

**TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ ONKOLOJİ
SERVİSİNE BAŞVURAN KANSER OLGULARINDA
KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ**

Kenan KENDİLCİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ
Yüksek Lisans Tezi – 2015**

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ ONKOLOJİ SERVİSİNE BAŞVURAN KANSER
OLGULARINDA KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ**

Kenan KENDİLCİ

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ

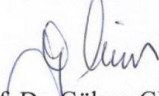
MALATYA

2015


KABUL VE ONAY SAYFASI


İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; **Kenan KENDİLCİ'nin**; “**Turgut Özal Tıp Merkezi Onkoloji Servisine Başvuran Kanser Olgularında Kişilik Özelliklerinin İncelenmesi**” konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.


Tez Savunma Tarihi: 23/12/2015


Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ
İnönü Üniversitesi
Tez Danışmanı
Jüri Başkanı


Prof. Dr. Metin Fikret GENÇ
İnönü Üniversitesi
Üye


Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN
İnönü Üniversitesi
Üye


Doç. Dr. Ali ÖZER
İnönü Üniversitesi
Üye


Yrd. Doç. Dr. Ahmet Tevfik OZAN
Fırat Üniversitesi
Üye

ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖZET.....	vi
ABSTRACT	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Kanser'in Tanımı ve Türleri.....	3
2.1.1. Kanser Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	3
2.1.2. Kanser'in Tedavisi	3
2.1.3. Kanser Epidemiyolojisi	4
2.1.4. Kanser ve Stres İlişkisi	6
2.1.5. Kanser ve Fiziksel Aktivite İlişkisi	8
2.1.6. Kanser ve Beslenme İlişkisi	9
2.1.6. Kanser ve Sigara-Alkol İlişkisi	10
2.2. Kişilik Tanımı	11
2.2.1. Kişilik Tipleri	13
2.2.1.1. A Tipi Kişilik	13
2.2.1.2. B Tipi Kişilik.....	15
2.2.1.3. C Tipi Kişilik.....	16
2.2.2. Kişilik Tipleri ve Kanser İlişkisi	17
2.2.3. Kişilik Tipleri ve Diğer Hastalıklarla İlişkisi	18
3. MATERYAL VE METOT.....	20
3.1. Araştırmanın Türü	20
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	20

3.3. Araştırmanın Evreni	20
3.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	20
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	21
3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi	21
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	22
3.8. Etik İlkeler	22
4. BULGULAR	23
4.1. Kanser ve Kontrol Gruplarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Ait Bulgular	23
4.2. Kanser ve Kontrol Gruplarının Diğer Risk Faktörlerine Ait Bulguları	26
4.3. Kanser ve Kontrol Gruplarının Kişilik Tiplerine Ait Bulgular	32
5. TARTIŞMA	41
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	54
KAYNAKLAR	58
EKLER	64
EK.1: Özgeçmiş	64
EK.2: Anket	65
EK.3: Araştırma İçin Gerekli İzin Belgeleri	68
EK.3.1. :Etik Kurul Kararı	68
EK.3.2. :Hastane İzin Belgeleri	71

TEŞEKKÜR

Tez çalıőmamın tım aőamalarında desteğini esirgemeyen ve kıymetli zamanını benimle paylaőan danıőman hocam Prof. Dr. Gölven GÜNEŞ 'e, Turgut Özal Tıp Merkezi Kemoterapi Ünitesi, Medikal Onkoloji Servisi ve diğer dahili hastalıklar servislerindeki sağlık personelleri ve hekimlerine teőekkürlerimi sunarım.

Manevi desteğini her zaman yanımda hissettiğim eőim Öğr. Gör. Ema AKSOY KENDİLCİ' ye teşekkür ederim. Tım eğitim ve çalışma hayatım boyunca maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen anneme ve hayatım boyunca yaşam düőturum olan rahmetli babam Kemal KENDİLCİ' ye sonsuz őükranlarımı sunarım.

ÖZET

Turgut Özal Tıp Merkezi Onkoloji Servisine Başvuran Kanser Olgularında Kişilik Özelliklerinin İncelenmesi

Amaç: A tipi hırslı, rekabetçi, yüksek sesle konuşan, sabırsız, B tipi sabırlı, uyumlu, yavaş hareket eden, başkalarıyla tartışmaya girmeyen, C tipi duygularını ifade edemeyen, öfkelerini bastıran, başkalarını memnun etmeye çalışan insanlardır. Bu araştırma, kanser hastalığının oluşumunda kişilik özelliklerinin etkisinin olup olmadığını ve beslenme, ailesel faktörler ve fiziksel aktivite gibi faktörlerin kanser hastalığına etkisini incelemek amacıyla planlanmış vaka-kontrol çalışmasıdır.

Materyal-Metot: Araştırmanın evrenini Malatya ili Turgut Özal Tıp Merkezine başvuran 151 kanser vakası ile 201 kontrol grubu oluşturmaktadır. Batıgün ve Şahin tarafından geliştirilen A Tipi ve Kurass'ın geliştirdiği Bozo ve Arkadaşlarının geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığı C Tipi Davranış Ölçekleri kullanılmıştır.

Bulgular: Hastalık öncesi fiziksel aktivite düzeyi iyi olan kanserli hastaların oranı kontrol grubuna göre düşük bulunmuştur ($p<0.005$). A tipi kişilik toplam puanı kanser grubunda kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur ($p<0.005$).

Sonuç: Kanserli hastaların kontrol grubuna göre kanserli hastaların daha fazla et ve et ürünleri tükettikleri ve kontrol grubunun sebze-meyveleri daha fazla oranda mevsiminde tükettikleri saptanmıştır. C tipi Kişilik ölçeği feda etme boyutu meme kