., 2023).

Geçmişten günümüze kadar beslenmede nitrit ve nitrat alımının sağlık açısından zararlı olduğu birçok bilimsel araştırma sonucu tarafından ortaya koyulmaktadır. Yapılan çalışmalar kansere karşı koruyuculuğu artıran yeşil yapraklı sebzelerin nitrit ve nitratın birincil kaynağı olduğu ve bu sebzelerin günlük almamız gereken nitrit ve nitrat miktarının %80'ini karşıladığını bildirmiştir (Aschebrook-Kilfoy ve ark., 2013; Hord ve ark., 2011; Inoue-Choi ve ark., 2015; Said Abasse ve ark., 2022). Nitrit ve nitrat doğal yolla sebzelerden alınabilmesinin yanında işlenmiş et gibi katkı maddeleri eklenmiş gıdalardan da alabilmektedir. Hem işlenmiş hem de taze olarak etin tüketimi kanser riskini arttırmaktadır (Said Abasse ve ark., 2022). Yapılan bir meta- analiz çalışmasında nitrit alımının artmasıyla mesane ve mide kanseri riskinin yükseldiği, pankreas kanseri riskinin ise daha düşük

olduğunu göstermiştir. Yüksek nitrat alımının tiroid kanseri riskinin artmasıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Yine, daha yüksek nitrit alımı glioma riskinin artmasıyla ilişkili bulunmuştur (Said Abasse ve ark., 2022).

2.4.6 Fiziksel aktivite

Kansere bağlı ölümlerin %5'i yetersiz fiziksel aktiviteden kaynaklanmaktadır. Tütün kullanımı olmayan hastalarda engellenebilir en önemli risk faktörü hareketsiz yaşamdır (Eren, 2017). Yapılan çalışmalar sonucunda, düzenli yapılan fiziksel aktivitenin kansere karşı koruyucu bir görev edindiği ve birçok kanserin insidansını %40-50 oranında azalttığı bildirilmiştir. Fiziksel aktivitenin görülme oranını en çok düşürdüğü kanser çeşitleri ise kolorektal ve meme kanseridir (Friedenreich ve ark., 2021; Tanık ve Gürşan, 2022). 45 raporu inceleyen bir sistematik incelemede, en yüksek ile en düşük fiziksel aktivite seviyeleri ile mesane, meme, kolon, endometriyal, özofageal adenokarsinom, böbrek ve mide kanserleri risklerinin azalması arasında güçlü bir ilişki olduğuna dair kanıtlar bulunmuştur. Göreceli risk azalmalarının yaklaşık %10 ila %20 arasında değiştiği saptanmıştır. Ayrıca, meme, kolorektal veya prostat kanseri tanısı almış bireylerde daha fazla fiziksel aktivite ile tüm nedenlere bağlı ve kansere özgü ölüm oranlarının azalması arasında orta veya sınırlı ilişkiler bulunmuş ve göreceli risk azalmalarının yaklaşık %40 ila %50'ye kadar çıktığı saptanmıştır (McTiernan ve ark., 2019).

2.4.7 Genetik faktörler

Kanseri etkileyen birçok etiyolojik faktör bulunmaktadır, genetik faktörler ise bunlardan biridir (Saletta ve ark., 2015). Kanser vakalarının yaklaşık %10'u genetik faktörlerden kaynaklıdır (Rasnic ve ark., 2020). Kanser oluşumunun genetik nedenleri arasında DNA onarım genlerinde, hücre döngüsü düzenleyicilerinde ve hücre ölüm yollarında değişikliklere sebep olan mutasyonların olmasıdır. Ebeveynlerinde kanser tanısı olan kişilerin kansere yakalanma ihtimali, ailesinde kanser öyküsü bulunmayan kişilere göre daha yüksektir (Saletta ve ark., 2015). Çeşitli kanserler, meme, yumurtalık, akciğer, prostat ve pankreas kanserlerine yatkınlık oluşturan BRCA2 gibi genlerdeki nadir yüksek penetran mutasyonlar dahil olmak üzere hem çevresel hem de genetik risk faktörlerini paylaşır. Genom çapında ilişki çalışmaları (GWAS), kanserle ilişkili 350'den fazla farklı genomik bölge belirlemiştir ve bunlardan birkaçı kanser türleri arasında paylaşılmıştır (Lindström ve

ark., 2017). Çizelge 2.2’de aralarında genetik korelasyon bulunan kanserler gösterilmiştir.

Çizelge 2.2: Kanserler Arasındaki Genetik Korelasyonlar

| | Göğüs | Kolorektal | Akciğer | Yumurtalık | Pankreas | Prostat |
|------------|--------------|---------------------|---------------------|-------------------|--------------------|----------------|
| Göğüs | 1 | 0,22 (0,091) | 0,27 (0,11) | 0,26 (0,20) | 0,17 (0,19) | 0,06 (0,09) |
| Kolorektal | 0,014 | 1 | 0,31 (0,097) | -0,08 (0,13) | 0,55 (0,19) | 0,09 (0,07) |
| Akciğer | 0,009 | 0,001 | 1 | -0,17 (0,17) | 0,32 (0,19) | 0,095 (0,08) |
| Yumurtalık | 0,18 | 0,57 | 0,32 | 1 | -0,40 (0,29) | 0,02 (0,14) |
| Pankreas | 0,37 | 0,003 | 0,08 | 0,17 | 1 | -0,06 (0,14) |
| Prostat | 0,52 | 0,2 | 0,25 | 0,89 | 0,68 | 1 |

Kaynak:(Lindström ve ark., 2017.)

2.4.8 Ultraviyole (UV) ve iyonize radyasyon

İyonize radyasyon çeşitlerinden herhangi biriyle karşılaşmak, DNA’nın zarar görmesine neden olur ve çeşitli kanserlerin görülme riskini artırır (Gökoğlan ve ark., 2020; Whiteman ve ark.,2001). İyonize radyasyon, radon, x-ışınları, gama ışınları ve diğer enerji değeri yüksek olan radyasyon türlerini kapsamaktadır. Röntgen, Bilgisayarlı Tomografi (BT), Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) gibi tıbbi tanı amacıyla kullanılan bu yöntemler radyoysan içerdiğinden dolayı hücre hasarına ve bunun sonucu olarak kansere sebep olabilirler. Bu yöntemlerin de kanser yapma riski çok düşük oranda da olsa mevcuttur fakat sağladığı yarar zararından daha fazladır (National Cancer Institute a., 2019).

Ultraviyole ve güneş kaynaklı radyasyon insanlar için kanserojendir. Bazal hücreli karinom, skuamöz karsinom ve melanom gibi cilt kanserlerine sebep olmaktadır (WHO c, 2024). Güneş ışınlarıyla temas çocukluk ve gençlik döneminde başladığından koruyucu önlemleri erken almak gerekmektedir (Eren, 2017). Güneş ışınlarına maruz kalmayı değerlendiren araştırmalarda, çocukluk çağında düşük miktarda ultraviyoleye maruz kalanların, yüksek miktarda ultraviyoleye maruz kalanlara göre melanom riskinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Jorgensen, 2002; Topbaş ve Tuğcu, 2022). Güneş ışınlarına aşırı maruziyeti engellemek için güneş kremi kullanılmalı ve koruyucu giysiler giyilmelidir (Jorgensen, 2002; Topbaş ve Tuğcu, 2022; WHO c, 2024).

2.5 Kanserden Korunma

Günümüzde kansere neden olan tütün ve alkol kullanımı, obezite, hareketsiz yaşam, sağlıksız beslenme, ultraviyole ışıklardan korunmama gibi risk faktörlerinden

uzak durularak ve kanıta dayalı olarak kanseri önleme stratejilerini uygulayarak kanserlerin yaklaşık %30 ile %50'si önlenebilmektedir (WHO a, 2020). Hayat tarzında yapılan bazı küçük değişiklikler kanser oluşum riskini belirgin bir şekilde azaltmaktadır (Eren, 2017). Bundan dolayı, insanları bu konuda bilgilendirmek kanserden korunmak için önemlidir. Bireylerin erken yaşta kansere yönelik farkındalığını artırmak için, kansere neden olan risk etmenler ve kanser belirtileri hakkında eğitimler verilerek kanserden korunma yöntemleriyle ilgili bilinçlendirme sağlanabilir. Bu nedenle adölesan dönemden itibaren eğitimler düzenlenmelidir (Bekar ve ark., 2020).

Kanserden korunma birincil (primer), ikincil (sekonder) ve üçüncül (tersiyer) korunma olarak tanımlanmıştır (Meyskens ve ark., 2016). Günümüzde bunlara ek olarak dördüncül koruma eklenmiştir (Akdeniz ve Kavukçu, 2017). Birincil önleme, kanser kontrolü için en uygun, maliyetli uzun vadeli stratejidir. Ancak, kanser yükünü azaltmak için tarama programlarını içeren ikincil önleme uygulamaları da dahil olmak üzere, erken ve etkili teşhis-tedavi müdahaleleri gibi daha kapsamlı çabalara ihtiyaç vardır.

Kanserden korunmaya yönelik dünya genelinde bölge ve ülke bazlı çalışmalar ve kılavuzlar geliştirilmektedir. Örneğin Avrupa Kansere Karşı Kod (ECAC). Bu kılavuz Avrupa Birliği (AB) vatandaşları arasında kanıta dayalı kanser önleme eylemleri hakkında farkındalık yaratmayı amaçlayan bir sağlık eğitimi aracıdır (Feliu ve ark., 2023). ECAC, bireylerin kanser risklerini azaltabilecekleri 12 yolu açıklamaktadır. Bunlar arasında; tütün içimi ve diğer tütün türlerinin kullanımı, sigara dumanına maruz kalma, alkol içmek, ultraviyole radyasyona maruz kalma, yüksek düzeyde radon ve mesleki kanserojenler, hormon replasman tedavisinin kullanımının sınırlandırılması gibi sağlıksız davranışlardan kaçınmak veya bunları azaltmak yer almaktadır (Association of European Cancer Leagues, 2014). Ayrıca sağlıklı bir vücut ağırlığını korumak, fiziksel olarak aktif olmak, sağlıklı beslenmek, emzirme, human papilloma virüsü (HPV) ve hepatit B virüsü (HBV) aşılama programlarına katılım ve bağırsak, meme ve serviks kanseri taramalarını yaptırmak gibi koruyucu önlemler yer almaktadır (Feliu ve ark., 2023).

2.5.1 Birincil (primer) koruma

Birincil yani temel koruma kansere sebep olan risk faktörlerine maruz kalma durumunu azaltmak veya bu risk faktörlerini ortadan kaldırma yönünde yapılan uygulamalardır (Babaoğlu ve ark., 2021). Bu uygulamalar içerisinde, aşılama, tütün ve alkol kullanmama, sağlıklı beslenme, egzersiz yapma, güneş ışınlarına maruziyeti azaltma gibi durumlar yer almaktadır (Eroğlu ve Gülten, 2014). Tüm bunlar halk sağlığı açısından en maliyet etkin olan uygulamadır (Çaman, 2014).

2.5.2 İkincil (sekonder) koruma

İkincil koruma, hastalıkların belirti göstermeden ya da yeni belirti gösterdiği dönemde tespit edilmesidir (Eroğlu ve Koç, 2014). Bu koruma döneminde amaç hastalıkların, erken teşhis edilmesi sonucunda ilerlemesini durdurmak ve erken tedavi ile iyileşme oranını artırmaktır (Meyskens ve ark., 2016).

Kanser taramaları, bu koruma düzeyine örnek verilebilir (Sun ve ark.,2020). Bu uygulamalar da primer korumadaki gibi maliyet etkindir. Birincil korumada etkili olan yaşam tarzı ve çevresel faktörlerin yanında kanser oluşumunda genetik faktörlerin de etkili olması sekonder korumanın önemini arttırmaktadır (Çaman ve ark., 2014).

2.5.3 Üçüncül (tersiyer) koruma

Hastalık oluşuktan sonra kişilerin korunmasını içermektedir (Akdeniz ve Kavukçu, 2017). Üçüncül korumanın amacı var olan hastalığın kişinin yaşam kalitesindeki etkisini hafifletmek, yaşam süresini uzatmaktır. Bu koruma döneminde hastalık sonucu ortaya çıkan belirti ve bulgulara göre kişinin tedavi edilmesi, rehabilite edilmesi ve bu duruma uyum sağlamasına yardımcı olunur (Pandve, 2014).

2.5.4 Dördüncül koruma

Koruma amacıyla yapılan sağlık uygulamaları aynı zamanda kişilere zarar da verebilmektedir. Zarar verme durumu sadece koruma sürecinde değil aynı zamanda hastalığın araştırılması, tanınması ve tedavi sürecinde de gerçekleşebilir. Bu koruma ile kişileri tarama ve tedavi sırasında zararlı olan fazla medikalizasyondan korumak amaçlanmaktadır (Akdeniz ve Kavukçu, 2017). Dördüncül koruma kavramı 2003'te WONCA Aile Hekimliği Sözlüğünde yayımlanmıştır. Bu sözlükte dördüncül

koruma, aşırı medikalizasyon riski bulunan kişileri ve halkı tespit ederek, bu kişileri zararlı durumlardan korumak ve etik olarak uygun bakım vermek olarak tanımlanmıştır (WONCA Avrupa, 2011). Dördüncül koruma herhangi bir hastalık teşhisi konulmayan ama kendini sağlıklı hissetmeyen kişiler içindir. Hekimleri aşırı medikalizasyondan kaçınmaya ve kararının etik prosedürlere uygunluğunu sorgulamaya yönlendirmektedir (Büyükokudan ve Avcı, 2023).

2.6 Kanser Tarama Programları

Kanser tarama testleri, herhangi bir semptom göstermeyen kişilerde kanseri tespit etmeye yaramaktadır (Ersoy ve Saatçi, 2017). Wilson ve Jungler'in 1968 yılında geliştirdiği ve daha sonra her ülkenin kendi toplumuna göre uyarladığı ve bir hastalığın taranabilir olup olmadığının belirlendiği bazı kriterler bulunmaktadır (Warnakulasuriya ve Kerr, 2021; Wilson ve Jungler, 1968). Bu kriterlere göre; taraması yapılacak hastalık toplumda yaygın olarak bulunan bir sağlık sorunu olmalı, yapılacak olan tarama testinin bu hastalığı tespit edebilmesi için hastalığın latent dönemi uzun olmalı ve erken belirti gösterdiği bir dönem olmalı, tarama sonucunda tespit edilen hastalar için uygun tedavi yöntemi olmalı, hastalık tanı ve tedavisi için gerekli olan personel ve malzeme yeterli olmalı, yapılan testler toplum tarafından kabullenilmeli, testlerin uygulanma aralığı belirlenmeli, yapılan taramaların seçiciliği yüksek olmalı, testler maliyet etkin olmalı, yapılan bu tarama süreklilik sağlaması gerekmektedir (Ersoy ve Saatçi, 2017; T.C Sağlık Bakanlığı, 2021). Hastalık Taraması için Wilson ve Jungner Kriterleri çizelge 2.3'de verilmiştir.

Çizelge 2.3: Hastalık Taraması için Wilson ve Jungner Kriterleri

1. Tarama koşulu önemli bir sağlık sorunu olmalıdır
2. Hastalığın teşhisi konulan hastalara tedavi uygulanmalıdır
3. Hastalığın teşhis ve tedavisi için olanaklar mevcut olmalıdır
4. Tanınabilir bir latent veya erken semptomatik aşama olmalıdır
5. Uygun bir test veya muayene mevcut olmalıdır
6. Test, nüfus tarafından kabul edilebilir olmalıdır
7. Durumun doğal tarihi yeterince anlaşılmalıdır
8. Hasta olarak kime davranılacağına ilişkin politikada bir anlaşma olmalıdır
9. Tarama, teşhis ve tedavi maliyetleri, sağlık harcamalarının toplam maliyeti içerisinde ekonomik olarak dengelenmelidir.
10. Tarama, tarama yöntemlerinde, sonuçlarda ve süreç iyileştirmelerinde iyileştirmeye olanak sağlamak için sürekli bir çaba olmalıdır.

Kaynak: (Wilson ve Jungler, 1968)

Kanser tarama testlerinin yapılmasındaki asıl hedef hastaya tanı koymak değildir. Kanser taraması ve erken teşhisin amacı, kanser tedavisinin en etkili olduğu, semptomlar başlamadan önce, kötü huylu tümör veya öncü lezyonu erken bir aşamada tespit ederek kanseri iyileştirmektir. Tarama programları ile genel kanser ölüm oranı, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 1990'dan 2015'e %25 oranında azalmıştır. Kolorektal kanser (erkeklerde %47 ve kadınlarda %44) ve meme kanseri (kadınlarda %39) için ölüm oranlarında daha da büyük düşüşler olmuştur (Loud ve Murphy, 2017).

Başarılı kanser tarama programları, öncü lezyonların tanımlanmasına yol açar (örneğin, servikal kanser taramasında servikal intra-epitelyal neoplazi ve kolorektal kanser taramasında kolon polipleri), burada öncü lezyonun tedavisi, zamanla invaziv kanser insidansında bir azalmaya yol açar. Tarama testlerinin bazı kriterleri taşıması gerekir. Doğru bir tarama testinin özellikleri aşağıda verilmiştir; (Loud ve Murphy, 2017; Maxim ve ark., 2014).

Tarama testi (örneğin mamogram, kolonoskopi):

- Güvenilirdir → her seferinde, her cihazda, her değerlendirici tarafından aynı sonucu verir.
- Geçerliliği vardır → her seferinde doğru sonucu verir.
- Duyarlıdır (Sensitivity) → testin hastalığı olan bir kişiyi pozitif olarak doğru bir şekilde belirleme yeteneğidir (kansere öncesi veya kanserde)
- Özgüldür (Specificity) → testin hastalığı olmayan bir özneyi doğru şekilde negatif olarak belirleme yeteneğidir.

Her kanserin farklı bir etiyolojisi, risk faktörü, tanı ve tedavi yöntemi bulunmaktadır. Bundan dolayı kanserin türüne göre uygulanacak olan tarama programları için izlenecek yol da farklılaşmaktadır. Bazı kanser çeşitlerine erken tanı ve tarama tavsiye edilirken bazı kanser çeşitlerine ise edilmemektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021). Tarama testleri için belirlenmiş olumsuz sonuçlar da bulunmaktadır. Bunlar;

Aşırı tanı: Hiçbir zaman semptomatik olmayacak veya ölüme yol açmayacak tümörlerin tespit edilmesi.

Aşırı tedavi: Hiçbir zaman semptomatik olmayacak veya ölüme yol açmayacak tümörlerin tespit edilmesi ancak yine de tedavi edilmesi (Loud ve Murphy, 2017).

DSÖ'ye göre serviks kanseri, kolorektal kanser ve meme kanserinin erken teşhis edilebilmesi için kanser tarama programları uygulanmalıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021). Tarama programı içinde yer alan serviks ve kolon kanseri taramasının temel özelliği, ilgi duyulan dokuya doğrudan erişebilme ve yeterli bir tarama testi uygulayabilme yeteneğidir. Servikal kanser için popülasyon taraması, servikal kanserden kaynaklanan insidans ve ölüm oranlarını azaltmış ve diğer kanserler veya kanser öncesi durumlar için tarama programlarının da aynı derecede başarılı olacağı konusunda coşkuya yol açmıştır. Ancak, diğer kanser türlerinde kanser öncesi veya erken kanserin taranması, tespiti ve çıkarılması her zaman bu kadar başarılı olmamıştır (Loud ve Murphy, 2017).

Meme ve prostat kanseri için popülasyon taramasına ait sonuçlar zaman içinde belgelendikten sonra, tarama için olası olumsuz sonuçlarını ortaya çıkarmıştır: Bunlar;

- Meme ve prostat kanserleri biyolojileri bakımından homojen değildirler (heterojendirler).
- Tüm erken lezyonlar (örneğin, duktal karsinoma in situ veya yavaş ilerleyen prostat kanseri) invaziv kansere yol açmaz.
- Erken teşhis her zaman genel sağ kalımda iyileşmeye yol açmaz.

Aksi takdirde sağlıklı popülasyonlarda tarama müdahalelerinin uygulanması, aşırı tanı ve aşırı tedavi dahil olmak üzere bireyler için risk oluşturmaktadır (Loud ve Murphy, 2017).

2.6.1 Dünya'da kanser taramaları

Dünya Sağlık Örgütü ülkelerin içinde buldukları şartlara uygun şekilde kanser tarama programları önermektedir (WHO d, 2024). Genel olarak gelişmiş ülkelerde meme, serviks, prostat, kolorektal ve akciğer kanseri için tarama programları bulunmaktadır.

Kanser tarama programlarının başlama ve durma yaşı, yapılan taramanın aralığı ve yöntemi ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Birçok ülkede meme ve

serviks kanseri için yapılan tarama programlarını belirleyen kriterler genel olarak aynı iken prostat, akciğer, kolorektal ve cilt kanserleri için bu kriterler farklılık göstermektedir (Balas, 2020; Ebell ve ark., 2018; O'Hara., 2018; White, 2017).

IARC, 2019 yılında küresel çapta kanser tarama programları hakkında bilgi toplamayı, analiz etmeyi ve yaymayı ve ülkeleri rutin olarak tarama verileri toplamaya teşvik etmeyi ve desteklemeyi amaçlayan Beş Kıtada Kanser Taraması (CanScreen5) projesini başlatmıştır. Meme, serviks ve kolorektal kanser tarama programlarının dünyadaki durumunu ve performansını raporlamayı amaçlayan küresel bir kanser tarama veri deposu olan "CanScreen5" projesi, 2022 yılına kadar, 84 katılımcı ülkede meme, serviks veya kolorektal kanser tarama programlarına ilişkin verileri toplamıştır.

Raporlanan tarama sonuçları;

- Meme kanseri için %1,7 (Bangladeş) ile %85,5 (İngiltere, Birleşik Krallık) arasında,
- Serviks kanseri için %2,1 (Fildişi Sahili) ile %86,3 (İsveç) arasında ve
- Kolorektal kanser tarama programları için %0,6 (Macaristan) ile %64,5 (Hollanda) arasında değiştiği saptanmıştır (Zhang ve ark., 2023).

Aynı programın ülke politikaları ile ilgili verileri incelendiğinde; Avrupa'daki programların neredeyse yarısında (%44,4), hükümetin ulusal bir meme kanseri tarama programı uygulamasını zorunlu kılan bir yasa olduğu, Amerika'da (%18,8) ve Asya'da (%22,2) daha az sayıda tarama programı olduğu, Afrika ve Avustralya'da ise hiç program olmadığı saptanmıştır. Çoğu tarama programının 2000 yılı veya sonrasında başladığı ve tarama faaliyetlerini uygulamaktan sorumlu bir çalışan veya ekibin olduğu, programların %87,7'sinin ücretsiz tarama hizmeti sağladığı belirlenmiştir. Mamografinin tüm Avrupa, Avustralya'da ve Amerika'da (%93,8) tarama testi olduğu; ancak Asya'daki programların yalnızca üçte birinin (%33,3) mamografiyi tarama testi olarak benimsediği saptanmıştır. Klinik meme muayenesinin (KMM) tüm Afrika programlarında birincil tarama testi olduğu tespit edilmiştir (Zhang ve ark., 2023).

2.6.2 Türkiye'de kanser taramaları

Ülkemizde, 2008 yılından itibaren 'Ulusal Kanser Tarama Programı' ile kayıt, önleme, tarama ve tedavi bir arada yürütülmektedir. Bu programda, DSÖ'nün

tavsiyeleri ile hedeflenen nüfusa serviks ve meme kanseri taramaları yapılmaktadır. Kolorektal kanseri taraması ise bu programa 2013 yılında dahil edilmiştir (Babaoğlu ve ark., 2021; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021). Ülkemizde uygulanan bu toplum temelli kanser taramaları Aile Sağlığı Merkezleri ve Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) tarafından başvuruya dayalı yapılırken, fırsatçı taramalar 2. ve 3. basamak sağlık merkezlerinde yapılmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021).

Tarama programına göre; 20 yaş ve üzerindeki kadınların meme kanserinin erken teşhisi için kendi kendini meme muayenesi yapması (KKMM) ve yılda bir kez de bir sağlık kuruluşunda klinik meme muayenesi yaptırması (KMM), 40-69 yaş aralığındaki kadınların ise bunlara ek olarak iki yılda bir mamografi yaptırması, 30-65 yaş aralığındaki kadınların serviks kanserinin erken teşhisi için beş yılda bir PAP-smear ve HPV-DNA testi yaptırması, 50-70 yaş aralığındaki kadın ve erkeklerin kolorektal kanserinin erken teşhisi için iki yılda bir gaitada gizli kan testi ve on yılda bir de kolonoskopi yaptırması tavsiye edilmektedir (Şen ve Öztürk, 2020; T.C Sağlık Bakanlığı, 2021).

Kanser taramalarının etkili olabilmesi için tarama yapılması hedeflenen nüfusun %70'ine ulaşılması gerekmektedir. Ülkemiz, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün 2016'da yayınladığı Türkiye Kanseri Kontrol Planı'nda açıklanan verilere göre meme kanseri taramalarının kapsayıcı olma durumu %30-35, serviks kanseri için %20 ve kolorektal kanseri için %20-30'dur (Babaoğlu ve ark., 2021). Etkin bir tarama programı için hedef nüfusun minimum %70'ine ulaşılması gerektiği göz önüne alınırsa, ülkemiz verileri, başvuruya dayalı yapılan ulusal tarama programının yeterli nüfusa ulaşamadığını göstermektedir (Tuncez ve ark., 2022).

2.7 Meme Kanseri ve Tarama

Meme kanseri kadınlarda %30 oranıyla en sık görülen ve %15 oranıyla da en çok ölüme sebebiyet veren kanser türüdür (Köksal, 2022). 20 yıldan daha kısa bir sürede ise meme kanserinin görülme oranında %55 ve ölüm oranında %58 artış beklenmektedir (Villarreal-Garza ve ark., 2013). GLOBOCAN 2022 verilerine göre dünyada en sık görülen ikinci kanser çeşidi olan meme kanserini erken menarş, geç menopoz, obezite gibi değiştirilebilir ya da değiştirilemez birçok risk faktörü etkilemektedir (Numanoğlu, Tekin ve Denemeç, 2024). Meme kanserine karşı

koruyuculuğu kesin olan bir yöntem olmadığından hastalığın erken evrede tanı alması son derece önemlidir (Kabacaoğlu ve Karaca, 2020).

Meme kanseri görülme ve ölüm oranı ülkelerin gelişmişlik seviyelerine göre değişiklik göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde meme kanseri görülme oranı yüksek olmasına rağmen gelişmekte olan ülkelere göre sağ kalım oranı daha fazladır. Bu durumun nedenleri tarama programları, erken evrede tanı alınması ve tedavi çeşitliliğidir (Harkness ve ark., 2020). Kanserden erken ölüm ve sakatlık, düşük gelirli ülkelerde her yıl yüz binlerce kadın ve aileleri için önlenemez bir trajedidir (O. Ginsburg ve ark., 2017). Bu nedenle farkındalık çalışmaları ve tarama programları ciddi önem taşır (Figueroa ve ark., 2021).

Meme kanseri 18-44 yaş aralığındaki genç kadınlarda ortaya çıktığında hastalık daha agresif ve prognozu daha kötü seyretmekte, sonucunda da daha fazla ölüm gözlemlenmektedir (Allaire ve ark., 2016). Bunun nedenleri olarak kanserin ileri evrede teşhis edilmesi, agresif patolojik özelliklere sahip olması ve yaşlı kadınlara göre tekrarlama oranının daha yüksek olması söylenebilir (Villarreal-Garza ve ark., 2013).

Meme kanserinde genetik faktörler etkilidir ve vakaların %5-15'ini oluşturmaktadır. Ailede meme kanseri öyküsü bulunan kişilerin kansere yakalanma ihtimali daha fazladır. Erken menarş, geç menopoz gibi üreme ve menstrüel ile alakalı faktörlerde riski arttırmaktadır ve vakaların %25'ini oluşturmaktadır. Kanseri oluşumunda değiştirilemeyen faktörler %30-40'ını oluştururken, değiştirilebilir çevresel faktörler ise vakaların %60-70'lik oranını oluşturmaktadır. Bu çevresel faktörleri yaş, cinsiyet, obezite, yetersiz egzersiz, tütün, alkol kullanımı gibi faktörler oluşturmaktadır. Kadınların meme kanserine yakalanma oranı erkeklere nazaran 100 kat daha fazladır ve yaş ilerledikçe bu oran artmaktadır (Açıkgöz ve Yıldız, 2017).

Türkiye'de her yıl yaklaşık 20.000 kadın meme kanseri teşhisi almaktadır (Tekin ve Denemeç, 2024). Meme kanserinin görülme oranında ise son iki yılda yaklaşık iki kat artış gözlemlenmiştir (Özmen ve ark., 2019). Türkiye'nin batı kesiminde meme kanseri görülme sıklığı doğu kesimine göre daha fazladır. Bunun nedeni olarak da batı bölgesinde yaşayan halkın hayat tarzının batılı toplumlara benzerliği gösterilebilir (Kozan ve Tokgöz, 2016). Meme kanserinde uygulanacak olan tedavinin ve sağ kalım oranının belirlenmesinde teşhis dönemindeki kanserin evresi önemli bir etkidir (Numanoğlu Tekin ve Denemeç, 2024). Düzenli yapılan

taramaların bu oranların artmasında etkili olduğu yapılan çalışmalarla bildirilmiştir (Ceyhan ve ark., 2022).

Meme kanserinin erken tanınması için Ulusal Kanser Tarama Programının da önerisiyle uygulanan tarama protokolüne göre;

- 20 – 40 yaş aralığındaki kadınlarda; ayda bir kez KKMM, iki yılda bir KMM,
- 40 – 69 yaş aralığındaki kadınlarda; ayda bir KKMM, yılda bir KMM ve iki yılda bir olmak üzere de mamografi çekimi önerilmektedir (Babuş ve Eser, 2017; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021).

KKMM yapılırken, ayna karşısına düz bir şekilde geçilir ve her iki memenin simetrik olup olmaması, meme başında ve derisinde çökme, renk değişimi ve ödem varlığı yönünden incelenir. Bu işlem ayna karşısında yapıldıktan sonra yatarak da tekrarlanmalıdır. Bu inceleme sonucunda meme ucu ve deriye yakın olan tümörler erken dönemde teşhis edilebilir. İlk başlarda bu değişimleri fark edemeyeceği endişesi taşıyan kadınlar, bu işlemi rutin hale getirdiklerinde memede yeni oluşan değişikliklerin farkına kolay bir şekilde varabileceklerdir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021).

KMM hekim, ebe ve hemşire tarafından yapılan meme muayenesidir (Köksal, 2022). Ülkemizde meme kanseri tanısı alan hastaların %20'si 40 yaşının altında olduğu için bir sağlık personeli tarafından meme muayenesine 20 yaşında başlanması ve senede bir kez de tekrarlanması önemlidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021).

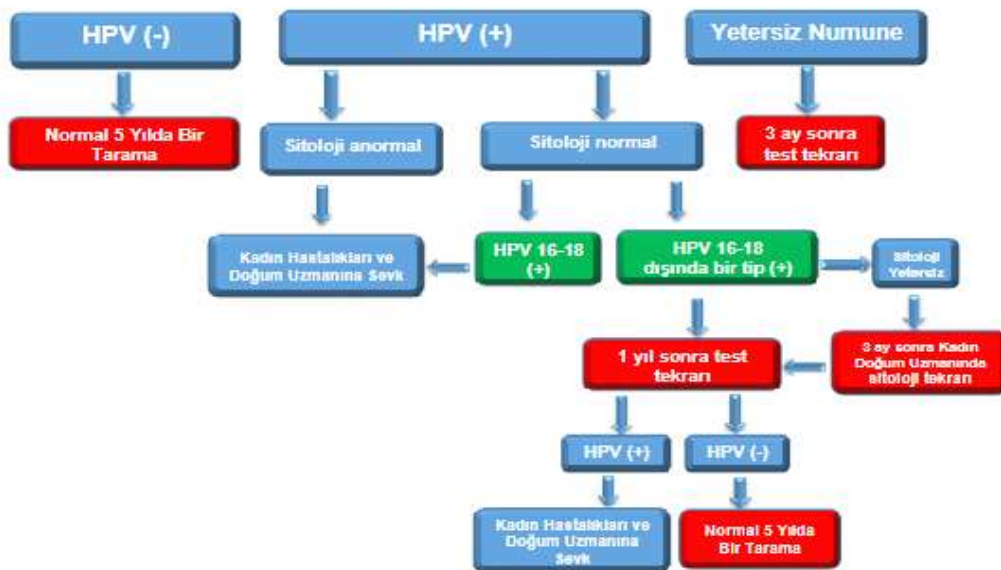
Mamografi, erken tanı oranı %80-90 olan bu tarama yöntemi ile henüz belirti vermeyen tümörlerin erken dönemde saptanmasını sağlar ve taramada altın anahtar olarak belirtilir (Güzel ve Bayraktar, 2019). Özellikle risk grubuna giren 50 yaşın üzerindeki kadınların düzenli olarak mamografi çektirmesi meme kanserine bağlı ölüm oranını %30 azaltmaktadır (Ceyhan ve ark., 2022). Buna rağmen bazı kadınlar yeterince bilgi sahibi olmamaları, mamografi cihazının çekim esnasında ağrı oluşturacağı düşüncesi, ihmal, zaman bulamama ve sonucun kötü çıkması endişesi gibi nedenlerden kaynaklı mamografi çektirmek istememektedir (Molaei-Zardanjani and Savabi-Esfahani, 2019). Türkiye'de özveriyle yürütülen meme kanseri tarama programlarına rağmen kanser teşhisi genellikle ileri evrede konulmaktadır. Tarama programının etkili olabilmesi için hedeflenen nüfusun %70'inin katılımı sağlanmalıdır (Öztop, 2023). Ülkemizde bu katılım henüz istenilen seviyeye

ulaşamamıştır. Katılımı artırmak için sağlık personelinin hastalara taramalar KKMM, KMM ve mamografinin hangi aralıklarla ve nasıl uygulanacağı konusunda eğitim vermesi gerekmektedir (Ceyhan ve ark., 2022).

2.8 Serviks Kanseri ve Tarama

Dünyada kadınlarda en sık görülen kanser çeşidi arasında 4. sırada yer alan serviks kanseri, tarama testleriyle erken dönemde saptanabilir ve önlenabilir (Uludağ ve ark., 2020; Üçer,2023). Serviks kanserine bağlı ölümlerin yaklaşık %80'i Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir (Üçer,2023). Kişide kanser başlamadan yıllar önce dokulardaki öncü bozuklukların görüldüğü ve sonucunda erken tanılama yapılabilen tek kanser türüdür (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021). Erken dönemde teşhis edildiğinde tam iyileşme sağlanabilir (Durmaz ve ark., 2021). Kansere sebep olan risk faktörlerinin belirlenmesi, düzenli aralıklarla tarama testlerinin yapılması ve erken dönemde teşhis ve tedavinin uygulanması, sebep olduğu ölüm oranlarını azaltmaktadır (Koç ve ark., 2023). Serviks kanseri sonucunda gerçekleşen ölüm oranı gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelere nazaran daha fazladır (Kazankaya ve ark., 2023). Asya ve Afrika, serviks kanseri görülme insidansı ve buna bağlı gerçekleşen ölüm oranının en fazla olduğu bölgelerdir (Tekin ve Denemeç, 2024).

HPV TARAMA SÜRECİ ALGORİTMA



Şekil 2.2: Türkiye Servikal Tarama Programı Yeni Algoritması

Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021)

Human papilloma virüsü (HPV), serviks kanserinin oluşmasında önemli bir etkidir. Serviks kanserinin oluşumu için HPV'nin olması gerekmektedir, diğer risk faktörlerinin bu virüsle karşılaşma oranını arttırdığı ya da karsinojenik gelişimi hızlandırdığı düşünülmektedir (Aydoğdu ve Özsoy, 2018). HPV temaslı kadınlarda serviks kanseri gelişme oranı 250-400 kat artmaktadır (Aref-Adib ve Freeman-Wang, 2016). Cinsel yönden aktif hayatı olan yetişkinlerin %70'i hayatlarının bir döneminde HPV ile karşılaştıkları, bunların da %70'inin 15-24 yaş aralığında olduğu saptanmıştır (Kurt ve ark., 2013). HP, iki gruba ayrılır. İlk grupta, HPV 6 ve HPV 11 yer alır, kanser açısından düşük risklidir, genital siğiller ve servikal lezyonlara neden olan HPV türleridir. İkinci grupta HPV 16 ve HPV 18 bulunur, yüksek riskli sınıfa dahildir. Bu türleri ise serviks, vulva, vajina, anüs ve penisin sokuamöz nedenli karsinomuna neden olur (Aydoğdu ve Özsoy, 2018).

Serviks kanserinde birincil koruma, HPV aşısı ile sağlanabilir. Bu aşı kadın ve erkeklerde 9 yaşından sonra uygulanabilmektedir. DSÖ, HPV'nin bir halk sağlığı sorunu olması, aşısının uygulanabilir ve maliyet etkin olması koşuluyla bağışıklama programlarına dahil edilmesini önermektedir (Finocchario-Kessler ve ark., 2016). Türkiye'de ise HPV aşısı, ulusal aşı takvimine dahil değildir, ücretli ve kişinin isteğine bağlı olarak uygulanmaktadır (Koç ve ark., 2023). İkincil koruma, sistematik taramalar ile kanserin erken teşhis edilmesidir (Finocchario-Kessler ve ark., 2016). Serviks kanserinde tanılama için kullanılan tarama yöntemi Papanicolaou (Pap Smear) testidir. Türkiye'de bu test 30 - 65 yaş aralığında başvuruya dayalı olarak ve 5 yılda bir uygulanmaktadır (Üçer, 2023). HPV-DNA testinin serviks kanseri tanılama oranı %99,9'dur. Test sonucu negatif gelen kişilerin 5 yıl içinde serviks kanserine yakalanma oranı oldukça düşüktür (Üçer, 2023). Birçok ülkede bu tarama testi daha erken ve sık aralıklarla uygulanmaktadır. ABD'de bu testi yaptıranların oranı %89,1 iken Türkiye'de %27 gibi çok düşük bir orandadır (Koç ve ark., 2023). Ülkemizde bu testin yapılması için hedeflenen %70'lik oranın altında kalma sebebi olarak; rutin ve zorunlu olmayıp başvuruya dayalı yapılması, taramanın yapılması için bir uzmana ihtiyaç duyulması ve uzmanların bu tarama testine karşı ilgili olmaması, halkın yeterli katılım sağlamaması gösterilebilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021). Üçüncül koruma, morbidite ve mortaliteyi azaltmak için serviks kanserinin tedavi edilmesidir (Finocchario-Kessler ve ark., 2016).

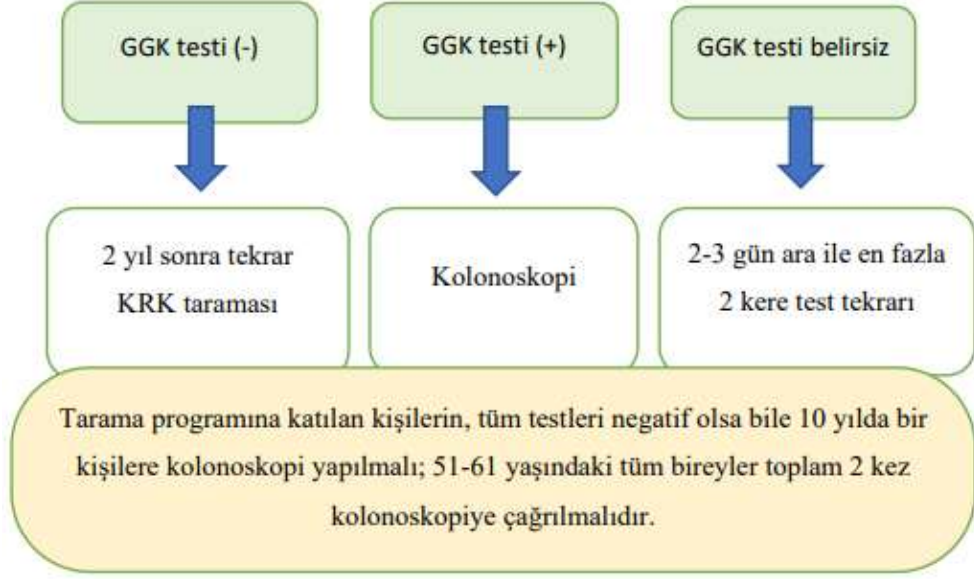
2.9 Kolorektal Kanseri ve Tarama

Kolorektal kanseri (KRK), dünyada sık görülmesi ve mortalite oranının yüksek olması nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmiştir. GLOBOCAN 2022 verileri sonucunda dünyada yeni kanser teşhisi alan kadınlarda ve erkeklerde 3. sıradadır (Bray ve ark. 2024; IARC a, 2022; Üçer, 2023). Ülkemizde de her iki cinsiyet için sıralaması değişmemiştir (Aytepe ve dönmez, 2022; IARC b, 2022). Bu kanser erken tanı aldığında mortalite ve morbidite oranı önemli ölçüde düşmektedir (Sancaktar ve Tuncer, 2021). Kolorektal kanseri yavaş seyrettiği için belirti verdiği hastalık genellikle ileri evreye ulaşmış olmaktadır (Kim ve Hanna, 2023).

KRK oluşumunu hem genetik hem de çevresel faktörler etkilemektedir. Yaş arttıkça görülme oranı da artış göstermektedir. Özellikle 50 yaşından sonra görülme oranında belirgin bir artış gözlemlenmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021). KRK tanısı alan kişilerin %90'ı 50 yaş üzerindedir (Soytürk, 2005). Birinci derece akrabalarında KRK öyküsü olan kişilerin hastalığa yakalanma ihtimali iki kat daha fazladır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021).

Sigara kullanımı KRK riskini %15-20 oranında arttırmaktadır. 25 yıldan uzun süredir sigara kullanımını bırakmış kişilerde, halen sigara kullanımı devam eden kişilere göre KRK riski azalmıştır (Botteri ve ark., 2020). Lif içeriği yönünden fakir, işlenmiş et ve et ürünleri yönünden zengin beslenen kişilerde sağlıklı ve dengeli beslenen, hareketli bir yaşam tarzı benimseyen kişilere göre KRK riski fazladır (Baena ve Salinas, 2015).

Kolorektal kanser görülme insidansı yaşla birlikte artmaktadır ve 40 yaşından önce görülme oranı oldukça düşüktür. Bundan dolayı ülkemizde tarama programı 50 yaşından sonra ve başvuruya dayalı olarak başlamaktadır. Dünyada yapılan son çalışmalarda 40-44 yaş aralığında vaka görülme insidansında önemli bir artış olduğu gözlemlenmiştir. Bu da tarama yaşının düşürülmesi konusunu gündeme getirmiştir. KRK kanseri kaynaklı ölümlere bakıldığında, gelişmiş ülkelerde önemli oranda düşüş gözlemlenmiştir. (Hadjipetrou ve ark., 2017). En çok Asya, Avrupa ve Kuzey Amerika'da görülmektedir (Tekin ve Denemeç, 2024). Bunun sebebi olarak taramalara kolay erişim, uzmanlaşmış bakım ve tedavi, yaşam tarzı gösterilebilir (Hadjipetrou ve ark., 2017).



Şekil 2.3: Türkiye GGK tarama süreci algoritması

Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021)

Hastalığı erken evrede teşhis edebilmek için henüz belirti vermediği dönemde tarama programları uygulanmalıdır (Yılmaz ve Emre, 2021). Tarama programları olarak gaitada gizli kan testi (GGK), sigmoidoskopi, kolonoskopi ve görüntüleme yöntemleri (bilgisayarlı tomografi gibi) kullanılır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021). Türkiye’de ilk defa 2009 senesinde Kolorektal Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları yayınlanmış ve 2012 yılında bu program güncellenmiştir. Bu programa göre 50–70 yaş arasındaki cinsiyet fark etmeksizin tüm kişilerin iki yılda bir kez GGK ve 10 senede bir kez de kolonoskopi taraması yaptırması önerilmektedir (Şahin ve Üner, 2015; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021).

2.10 Kanser Taramalarına Yönelik Tutumlar

Kanser tarama programlarına katılım oranları ülkelere, sosyodemografik özelliklere, kanser çeşidine, bilgi düzeyine göre çeşitlilik göstermektedir. Örneğin KRRK taramasına katılımının incelendiği çalışmalara bakıldığında Amerika’da %62,4 oranında bir katılım sağlanırken bu oran İspanya’da %31,8 olarak saptanmıştır (Cobo-Cuenca, 2019; White, 2017). Avrupa’da nüfusa dayalı yapılan anketlerle, halkın kanser risk faktörleri hakkındaki bilgisi ve semptomlar, davranışlar ve risk algıları değerlendirilmiştir. Danimarka, Fransa, İrlanda, İspanya, İsveç ve İngiltere’den elde edilen bulgular, halkın kanser risk faktörleri hakkındaki farkındalığının orta ile düşük seviyelerde olduğunu ortaya koymuştur (Feliu ve ark.,

2023). Koo ve ark. (2012)'nin Asya Pasifik bölgesinde yaptığı kolorektal kanseri taramalarına katılımın ölçüldüğü çalışmada en çok katılımı %69 oranıyla Filipinler ve Avustralya sağlarken en az katılımı %1,5 ile Hindistan sağlamaktadır (Koo ve ark., 2012). Dünyada kadınların pap-smear ve HPV-DNA testini yaptıрма durumlarını inceleyen çalışmalarda Amerika'da %83, Birleşik Arap Emirlikleri'nde %54, Gabon'da %18 yaptıрма oranlarına ulaşılmıştır (Al-Hammadi ve ark., 2017; Assoumou ve ark., 2015; White, 2017).

Kanser taramalarına katılımı inceleyen araştırmalarda eğitim düzeyinin yüksek olması, ailede kanser öyküsünün bulunması, gelir düzeyinin yüksek olması mamografi yaptıрма oranını arttırdığı sonucuna varırken, başka çalışmalarda HPV ve pap-smear yaptırmama nedenleri olarak bilgi eksikliği, sonuçtan korkma, herhangi bir şikayetinin olmaması, sağlık çalışanının yetersiz bilgilendirmesi sonucuna ulaşılmıştır (Al-Hammadi ve ark., 2017; Grigore, 2017; White, 2017).

Ülkemizde kanser taramalarını yaptıрма oranını etkileyen faktörleri ölçmek için yapılan çalışmalarda hastalığın belirtileri, erken teşhis ve kanser taramaları hakkındaki bilgi eksikliği tarama yaptırmamalarının en önemli nedeni olduğunu ortaya çıkarmıştır (Açıkgöz ve ark., 2011; Tekpınar ve ark., 2018). Uğur ve arkadaşlarının (2019) yaptığı tanımlayıcı kesitsel çalışmada kanser taraması yaptırmama sebebinin; konu hakkında yeterli bilgiye sahip olmama, korku, ihmalkarlık, yaptırmamanın gerekli olduğunu düşünmeme, ağrı, utanç duygusu, inanışları olduğu sonucuna varılmıştır.

2.11 Kader ve Kadercilik

Kader kavramı, kişilerin yaşamlarını olumlu ya da olumsuz etkileyen olayların ilahi bir güç tarafından önceden planlanması ve uygun bir zamanda gerçekleşmesi anlamına gelmektedir (Okan ve ark., 2023). Kur'an'da kadercilikten, Allah'ın tabiat kanunlarını, varlıkları ve olayları bir ölçü ve düzene göre yaratması şeklinde bahsedilmektedir (Aydın, 2019).

Kadercilik, İngilizcede 'Fatalism' olarak kullanılmaktadır. Özü değişmeyen anlamındaki Latince bir kelime olan 'Fatum' kelimesinden türemiştir. Kadercilik inancında, yaşanan olayın kişinin hayatı için önceden belirlendiği ve asla değiştirilemeyeceği inancı vardır (Kuh ve Erdem, 2019). Kadercilik görüşüne göre

kişinin yaşadığı ya da yaşayacağı her şeyin ilahi bir gücün iradesiyle önceden belirlendiği ve kişi yaptığı hiçbir eylem ile bu durumdan kaçamayacağı düşüncesi vardır. Dolayısıyla kişi pasif bir hayat tarzı belirleyerek, hayatını yönlendirmek ve kontrol etmek için herhangi bir davranışta bulunmaz (Alkan ve Kurnaz, 2022).

Kaderciliğin kişinin ruh sağlığını olumlu yönde etkilediğini düşünen çalışmalar tarafından dahi kaderciliğin razı olma, hiç çaba sarf etmeden baştan vazgeçme, pasif olma hali gibi olumsuz taraflarının olduğunu kabul edilmektedir (Uğur ve Korkmaz, 2024).

Kadercilik psikoloji, felsefe, teoloji, sosyoloji, antropoloji gibi birçok farklı alan tarafından incelenmektedir. Bu alanların kaderciliği açıklamaya çalıştığı aynı zamanda da ekonomik, sosyal, kültürel ve psikolojik yönden etkilerini anlamaya çalıştığı görülmektedir (Kaya ve Bozkır, 2015).

Kadercilik ve determinizm kavramları anlamsal olarak birbirlerine benzediği için karıştırılmaktadır. Bu iki kavram her ne kadar birbirlerine benzese de birbirlerinden oldukça farklıdır. Determinizm, her olayın belirli bir neden sonucu gerçekleştiğini ve bu neden ortadan kalkar ise sonuçta da değişiklikler olacağını savunur. Aynı zamanda benzer nedenlerin benzer sonuçları ortaya çıkardığını söylemektedir (Biçici, 2016). Kadercilikte ise olay ilahi bir güç tarafından önceden belirlendiği için sonuç değiştirilemez inancı vardır. Kadercilik ve determinizm kavramlarının psikoloji alanını etkilediği görülmektedir. Katı bir determinist yapıya sahip olan psikanalitik düşünce, kişinin davranışlarının rastgele bir şekilde olmadığını, ruhsal yaşantının bu davranışları önceden belirlemesi sonucunda gerçekleştiğini söylemektedir (Kaya ve Bozkır, 2015). Freud, anatominin kader olduğunu, cinsiyet özelliklerinin kişinin kaderi olduğunu söyleyerek kaderci bir yaklaşım göstermiştir (Yıldız, 2015). Dış kontrollü olmak ve kadercilik birçok noktada benzerlik göstermektedir. Bu durum da psikoloji alanındaki çalışmalarda kadercilik ve kontrol odağının ilişkilendirilmesine neden olmuştur (Dağ, 2002; Hermawan ve ark., 2016).

Her bireyin kaderi kendisine özgü ve birbirinden farklı olduğu için kadere karşı görüşleri de birbirinden farklılık göstermektedir. Bu durum İslamiyet'te farklı mezheplerin oluşmasına neden olmuştur. Kur'an'da bazı ayetlerde kişinin kendi iradesinden bahsettiği gibi bazı ayetlerde de kişinin yaşadığı olayların ve yaptığı eylemlerin zorunlu olduğundan bahsedilmesi, kader anlayışının farklı

yorumlanmasına sebep olmuştur. İslam dininde kişinin Allah'tan yardım istemesi ama aynı zamanda da bu isteği için kendisinin de çabalaması gerektiği inancı vardır (Albayrak ve Atan, 2019). Kader ve kadercilik inancı hakkındaki tartışmalar sadece İslamiyet'te değil aynı zamanda Hıristiyanlık ve Yahudilik gibi birçok farklı dinde de karşımıza çıkmaktadır (Kaya ve Bozkır, 2015). Hıristiyanlıkta Pelagus tarafından kişinin irade özgürlüğünün olduğu ve işlemiş olduğu günaha rağmen doğru davranışlarda bulunma gücünün olduğunu savunurken, Augustine ise işlenen günahın tüm insanları etkilediği ve bu günahın etkisiyle kişilerin iyi davranışlarda bulunmaktan yoksun kaldıklarını savunmaktadır (Tarakçı,2010). Yahudiliğin bazı mezheplerinde, kişi henüz doğmadan aydınlık ya da karanlık tarafta olacağı, kaderi yıldızlara yazıldığı için hiçbir şekilde değiştirilemeyeceği inancı vardır (Kaya ve Bozkır, 2015).

Kadercilik, antropoloji ve sosyoloji alanlarının da konusu olmuştur. Kadercilik, kader inancının benimsendiği ilahi dinlerin ana konusu olarak düşünülse de 'ilah' kavramının olmadığı kültürlerde de yer almaktadır. Bu durum bu inancın ilahi dinlerden ziyade insanların oluşturduğu bir kavram olduğunu göstermektedir (Kaya ve Bozkır, 2015). Lewis'in görüşüne göre yoksulluk kültürü, toplumdaki alt tabakadaki kişilerin bir düzene karşı gösterdiği tepki ve koşullara adapte olma çabasını ele alır. Bu kültürün genel özellikleri; sabır, kabullenmişlik, pasif tepki ve kaderciliktir. Aslantekin ve ark. (2005) yaptığı çalışmada kaderciliğin eğitim düzeyi ve yoksulluk seviyesiyle negatif yönde ilişkisi olduğu sonucuna varılmıştır.

Sağlıkta kadercilik, hastalığın sebepleri ve kontrol edilebilirliği konusundaki inanışlarını kapsar (Ramírez ve Carmona, 2018). Bu inanışa sahip kişilerde sağlığının kendi kontrolünde olmadığı, ilahi bir güç tarafından kontrol edildiği inancı vardır (Nageeb ve ark., 2018). Kadercilik inancının kişinin psikolojisine olumlu yönde katkı sağladığı sonucuna varan çalışmalar olsa da (Hag Hamed ve ark., 2019; Keeley ve ark., 2009; Vrinten ve ark., 2016;) aynı zamanda bu eğilim bir kabulleniş, pasif olma, önlem almama, tedavi yolları aramama, risk alma gibi olumsuz sağlık davranışlarına da neden olmaktadır (Kuh ve Erdem, 2019). Ergenlerde kadercilik eğilimin fazla olması hastalıklara karşı önlem almayı riskli davranışlar göstermesine neden olmaktadır (Haynie ve ark., 2014).

Kanser kaderciliği, kanser kişinin kontrolü dışında geliştiği ve kansere yakalanan bireyin kesin öleceği inancı vardır (Cohen, 2022). Kanser kaderciliğinde,

kişiler çaresizlik ve karamsarlığa kapılırlar, kanser hakkında bilgi almak istemezler, hastalıkları önlemek için düzenli egzersiz yapma ve sağlıklı besin tüketimi gibi olumlu sağlık davranışlarında bulunmazlar (Keller ve ark., 2021; Köten, 2021; Ramírez ve Carmona, 2018). Kaderciler tutumlara sahip bireyler bundan dolayı bilgi aramaktan, sağlıklı davranışlardan veya kanser taramalarına katılmaktan kaçınabilirler (Keller ve ark., 2021). Kadercilik inancı yüksek olan kişiler, kanser teşhisi almaktan korktukları için tıbbi yardımı öteleyebilmektedirler (Lyratzopoulos ve ark., 2015).

Türkiye’de kadercilik yaygın bir inanıştır. Yapılan uluslararası karşılaştırmalı bir çalışmada, Türkiye’deki kişilerin yaklaşık %50’si kendi hayatlarına yön veremeyeceklerini düşündüklerini ve buradan çıkarılan anlamda da hayatlarının doğaüstü güçler tarafından yönlendirildiği düşüncesinin yaygın olduğu sonucuna varılmıştır. ABD, Kanada gibi ülkelerde bu inanın daha düşük olduğu belirtilmiştir (Çarkoğlu ve Kalaycıoğlu, 2009).

Kadercilik ve kaderciler tutumlar potansiyel olarak değiştirilebilir. Sınırlı eğitim ve belirli bir hastalık veya hastalık süreci hakkında bilgi eksikliği gibi faktörler kaderciliğin ve kaderciler tutumların yaygınlaşmasına katkıda bulunur. Sağlık çalışanları kaderciliğin yaşam deneyimlerini etkileyen tarihi, kültürel ve sosyoekonomik dinamiklerin sonucu olduğunu bilerek, hizmet verdikleri kesimi iyi tanımalı ve kaderciler tutuma sahip olabilecek popülasyonlar için uygun müdahaleleri planlamalıdır (Morgan, Tyler ve Fogel, 2008).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Amacı

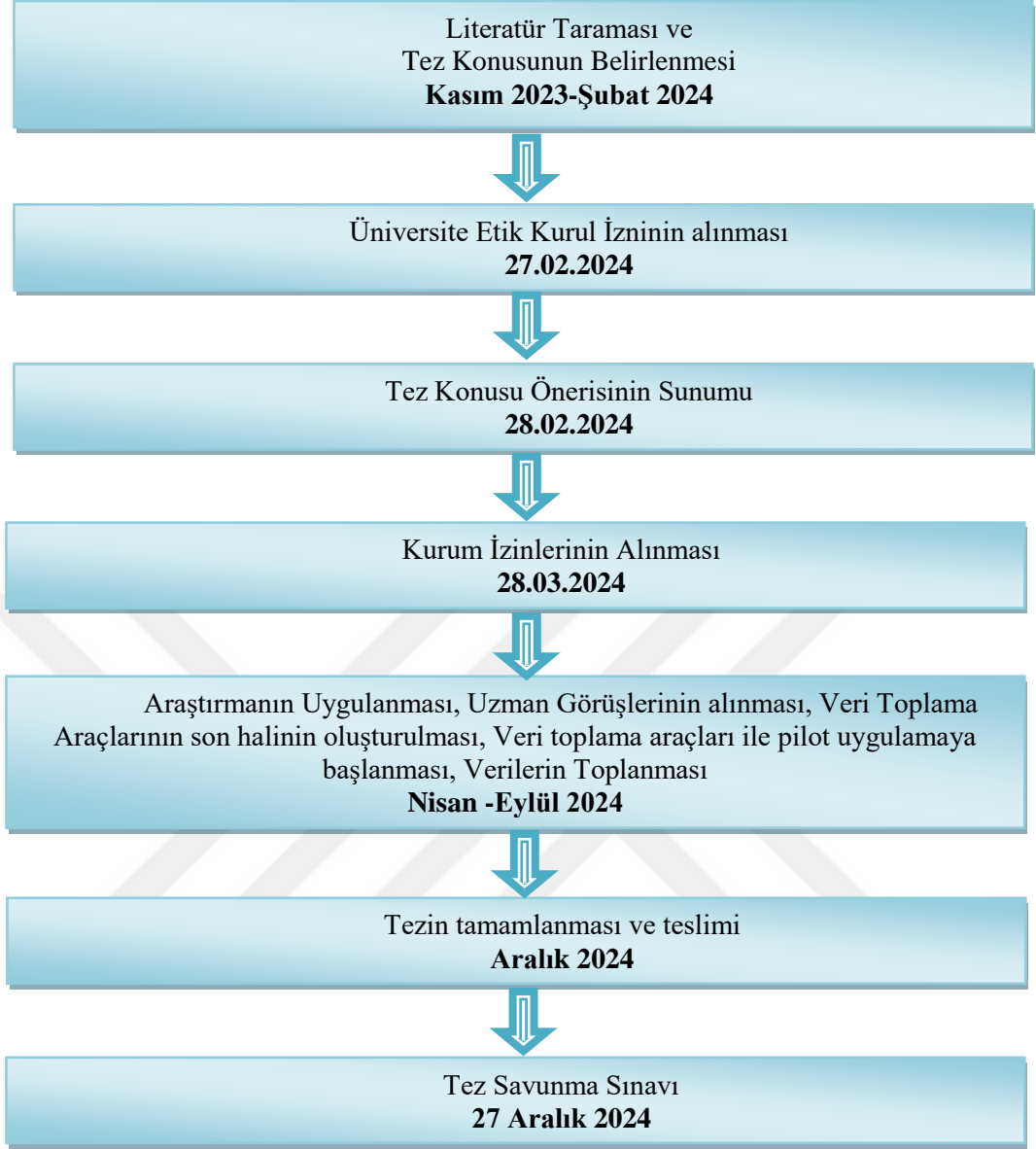
Bu çalışmada, 30-70 yaş aralığında bulunan kadınların kanser tarama tutumlarını değerlendirmek ve başta kadercilik eğilimi olmak üzere kanser tarama tutumlarını etkileyen faktörleri belirlemek amaçlanmıştır.

3.2 Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır.

3.3 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Hilmi Şahin Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olan ve 30-70 yaş aralığında bulunan kadınlar ile Nisan - Kasım 2024 tarihleri arasında yürütülmüştür.



Şekil 3.1: Araştırma Akış Şeması

3.4 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Hilmi Şahin Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı, 30 – 70 yaş aralığında 2061 kadın oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü Salant ve Dillman'nın (1994) belirlediği formül ile hesaplanmıştır (Salant ve Dillman, 1994).

$$n = N t^2 p q / d^2 (N-1) + t^2 p q$$

N: Hedef küledeki birey sayısı

n: Örnekleme alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

t: Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen ± örnekleme hatasıdır

Şekil 3.2: Örneklem Büyüklüğü Hesaplamasına Yönelik Formül

Kaynak: (Salant ve Dillman, 1994, s.55)

Örnekleme formülü kullanılarak homojen bir yapıda olmayan bu evren için % 95 güven aralığında, ± % 5 örnekleme hatası ile gerekli örneklem büyüklüğü $n = 2061 (1,96)^2 (0,5) (0,5) / (0,5)^2 (2061-1) + (1,96)^2 (0,5) (0,5) = 324$ olarak hesaplanmıştır (Salant ve Dillman). Araştırmada testin gücünün yüksek ve evrenin temsiline yönelik 324 ve üzeri hastaya ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmada basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

3.5 Veri Toplama Araçları

Çalışmada araştırmacı tarafından literatür bilgileri ve klinik deneyim doğrultusunda hazırlanan Kişisel Bilgi Formu (Ek-1), Kanseri Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği-Kısa Form (Ek-2) ve Kadercilik Eğilimi Ölçeği (Ek-3) kullanılmıştır.

3.5.1 Tanıtıcı bilgi formu (Ek-1)

Araştırmacı tarafından literatür bilgisi (Özsöyler, 2020; Uysal ve Toprak, 2022; Arı ve Kılıç, 2022; Altun, 2020) ve klinik deneyimler doğrultusunda oluşturulan Kişisel Bilgi Formu (Ek-1) kullanılmıştır.

Form, katılımcıların yaş, eğitim durumu gibi sosyodemografik özelliklerini tanımlayan 5, genel sağlık özellikleri ile ilgili 6 ve kanser tarama davranışları ile ilgili 12 olmak üzere 23 sorudan oluşmaktadır (Ek-1).

3.5.2 Kanseri taramalarına yönelik tutum ölçeği-kısa form (Ek-2)

Kanseri Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği (KKTÖ), 2020'de Öztürk ve arkadaşları tarafından 30-70 yaş aralığında bulunan kişilerin kanseri taramalarına yönelik tutumlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. 5'li likert tipi olan ölçek, 15

maddeden ve tek boyuttan oluşmaktadır. Ölçeği oluşturan maddeler 1' den 5' e kadar derecelendirilmiştir (5: Tamamen katılıyorum, 4: Kısmen katılıyorum, 3: Ne katılıyorum ne katılmıyorum, 2: Kısmen katılmıyorum, 1: Tamamen katılmıyorum). Ölçekten alınabilecek en düşük puan 15 iken en yüksek puan 75'tir. Katılımcıların aldıkları puan en düşük puan olan 15'e yaklaştıkça kanser taramalarına karşı tutumlarının olumsuz yönde olduğu, aldıkları puan en yüksek puan olan 75' e yaklaştıkça kanser taramalarına yönelik olumlu tutuma sahip olduğu şeklinde değerlendirilmektedir. Ülkemizde yapılan geçerlilik güvenilirlik çalışmasında ölçeği cronbach alpha katsayısı 0,95 olarak hesaplanmıştır (Yıldırım Öztürk ve ark., 2020). Bu çalışmada ölçeğin cronbach alpha katsayısı 0.86 olarak yüksek düzeyde güvenilir bulunmuştur.

3.5.3 Kadercilik eğilimi ölçeği (Ek-3)

Bu ölçek, Kaya ve Bozkur (2015) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 24 maddeden ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır. . 5'li likert tipi olan ölçekte maddeler 1' den 5' e kadar derecelendirilmiştir (5: Tamamen katılıyorum, 4: Kısmen katılıyorum, 3: Ne katılıyorum ne katılmıyorum, 2: Kısmen katılmıyorum, 1: Tamamen katılmıyorum). Ölçekteki alt boyutlar; Önceden Belirlenmişlik, Kişisel Kontrol, Batıl İnanç ve Şans'tır.

Kişinin kontrolünün pasif bir biçimde reddedilmesine 'kişisel kontrol' alt boyutu, olayların sorumluluğunun olağanüstü bir güce bağlanması 'şans' ve 'batıl inanç' alt boyutları, 'belirlenmişlik' alt boyutunda ise alinyazısının önceden belirlenmiş olması ve değişmeyeceği inancına yönelik eğilimler belirlenir. 'Önceden Belirlenmişlik' alt boyutu 1, 4, 12, 15, 18, 19, 22 ve 24. maddelerden oluşmaktadır. Bu alt boyutta alınabilecek en yüksek puan 40, en düşük puan ise 8'dir. 'Kişisel Kontrol' alt boyutu 2, 6, 8, 11, 14 ve 21. maddelerden oluşmaktadır. Bu alt boyutta alınabilecek en yüksek puan 30, en düşük puan ise 6'dır. Bu boyutta maddeler tersten puanlanmaktadır. 'Batıl İnanç' alt boyutu 3, 10, 17, 20 ve 23. maddelerden oluşmaktadır. Bu alt boyutta alınabilecek en yüksek puan 30, en düşük puan ise 6'dır. 'Şans' alt boyutu 7, 9, 13 ve 16. maddelerden oluşmaktadır. . Bu alt boyutta alınabilecek en yüksek puan 20, en düşük puan ise 4'tür. Bu ölçekten alınabilecek toplam en yüksek puan 120, en düşük puan ise 27'dir. Alınan puanın yüksek olması kadercilik eğiliminin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0,72 olarak

hesaplanmıştır (Kaya ve Bozkur, 2015). Bu çalışma elde edilen Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0,84'tür.

3.6 Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0 (SPSS INC., Chicago, IL, USA) istatistik programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizlerinden, ölçeğin incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir.

Çizelge 3.1: Normal Dağılım

| | Basıklık | Çarpıklık |
|-----------------------------------|-----------------|------------------|
| Kanser Taramalarına Yönelik Tutum | 1,265 | -1,126 |
| Kadercilik Eğilimi Toplam | 0,293 | -0,121 |
| Önceden Belirlenmişlik | -0,526 | -0,210 |
| Kişisel Kontrol | 0,115 | -0,593 |
| Batıl İnanç | -0,015 | 0,687 |
| Şans | -0,274 | 0,167 |

İlgili literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1.5 ile -1.5 (Tabachnick ve Fidell, 2013), +2.0 ile -2.0 (George ve Mallery, 2010) arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir. Değişkenlerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Verilerin analizinde parametrik yöntemler kullanılmıştır.

Kadınların ölçek düzeylerini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkiler pearson korelasyon analizleri aracılığıyla incelenmiştir. Kanser taramalarına yönelik tutum ve kadercilik eğilimi üzerine etki eden faktörleri belirlemek üzere çok değişkenli lineer regresyon analizi yapılmıştır. Kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek düzeylerindeki farklılaşmaların incelenmesinde bağımsız gruplar t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) ve post hoc (Tukey, LSD) analizlerinden faydalanılmıştır.

3.7 Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri katılımcıların kanser tarama tutumları ve kadercilik eğilimleridir

3.8 Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri sosyodemografik değişkenler, kadın sağlığı ve genel sağlığa yönelik değişkenler, kanseri taramalarına yönelik uygulamaları içeren sorulara verilen cevaplardır.

3.9 Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Ülkemizde kanser tarama programları Kanser Daire Başkanlığı tarafından yürütülmekte ve kanser taramaları 30 yaşında serviks kanseri taraması ile başlayıp 70 yaşında kolorektal kanseri taramasıyla sona erdiği için çalışmamıza bu yaş aralığında bulunan kadınlar dahil edilmiştir. Araştırmaya diğer dahil edilme kriterleri kadın olmak, çalışmaya katılmayı kabul etmek, ölçeği yanıtlamaya engel olacak düzeyde bilişsel, görsel ve ortopedik engeli bulunmaması, eğitim durumu olarak en az okuryazar olması ve araştırmanın yapıldığı ASM'ye kayıtlı olmaktır

3.10 Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

Çalışmaya katılmayı kabul etmemek, 30 yaşından küçük veya 70 yaşından büyük olmak, okuma yazma bilmemek, ölçeği yanıtlamaya engel olacak düzeyde bilişsel, görsel ve ortopedik engelinin olması ve araştırmanın yapıldığı ASM'ye kayıtlı olmamaktır.

3.11 Araştırma Soruları

Bu çalışmanın yapıldığı popülasyonda aşağıdaki soruların cevapları aranmıştır;

- 1 - Katılımcıların kanser taramalarına yönelik tutumları nedir?
- 2 – Katılımcıların kadercilik eğilimleri nedir?
- 3 – Kadercilik eğilimi, kanser taramalarına yönelik tutumu etkilemekte midir?
- 4 – Kanser tarama tutumu ve kadercilik eğilimi üzerinde etkili olan diğer faktörler nelerdir?

3.12 Araştırmanı Uygulanması - Verilerin Toplanması

Araştırma verileri araştırmacı tarafından 15-20 dakikalık süreyle ve yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Katılımcılara araştırmanın amacı, yararları ve yöntemi ve gizliliği açıklanmıştır, gerekli tüm bilgiler verildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerden yazılı ve sözlü onam alınmıştır. Görüşmeler sırasında katılımcıların mahremiyetine özen gösterilmiş, merkez içinde katılımcı ile yalnız kalınabilecek alanlar kullanılmıştır.

3.13 Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce çalışmada kullanılan ölçekleri geliştiren yazarlardan mail yoluyla ölçeği kullanma izinleri alınmıştır (Ek-4). Sonrasında İstanbul Gedik Üniversitesi Etik Kurulu'na başvuruda bulunularak 27.02.2024 tarih ve 2024/2 sayılı toplantıda etik kurul onayı alınmıştır (Ek-5). Etik kurul onayının alındıktan sonra Hilmi Şahin ASM'de araştırmanın yapılabilmesi için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden çalışma izni alınmıştır (28.03.2024 tarih 2024/06 sayılı karar) (Ek-6). Araştırmada kişisel veri toplandığı için gönüllü bilgilendirme ve onam formunda, toplanan verilerin sadece çalışmada kullanılacağı başka bir amaç için kullanılmayacağı, katılımın gönüllülük esasına dayalı olduğu, istekleri zaman çalışmadan ayrılacakları ve kişisel verilerin açıklanmayacağı belirtilmiştir.

3.14 Araştırmanın Beklenen Sonuçları

Katılımcıların kanser taramalarına yönelik tutumlarının iyi düzeyde olması ve kadercilik eğilimlerin düşük olması beklenmektedir. Ayrıca bazı değişkenlerin kanser tarama tutumları ve kadercilik eğilimi üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

3.15 Araştırmanın Güçlü Yönleri

Araştırmanın güçlü yönleri; evreni temsil eden bir örneklem sayısına ulaşılmış olması ve verilerin araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme ile toplanmış olmasıdır.

3.16 Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenabilirliği

Araştırma verilerinin katılımcıların kişisel bildirimine dayalı olması, Türkçe iletişim kuramayan kadınların dahil edilememesi, örneklemin tek bir merkeze başvuran kadınları içermesi araştırmanın sınırlılığıdır. Veriler, merkezin açık olduğu günlerde ve araştırmacının çalışma saatlerinde ulaşabildiği 30-70 yaş aralığındaki kadınlardan elde edilmiştir.



4. BULGULAR

Katılımcıların yaş ortalamasının $45,8 \pm 10,283$ olduğu, %36,4'ünün 30-40 yaş aralığında, %78,4'ünün bekar, %48,8'i ev hanımı ve %12,7'si emekli olduğu saptandı. Eğitim durumuna bakıldığında, lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip katılımcıların oranı %34,0 ile en yüksek seviyede iken, ilkokul ve altı eğitime sahip olanlar %28,4 oranında olduğu belirlendi.

Kadınların %54,3'ü gelirinin giderine eşit olduğunu, %29,3'ü sigara ve %8,3'ü alkol kullandığını, %37,7'si kronik bir hastalığı olduğunu ifade etti.

Katılımcıların %7,4'ünün daha önce kanser tanısı aldığı ve %63,9'unun ailede kanser öyküsü olduğu saptandı. Ailede kanser tanısı alanların %54,6'sının 1. derece yakınında kanser öyküsü olduğu belirlendi.

Kadınların tanımlayıcı özelliklerine yönelik bulgular Çizelge 4.1.'de yer almaktadır.

Çizelge 4.1: Kadınların Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı N=324

| Gruplar | Frekans(n) | Yüzde (%) |
|---|------------|-----------|
| Yaş (Ort=45,810±10,283; Min=30; Maks=70) | | |
| 30-40 yaş | 118 | 36,4 |
| 41-50 yaş | 109 | 33,6 |
| 51-60 yaş | 66 | 20,4 |
| 61-70 yaş | 31 | 9,6 |
| Medeni Durum | | |
| Bekar | 254 | 78,4 |
| Evli | 70 | 21,6 |
| Eğitim Durumu | | |
| İlkokul Ve Altı | 92 | 28,4 |
| Ortaokul | 31 | 9,6 |
| Lise | 91 | 28,1 |
| Lisans Ve Üzeri | 110 | 34,0 |
| Meslek | | |
| Ev Hanımı | 158 | 48,8 |
| Çalışan | 125 | 38,6 |
| Emekli | 41 | 12,7 |

Çizelge 4.1: (Devamı) Kadınların Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı N=324

| Gruplar | Frekans(n) | Yüzde (%) |
|---|-------------------|------------------|
| Yaş (Ort=45,810±10,283; Min=30; Maks=70) | | |
| Gelir Düzeyi | | |
| Geliri Giderinden Az | 84 | 25,9 |
| Geliri Giderine Eşit | 176 | 54,3 |
| Geliri Giderinden Fazla | 64 | 19,8 |
| Sigara Kullanma Durumu | | |
| Evet | 95 | 29,3 |
| Hayır | 229 | 70,7 |
| Alkol Kullanma Durumu | | |
| Evet | 27 | 8,3 |
| Hayır | 297 | 91,7 |
| Kronik Hastalık Varlığı | | |
| Evet | 122 | 37,7 |
| Hayır | 202 | 62,3 |
| Daha Önce Kanser Tanısı Alma Durumu | | |
| Evet | 24 | 7,4 |
| Hayır | 300 | 92,6 |
| Ailede Kanser Öyküsü Varlığı | | |
| Evet | 207 | 63,9 |
| Hayır | 117 | 36,1 |
| Ailede Kanser Tanı Alan Kişi | | |
| 1. Dereceden | 113 | 54,6 |
| 2. Dereceden | 58 | 28,0 |
| 3. Dereceden | 36 | 17,4 |

Katılımcıların kanser taramalarına yönelik uygulamaları incelendiğinde; %60,8'inin yıllık yakınmasız sağlık kontrolü yaptırmadığı, %80,2'sinin yıllık klinik meme muayenesi (KMM) olmadığı, %31,8'inin ayda bir kendi kendine meme kontrolü (KKMM) yapmadığı ve %10,5'inin KKMM yapmayı bilmediği belirlendi. Katılımcıların %43,8'inin ücretsiz kanser taramalarını bilmediği ve %43,5'inin daha önce herhangi bir kanser taraması yaptırmadığı saptandı. Daha önce kanser taraması yaptıranların oranının %56,5 olduğu ve en sık yaptırılan taramaların mamografi (%58,5) ve HPV-smear (%52,5) olduğu belirlendi. Yine daha önce tarama yaptıranların %40,4'ü son 1 yıl içinde tarama yaptırdığını belirtti.

Taramayı öneren kişiler arasında %38,8 ile kendi kararları öne çıkarken, en sık tercih edilen tarama biriminin %48,6 ile kamu hastaneleri olduğu ve sadece %8,7'sinin KETEM'i kullandığı belirlendi.

Kanser taraması hatırlatma yapılmasını isteme oranı %78,4 olup, hatırlatma şekli olarak en çok tercih edilen yöntemin %50,0 ile telefonla bildirim olduğu saptandı. Kadınların kanser taramalarına yönelik uygulamaları Çizelge 4.2.'de verildi.

Çizelge 4.2: Kadınların Tarama Uygulamalarına Göre Dağılımı

| Değişkenler | Sayı | Yüzde |
|--|------|-------|
| Yılda Bir Düzenli Sağlık Kontrolü Yaptırma Durumu | | |
| Evet | 127 | 39,2 |
| Hayır | 197 | 60,8 |
| Yılda Bir KMM Yaptırma Durumu | | |
| Evet | 64 | 19,8 |
| Hayır | 260 | 80,2 |
| Düzenli Olarak Ayda Bir KKMM Yapma | | |
| Evet | 187 | 57,7 |
| Hayır | 103 | 31,8 |
| Bilmiyorum | 34 | 10,5 |
| Ücretsiz Kanser Tarama Testleri | | |
| Evet | 155 | 47,8 |
| Hayır | 27 | 8,3 |
| Bilmiyorum | 142 | 43,8 |
| Daha Önce Kanser Taraması Yaptırma Durumu | | |
| Evet | 183 | 56,5 |
| Hayır | 141 | 43,5 |
| Yaptırılan Kanser Taramaları | | |
| Mamografi | 107 | 58,5 |
| Dışkıda Gizli Kan | 24 | 13,1 |
| Hpv Smear | 96 | 52,5 |
| Ultrasonografi | 65 | 35,5 |
| Kolonoskopi | 26 | 14,2 |
| Endoskopi | 40 | 21,9 |
| Diğer Tarama | 41 | 22,4 |
| Kanser Taraması Yaptırma Sebebi (n=183) | | |
| Sağlık Çalışanı Önerisi Üzerine | 50 | 27,3 |
| Kontrol Amaçlı Kendi İsteğimle | 79 | 43,2 |
| Şikayetim Vardı | 49 | 26,8 |
| Akraba / Komşu İsteğiyle | 5 | 2,7 |
| En Son Tarama Zamanı (n=183) | | |
| Son 1 Yıl İçinde | 74 | 40,4 |
| Son 2 Yıl İçinde | 38 | 20,8 |
| 3 Yıl Ve Üzeri | 36 | 19,7 |
| Hatırlamıyorum | 35 | 19,1 |

Çizelge 4.2: (Devamı) Kadınların Tarama Uygulamalarına Göre Dağılımı

| Değişkenler | Sayı | Yüzde |
|--|------|-------|
| En Son Tarama Zamanı (n=183) | | |
| Son 1 Yıl İçinde | 74 | 40,4 |
| Son 2 Yıl İçinde | 38 | 20,8 |
| 3 Yıl Ve Üzeri | 36 | 19,7 |
| Hatırlamıyorum | 35 | 19,1 |
| Kimin Önerdiği (n=183) | | |
| Aile Hekimi | 16 | 8,7 |
| Ebe / Hemşire | 24 | 13,1 |
| Başka Hekimler | 67 | 36,6 |
| Akraba / Komşu | 5 | 2,7 |
| Kendim Karar Verdim | 71 | 38,8 |
| Nerede Yaptırıldığı (n=183) | | |
| Kamu Hastanesi | 89 | 48,6 |
| Aile Sağlığı Merkezi | 29 | 15,8 |
| Özel Hastane / Klinik | 49 | 26,8 |
| KETEM | 16 | 8,7 |
| Kanser Taramasını Hatırlatma İsteği | | |
| Evet | 254 | 78,4 |
| Hayır | 70 | 21,6 |
| Hatırlatma Şekli | | |
| Kliniğe Çağırılarak Yüz Yüze | 66 | 26,0 |
| Posta / Mail İle | 20 | 7,9 |
| Telefon İle | 127 | 50,0 |
| Herhangi Biri İle | 41 | 16,1 |

*Birden fazla seçilen madde

Çizelge 4.3'te, kanser taramalarına yönelik tutum puanlarına ilişkin ortalama değerler verilmiştir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 15 iken en yüksek puan 75'tir. Katılımcıların aldıkları puan 75' e yaklaştıkça kanser taramalarına yönelik olumlu tutuma sahip olduğu şeklinde değerlendirilmektedir. Çalışmadan elde edilen puanlar, 26 ile 75 arasında değişmektedir. Katılımcıların kanser taramalarına yönelik tutum puanı ortalaması $67,61 \pm 8,69$ olarak bulunmuştur. Bu ortalama tutum puanı, katılımcıların genel olarak kanser taramalarına yönelik olumlu bir tutuma sahip olduklarını göstermektedir.

Çizelge 4.3: Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Puan Ortalaması

| | N | Ort | Ss | Min. | Maks. | Alpha |
|-----------------------------------|----------|------------|-----------|-------------|--------------|--------------|
| Kanser Taramalarına Yönelik Tutum | 324 | 67,608 | 8,686 | 26,000 | 75,000 | 0,865 |

Çizelge 4.4.'te, kadercilik eğilimi ölçeği toplam ve alt boyutlarına ait puan ortalamaları verilmiştir. Kadercilik eğilimi toplam puan ortalamasının $69,82 \pm 14,45$ olduğu, puanların 30 ile 116 arasında değiştiği saptandı. Alt boyutlara göre, önceden belirlenmişlik puan ortalamasının $24,96 \pm 7,08$ olduğu ve puan aralığının 8 ile 40 arasında olduğu belirlendi.

Kişisel kontrol boyutu puan ortalamasının $20,79 \pm 5,17$ olduğu ve puanların 6 ile 30 arasında değiştiği saptandı. Batıl inanç boyutu puan ortalamasının $13,20 \pm 5,51$ olduğu ve puan aralığının 6 ile 30 arasında olduğu belirlendi. Şans alt boyutunda ise puan ortalamasının $10,86 \pm 3,41$ olduğu ve puanların 4 ile 20 arasında değişim gösterdiği saptandı (Çizelge 4.4).

Çizelge 4.4: Kadercilik Eğilimi Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları

| | N | Ort | Ss | Min. | Maks. | Alpha |
|---------------------------|----------|------------|-----------|-------------|--------------|--------------|
| Kadercilik Eğilimi Toplam | 324 | 69,815 | 14,449 | 30,000 | 116,000 | 0,845 |
| Önceden Belirlenmişlik | 324 | 24,960 | 7,081 | 8,000 | 40,000 | 0,841 |
| Kişisel Kontrol | 324 | 20,790 | 5,170 | 6,000 | 30,000 | 0,836 |
| Batıl İnanç | 324 | 13,201 | 5,512 | 6,000 | 30,000 | 0,825 |
| Şans | 324 | 10,864 | 3,414 | 4,000 | 20,000 | 0,832 |

Çizelge 4.5'te, kanser taramalarına yönelik tutum ile kadercilik eğilimi ve alt boyutları arasındaki korelasyon analizine ait sonuçlar yer almaktadır. Kadercilik eğilimi toplam puanı ile kanser taramalarına yönelik tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r = 0,073$; $p = 0,189$). Alt boyutlar incelendiğinde, önceden belirlenmişlik ($r = 0,041$, $p = 0,464$), kişisel kontrol ($r = 0,099$, $p = 0,075$), batıl inanç ($r = 0,020$, $p = 0,719$) ve şans ($r = 0,043$, $p = 0,442$) ile kanser taramalarına yönelik tutum arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu sonuçlar, kanser taramalarına yönelik tutumun kadercilik eğilimi ve alt boyutları ile anlamlı bir ilişki göstermediğini ortaya koymaktadır.

Çizelge 4.5: Kanser taramalarına Yönelik Tutum Puanları ile Kadercilik Eğilimi Puanları Arasında Korelasyon Analizi

| | | Kanser Taramalarına Yönelik Tutum |
|----------------------------------|---|-----------------------------------|
| Kadercilik Eğilimi Toplam | r | 0,073 |
| | p | 0,189 |
| Önceden Belirlenmişlik | r | 0,041 |
| | p | 0,464 |
| Kişisel Kontrol | r | 0,099 |
| | p | 0,075 |
| Batıl İnanç | r | 0,020 |
| | p | 0,719 |
| Şans | r | 0,043 |
| | p | 0,442 |

r: Pearson Korelasyon Analizi

Çizelge 4.6: Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı

| Demografik Özellikler | n | Kanser Taramalarına Yönelik Tutum |
|-----------------------|-----|-----------------------------------|
| Yaş | | Ort ± SS |
| 30-40 | 118 | 67,254±9,289 |
| 41-50 | 109 | 66,862±8,723 |
| 51-60 | 66 | 69,455±7,699 |
| 61-70 | 31 | 67,645±7,965 |
| F= | | 1,332 |
| p= | | 0,264 |
| Medeni Durum | | Ort ± SS |
| Bekar | 254 | 68,130±8,064 |
| Evli | 70 | 65,714±10,492 |
| t= | | 2,071 |
| p= | | 0,077 |
| Eğitim Durumu | | Ort ± SS |
| İlkokul Ve Altı | 92 | 67,044±8,468 |
| Ortaokul | 31 | 69,903±6,518 |
| Lise | 91 | 67,648±9,836 |
| Lisans Ve Üzeri | 110 | 67,400±8,385 |
| F= | | 0,872 |
| p= | | 0,456 |
| Meslek | | Ort ± SS |
| Ev Hanımı | 158 | 67,108±8,533 |
| Çalışan | 125 | 67,568±9,204 |
| Emekli | 41 | 69,659±7,452 |
| F= | | 1,410 |
| p= | | 0,246 |

Çizelge 4.6: (Devamı) Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı

| Demografik Özellikler | n | Kanser Taramalarına Yönelik Tutum |
|--|-----|-----------------------------------|
| Gelir Düzeyi | | Ort ± SS |
| Geliri Giderinden Az | 84 | 66,262±9,920 |
| Geliri Giderine Eşit | 176 | 68,261±8,371 |
| Geliri Giderinden Fazla | 64 | 67,578±7,676 |
| F= | | 1,512 |
| p= | | 0,222 |
| Sigara Kullanma Durumu | | Ort ± SS |
| Evet | 95 | 68,495±8,138 |
| Hayır | 229 | 67,240±8,895 |
| t= | | 1,184 |
| p= | | 0,237 |
| Alkol Kullanma Durumu | | Ort ± SS |
| Evet | 27 | 70,111±7,122 |
| Hayır | 297 | 67,381±8,789 |
| t= | | 1,568 |
| p= | | 0,118 |
| Kronik Hastalık Varlığı | | Ort ± SS |
| Evet | 122 | 67,869±7,388 |
| Hayır | 202 | 67,451±9,398 |
| t= | | 0,420 |
| p= | | 0,657 |
| Daha Önce Kanser Tanısı Alma Durumu | | Ort ± SS |
| Evet | 24 | 69,125±6,999 |
| Hayır | 300 | 67,487±8,805 |
| t= | | 0,889 |
| p= | | 0,375 |
| Ailede Kanser Öyküsü Varlığı | | Ort ± SS |
| Evet | 207 | 68,082±8,602 |
| Hayır | 117 | 66,769±8,807 |
| t= | | 1,308 |
| p= | | 0,192 |
| Ailede Kanser Tanı Alan Kişi | | Ort ± SS |
| 1. Dereceden | 113 | 68,150±8,517 |
| 2. Dereceden | 58 | 69,293±7,332 |
| 3. Dereceden | 36 | 65,917±10,421 |
| F= | | 1,731 |
| p= | | 0,180 |

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi

Çizelge 4.6'da, kanser taramalarına yönelik tutum puanlarının çeşitli tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığı analiz edilmiştir. Yaş grupları arasında tutum puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p = 0,264$). Medeni duruma göre, bekar katılımcıların ortalama tutum puanı evlilere göre daha yüksek olsa da, fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p = 0,077$). Eğitim durumuna göre de anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p = 0,456$).

Tarama tutum puanları ile meslek, gelir düzeyi, sigara ve alkol kullanımı, kronik hastalık varlığı, daha önce kanser tanısı alma, ailede kanser öyküsü alma

değişkenlerine göre anlamlı bir fark göstermediği belirlenmiştir ($P>0,05$) (Çizelge 4.6).

Çizelge 4.7’de yer alan tarama uygulamalarına yönelik değişkenler incelendiğinde; yılda bir düzenli sağlık kontrolü yaptıranların ($p = 0,004$) ve yılda bir KMM yaptıranların ($p = 0,000$) tarama tutum puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Ülkemizde ücretsiz kanser tarama testleri yapıldığını ifade eden katılımcıların tutum puanları, yapılmadığını ifade edenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p = 0,024$). Daha önce kanser taraması yaptırmış olanların tutum puanlarının, yaptırmamış olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p = 0,022$). Kanser taramasını en son ne zaman yaptırdığına göre de anlamlı bir fark vardır; son bir yıl içinde tarama yaptıranların tutum puanları daha yüksek bulunmuştur ($p = 0,019$).

Kanser taraması hatırlatma yapılmasını isteyen katılımcıların tutum puanları, istemeyenlere göre anlamlı derecede yüksektir ($p = 0,000$). Bu bulgular, belirli tarama uygulamalarını yaptıranın kanser taramalarına yönelik tutumu etkileyebileceğini göstermektedir.

Tarama uygulamalarına yönelik sorgulanan diğer değişkenlerin tarama tutumları üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Çizelge 4.7).

Çizelge 4.7: Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Puanlarının Kanser Tarama Uygulamalarına Göre Dağılımı

| Tarama Uygulamaları | n | Kanser Taramalarına Yönelik Tutum |
|--|-----|-----------------------------------|
| Yılda Bir Düzenli Sağlık Kontrolü | | |
| Evet | 127 | 69,354±7,998 |
| Hayır | 197 | 66,482±8,942 |
| t= | | 2,940 |
| p= | | 0,004 |
| Yılda bir KMM Yaptırma Durumu | | Ort ± SS |
| Evet | 64 | 70,797±5,902 |
| Hayır | 260 | 66,823±9,082 |
| t= | | 3,329 |
| p= | | 0,000 |

Çizelge 4.7: (Devamı) Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Puanlarının Kanser Tarama Uygulamalarına Göre Dağılımı

| Tarama Uygulamaları | n | Kanser Taramalarına Yönelik Tutum |
|--|-----|-----------------------------------|
| Düzenli Olarak Ayda Bir KKMM Yapma | | Ort ± SS |
| Evet | 187 | 68,540±7,851 |
| Hayır | 103 | 66,447±9,083 |
| Bilmiyorum | 34 | 66,000±11,146 |
| F= | | 2,606 |
| p= | | 0,075 |
| Ülkemizde Ücretsiz Kanser Tarama Testleri | | Ort ± SS |
| 1)Yapılıyor | 155 | 68,536±8,423 |
| 2)Yapılmıyor | 27 | 63,667±11,252 |
| 3)Bilmiyorum | 142 | 67,345±8,246 |
| F= | | 3,793 |
| p= | | 0,024 |
| PostHoc= | | 1>2, 3>2 (p<0.05) |
| Daha Önce Kanser Taraması Yaptırma | | Ort ± SS |
| Evet | 183 | 68,579±8,460 |
| Hayır | 141 | 66,348±8,842 |
| t= | | 2,308 |
| p= | | 0,022 |
| Kanser Taraması Yaptırma Sebebi | | Ort ± SS |
| Sağlık Çalışmanı Önerisi Üzerine | 50 | 67,160±8,904 |
| Kontrol Amaçlı Kendi İsteğimle | 79 | 70,089±6,524 |
| Şikayetim Vardı | 49 | 67,327±10,501 |
| Akraba / Komşu İsteğiyle | 5 | 71,200±5,848 |
| F= | | 1,851 |
| p= | | 0,140 |
| En Son Taraması Zamanı | | Ort ± SS |
| 1)Son 1 Yıl İçinde | 74 | 69,946±7,684 |
| 2)Son 2 Yıl İçinde | 38 | 69,684±6,751 |
| 3)3 Yıl Ve Üzeri | 36 | 68,333±7,171 |
| 4)Hatırlamıyorum | 35 | 64,743±11,541 |
| F= | | 3,398 |
| p= | | 0,019 |
| PostHoc= | | 1>4, 2>4 (p<0.05) |
| Kimin Önerdiği | | Ort ± SS |
| Aile Hekimi | 16 | 69,750±6,017 |
| Ebe / Hemşire | 24 | 67,708±8,046 |
| Başka Hekimler | 67 | 67,224±10,815 |
| Akraba / Komşu | 5 | 69,200±9,731 |
| Kendim Karar Verdim | 71 | 69,845±6,115 |
| F= | | 0,974 |
| p= | | 0,423 |
| Nerede Yaptırıldığı | | Ort ± SS |
| Kamu Hastanesi | 89 | 67,393±9,483 |
| Aile Sağlığı Merkezi | 29 | 69,931±6,703 |
| Özel Hastane / Klinik | 49 | 69,082±7,678 |
| Ketem | 16 | 71,188±6,959 |
| F= | | 1,404 |
| p= | | 0,243 |

Çizelge 4.7: (Devamı) Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Puanlarının Kanser Tarama Uygulamalarına Göre Dağılımı

| Tarama Uygulamaları | n | Kanser Taramalarına Yönelik Tutum |
|--|-----|-----------------------------------|
| Kanser Taramasını Hatırlatma İsteği | | Ort ± SS |
| Evet | 254 | 68,890±7,400 |
| Hayır | 70 | 62,957±11,153 |
| t= | | 5,265 |
| p= | | 0,000 |
| Hatırlatma Şekli | | Ort ± SS |
| Kliniğe Çağırılarak Yüz Yüze | 66 | 68,788±7,322 |
| Posta / Mail İle | 20 | 69,850±6,800 |
| Telefon İle | 127 | 69,276±7,298 |
| Herhangi Biri İle | 41 | 67,390±8,139 |
| F= | | 0,791 |
| p= | | 0,500 |

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc: Tukey, LSD

Çizelge 4.8'de kadercilik eğilimi puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir.

Yaş grupları açısından kadercilik eğilimi toplam puanlarında anlamlı bir fark bulunmazken ($p = 0,087$), "Önceden Belirlenmişlik" alt boyutunda 51-60 ve 61-70 yaş gruplarının, 30-40 ve 41-50 yaş gruplarından daha yüksek puan aldığı saptanmıştır ($p < 0,05$). Medeni durum açısından evli katılımcıların toplam kadercilik eğilimi puanları bekar katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p = 0,029$), özellikle "Şans" alt boyutunda da evliler daha yüksek puan almıştır ($p = 0,005$).

Eğitim durumuna göre ilkokul ve ortaokul mezunlarının kadercilik eğilimi puanlarının lise ve lisans mezunlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p = 0,015$). "Önceden Belirlenmişlik" alt boyutunda da ilkokul ve ortaokul mezunlarının puanları daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Meslek durumuna göre ev hanımlarının toplam kadercilik eğilimi ve "Önceden Belirlenmişlik" alt boyut puanlarının çalışanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Sigara kullanma durumuna göre "Şans" alt boyutunda anlamlı fark bulunmuş, sigara kullananların puanları kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p = 0,027$). Alkol kullanmayan katılımcılar "Önceden Belirlenmişlik" alt boyutu puan ortalamalarının alkol kullananlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p = 0,010$). Kronik hastalık varlığı açısından ise "Önceden

Belirlenmişlik" alt boyutunda anlamlı farklılık görülmüş, kronik hastalığı olanların daha yüksek puan aldığı saptanmıştır (p = 0,037) (Çizelge 4.8).

Diğer tanımlayıcı değişkenlerin kadercilik tutumu üzerinde anlamlı etkisi olmadığı bulunmuştur (p>0,05) (Çizelge4.8).

Çizelge 4.8: Kadercilik Eğilimi Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı

| Demografik Özellikler | n | Kadercilik Eğilimi Toplam | Önceden Belirlenmişlik | Kişisel Kontrol | Batıl İnanç | Şans |
|-----------------------|-----|-----------------------------|-----------------------------|-----------------|--------------|-------------------|
| Yaş | | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS |
| 1)30-40 | 118 | 68,051±14,087 | 23,449±7,226 | 21,076±5,430 | 13,042±5,506 | 10,483±3,199 |
| 2) 41-50 | 109 | 69,367±15,592 | 24,615±6,936 | 20,771±4,986 | 12,927±5,512 | 11,055±3,778 |
| 3) 51-60 | 66 | 71,258±13,482 | 26,349±6,745 | 19,970±5,078 | 13,818±5,398 | 11,121±3,091 |
| 4) 61-70 | 31 | 75,032±12,613 | 28,968±5,845 | 21,516±5,006 | 13,452±5,926 | 11,097±3,544 |
| F= | | 2,213 | 6,332 | 0,878 | 0,418 | 0,775 |
| p= | | 0,087 | 0,000 | 0,453 | 0,741 | 0,509 |
| PostHoc= | | | 3>1, 4>1, 4>2 (p<0.05) | | | |
| Medeni Durum | | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS |
| Bekar | 254 | 68,898±14,380 | 24,780±7,313 | 20,555±5,114 | 12,980±5,375 | 10,583±3,380 |
| Evli | 70 | 73,143±14,311 | 25,614±6,170 | 21,643±5,319 | 14,000±5,956 | 11,886±3,365 |
| t= | | -2,189 | -0,873 | -1,562 | -1,372 | -2,859 |
| p= | | 0,029 | 0,338 | 0,119 | 0,171 | 0,005 |
| Eğitim Durumu | | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS |
| 1-İlkokul Ve Altı | 92 | 72,435±13,821 | 27,228±6,824 | 20,380±4,746 | 13,609±5,961 | 11,217±3,467 |
| 2-Ortaokul | 31 | 74,774±15,995 | 27,581±7,953 | 21,032±4,820 | 14,161±5,562 | 12,000±3,733 |
| 3-Lise | 91 | 68,055±13,658 | 23,824±6,237 | 19,956±5,556 | 13,286±4,748 | 10,989±3,114 |
| 4-Lisans Ve Üzeri | 110 | 67,682±14,655 | 23,264±7,063 | 21,755±5,181 | 12,518±5,689 | 10,146±3,413 |
| F= | | 3,557 | 7,926 | 2,308 | 1,052 | 3,202 |
| p= | | 0,015 | 0,000 | 0,076 | 0,370 | 0,024 |
| PostHoc= | | 1>3, 2>3, 1>4, 2>4 (p<0.05) | 1>3, 2>3, 1>4, 2>4 (p<0.05) | | | 1>4, 2>4 (p<0.05) |
| Meslek | | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS |
| 1-Ev Hanımı | 158 | 71,658±13,747 | 26,582±6,827 | 20,500±4,816 | 13,487±5,304 | 11,089±3,516 |
| 2-Çalışan | 125 | 67,136±14,824 | 22,792±6,940 | 21,112±5,558 | 12,752±5,733 | 10,480±3,259 |
| 3-Emekli | 41 | 70,878±15,025 | 25,317±6,883 | 20,927±5,326 | 13,463±5,657 | 11,171±3,449 |
| F= | | 3,602 | 10,660 | 0,504 | 0,673 | 1,301 |
| p= | | 0,028 | 0,000 | 0,605 | 0,511 | 0,274 |
| PostHoc= | | 1>2 (p<0.05) | 1>2, 3>2 (p<0.05) | | | |

Çizelge 4.8: (Devamı) Kadercilik Eğilimi Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı

| Demografik Özellikler | n | Kadercilik Eğilimi Toplam | Önceden Belirlenmişlik | Kişisel Kontrol | Batıl İnanç | Şans |
|--|-----|---------------------------|------------------------|-----------------|--------------|--------------|
| Gelir Düzeyi | | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS |
| Geliri Giderinden Az | 84 | 71,607±13,960 | 26,036±6,136 | 20,405±5,442 | 13,571±5,517 | 11,595±3,204 |
| Geliri Giderine Eşit | 176 | 69,653±14,696 | 24,517±7,382 | 21,341±4,867 | 13,153±5,681 | 10,642±3,460 |
| Geliri Giderinden Fazla | 64 | 67,906±14,341 | 24,766±7,346 | 19,781±5,490 | 12,844±5,068 | 10,516±3,464 |
| F= | | 1,217 | 1,341 | 2,473 | 0,329 | 2,659 |
| p= | | 0,297 | 0,263 | 0,086 | 0,720 | 0,072 |
| Sigara Kullanma Durumu | | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS |
| Evet | 95 | 69,674±14,846 | 24,526±7,155 | 20,790±5,520 | 12,842±4,838 | 11,516±3,274 |
| Hayır | 229 | 69,873±14,313 | 25,140±7,058 | 20,790±5,031 | 13,349±5,772 | 10,594±3,441 |
| t= | | -0,113 | -0,709 | -0,001 | -0,754 | 2,226 |
| p= | | 0,910 | 0,479 | 0,999 | 0,419 | 0,027 |
| Kronik Hastalık Varlığı | | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS |
| Evet | 122 | 71,574±14,595 | 26,016±6,950 | 20,893±5,094 | 13,525±5,777 | 11,139±3,651 |
| Hayır | 202 | 68,753±14,291 | 24,322±7,100 | 20,728±5,227 | 13,005±5,351 | 10,698±3,260 |
| t= | | 1,708 | 2,098 | 0,279 | 0,822 | 1,128 |
| p= | | 0,089 | 0,037 | 0,780 | 0,412 | 0,260 |
| Daha Önce Kanser Tanısı Alma Durumu | | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS |
| Evet | 24 | 70,708±13,741 | 26,375±6,520 | 20,542±4,917 | 12,333±6,329 | 11,458±2,978 |
| Hayır | 300 | 69,743±14,524 | 24,847±7,122 | 20,810±5,197 | 13,270±5,448 | 10,817±3,446 |
| t= | | 0,314 | 1,018 | -0,244 | -0,801 | 0,886 |
| p= | | 0,753 | 0,310 | 0,807 | 0,424 | 0,376 |
| Ailede Kanser Öyküsü Varlığı | | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS |
| Evet | 207 | 69,430±13,867 | 25,126±6,935 | 20,522±5,099 | 12,981±5,313 | 10,802±3,272 |
| Hayır | 117 | 70,496±15,462 | 24,667±7,353 | 21,265±5,282 | 13,590±5,852 | 10,974±3,664 |
| t= | | -0,637 | 0,560 | -1,244 | -0,955 | -0,436 |
| p= | | 0,524 | 0,576 | 0,214 | 0,340 | 0,663 |
| Ailede Kanser Tanı Alan Kişi | | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS |
| 1. Dereceden | 113 | 70,434±13,834 | 25,159±6,697 | 20,805±5,266 | 13,345±5,794 | 11,124±3,362 |
| 2. Dereceden | 58 | 69,931±12,750 | 26,052±7,042 | 20,948±4,326 | 12,328±4,346 | 10,603±3,112 |
| 3. Dereceden | 36 | 65,472±15,328 | 23,528±7,397 | 18,944±5,539 | 12,889±5,176 | 10,111±3,187 |
| F= | | 1,814 | 1,481 | 2,123 | 0,708 | 1,463 |
| p= | | 0,166 | 0,230 | 0,122 | 0,494 | 0,234 |

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LS.

Çizelge 4.9’de kadercilik eğilimi puanlarının tarama uygulamalarına göre farklılaşp farklılaşmadığı incelenmiştir.

Yılda bir KMM yaptıranların, toplam kadercilik eğilimi puanı ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur ($p = 0,009$). KMM yaptırmayanların “önceden belirlenmişlik” ve “batıl inanç” alt boyut puan ortalamalarının anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Düzenli olarak ayda bir kez KKMM yapanların, KKMM’yi bilmediğini ifade edenlere göre "Kişisel Kontrol" alt boyut puanları anlamlı olarak daha yüksek, “Batıl inanç” alt boyut puanları daha düşük bulunmuştur ($p < 0,05$).

Ücretsiz kanser tarama testleri yapıldığını bilmeyenlerin kadercilik eğilimi toplam puanı bu testlerin ücretsiz yapıldığını ifade edenlere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$). Ölçeğin “önceden belirlenmişlik” ve “kişisel kontrol” alt boyut puanlarının ücretsiz taramaları bilme durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p < 0,05$). Benzer şekilde ücretsiz kanser tarama testleri yapıldığını bilmeyenlerin “önceden belirlenmişlik” ve “kişisel kontrol” alt boyut puanlarının anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Son olarak, kanser taraması hatırlatma yöntemi tercihinin kadercilik eğilimi incelendiğinde; "Önceden Belirlenmişlik" ve "Şans" alt boyutlarının kliniğe çağırılmak isteyenlerde, posta/mail tercih edenlere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p < 0,05$).

Tarama uygulamalarına yönelik sorgulanan diğer değişkenlerin kadercilik tutumu üzerinde anlamlı etkisi olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$) (Çizelge 4.9).

Çizelge 4.9: Kadercilik Eğilimi Puanlarının Tarama Uygulamalarına Göre Dağılımı

| Tarama Uygulamaları | n | Kadercilik Eğilimi Toplam | Önceden Belirlenmişlik | Kişisel Kontrol | Batıl İnanç | Şans |
|--|-----|---------------------------|------------------------|-----------------|--------------|--------------|
| Yılda Bir Düzenli Sağlık Kontrolü | | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS |
| Evet | 127 | 69,339±13,856 | 24,598±6,877 | 21,071±5,141 | 12,874±5,610 | 10,795±3,405 |
| Hayır | 197 | 70,122±14,845 | 25,193±7,217 | 20,609±5,194 | 13,411±5,452 | 10,909±3,427 |
| t= | | -0,476 | -0,737 | 0,784 | -0,856 | -0,291 |
| p= | | 0,635 | 0,462 | 0,433 | 0,393 | 0,771 |
| Yılda Bir KMM Yaptırma Durumu | | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS |
| Evet | 64 | 65,594±12,781 | 23,391±6,616 | 20,594±5,073 | 11,469±4,982 | 10,141±3,044 |
| Hayır | 260 | 70,854±14,668 | 25,346±7,150 | 20,839±5,202 | 13,627±5,561 | 11,042±3,481 |
| t= | | -2,633 | -1,988 | -0,339 | -2,836 | -1,901 |
| p= | | 0,009 | 0,048 | 0,735 | 0,005 | 0,058 |

Çizelge 4.9: Kadercilik Eğilimi Puanlarının Tarama Uygulamalarına Göre Dağılımı

| Tarama Uygulamaları | n | Kadercilik Eğilimi Toplam | Önceden Belirlenmişlik | Kişisel Kontrol | Batıl İnanç | Şans |
|---|-----|---------------------------|------------------------|----------------------|--------------|-----------------------------------|
| Ayda Bir KKMM Yapma | | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS |
| 1.Evet | 187 | 70,193±14,064 | 25,465±6,966 | 21,562±4,984 | 12,546±5,482 | 10,620±3,357 |
| 2.Hayır | 103 | 69,942±14,578 | 24,641±7,305 | 20,485±4,945 | 13,612±5,340 | 11,204±3,541 |
| 3.Bilmiyorum | 34 | 67,353±16,265 | 23,147±6,867 | 17,471±5,572 | 15,559±5,582 | 11,177±3,316 |
| F= | | 0,560 | 1,703 | 9,772 | 4,831 | 1,130 |
| p= | | 0,572 | 0,184 | 0,000 | 0,009 | 0,324 |
| PostHoc= | | | | 1>3, 2>3 (p<0.05) | 3>1 (p<0.05) | |
| Ücretsiz Kanser Tarama Testleri | | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS |
| 1-Yapılıyor | 155 | 67,955±13,458 | 24,277±7,124 | 20,284±5,299 | 12,813±5,279 | 10,581±3,187 |
| 2-Yapılmıyor | 27 | 63,370±17,140 | 21,926±7,990 | 18,926±6,504 | 12,407±4,782 | 10,111±4,228 |
| 3-Bilmiyorum | 142 | 73,070±14,277 | 26,282±6,605 | 21,697±4,582 | 13,775±5,859 | 11,317±3,451 |
| F= | | 7,898 | 5,843 | 4,794 | 1,437 | 2,462 |
| p= | | 0,000 | 0,003 | 0,009 | 0,239 | 0,087 |
| PostHoc= | | 3>1, 3>2 (p<0.05) | 3>1, 3>2 (p<0.05) | 3>1, 3>2 (p<0.05) | | |
| Daha Önce Kanser Taraması Yaptırma | | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS |
| Evet | 183 | 69,601±13,527 | 25,027±6,871 | 20,853±5,004 | 12,863±5,346 | 10,858±3,201 |
| Hayır | 141 | 70,092±15,610 | 24,872±7,368 | 20,709±5,395 | 13,638±5,710 | 10,872±3,684 |
| t= | | -0,303 | 0,195 | 0,247 | -1,256 | -0,038 |
| p= | | 0,762 | 0,845 | 0,805 | 0,210 | 0,971 |
| En Son Tarama Zamanı | | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS |
| 1.Son 1 Yıl İçinde | 74 | 66,973±13,781 | 24,324±7,046 | 20,432±5,462 | 12,027±4,957 | 10,189±3,001 |
| 2.Son 2 Yıl İçinde | 38 | 72,974±11,744 | 26,000±5,973 | 20,658±4,749 | 14,132±5,384 | 12,184±2,759 |
| 3. 3 Yıl Ve Üzeri | 36 | 67,750±11,984 | 24,056±6,753 | 21,417±4,936 | 12,417±5,011 | 9,861±3,006 |
| 4. Hatırlamıyorum | 35 | 73,400±15,083 | 26,457±7,425 | 21,371±4,393 | 13,714±6,210 | 11,857±3,590 |
| F= | | 2,956 | 1,263 | 0,467 | 1,716 | 6,012 |
| p= | | 0,034 | 0,289 | 0,706 | 0,165 | 0,001 |
| PostHoc= | | 2>1, 4>1 (p<0.05) | | | | 2>1, 4>1, 2>3, 4>3 (p<0.05) |
| Nerede Yapıldığı | | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS |
| 1.Kamu Hastanesi | 89 | 68,843±15,368 | 24,955±7,765 | 20,910±4,882 | 12,360±5,657 | 10,618±3,376 |
| 2.Aile Sağlığı Merkezi | 29 | 71,103±11,785 | 26,000±5,701 | 19,966±4,289 | 13,724±5,243 | 11,414±3,311 |
| 3.Özel Hastane / Klinik | 49 | 69,041±11,405 | 24,306±6,073 | 21,633±5,020 | 12,245±4,811 | 10,857±2,965 |
| KETEM | 16 | 72,813±11,794 | 25,875±6,010 | 19,750±6,648 | 16,000±4,351 | 11,188±2,786 |
| F= | | 0,537 | 0,454 | 0,963 | 2,638 | 0,511 |
| p= | | 0,658 | 0,715 | 0,411 | 0,051 | 0,675 |

Çizelge 4.9: Kadercilik Eğilimi Puanlarının Tarama Uygulamalarına Göre Dağılımı

| Tarama Uygulamaları | n | Kadercilik Eğilimi Toplam | Önceden Belirlenmişlik | Kişisel Kontrol | Batıl İnanç | Şans |
|--|-----|---------------------------|------------------------|-----------------|--------------|--------------|
| Kanser Taramalarını Hatırlatma İsteği | | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS |
| Evet | 254 | 69,354±14,646 | 24,721±7,194 | 20,409±5,264 | 13,374±5,391 | 10,850±3,361 |
| Hayır | 70 | 71,486±13,681 | 25,829±6,631 | 22,171±4,590 | 12,571±5,928 | 10,914±3,623 |
| t= | | -1,093 | -1,160 | -2,546 | 1,079 | -0,138 |
| p= | | 0,275 | 0,247 | 0,011 | 0,281 | 0,890 |

Kanser taramalarına yönelik tutum ve kadercilik eğilimi üzerine etki eden değişkenleri belirlemek üzere ikili karşılaştırmalarda ilişkili olan değişkenler üzerinden çok değişkenli regresyon analizi yapılmıştır.

Çizelge 4.10'da kanser taramalarına yönelik tutum puanı üzerinde etkili olduğu saptanan değişkenler çok değişkenli regresyon analizi ile incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre, modelin genel anlamda anlamlı olduğu ve bağımsız değişkenlerin kanser taramasına yönelik tutum puanlarındaki varyansın %11,9'unu açıkladığı görülmektedir ($R = 0,364$; $R^2 = 0,119$; $F = 9,703$; $p = 0,000$).

Bağımsız değişkenlerden yılda bir meme muayenesi yaptırmak ($B = 2,924$, $p = 0,029$) ve kanser taraması hatırlatma yapılmasını istemek ($B = 6,153$, $p = 0,000$) tutum puanı üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir. Yılda bir meme muayenesi yaptıranların tutum puanı, yaptırmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır, bu da bu değişkenin tutum üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde, kanser taraması hatırlatma yapılmasını isteme değişkeni de tutum üzerinde pozitif bir etkiye sahiptir.

Diğer bağımsız değişkenler olan yılda bir düzenli sağlık kontrolü yaptıрма durumu ($p = 0,228$), ücretsiz kanser tarama testlerini bilme ($p = 0,424$) ve daha önce kanser taraması yaptırmak ($p = 0,186$) değişkenlerinin kanser taramalarına yönelik tutum üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır (Çizelge 4.10).

Çizelge 4.10: Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Üzerine Etki Eden Değişkenler

| Bağımsız Değişken | Standart Edilmemiş Katsayılar | | Standart Edilmiş Katsayılar | t | p | %95 Güven Aralığı | |
|--|-------------------------------|-------|-----------------------------|--------|--------------|-------------------|--------|
| | B | SE | β | | | Alt | Üst |
| Sabit | 60,612 | 1,183 | | 51,235 | 0,000 | 58,285 | 62,940 |
| Yılda Bir Düzenli Sağlık Kontrolü Yaptırma Durumu | 1,314 | 1,088 | 0,074 | 1,207 | 0,228 | -0,827 | 3,454 |
| Yılda Bir Meme Muayenesi Yaptırmak | 2,924 | 1,337 | 0,134 | 2,187 | 0,029 | 0,293 | 5,555 |
| Ücretsiz Kanser Tarama Testlerini Bilmek | 0,751 | 0,939 | 0,043 | 0,800 | 0,424 | -1,096 | 2,598 |
| Daha Önce Kanser Taraması Yaptırmak | 1,275 | 0,962 | 0,073 | 1,325 | 0,186 | -0,618 | 3,168 |
| Kanser Taraması Hatırlatma Yapılmasını İstemek | 6,153 | 1,103 | 0,292 | 5,576 | 0,000 | 3,982 | 8,324 |
| *Bağımlı Değişken=Kanser Taramalarına Yönelik Tutum, $R=0,364$; $R^2=0,119$; $F=9,703$; $p=0,000$ | | | | | | | |

Çizelge 4.11’de kadercilik eğilimi üzerinde etkili olduğu saptanan değişkenler çok değişkenli regresyon analizi ile incelenmiştir. Model genel olarak anlamlı bulunmuştur ($R = 0,234$; $R^2 = 0,040$; $F = 3,675$; $p = 0,003$), ancak bağımsız değişkenler kadercilik eğilimi toplam puanındaki varyansın yalnızca %4’ünü açıklamaktadır.

Analize göre, bekar olmak kadercilik eğilimi üzerinde anlamlı ve negatif bir etkiye sahiptir ($B = -4,854$, $p = 0,013$). Bu sonuç, bekar katılımcıların kadercilik eğilimi puanının evli olanlara göre daha düşük olduğunu göstermektedir.

Ev hanımı olmak kadercilik eğilimi üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkiye sahiptir ($B = 4,952$, $p = 0,004$), yani ev hanımı olan katılımcılar, çalışanlara kıyasla daha yüksek kadercilik eğilimi puanına sahiptir. Ancak, emekli olmanın kadercilik eğilimi üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ($p = 0,110$). Ayrıca, ücretsiz kanser

tarama testlerinin yapıldığını bilmek kadercilik eğilimi üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir ve bu etkinin negatif yönde olduğu görülmektedir ($B = -3,242$, $p = 0,047$). Bu bulgu ücretsiz kanser tarama testlerinin yapıldığını bilen katılımcıların kadercilik eğilimlerinin daha düşük olduğunu göstermektedir.

Diğer değişkenler arasında olan yılda bir düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumu ise anlamlı bir etki göstermemiştir ($p = 0,985$).

Bu bulgular, kadercilik eğilimi üzerinde en güçlü etkiye sahip değişkenlerin medeni durum, ev hanımı olma durumu ve ücretsiz kanser tarama testlerini bilme olduğunu göstermektedir (Çizelge 4.11).

Çizelge 4.11: Kadercilik Eğilimi Üzerine Etki Eden Değişkenler

| Bağımsız Değişken | Standart Edilmemiş Katsayılar | | Standart Edilmiş Katsayılar | t | p | %95 Güven Aralığı | |
|--|-------------------------------|-------|-----------------------------|--------|--------------|-------------------|--------|
| | B | SE | β | | | Alt | Üst |
| Sabit | 72,227 | 2,060 | | 35,062 | 0,000 | 68,174 | 76,280 |
| Bekar Olmak (Ref: Evli) | -4,854 | 1,936 | -0,138 | -2,507 | 0,013 | -8,664 | -1,044 |
| Çalışma Durumu (Ref: Çalışan) | | | | | | | |
| Ev Hanımı Olmak | 4,952 | 1,716 | 0,172 | 2,885 | 0,004 | 1,575 | 8,329 |
| Emekli | 4,087 | 2,553 | 0,094 | 1,601 | 0,110 | -0,936 | 9,109 |
| Yılda Bir Düzenli Sağlık Kontrolü Yaptırmak | 0,031 | 1,657 | 0,001 | 0,019 | 0,985 | -3,229 | 3,290 |
| Ücretsiz Kanser Tarama Testleri Yapıldığını Bilmek | -3,242 | 1,627 | -0,112 | -1,992 | 0,047 | -6,443 | -0,040 |
| *Bağımlı Değişken=Kadercilik Eğilimi Toplam, $R=0,234$; $R^2=0,040$; $F=3,675$; $p=0,003$ | | | | | | | |

5. TARTIŞMA

Bu bölümde çalışmadan elde edilen bulgular ilgili literatür doğrultusunda tartışıldı.

Katılımcıların tarama uygulamalarına yönelik verileri incelendiğinde; %47,8'inin kanser taramalarını bildiği, %56,5'inin daha önce tarama yaptırdığı, %57,7'sinin aylık düzenli KKMM yaptığı, %52,5'inin PAP Smear testini, %13,1'inin gaitada gizli kan testini ve %14,2'sinin kolonoskopi, %58,5'inin mamografi yaptırdığı saptandı ($p<0,05$).

Aile hekimliğine başvuranların kanser taramalarına yönelik uygulamalarını inceleyen bir çalışmada, katılanların %72,2'sinin kanser taramaları hakkında bilgisi sahibi olduğu, %6,1'i düzenli aralıklarla kanser taramasını yaptırdığı saptanmıştır ($p<0,05$). Aynı çalışmada kadınların %31,8'i smear testini yaptırdığı, %50,8'i KKMM yaptığı belirlenmiştir. Çalışmaya katılanların %10,0'ı gaitada gizli kan testini, %4,3'ünün kolonoskopi yaptırdığı saptanmıştır ($p<0,05$) (Özsöyler, Çapar ve Keser, 2023). Bu çalışmada kanser taramalarını bilme durumu bizim çalışmamızdan yüksek ancak tarama yaptırma durumu düşüktür. Yapılan tarama testleri oranları ise çalışma bulgularımıza benzerdir. Şahin ve ark. (2015) çalışmasında katılımcıların kolorektal kanser tarama testlerini yaptırma oranı (%11,9) çalışma bulgumuza benzer şekilde düşük bulunmuştur. Tekpınar ve ark. (2018) çalışmasında katılımcıların %76,6'sının daha önce hiçbir kanser taraması yaptırmadığı, %23,4'ünün en az bir kez kanser taraması yaptırdığı saptanmıştır ($p<0,05$) (Tekpınar, Özen ve Aşık, 2018). Bulgu çalışma sonucumuzdan düşüktür.

Literatürde kanser tarama uygulamalarına yönelik elde edilen farklı sonuçların çalışma metodolojisi, çalışılan kitle ve bölge gibi faktörlere bağlı olabileceği düşünüldü.

Katılımcıların kanser taramalarına yönelik tutumları incelendiğinde; KTYTÖ puanların ortalamasının $67,61\pm 8,686$ olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bu çalışmada KTYTÖ kısa formu kullanmış olup ölçekten alınabilecek en yüksek puan

75'tir. Bu doğrultuda, araştırmaya katılan kadınların kanser taramalarına yönelik 'olumlu' tutumlarının olduğu söylenebilir. Literatürde Uysal ve Toprak (2022)'in KTYTÖ kısa form ile yaptığı çalışmada kadınların kanser tarama tutum puan ortalamasının 65.19 ± 8.45 ile çalışma bulgumuza benzer olduğu saptanmıştır. KTYTÖ uzun formundan alınabilecek en yüksek puan 120'dir. Bu form ile yapılan çalışmalar incelendiğinde; Ayyıldız ve Evcimen (2024)'in bir aile sağlığı merkezine kayıtlı kadınlar ile yaptığı çalışmada katılımcıların kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği puan ortalaması $88,82 \pm 15,78$ bulunmuştur. Sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada kanser tarama tutumu puan ortalaması 99.93 ± 13.89 olarak bulunmuştur (Akmeşe ve Altunbaş, 2023). Belediye çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların tutum ölçeğinden aldıkları puanların medyanı 92,0 bulunmuştur (Bağcı, Aksungur ve Ödemir, 2024). İsviçre'de farklı bir tutum ölçeği ile yapılan bir çalışmada da bulgumuza benzer şekilde kanser taramasına karşı genel olarak olumlu bir tutum olduğu saptanmıştır (Cullati, Charvet-Bérard ve Perneger, 2009). Erkal (2022)'in 1059 katılımcı ile yaptığı çalışmada kanser taramasına yönelik tutum puanının ortalaması $94,57 \pm 18,39$ 'dur. Literatür çalışma bulgumuzu desteklemektedir.

Katılımcıların kadercilik eğilimleri incelendiğinde; kadercilik eğilimi ölçeği toplam puan ortalaması $69,82 \pm 14,45$ bulunmuştur. Ölçeğin "önceden belirlenmişlik" alt boyut puan ortalamasının $24,96 \pm 7,081$, "kişisel kontrol" puan ortalamasının $20,79 \pm 5,17$, "batıl inan" alt boyut puan ortalamasının $13,201 \pm 5,512$ ve "şans" alt boyut puan ortalamasının $10,864 \pm 3,414$ olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Ölçek için bir kesme noktası belirlenmemiş olup, alınabilecek toplam en yüksek puan 120, en düşük puan ise 27'dir. Alınan puanın yüksek olması kadercilik eğiliminin yüksek olduğunu göstermektedir. Buna göre katılımcıların kadercilik eğilimlerinin ortalamanın üstünde olduğu görülmektedir.

Ayyıldız ve Evcimen (2024) çalışmada katılımcıların orta düzeyde kadercilik eğilimine sahip olduğu belirtilmiştir. Akmeşe ve Altunbaş (2023) sağlık çalışanları ile yaptığı araştırmada kadercilik eğilimi ölçeği toplam puan ortalaması 65.25 ± 12.96 bulunmuştur. Alt boyutlara ait puan ortalamaları ise; önceden belirlenmişlik 25.32 ± 6.89 , kişisel kontrol 14.76 ± 5.62 , batıl inanç 14.17 ± 5.62 , şans 11.0 ± 3.39 olarak saptanmıştır ($p < 0,05$). Bu bulgu çalışmamıza benzerdir. Kadercilik eğiliminin sağlık çalışanlarında genel popülasyona benzer çıkması dikkat çekicidir.

Kanser taramalarına yönelik tutumlar ile kadercilik eğilimi arasındaki ilişki incelendiğinde; ölçek toplam puanları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki tespit edilmiş olsa da bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Ersin ve Dedeoğlu (2020) çalışmasında meme kanseri ve erken tanı davranışları ile meme kanseri kadercilik ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Bakır'ın (2022) çalışmasında kadercilik algısı yüksek olanların KMM yaptırmadığı ancak kadercilik algısının mamografi çekirtmeyi etkilemediği saptanmıştır ($p<0,05$). Literatür çalışma bulgumuzu desteklemektedir. Altunbaş (2022)'in çalışmasında da katılımcıların kanser taramalarına yönelik tutumları ile kadercilik eğilimleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Amerika'da yapılan çalışmada kadercilik inancıyla kanser taraması gibi sağlıklı davranışlara karşı tutum arasında ters kolerasyon olduğu sonucuna varmışlardır (Crosby ve Collins 2017). Altıntaş ve ark. (2017) yaptığı çalışmada kanser taramalarına yönelik tutum ile kadercilik inancı arasında ters yönde bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayyıldız ve Evcimen (2024) kadınların sağlık kaderciliği algıları arttıkça kanser taramalarına yönelik tutumları azaldığını saptamıştır ($p<0,05$). Elde edilen farklı sonuçlar çalışmaların farklı metodoloji ile yapılmış olması ile ilgili olabilir.

KTYTÖ üzerinde etkili olan değişkenler incelendiğinde; ölçeğin toplam puan ortalamasının sosyodemografik değişkenlere göre anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$). Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde bazı çalışmalarda çalışmamıza benzer değişkenler ile tarama tutumları arasında ilişki bulunmazken bazılarında ise sosyodemografik değişkenlerin çalışmamızdan farklı olarak tarama tutumları üzerinde etkili olduğu saptanmıştır.

Öztürk ve ark. (2019) çalışmasında medeni durum, gelir düzeyi, sağlık güvencesinin olması, alkol kullanımı, kronik hastalık varlığı ve bir yakınının daha önce kanser tanısı almış olması ile kanser taramalarına yönelik tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, yaş, cinsiyet, eğitim, sigara kullanımı, kanser teşhisi almış olma değişkenlerinde anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Uysal ve Toprak (2022) çalışmasında kanser tarama tutumu ile medeni durum, eğitim durumu, sağlık eğitimi alma durumu, kronik hastalığın olması, ailede kanser öyküsü olması ile kanser tutum ölçeği ortalama puanlarının anlamlı farklılık göstermediği

bulunmuştur. Tsegay ve ark. (2021) çalışmasında katılımcıların %53,3'ünün serviks kanseri taramasına yönelik olumlu tutum sergilediği, eğitim düzeyi ve bilginin tarama tutumunu etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmamızda yaş grupları açısından tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Uysal ve Toprak (2022)'in 248 kadın üzerinde yaptığı çalışmada da benzer bir sonuca varılmıştır. Yapılan bir başka çalışmada ise ileri yaşın tutum üzerinde olumlu etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Cullati, Charvet-Bérard, Perneger, 2009).

Bekar olan katılımcıların ortalama tutum puanı evlilere göre daha yüksek bulunmuş olsa da, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Erkal (2022) yaptığı tanımlayıcı ve kesitsel nitelikli çalışmada da bekar olanların daha olumlu bir tutuma sahip olduğu bulunmuştur. Ayyıldız ve Evcimen (2024) yaptığı çalışmada medeni durum ile kanser taramalarına yönelik tutum arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Araştırmamızda katılımcıların eğitim düzeyi ile kanser taramalarına yönelik tutumları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ankara Şehir Hastanesinde yapılan çalışmada eğitim düzeyi ile tarama tutumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Durmuş, 2022). Uğur ve ark. (2019) çalışmasında da eğitim durumu ile tarama tutumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak literatürde belirli kanser türlerine yönelik yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi ile tutum arasında ilişki saptandığı görülmektedir. El Asmar ve ark. (2018) meme kanseri taramalarına yönelik tutumu inceleyen çalışmasında eğitim seviyesi arttıkça olumlu tutumda artış olduğu gözlemlenmiştir. Chali ve ark. (2021) yaptığı 420 kişinin katılım sağladığı çalışmada da bizim çalışmamızdan farklı olarak eğitim seviyesi yükseldikçe serviks kanseri taramasına yönelik olumlu tutumda artış olduğu sonucuna varılmıştır.

Çalışmamızda kronik hastalık varlığına göre tutum puanlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Uysal ve Toprak (2022)'in çalışmasında da kronik hastalık varlığıyla tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış olsa da kronik hastalığa sahip kişilerin kanser taramalarına yönelik tutumlarının daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Sunulan çalışmada kendisinde ve ailesinde kanser öyküsü olma durumu ile tarama tutumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Literatür çalışma

bulgumuzdan farklıdır. Kaya ve ark. (2017) 586 sağlık çalışanı üzerinde yapmış olduğu çalışmada kendisi ya da bir yakınının kanser tanısı almış olma durumunun tarama testi yaptırma oranını arttırdığı sonucuna ulaşmışlardır. Tekpınar ve ark. (2018) 752 kadın üzerinde yapmış olduğu çalışmada ailesinde kanser tanısı almış bireyin taramalara yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu sonucuna varılmıştır. Bir aile sağlığı merkezinde yapılan çalışmada kanser tanısı almış yakını bulunan kadınların kanser tanısı almış yakını bulunmayanlara göre kanser taramalarına yönelik tutumlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Ayyıldız ve Evcimen, 2024). İsviçre’de yapılan çalışmada kendisinde kanser öyküsü bulunan katılımcıların taramalara karşı daha olumlu bir tutuma sahip olduğu sonucuna varılmıştır (Cullati, Charvet-Bérard, Perneger, 2009).

Çalışmamızda daha önce kanser taraması yaptırmış olan, yıllık düzenli KMM yaptıran ve son bir yıl içinde kanser taraması yaptırmış olan katılımcıların tarama tutum puanlarının, yaptırmamış olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). 564 sağlık çalışanıyla gerçekleştirilen bir çalışmada daha önce KMM yaptıran katılımcıların tutumlarının yaptırmayanlara göre daha iyi olduğu sonucuna varılmıştır (Kaya ve ark., 2017). Uysal ve Toprak (2022) ’ın yapmış olduğu çalışmada daha önce kanser taraması yaptırmış olan katılımcıların daha olumlu bir tarama tutumuna sahip olduğu sonucu elde edilmiştir. Kütahya’da hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada kanser tarama testlerinden herhangi birini yaptırmış olanların kanser tarama tutumlarının yaptırmayanlara göre daha olumlu olduğu bulunmuştur (Akmeşe ve Altunbaş, 2023). Ankara’da KETEM merkezine başvuran 332 kadın üzerinde yapılan çalışmada kanser tarama testlerine katılım sağlayan kadınların kanser taramalarına yönelik tutumları hiç kanser taraması yaptırmamış olanlara göre yüksek bulunmuştur (Çaman, Bilir, Özcebe, 2014). 19 makalenin incelendiği bir sistematik derlemede coğrafi bölge, kişisel meme hastalığı öyküsü, geçmişte tarama davranışları, fiziksel muayene ve meme muayenesi için tıbbi uzmanların/ekipmanın mevcudiyeti meme kanseri taramasına katılımı ilişkilendirilmiştir (Wu ve ark., 2019). Literatür çalışma bulgumuzu desteklemektedir.

Katılımcılardan ücretsiz kanser taramalarını bilen, son bir yıl içerisinde tarama yaptırmış olan ve taramaların hatırlatılmasını isteyenlerin tarama tutumları yüksek bulunmuştur. Uysal ve Toprak (2022)’in çalışmasında kanser taramalarını

bilen katılımcıların tarama tutum ölçeğinden aldıkları puan daha yüksek bulunmuştur. Konu hakkında bilgi sahibi olmanın tarama tutumlarını olumlu yönde etkilediği görülmektedir.

KTYTÖ puanları üzerinde etkili olduğu saptanan değişkenlerle yapılan regresyon analizine; KMM yaptırma ve kanser taraması için hatırlatma yapılmasını isteme değişkenlerinin tarama tutumu üzerinde pozitif bir etkiye sahip olduğu, değişkenlerin kanser taramasına yönelik tutum puanlarındaki varyansın %11,9'unu açıkladığı saptanmıştır (Çizelge 4.10).

Katılımcıların kadercilik eğilimleri üzerinde etkili olan değişkenler incelendiğinde; yaşa göre kadercilik eğilimi ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. İleri yaş grubuna dahil olan kişilerin daha genç gruplara göre 'Önceden Belirlenmişlik' alt boyutundan aldıkları puanların daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bobov ve Çapık (2020)'in yaptığı çalışmada yaş ilerledikçe kadercilik eğiliminde artış olduğu sonucuna ulaşmıştır. Orhan (2017) çalışmasında ileri yaş grubunun kadercilik eğilimlerinin daha fazla olduğunu bulunmuştur. Bulduk ve Can (2024) yaptığı çalışmada ileri yaş gruplarında kadercilik inancının daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır. Hong Kong'da 60 yaş ve üzeri kadınların katılımıyla gerçekleştirilen çalışmada yaş artmasıyla kadercilik inanışlarında da artış gözlemlenmiştir (Leung, Chow ve Wong, 2017). Literatür çalışma bulgumuzu destekler niteliktedir.

Çalışmamıza katılan kadınların eğitim seviyesi ile kadercilik eğilimi ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Eğitim seviyesi azaldıkça kadercilik eğilimleri toplam ve önceden belirlenmişlik alt boyut puan ortalamalarının arttığı tespit edilmiştir. Powe ve ark. (2006) yaptığı çalışmada eğitim seviyesi azaldıkça kadercilik eğiliminde artış olduğunu saptamıştır ($p<0,05$). 138 hemşirenin katılımıyla gerçekleştirilen çalışmada eğitim seviyesi daha düşük olan katılımcıların daha kaderci bir inancıya sahip olduğu sonucuna ulaşmışlardır (Bingöl ve ark., 2024). Orhan (2017)'in yaptığı çalışmada elde edilen verilerde bizim çalışmamızı destekler niteliktedir. Amerika'da 390 kadının katılımıyla gerçekleştirilen çalışmada lise ve altı eğitim düzeyine sahip kadınların kadercilik eğilimleri lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanlara göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur (Keller, Toriola ve Schneider, 2021). 500 kişi üzerinde yapılan çalışmada da okuma yazma bilmeyen kişilerin daha kaderci olduğu saptanmıştır

($p<0,05$) (Bobov ve apık, 2020). Literatürde yapılan çalışmaların genel olarak bizim çalışmamızı destekler nitelikte olduğu sonucuna varılmıştır.

Çalışmamıza katılan bireylerden evli olanların kadercilik eğilimi toplam puanları bekar olanlara göre daha yüksek özellikle ‘şans’ alt boyutu çok daha yüksek bulunmuştur. Bobov ve apık (2020) yaptığı çalışmada bizim çalışmamızı destekler nitelikte olup evli katılımcıların bekar katılımcılara göre daha kaderci olduğu sonucuna varılmıştır. ABD’de yapılan bir çalışmada da evli katılımcıların kadercilik inanışlarının daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır (Niederdeppe ve Levy, 2007). Orhan (2017) alışmasında evli bireylerin bekar bireylere göre daha fazla kadercilik eğilimi gösterdiklerini belirlemiştir.

Katılımcılardan sigara kullananların kadercilik eğilimi leği şans alt boyutu puanının anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). ABD’de yeni akciğer veya kolorektal kanseri tanısı almış olan bireyler ile yapılan çalışmada sigara içen katılımcıların kadercilik eğilimleri sigara içmeyen katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (Lyratzopoulos ve ark., 2015). Hall ve Vos (2019) alışmasında da sigara içen bireylerin içmeyen bireylere göre daha kaderci olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Literatür bulgumuzu destekler niteliktedir.

Yaptığımız çalışmada ev hanımı olan katılımcıların kadercilik eğilimi leği toplam puanları ile önceden belirlenmişlik alt boyut puan ortalamalarının anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur. Bobov ve aman (2020)’nın çalışmasında da ev hanımı olan katılımcıların daha kaderci olduğu sonucuna ulaşılmıştır. 700 kişinin katılımıyla yapılan çalışmada, çalışan bireylerin daha az kaderci inanişa sahip olduğu bulunmuştur (Orhan, 2017). Literatür bulgumuzu desteklemektedir.

Çalışmamızda kronik hastalığı bulunan katılımcıların daha kaderci bir eğilime sahip olduğu, özellikle de ‘nceden Belirlenmişlik’ alt boyutunda anlamlı bir farklılık grlmştir. Bobov ve aman (2020) alışmasında çalışmamıza benzer şekilde kronik hastalığı olan katılımcıların kadercilik puanları daha yüksek bulunmuştur.

Sunulan çalışmada katılımcılardan olumlu tarama davranışları olanların (yıllık KMM yaptıran, aylık düzenli KKMM yapan, son bir yıl içinde tarama yaptıran, ücretsiz tarama testlerini bilen ve tarama yapılmasını hatırlatılmasını isteyen) kadercilik eğilimlerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Selvi (2019) alışmasında

KKMM yapan ve mamografi çektiren kadınların kadercilik eğilimlerinin daha düşük olduğunu bulmuştur. Bakır (2022)'ın çalışmasında kadercilik algısı yüksek olanların KMM yaptırmadığı saptanmıştır ($p<0,05$). ABD'de Latin kökenli kadınlar üzerinde yapılan çalışmada daha önce mamografi çektiren kadınların düşük kadercilik eğilimine sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Teran ve ark., 2007). ABD'de yapılan çalışmada kadercilik inancının artması ile kanser tarama davranışının azaldığı sonucuna varmışlardır (Crosby ve Collinsi, 2017). Ayyıldız ve Evcimen (2024) kadınların sağlık kaderciliği algıları arttıkça kanser taramalarına yönelik tutumlarının azaldığı bulunmuştur. Literatür çalışma bulgularımızı destekler niteliktedir. Ersin ve Dedeoğlu (2020) çalışmasında ise bizim bulgumuzdan farklı olarak meme kanseri tarama davranışları ile meme kanseri kadercilik ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Kadercilik eğilimi ölçeği puanları üzerinde etkili olduğu saptanan değişkenlerle yapılan regresyon analizine; kadercilik eğilimi ile bekar olma ve tarama testlerinin hatırlatılmasını isteme değişkenleri arasında negatif ilişki, ev hanımı olma değişkeni ile ise pozitif ilişki olduğu ancak bu değişkenlerin kadercilik eğilimi toplam puanındaki varyansın yalnızca %4'ünü açıkladığı saptanmıştır (Çizelge 4.12).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Katılımcıların kanser tarama tutumlarının olumlu olduğu, kadercilik eğilimi ile kanser tarama tutumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ve bazı değişkenlerin tarama tutumları ve kadercilik eğilimleri üzerinde etkili olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Katılımcıların;

- Yaş ortalamasının $45,8\pm 10,283$ olduğu, %78,4'ünün bekar, %48,8'i ev hanımı, ağırlıklı olarak (%34,0) lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu belirlendi.
- Kanser taramalarına yönelik uygulamalar incelendiğinde; %80,2'sinin KMM olmadığı, %31,8'inin KKMM yapmadığı ve %10,5'inin KKMM yapmayı bilmediği belirlendi. Katılımcıların % 43,8'inin ücretsiz kanser taramalarını bilmediği ve % 43,5'inin daha önce herhangi bir kanser taraması yaptırmadığı saptandı. Yaptırılan taramaların sırasıyla %58,5 oranıyla mamografi, %52,5 oranıyla HPV smear, %35,5 oranıyla ultrasonografi, %21,9 oranıyla endoskopi, %14,2 oranıyla kolonoskopi ve %13,1 oranıyla gaitada gizli kan olduğu belirlendi.
- KTYTÖ toplam puan ortalamasının 67,608 olduğu,
- Kadercilik eğilimi toplam puan ortalamasının 69,815 olduğu, 'Önceden Belirlenmişlik' alt boyutunun ortalamasının 29,960 olduğu, 'Kişisel Kontrol' alt boyutunun ortalamasının 20,790 olduğu, 'Batıl İnanç' alt boyutunun ortalamasının 13,201 olduğu, 'Şans' alt boyutunun ortalamasının 10,864 olduğu,
- Kanser taramalarına yönelik tutum ile kadercilik eğilimi ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı,
- Sosyodemografik değişkenlerin tarama tutumu üzerinde anlamlı etkisinin olmadığı,

- Yıllık düzenli sağlık kontrolü yaptırma, KMM yaptırma, ücretsiz kanser tarama testlerini bilme, daha önce kanser taraması yaptırmış olma, taramaların hatırlatılmasını isteme değişkenlerinin kanser tarama tutumu üzerinde anlamlı etkisi olduğu ($p<0.05$),
- İleri yaş, evli olmak, düşük eğitim seviyesi, ev hanımı olmak, sigara kullanmak, kronik hastalığının olması kadercilik eğilimini arttırırken düzenli KKMM yapmak, KMM yaptırmak ve ücretsiz kanser tarama testleri yapıldığını bilmek kadercilik eğilimini azalttığı, ($p<0,05$).
- KTYTÖ puanları üzerinde etkili olduğu saptanan değişkenlerle yapılan regresyon analizine; yılda bir meme muayenesi yaptırma ve kanser taraması için hatırlatma yapılmasını isteme değişkenlerinin tarama tutumu üzerinde pozitif bir etkiye sahip olduğu, değişkenlerin kanser taramasına yönelik tutum puanlarındaki varyansın %11,9'unu açıkladığı,
- Kadercilik eğilimi puanları üzerinde etkili olduğu saptanan değişkenlerle yapılan regresyon analizine; bekar olma ve ücretsiz tarama testlerinin yapıldığını bilme değişkenleri arasında negatif ilişki, ev hanımı olma değişkeni ile ise pozitif ilişki olduğu ancak bu değişkenlerin kadercilik eğilimi toplam puanındaki varyansın %4'ünü açıkladığı saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda; katılımcıların kanser taramalarına yönelik tutumlarının olumlu olduğu söylenebilir. Farkındalık yüksek olmasına ve katılımcılardan uygun yaş grubunda olmasına rağmen kanser taramalarını yaptırmadığı görülmektedir. Kanser taramaları farkındalığı yüksek olsa da bu farkındalığın uygulamaya dönüştürülmesine engel olan etmenlerin araştırılması gerekmektedir. *Bu nedenle çalışmanın yapıldığı ASM'de;*

- Kayıtlı nüfusun tarama durumu bir excel tablosuna geçirilebilir. Farklı nedenlerle ASM'ye başvuranların tarama durumu bu tablodan kontrol edilerek gerekli hatırlatmalar yapılabilir.
- Hiç tarama yaptırmamış olanlar ve yeni tarama zamanı gelmiş olanlar belirlenip bunlara yönelik planlı müdahaleler yapılabilir.
- Gruplar halinde KMMM eğitimleri planlanabilir.

- Kolon kanseri aramasına yönelik uygulamaların diğer taramalara göre çok düşük olması nedeniyle bu konuda farkındalık yaratacak düzenlemeler yapılabilir.

Katılımcıların yaklaşık yarısı ücretsiz kanser taramalarını bilmediğinden bu konuda farkındalık yaratacak müdahaleler planlanabilir. KETEM’lerde yaptırılacak olan taramaların çoğunlukla kamu hastanelerinde yaptırılması 2. basamağın yükünü gereksiz şekilde arttıran bir durumdur. KETEM’i bilme oranının çok düşük olması üzerinde düşünülmesi gereken bir konudur. Bu sonuç ulusal kanser tarama programı içinde yer alan ilgili birimleri ile paylaşılarak ortak müdahaleler planlanabilir.

Kanser taramalarında farkındalığı ve uygulamayı arttırmaya yönelik İl Sağlık Müdürlükleri, TSM, ASM ve KETEM tarafından toplumu bilgilendirici ve eğitici faaliyetlerin artırılması gerektiği düşünülmektedir.

Katılımcıların büyük çoğunluğunun taramaların hatırlatılmasını istemesi önemli bir bulgudur. Bununla ilgili kaynak yaratmak için gerek birim gerekse üst birimler ile çalışılabilir.

Yerel yönetimler ile tarama programlarına katılımı arttıracak ortak çalışmalar planlanabilir.

Elde edilen veriler bağlı bulunulan İl ve İlçe Sağlık Müdürlüğü ile paylaşılarak tarama oranlarını iyileştirecek düzenlemeler birlikte planlanabilir.

Toplumun kanser taramalarına yönelik tutum ve davranışlarını anlamak ve taramaların önündeki engelleri belirlemek için daha ileri seviyede çalışmalar yapılabilir ve bu çalışmalar sonucunda elde edilen verilere uygun ulusal politika ve stratejiler oluşturulabilir.

KAYNAKLAR

- Açıkgöz, A., & Yıldız, E. A. (2017). Meme kanseri etiyolojisi ve risk faktörleri. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 5(1), 45-56.
- 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.
- Akdeniz, M., & Kavukçu, E. (2017). Dördüncül Koruma: Önce zarar verme. *Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 21(2), 74-81. doi: 10.15511/tahd.17.00274
- Akmeşe, N. B., & Altunbaş, K. (2023). Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki Hemşirelerin Kanser Taramalarına Yönelik Tutumları ve Kadercilik Eğilimleri. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 5(3), 271-285
- Albayrak, A., & Atan, B. A. (2019). Hükümlülerde kader ve kadercilik. *Kader*, 17(1), 124-152. <https://doi.org/10.18317/kaderdergi.544062>
- Al-Hammadi, F. A., Al-Tahri, F., Al-Ali, A., Nair, S. C., & Abdulrahman, M. (2017). Limited understanding of pap smear testing among women, a barrier to cervical cancer screening in the United Arab Emirates. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 18(12), 3379.
- Alkan, A. D., & Kurnaz, S. (2022). Üniversite öğrencilerinin akademik umutsuzluk ve kadercilik eğilimi düzeylerinin belirlenmesi üzerine bir araştırma. *Selçuk Üniversitesi Akşehir Meslek Yüksekokulu Sosyal Bilimler Dergisi*, (13), 45-54.
- Allaire, B. T., Ekwueme, D. U., Guy Jr, G. P., Li, C., Tangka, F. K., Trivers, K. F., ... & Trogdon, J. G. (2016). Medical care costs of breast cancer in privately insured women aged 18–44 years. *American Journal of Preventive Medicine*, 50(2), 270-277. doi: 10.1016/j.amepre.2015.08.035.
- Altıntaş, H. K., & Aslan, G. K. (2020). Kadınların meme ve serviks kanserinin erken tanısına yönelik sağlık inançlarının değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 7(3), 249-261.
- Altıntaş, H. K., Ayyıldız, T. K., Veren, F., & Topan, A. K. (2017). The effect of breast cancer fatalism on breast cancer awareness among Turkish women. *Journal of Religion and Health*, 56, 1537-1552.
- Altun, Y. (2020). Kadınların kanser taramalarına katılımını etkileyen faktörler. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 14(2), 210-215.
- Altunbaş, K. (2022). *Bir Eğitim Araştırma Hastanesindeki Hemşirelerin Kanser Taramalarına Yönelik Tutumları ve Kadercilik Eğilimleri*. (Yüksek lisans Tezi). Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kütahya.

- Anand, P., Kunnumakara, A.B., Sundaram, C., Harikumar, K.B., Tharakan, S.T., Lai, O.S., ... & Aggarwal, B.B.** (2008). Cancer is a preventable disease that requires major lifestyle changes. *Pharmaceutical Research*, 25(9), 2097-2116.
- Aref-Adib, M., & Freeman-Wang, T.** (2016). Cervical cancer prevention and screening: the role of human papillomavirus testing. *Obstetrician & Gynaecologist*, 18(4).
- Arı, Ö., & Kılıç, M.** (2022). Erzurum'da Bir Aile Sağlığı Merkezi'ne Kayıtlı Kadınların Kanser Tutumları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 16(3), 559-573.
- Aschebrook-Kilfoy, B., Shu, X. O., Gao, Y. T., Ji, B. T., Yang, G., Li, H. L., ... & Ward, M. H.** (2013). Thyroid cancer risk and dietary nitrate and nitrite intake in the Shanghai women's health study. *International Journal of Cancer*, 132(4), 897-904.
- Aslantekin, F., Erdem, R., Aslan, G., & Göktaş, B.** (2005). Hastane çalışanlarının toplumsal kültürel özellikleri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(2), 149-164.
- Assoumou, S. Z., Mabika, B. M., Mbiguino, A. N., Mouallif, M., Khattabi, A., & Ennaji, M. M.** (2015). Awareness and knowledge regarding of cervical cancer, Pap smear screening and human papillomavirus infection in Gabonese women. *BMC Women's Health*, 15, 1-7.
- Aydın, C.** (2019). Kader inancının savunma mekanizması ve dini başa çıkma kavramları açısından değerlendirilmesi. *Hitit Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 18(35), 101-122.
- Aydoğdu, S. G. M., & Özsoy, Ü.** (2018). Serviks kanseri ve HPV. *Androl Bul*, 20, 25-29.
- Aytepe, U. E., & Donmez, E.** (2022). Türkiye'de Kolorektal Kanser Tarama Davranışları, Etkileyen Faktörler ve Taramaya Katılmama Nedenleri: Sistemik Derleme. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 4(1), 56-76.
- Ayyıldız, N. İ., & Evcimen, H.** (2024). Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Kadınların Kanser Tarama Tutumlarının Kadercilik ile İlişkinin İncelenmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 18(3), 364-370.
- Babaç, M., Ekinci, M., & Derya, İ. Ö.** (2023). Kanser tanısı ve tedavisinde kullanılan monoklonal antikörler. *Journal of Faculty of Pharmacy of Ankara University*, 47(1), 295-310. doi: 10.33483/jfpau.1196392
- Babaoğlu, A., Büyüközmen, E., & Fatma, C. A. N.** (2021). İzmir'de toplumda kanser tarama testleri farkındalığı ve bireylerin kanser tarama testlerine katılımını etkileyen faktörler. *Batı Karadeniz Tıp Dergisi*, 5(2), 173-181. doi: 10.29058/mjwbs.853692
- Babuş, S., Eser, E.** (2017). Manisa'da seçilmiş iki bölgede meme kanseri ve erken tanı yöntemleri açısından bilgi, tutum ve davranış araştırması. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 26(6), 221-230.

- Baena, R., & Salinas, P.** (2015). Diet and colorectal cancer. *Maturitas*, 80(3), 258-264.
- Bağcı, H. H., Aksungur, A., & Özdemirkan, T.** (2024). Knowledge, attitudes and behavior towards cancer screening: municipal employees example. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 41(1), 166-171.
- Bakır, G.** (2022). *Kadınların Meme Kanseri Korkusu, Kadercilik Algısı ve Seçilmiş Faktörlerin Erken Tanı Davranışlarına Etkisi.* (Yüksek lisans Tezi). İzmir Ekonomi Üniversitesi, İzmir.
- Balas, N., Yun, H., Jaeger, B. C., Aung, M., & Jolly, P. E.** (2020). Factors associated with breast cancer screening behaviors in a sample of Jamaican women in 2013. *Women & health*, 60(9), 1032-1039.
- Bayrak, U., Gram, E., Mengeş, E., Okumuş, Z. G., Sayar, H. C., Skrijelj, E., ... & Ellidokuz, H.** (2010). Üniversite öğrencilerinin sağlıkla ilgili alışkanlıklar ve kanser konusundaki bilgi ve tutumları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 24(3), 95-104.
- Befort, C. A., Nazir, N., Engelman, K., & Choi, W.** (2013). Fatalistic cancer beliefs and information sources among rural and urban adults in the USA. *Journal of Cancer Education*, 28, 521-526
- Bekar, M., Evcili, F., & Bilgin, İ.** (2020). Yatılı Bölge Lisesi Kız Öğrencilerinin Kansere İlişkin Bilgileri ve Kanserden Korunma Davranışları. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (3), 400-406. <https://doi.org/10.31067/0.2020.286>
- Biçici, F.** (2016). Kaos teorisi, determinizm ve yeni bilim paradigması sürecinde sosyal bilimler ve turizm araştırmaları açısından önemi. *Turizm Akademik Dergisi*, 3(1), 29-38.
- Bingöl, N., Yıldız, E., Karamanlı, H. Y., & Üstündağ, Ş.** (2024). Hemşirelerin Sağlıkta Kadercilik İnancı ve Epilepsiye Yönelik Tutumlarının İncelenmesi. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 14(3), 638-646.
- Bobov, G., & Capik, C.** (2020). The reliability and validity of the religious health fatalism scale in Turkish language. *Journal of Religion and Health*, 59(2), 1080-1095.
- Botteri, E., Borroni, E., Sloan, E. K., Bagnardi, V., Bosetti, C., Peveri, G., ... & Lugo, A.** (2020). Smoking and colorectal cancer risk, overall and by molecular subtypes: a meta-analysis. *Official journal of the American College of Gastroenterology/ ACG*, 115(12), 1940-1949.
- Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Soerjomataram, I., & Jemal, A.** (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 74(3), 229-263.
- Brown, J. S., Amend, S. R., Austin, R. H., Gatenby, R. A., Hammarlund, E. U., & Pienta, K. J.** (2023). Updating the definition of cancer. *Molecular Cancer Research*, 21(11), 1142-1147.
- Bryazka, D., Reitsma, M. B., Griswold, M. G., Abate, K. H., Abbafati, C., Abbasi-Kangevari, M., ... & Diress, M.** (2022). Population-level risks

of alcohol consumption by amount, geography, age, sex, and year: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2020. *The Lancet*, 400(10347), 185-235.

- Bulduk, M., & Can, V.** (2024). Stigma perception and health fatalism in parents of children with epilepsy: A cross-sectional study. *Heliyon*, 10(15).
- Büyükokudan, U., & Avcı, K.** (2023). Dördüncül koruma ve aşırı medikalizasyon. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 17(4), 572-581. doi: 10.21763/tjfmmpc.1329929
- Byrne, S., Boyle, T., Ahmed, M., Lee, S. H., Benyamin, B., & Hyppönen, E.** (2023). Lifestyle, genetic risk and incidence of cancer: a prospective cohort study of 13 cancer types. *International Journal of Epidemiology*, 52(3), 817-826.
- Ceyhan, B., Atakır, K., & Özevci, G.** (2022). Türkiye'deki kadınların meme kanseri tarama yöntemlerine yönelik farkındalıklarının incelenmesi. *Dünya Sağlık ve Tabiat Bilimleri Dergisi*, 5(2), 123-133.
- Chali, K., Oljira, D., Sileshi, T., & Mekonnen, T.** (2021). Knowledge on cervical cancer, attitude toward its screening, and associated factors among reproductive age women in Metu Town, Ilu Aba Bor, South West Ethiopia, 2018: community-based cross-sectional study. *Cancer Reports*, 4(5), e1382.
- Christiansen, K., Buswell, L., & Fadelu, T.** (2023). A systematic review of patient education strategies for oncology patients in low-and middle-income countries. *The Oncologist*, 28(1), 2-11.
- Cobo-Cuenca, A. I., Laredo-Aguilera, J. A., Rodríguez-Borrego, M. A., Santacruz-Salas, E., & Carmona-Torres, J. M.** (2019). Temporal trends in fecal occult blood test: associated factors (2009–2017). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(12), 2120.
- Cohen J.** (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences. (2nd Ed.)*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Cohen, M.** (2022). Cancer fatalism: Attitudes toward screening and care. *Psychological Aspects of Cancer: A Guide to Emotional and Psychological Consequences of Cancer, Their Causes, and Their Management*, 301-318.
- Crosby, R. A., & Collins, T.** (2017). Correlates of community-based colorectal cancer screening in a rural population: the role of fatalism. *The Journal of Rural Health*, 33(4), 402-405.
- Cullati, S., Charvet-Bérard, A. I., & Perneger, T. V.** (2009). Cancer screening in a middle-aged general population: factors associated with practices and attitudes. *BMC Public Health*, 9, 1-11.
- Çaman, Ö. K., Bilir, N., & Özcebe, H.** (2014). Ailede kanser öyküsü ve algılanan kanser riski, kanserden korunma davranışları ile ilişkili mi. *Fırat Med J*, 19(2), 95-100.
- Çarkoğlu, A., & Kalaycıoğlu, E.** (2009). Türkiye'de dindarlık: uluslararası bir karşılaştırma. *Monograph. İstanbul Politikalar Merkezi*.

- Çevik, B. A., & Pirinçci, E. (2017). Beslenme ve Kanser. *Firat Tıp Dergisi*, 22(1).
- Dağ, İ. (2002). Kontrol Odağı Ölçeği (KOÖ): Ölçek geliştirme, güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*.
- David E. Nelson, Dwayne W. Jarman, Jürgen Rehm, Thomas K. Greenfield, Grégoire Rey, William C. Kerr, Paige Miller, Kevin D. Shield, Yu Ye, and Timothy S. Naimi. (2013). Alcohol-attributable cancer deaths and years of potential life lost in the United States. *American Journal of Public Health*, 103(4), 641-648.
- de Martel, C., Georges, D., Bray, F., Ferlay, J., & Clifford, G. M. (2020). Global burden of cancer attributable to infections in 2018: a worldwide incidence analysis. *The Lancet Global Health*, 8(2), e180-e190.
- Durmaz, S., Ozvuramaz, S., Adana, F., & Kurt, F. (2021). Kadınlarda serviks kanserinin tanısına ilişkin tutum ve düzenli jinekolojik muayene ilişkisinin kesitsel olarak değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(1), 26-36. doi: 10.46237/amusbfd.727999
- Durmuş N. (2022). *Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 18-70 Yaş Aralığındaki Kişilerin Kanser Taramalarına Yönelik Tutumu* (Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara.
- Ebell, M. H., Thai, T. N., & Royalty, K. J. (2018). Cancer screening recommendations: an international comparison of high income countries. *Public Health Reviews*, 39, 1-19. doi: 10.1186/s40985-018-0080-0
- El Asmar, M., Bechnak, A., Fares, J., Al Oweini, D., Alrazim, A., El Achkar, A., & Tamim, H. (2018). Knowledge, attitudes and practices regarding breast cancer amongst Lebanese females in Beirut. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 19(3), 625.
- Eren, O. Ö. (2017). Kanser taramaları ve kanserden korunma. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 9(2), 7-14.
- Erkal, E. (2022). Determining individuals' attitudes toward Cancer Screening and their influential factors. *Makara Journal Health Research*, 26(2):111-117. doi: 10.7454/msk.v26i2.1336
- Eroğlu, K., & Koç, G. (2014). Jinekolojik kanser kontrolü ve hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(2), 77-90.
- Ersin, F., & Dedeoğlu, G. K. (2020). Hemşirelerin meme kanseri korku ve kadercilik algılarının meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi. *Gevher Nesibe Journal Of Medical And Health Sciences*, 5(9), 146-153.
- Ersoy, E., & Saatçi, E. (2017). Kanser taramaları: İhtilaflar. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 21(3), 96-100. doi: 10.15511/tahd.17.00396
- Feliu, A., Ritchie, D., Schuz, J., & Espina, C. (2023). The European Code Against Cancer—new evidence and recommendations. *Nowotwory. Journal of Oncology*, 73(5), 317-322.

- Figuroa, J. D., Gray, E., Pashayan, N., Deandrea, S., Karch, A., Vale, D. B., ... & Breast Screening Working Group.** (2021). The impact of the Covid-19 pandemic on breast cancer early detection and screening. *Preventive Medicine, 151*, 106585.
- Finocchiaro-Kessler, S., Wexler, C., Maloba, M., Mabachi, N., Ndikum-Moffor, F., & Bukusi, E.** (2016). Cervical cancer prevention and treatment research in Africa: a systematic review from a public health perspective. *BMC Women's Health, 16*, 1-25. doi: 10.1186/s12905-016-0306-6
- Fleary, S. A., Paasche-Orlow, M. K., Joseph, P., & Freund, K. M.** (2019). The relationship between health literacy, cancer prevention beliefs, and cancer prevention behaviors. *Journal of Cancer Education, 34*(5), 958-965.
- 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. *American Journal of Health Behavior, 31*(6), 563-572. doi: 10.5993/ajhb.31.6.1
- Friedenreich, C. M., Ryder-Burbidge, C., & McNeil, J.** (2021). Physical activity, obesity and sedentary behavior in cancer etiology: epidemiologic evidence and biologic mechanisms. *Molecular Oncology, 15*(3), 790-800.
- George, D.** (2011). *SPSS for windows step by step: A simple study guide and reference, 17.0 update, 10/e*. Pearson Education India.
- Ginsburg, O., Bray, F., Coleman, M. P., Vanderpuye, V., Eniu, A., Kotha, S. R., ... & Conteh, L.** (2017). The global burden of women's cancers: a grand challenge in global health. *The Lancet, 389*(10071), 847-860.
- Gökoğlan, E., Ekinci, M., Özgenç, E., İlem-özdemir, D., & Aşıkoğlu, M.** (2020). Radyasyon ve insan sağlığı üzerindeki etkileri. *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences, 25*(3), 289-294.
- Grigore, M., Popovici, R., Pristavu, A., Grigore, A. M., Matei, M., & Gafitanu, D.** (2017). Perception and use of Pap smear screening among rural and urban women in Romania. *The European Journal of Public Health, 27*(6), 1084-1088.
- Gündüz, İ. C., & Aktaş, B.** (2021). Testis Kanseri ve Kendi Kendine Testis Muayenesine Yönelik İnanç ve Tutumlar İle Kadercilik Eğilimi Arasındaki İlişki. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 7*(3), 501-506
- Güzel, N., & Bayraktar, N.** (2019). Kadınların meme kanserinin erken tanısına yönelik farkındalıklarının ve uygulamalarının belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 6*(2), 101-110.
- Hadjipetrou, A., Anyfantakis, D., Galanakis, C. G., Kastanakis, M., & Kastanakis, S.** (2017). Colorectal cancer, screening and primary care: A mini literature review. *World Journal of Gastroenterology, 23*(33), 6049. doi: 10.3748/wjg.v23.i33.6049
- Hag Hamed, D., & Daniel, M.** (2019). The influence of fatalistic beliefs on health beliefs among diabetics in Khartoum, Sudan: a comparison between

Coptic Christians and Sunni Muslims. *Global Health Promotion*, 26(3), 15-22.

- Hall, M. B., & Vos, P.** (2019). Comparison of cancer fatalism among rural smokers and nonsmokers. *Journal of Community Health*, 44, 215-221.
- Harkness, E. F., Astley, S. M., & Evans, D. G.** (2020). Risk-based breast cancer screening strategies in women. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 65, 3-17. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2019.11.005
- Haynie, D. L., Soller, B., & Williams, K.** (2014). Anticipating early fatality: Friends', schoolmates' and individual perceptions of fatality on adolescent risk behaviors. *Journal of Youth and Adolescence*, 43, 175-192.
- Hermawan, R. W., Soetjipto, B. E., & Rahayu, W. P.** (2016). The effect of entrepreneurial self-efficacy and locus of control on entrepreneurship interest through entrepreneurship literacy. *IOSR Journal of Business and Management (IOSR-JBM)*, 18(2), 141-148.
- Hill, B. T.** (2019). Etiology of cancer. *Clinical Ophthalmic Oncology: Basic Principles*, 11-17.
- Hord, N. G., Ghannam, J. S., Garg, H. K., Berens, P. D., & Bryan, N. S.** (2011). Nitrate and nitrite content of human, formula, bovine, and soy milks: implications for dietary nitrite and nitrate recommendations. *Breastfeeding Medicine*, 6(6), 393-399.
- Inoue-Choi, M., Jones, R. R., Anderson, K. E., Cantor, K. P., Cerhan, J. R., Krasner, S., ... & Ward, M. H.** (2015). Nitrate and nitrite ingestion and risk of ovarian cancer among postmenopausal women in Iowa. *International Journal of Cancer*, 137(1), 173-182.
- Jin, E. H., Han, K., Shin, C. M., Lee, D. H., Kang, S. J., Lim, J. H., & Choi, Y. J.** (2023). Sex and tumor-site differences in the association of alcohol intake with the risk of early-onset colorectal cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 41(22), 3816-3825.
- Jorgensen CM.** (2002). Scientific recommendations and human behaviour: sitting out in the sun. *The Lancet*, 360(9330), 351-352.
- Kabacaoğlu, C., & Karaca, A.** (2020). Meme kanserinde birincil ve ikincil korunma önlemlerine ilişkin ebe ve hemşirenin rolü. *Jaren*, 6(1), 179-86. doi: 10.5222/jaren.2020.69885
- Karlıkaya, C., Öztuna, F., Solak, Z. A., Özkan, M., & Örsel, O.** (2006). Tütün kontrolü. *Toraks Dergisi*, 7(1), 51-64.
- Kaya, A., & Bozkur, B.** (2015). Kadercilik eğilimi ölçeğinin geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 11(3).
- Kaya, C., Üstü, Y., Özyörük, E., Aydemir, Ö., Şimşek, Ç., & Şahin, A. D.** (2017). Sağlık çalışanlarının kanser taramaları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*, 17(1).
- Kazankaya, F., Güneri, S. E., & Ertem, G.** (2023). Kadınların pap smear testi yaptıрма durumlarının sağlık inanç modeli yaklaşımı ile

Değerlendirilmesi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(1), 137-144.

- Keeley, B., Wright, L., & Condit, C. M.** (2009). Functions of health fatalism: fatalistic talk as face saving, uncertainty management, stress relief and sense making. *Sociology of Health & Illness*, 31(5), 734-747.
- Keller, K. G., Toriola, A. T., & Schneider, J. K.** (2021). The relationship between cancer fatalism and education. *Cancer Causes & Control*, 32, 109-118.
- Kim, B. J., & Hanna, M. H.** (2023). Colorectal cancer in young adults. *Journal of Surgical Oncology*, 127(8), 1247-1251. doi: 10.1002/jso.27320
- Koç, Ö., Baltacı, N., & Yüksekol, Ö. D.** (2023). Kadınların serviks kanseri taraması inançlarının hpv aşısına yönelik inançları ile ilişkisi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 17(1), 31-41. doi: 10.21763/tjfmpe.1119611
- Koo, J. H., Leong, R. W., Ching, J., Yeoh, K. G., Wu, D. C., Murdani, A., ... & Asia Pacific Working Group in Colorectal Cancer.** (2012). Knowledge of, attitudes toward, and barriers to participation of colorectal cancer screening tests in the Asia-Pacific region: a multicenter study. *Gastrointestinal Endoscopy*, 76(1), 126-135.
- Koruk, İ., Gözükara, F., Yiğitbay, E., & Keklik, A. Z.** (2015). Şanlıurfa'da birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının Ulusal Kanser Tarama Standartları ile ilgili bilgi düzeyi. *Turkish Journal of Public Health*, 13(2), 127-136. doi: 10.20518/thsd.61635
- Kozan, R., & Tokgöz, V.** (2016). Türkiye'de meme kanseri farkındalığı ve tarama programı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(4).
- Köksal, N. G.** (2022). Meme kanserinde tarama ve erken tanı. *Doğu Karadeniz Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 50-56.
- 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.
- Kurt, A. S., Canbulat, N., & Savaşer, S.** (2013). Adolesan dönem cinselliğiyle öne çıkan serviks kanseri ve risk faktörleri. *Medical Journal of Bakırköy*, 9(2), 59-63.
- Leung, D. Y., Chow, T. T., & Wong, E. M.** (2017). Cancer-related information seeking and scanning behaviors among older Chinese adults: examining the roles of fatalistic beliefs and fear. *Geriatrics*, 2(4), 38.
- Loud, J. T., & Murphy, J.** (2017). Cancer screening and early detection in the 21st century. In *Seminars in oncology nursing*. WB Saunders, Vol. 33, No. 2, pp. 121-128.
- Lyratzopoulos, G., Liu, M. P. H., 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 Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 24(4), 720-726.

- Maxim, L. D., Niebo, R., & Utell, M. J.** (2014). Screening tests: a review with examples. *Inhalation Toxicology*, 26(13), 811-828.
- McTiernan, A. N. N. E., Friedenreich, C. M., Katzmarzyk, P. T., Powell, K. E., Macko, R., Buchner, D., ... & Piercy, K. L.** (2019). Physical activity in cancer prevention and survival: a systematic review. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 51(6), 1252.
- Meyskens Jr, F. L., Mukhtar, H., Rock, C. L., Cuzick, J., Kensler, T. W., Yang, C. S., ... & Alberts, D. S.** (2016). Cancer prevention: obstacles, challenges, and the road ahead. *Journal of the National Cancer Institute*, 108(2), djv309. doi:10.1093/jnci/djv309
- Molaei-Zardanjani, M., Savabi-Esfahani, M., & Taleghani, F.** (2019). Fatalism in breast cancer and performing mammography on women with or without a family history of breast cancer. *BMC Women's Health*, 19, 1-5. doi: 10.1186/s12905-019-0810-6
- Morgan, P. D., Tyler, I. D., & Fogel, J.** (2008). Fatalism revisited. In *Seminars in Oncology Nursing* (Vol. 24, No. 4, pp. 237-245). WB Saunders.
- 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*, 13(11), e0206898
- Niederdeppe, J., & Levy, A. G.** (2007). Fatalistic beliefs about cancer prevention and three prevention behaviors. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 16(5), 998-1003.
- Numanoğlu Tekin, R., Denemeç S.** (2024). Dünya’da ve Türkiye’de kanser taraması: kolorektal kanser, meme ve serviks kanserleri. *Güven Med Health Sci 2024*, 1(2), 46-52. doi: 10.62351/gmhs.2024.008
- O’Hara, J., McPhee, C., Dodson, S., Cooper, A., Wildey, C., Hawkins, M., ... & Beauchamp, A.** (2018). Barriers to breast cancer screening among diverse cultural groups in Melbourne, Australia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(8), 1677.
- Okan, N., Ekşi, H., Kumru, M.** (2023, Aralık). Çok Boyutlu Kadercilik Ölçeği’nin Türkçeye uyarlanma çalışması: geçerlik ve güvenilirlik araştırması. *International 6th Usbilim Applied And Social Sciences Congresses*, Ankara.
- Okaru, A. O., & Lachenmeier, D. W.** (2021). Margin of exposure analyses and overall toxic effects of alcohol with special consideration of carcinogenicity. *Nutrients*, 13(11), 3785. doi: 10.3390/nu13113785
- Orhan, K.** (2017). Validity and reliability study of fatality tendency scale. *Uluslararası Medeniyet Çalışmaları Dergisi*, 2(2), 83-102.
- Özer, Z., Bahçecioglu Turan, G., & Öztürk, D.** (2022). Hemodiyaliz hastalarında sağlıkta kadercilik anlayışı ile hastalık algısı arasındaki ilişki: karşılaştırmalı bir çalışma. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 10-17. doi: 10.53424/balikesirsbd.959613
- Özmen, V., Özmen, T., Doğru, V.** (2019). Breast cancer in Turkey; an analysis of 20.000 patients with breast cancer. *European Journal of Breast Health*, 15(3), 141. doi: 10.5152/ejbh.2019.4890

- Özsöyler, M., Çapar, Z. G., & Keser, M.** (2023). Aile hekimliği polikliniğine başvuran 35 yaş ve üzeri hastaların kanser tarama testleri hakkında bilgi ve tutumları. *Forbes Journal of Medicine*, 4(1).
- Öztop, M.** (2023). Aile hekimliği asistanlarının meme kanseri tarama programına bilgi düzeyleri. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 45(3); 395-403. doi: 10.20515/otd.1260072
- Öztürk, E. N. Y., Uyar, M., & Şahin, T. K.** (2020). Development of an attitude scale for cancer screening. *Turkish Journal of Oncology*, 35(4).
- Pandve, H. T.** (2014). Quaternary prevention: need of the hour. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 3(4), 309-310.
- Parkin, D. M.** (2006). The global health burden of infection-associated cancers in the year 2002. *International Journal of Cancer*, 118(12), 3030-3044. doi: 10.1002/ijc.21731
- Pesch, B., Kendzia, B., Gustavsson, P., Jöckel, K. H., Johnen, G., Pohlmann, H., ... & Brüning, T.** (2012). Cigarette smoking and lung cancer-relative risk estimates for the major histological types from a pooled analysis of case-control studies. *International Journal of Cancer*, 131(5), 1210-1219 doi: 10.1002/ijc.27339
- Pesen, S. F., Karadoğan, S., & Akbulut, A.** (2021). Dünyada ve Türkiye’de tütün kullanımı ve tütün kontrol politikalarına genel bir bakış. *Turkey Health Literacy Journal*, 2(3), 191-196.
- Powe, BD, Hamilton, J. ve Brooks, P.** (2006). Kanser kaderciliği ve kanser bilgisi algıları: yaşlı ve genç Afro-Amerikan kadınların karşılaştırılması. *Psikososyal Onkoloji Dergisi*, 24 (4), 1-13.
- Ramírez, A. S., & Carmona, K. A.** (2018). Beyond fatalism: Information overload as a mechanism to understand health disparities. *Social Science & Medicine*, 219, 11-18.
- Rasnic, R., Linial, N., & Linial, M.** (2020). Expanding cancer predisposition genes with ultra-rare cancer-exclusive human variations. *Scientific reports*, 10(1), 13462.
- Rumgay H., Murphy, N., Ferrari, P., & Soerjomataram, I.** (2021). Alcohol and cancer: epidemiology and biological mechanisms. *Nutrients*, 13(9), 3173.
- Said Abasse, K., Essien, E. E., Abbas, M., Yu, X., Xie, W., Sun, J., ... & Cote, A.** (2022). Association between dietary nitrate, nitrite intake, and site-specific cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *Nutrients*, 14(3), 666. doi: 10.3390/nu14030666
- Salant, P., Dillman, D. A.** (1994). , How to conduct your own survey, John Wiley & Sons, Inc. Newyork, s.55.
- Saletta, F., Dalla Pozza, L., & Byrne, J. A.** (2015). Genetic causes of cancer predisposition in children and adolescents. *Translational Pediatrics*, 4(2), 67. doi: 10.3978/j.issn.2224-4336.2015.04.08
- Sancaktar, E., & Tuncer, Ö.** (2021). Erişkin kişilerin kolorektal kanser risk faktörleri ve erken tanı yöntemleri hakkındaki bilgi, tutum ve

davranışlarının incelenmesi. *Türk Aile Hek Dergisi*, 25(2), 53-8. doi: 10.5222/tahd.2021.63825

- Selvi, A. (2019).** *Yakınında Meme Kanseri Olan Kadınların Öğrenim Gereksinimleri ile Kadercillik Eğilimleri Arasındaki İlişki.* (Yüksek lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Siddharthar, J., Rajkumar, B., & Deivasigamani, K. (2014).** Knowledge, awareness and prevention of cervical cancer among women attending a tertiary care hospital in Puducherry, India. *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR*, 8(6), OC01.
- Soytürk, M. (2005).** Kolorektal kanser epidemiyoloji ve risk faktörleri. *Ulusal İç Hastalıkları Kongresi.*
- Sun, D., Li, H., Cao, M., He, S., Lei, L., Peng, J., & Chen, W. (2020).** Cancer burden in China: trends, risk factors and prevention. *Cancer Biology & Medicine*, 17(4), 879. doi: 10.20892/j.issn.2095-3941.2020.0387
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021).** Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209-249. doi: 10.3322/caac.21660
- Şahin, H. H. K., Aslan, O., & Şahin, M. (2020).** Evaluation of cancer-related deaths in Turkey between 2009-2018: An epidemiological study. *Journal of Surgery and Medicine*, 4(8), 674-677.
- Şahin, N. Ş., Üner, B. A., Aydın, M., Akçan, A., Gemalmaz, A., Dişçigil, G., ... & Başak, O. (2015).** Knowledge of, attitudes toward, and barriers to participation of colorectal cancer screening in Aydın central region. *Turkish Journal of Family Practice*, 19(1), 37-48. doi: 10.15511/tahd.15.01037
- Şen, S. K., & Öztürk, Y. K. (2020).** Sağlık algısı ile kanser taraması farkındalığı arasındaki ilişki. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 24(4), 175-183. doi: 10.15511/tahd.20.00475
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Ullman, J. B. (2013).** *Using multivariate statistics* (Vol. 6, pp. 497-516). Boston, MA: pearson.
- Tanık, F., & Gürşan, İ. N. (2022).** Kanserde fiziksel aktivite ve egzersiz-koruyucu ve tedavi edici etki. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(1), 129-132
- Tarakçı, M. (2010).** Kalvinizm’de kader anlayışı. *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 19(2), 66-92.
- Tekin, R. N., & Denemeç, S. (2024).** Dünya’da ve Türkiye’de kanser taraması: kolorektal kanser, meme ve serviks kanserleri. *Guven MedHealth Sci;* 1(2), 46-52. doi: 10.62351/gmhs.2024.008
- Tekpınar, H., Özen, M., & Aşık, Z. (2018).** Evaluation of the patients who apply to family medicine polyclinic. *Turkish Journal of Family Practice*, 22(1), 28-36. doi: 10.15511/tahd.18.00128

- Teran, L., Baezconde-Garbanati, L., Marquez, M., Castellanos, E., & Belkić, K.** (2007). On-time mammography screening with a focus on Latinas with low income: a proposed cultural model. *Anticancer Research*, 27(6C), 4325-4338.
- Topbaş, M., & Tuğcu, Z. H.** (2022). Ultraviyole radyasyon ve sağlık etkileri. *Turkiye Klinikleri Public Health-Special Topic*, 8(3), 35-42.
- Tsegay, A., Araya, T., Amare, K., & G/tsadik, F.** (2021). Knowledge, attitude, and practice on cervical cancer screening and associated factors among women aged 15–49 years in Adigrat Town, Northern Ethiopia, 2019: a Community-Based Cross-Sectional Study. *International Journal of Women's Health*, 1283-1298.
- Tuncez, I. H., Aksoy, N., & Koc, M.** (2021). National cancer screening program results; a city example. *Phoenix Medical Journal*, 3, 69-73. doi: <https://doi.org/10.38175/phnx.922780>
- Uğur, H. G., Derya, Y. A., Yavuz, A. Y., Şilbir, M. F., & Öner, A.** (2019). Aile sağlığı merkezlerine başvuran 30-70 yaş grubu kadınların ulusal kanser taramalarına yönelik bilgi tutum ve davranışları: Karadeniz Bölgesi'nde bir il örneği. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(5), 340-348.
- Uğur, K., & Korkmaz, S.** (2024). Türk ve Malay üniversite öğrencilerinde kadercilik, umutsuzluk ve dindarlık ilişkisi. *Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi (ÇÜİFD)*, 24(1), 202-224. <https://doi.org/10.30627/cuilah.1422624>
- Uludağ, G., Gamsızkan, Z., & Sungur, M. A.** (2020). Kadınların serviks kanseri ve taraması ile ilgili sağlık inançlarının değerlendirilmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 10(3), 357-362. doi: 10.33631/duzcesbed.749205
- Underwood, J. M., Richards, T. B., Henley, S. J., Momin, B., Houston, K., Rolle, I., ... & Stewart, S. L.** (2015). Decreasing trend in tobacco-related cancer incidence, United States 2005–2009. *Journal of Community Health*, 40, 414-418.
- Uysal, N., & Toprak, F. Ü.** (2022). Kadınların sağlık algıları, kanser taramalarına yönelik tutumları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(1), 65-76. doi: 10.46237/amusbfd.926839
- Üçer, H.** (2023). Cancer screenings in the family medicine system in Turkey. *Current Advances in Medicine-iii*, 143.
- Villarreal-Garza, C., Aguila, C., Magallanes-Hoyos, M. C., Mohar, A., Bargalló, E., Meneses, A., ... & Barrios, C.** (2013). Breast cancer in young women in Latin America: an unmet, growing burden. *The Oncologist*, 18(S2), 26-34. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.18-S2-26>.
- Vrinten, C., Wardle, J., & Marlow, L. A.** (2016). Cancer fear and fatalism among ethnic minority women in the United Kingdom. *British Journal of Cancer*, 114(5), 597-604.

- Warnakulasuriya, S., & Kerr, A. R.** (2021). Oral cancer screening: past, present, and future. *Journal of Dental Research*, 100(12), 1313-1320. <https://doi.org/10.1177/00220345211014795>
- White, A.** (2017). Cancer screening test use—United States, 2015. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 66.
- White, M. C., Holman, D. M., Boehm, J. E., Peipins, L. A., Grossman, M., & Henley, S. J.** (2014). Age and cancer risk: a potentially modifiable relationship. *American Journal of Preventive Medicine*, 46(3), S7-S15. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.10.029>
- Whiteman, D. C., Whiteman, C. A., & Green, A. C.** (2001). Childhood sun exposure as a risk factor for melanoma: a systematic review of epidemiologic studies. *Cancer causes & control*, 12, 69-82.
- Wilson, J. M. G., Jungner, G.,** (1968). Principles and practice of screening for disease. Public Health Papers No 24. Geneva (Switzerland): WHO.
- Wu, Z., Liu, Y., Li, X., Song, B., Ni, C., & Lin, F.** (2019). Factors associated with breast cancer screening participation among women in mainland China: a systematic review. *BMJ open*, 9(8), e028705.
- Yıldırım Öztürk, E. N., Uyar, M., & Şahin, T. K.** (2020). Development of an attitude scale for cancer screening. *Turkish Journal of Oncology/Türk Onkoloji Dergisi*, 35(4). doi: 10.5505/tjo.2020.2341
- Yıldız, F.** (2015). Freud'da ahlak duygusunun kaynağı ve Kant'ın ahlak düşüncesi. *FLSF Felsefe Ve Sosyal Bilimler Dergisi*, (19), 137-152.
- Yılmaz, S., & Emre, N.** (2021). 50-70 yaş arası kişilerin kolorektal kanser risk faktörleri ve erken tanısına yönelik bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Pamukkale Medical Journal*, 14(3), 726-733. <https://doi.org/10.31362/patd.928850>
- Zhang, L., Mosquera, I., Lucas, E., Rol, M. L., Carvalho, A. L., & Basu, P.** (2023). CanScreen5, a global repository for breast, cervical and colorectal cancer screening programs. *Nature Medicine*, 29(5), 1135-1145.

İnternet Kaynakları

- Association of European Cancer Leagues** (2014.). European Code Against Cancer (ECAC). Alındığı tarih: 23.09.2024 adres: https://www.cancer.eu/wp-content/uploads/ecac_turkish.pdf
- Çarkoğlu, A. ve Kalaycıoğlu, E.** (2009). Türkiye’de dindarlık: Uluslararası bir karşılaştırma. Sabancı Üniversitesi İstanbul Politikalar Merkezi. İstanbul. Alındığı tarih: 15.09.2024 adres: https://research.sabanciuniv.edu/14014/1/Rapor_Dindarlik_C4%B1k.pdf
- International Agency for Research on Cancer (IARC). a.** (2022). Cancer today. Alındığı tarih: 23.09.2024 adres: <https://gco.iarc.who.int/today/en/dataviz/pie?mode=cancer&key=total&g>

roup_populations=1&types=0&sort_by=value0&populations=900&multiple_populations=0&values_position=out&cancers_h=39&sexes=1

International Agency for Research on Cancer (IARC). b. (2022). Cancer in Türkiye. Alındığı tarih: 23.09.2024 adres: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/792-turkiye-fact-sheet.pdf>

National Cancer Institute. a. (2019). Radiation. Alındığı tarih: 26.07.2024 adres: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/radiation>.

National Cancer Institute. b. (2019). Infectious Agents. Alındığı tarih: 26.07.2024 adres: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/infectious-agents>.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2021). Türkiye’de Kanser Kontrol Programı. Alındığı tarih: 13.03.2024, adres: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/Dokumanlar/Raporlar/17.Agustos_2021_Kanser_Kontrol_Programi_versiyon-1.pdf

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2022). 2017 Yılı Türkiye Kanser İstatistikleri. Alındığı tarih: 17.07.2024 adres: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri/yillar/2017-turkiye-kanseristatistikleri.html>

WONCA Avrupa, (2011). 2003 WONCA Avrupa gözden geçirilmiş “Aile Hekimliği Avrupa Tanımı”. Alındığı tarih: 26.09.2024 adres: https://www.tahud.org.tr/file/96f3dfc7-3961-4272-b5b7-e6cbbd7580ef/AH_AVRUPA_TANIMI-2.pdf#page=46.10 .

World Health Organization (WHO) a. (t.y.). Cancer. Alındığı tarih: 01.03.2024, adres: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.

World Health Organization (WHO) b. (2024). Global cancer burden growing,amidst mounting need for services. Alındığı tarih: 01.10.2024, adres: <https://www.who.int/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services>

World Health Organization (WHO) c. (t.y.). Preventing Cancer. Alındığı tarih: 19.03.2024, adres: <https://www.who.int/activities/preventing-cancer>

World Health Organization (WHO) d. (t.y.). Global cancer burden growing, amidst mounting need for services. Alındığı tarih: 19.03.2024, adres: <https://www.who.int/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services>

EKLER

Ek-1: Tanıtıcı Bilgi Formu

1. Yaşınız
2. Medeni Durumunuz
 Evli Bekar
3. Eğitim Durumunuz
 Okur – Yazar Değil Okur - Yazar İlkokul
 Ortaokul Lise Lisans
 Lisansüstü
4. Mesleğiniz
 Ev Hanımı Sosyal Güvenceli Çalışan
 Sosyal Güvencesiz Çalışan Emekli
5. Gelir durumunuz.
 Geliri giderinden az Geliri giderine eşit
 Geliri giderinden fazla
6. Sigara kullanıyor musunuz?
 Evet Hayır Bıraktım
7. Alkol kullanıyor musunuz?
 Evet Hayır Bıraktım
8. Tanısı konmuş kronik (devam eden) bir sağlık sorununuz var mı?
 Evet Hayır
9. Daha önce kanser tanısı aldınız mı?
 Evet Hayır
10. Ailenizde kanser tanısı almış birey var mı?
 Evet Hayır
11. Eğer ailenizde kanser tanısı almış birey varsa yakınlık derecesi?
 1.Dereceden 2. Dereceden 3. Dereceden
12. Şikâyetiniz olmada da yılda bir kez düzenli sağlık kontrolü yaptırır mısınız?
 Evet Hayır

13. Düzenli olarak yılda bir kez meme muayenesi yaptırır mısınız?
 Evet Hayır
14. Düzenli olarak ayda bir kez kendiniz memelerinizi kontrol eder misiniz?
 Evet Hayır Bilmiyorum
15. Ülkemizde ücretsiz kanser tarama testleri yapılıyor mu?
 Evet Hayır Bilmiyorum
16. Daha önce kanser taraması yaptırdınız mı?
 Evet Hayır Hatırlamıyorum
17. Daha önce yaptırdığınız kanser taramaları hangileridir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
 Mamografi Dışkıda Gizli Kan (Kolorektal)
 HPV/Smear Ultrasonografi
 Kolonoskopi Endoskopi
 Diğer (biyopsi, tomografi, laboratuvar tetkikleri...)
18. Kanser taraması yaptıрма sebebiniz nedir?
 Sağlık çalışanı önerisi üzerine Kontrol amaçlı kendi isteğimle
 Şikayetim vardı Akraba / Komşu isteğiyle
 Diğer
19. En son ne zaman bir kanser taraması yaptırdınız?
 Son 1 yıl içinde Son 2 yıl içinde 3 yıl ve üzeri
 Hatırlamıyorum Hiç yaptırmadım
20. Kanser taraması yaptırmamanızı kim önerdi?
 Aile Hekimi Ebe / Hemşire Başka Hekimler
 Akraba / Komşu TV / İnternet Kendim karar verdim
21. Kanser taramasını nerede yaptırdınız?
 Kamu Hastanesi Aile Sağlığı Merkezi
 Özel Hastane / Klinik KETEM
 Diğer.....
22. Size kanser taramaları hakkında hatırlatma yapılmasını ister misiniz?
 Evet Hayır
23. Evet, ise nasıl hatırlatılsın istersiniz?
 Kliniğe çağırılarak yüz yüze Posta / Mail ile
 Telefon ile Herhangi biri ile

Ek-2: Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği-Kısa Form

| Sıra No | Madde No | İfadeler | 5: Tamamen Katılıyorum | 4: Biraz Katılıyorum | 3: Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum | 2: Biraz Katılmıyorum | 1: Hiç Katılmıyorum |
|---------|----------|--|------------------------|----------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------|
| 1 | 1 | Düzenli aralıklarla kanser taraması yaptırmak isterim. | | | | | |
| 2 | 2 | Yakın bir zamanda kanser taraması yaptırmak isterim. | | | | | |
| 3 | 3 | Kanser tarama testleri hakkında bilgi almak isterim. | | | | | |
| 4 | 4 | Kanser taramaları hakkında merak ettiğim bir şey olursa, öğrenmek için araştırırım. | | | | | |
| 5 | 5 | Kanser tarama testi yaptırdığımda sonuçları takip ederim. | | | | | |
| 6 | 6 | Yakın çevremdeki kişileri kanser taraması yaptırmaları konusunda cesaretlendiririm. | | | | | |
| 7 | 7 | Televizyonda, internette ve gazetede kanser taramaları hakkında bilgilendirme yapılması, tarama yaptırmamı olumlu etkiler. | | | | | |
| 8 | 8 | Bir sağlık çalışanının kanser taraması yaptırmamı önermesi, tarama yaptırma ihtimalimi artırır. | | | | | |
| 9 | 10 | Kanser taraması yaptırdığımda; kendim için iyi bir şey yaptığımı düşünürüm. | | | | | |
| 10 | 17 | Kanser taraması yaptırmamın gereksiz olduğunu düşünürüm. | | | | | |
| 11 | 18 | Kanser taraması yaptırmak için yaşımın uygun olmadığını düşünürüm. | | | | | |
| 12 | 21 | Kanser taraması için yapılan işlemleri utandırıcı bulurum. | | | | | |
| 13 | 22 | Kanser tarama testlerinin sonuçlarına güvenmem. | | | | | |
| 14 | 23 | Kanser benim başıma gelmez diye düşündüğüm için kanser taraması yaptırma gereği duymam. | | | | | |
| 15 | 24 | Kanser taramaları yaptırmaktan daha önemli işlerim var. | | | | | |

Ek-3: Kadercilik Eğilimi Ölçeği

| SIRA NO: | AÇIKLAMA: 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 | İstediğim 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 | | | | | |



ÖZGEÇMİŞ

Zülal AKPINAR

EĞİTİM:

- **Lisans:** Marmara Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Fakültesi / Ebelik (2012 - 2016 Mezun)
- **Yüksek lisans:** Gedik Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği (Devam ediyor)

MESLEKİ DENEYİMLER:

- Tuzla Hilmi Şahin Aile Sağlığı Merkezi - Ebe (2023 – Devam Ediyor).
- İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi – Çocuk Acil - Ebe (2018 – 2023).
- Tuzla Özel Gisbir Hastanesi – Doğumhane – Ebe (2016 – 2018)

SERTİFİKALAR/KURS:

- Pedagojik Formasyon Eğitimi - Marmara Üniversitesi Eğitim Fakültesi
- Anne Sütü ve Emzirme Danışmanlığı Eğitimi
- Servikal Sitolojik Örnek Alma Eğitimi
- İşaret Dili Sertifikası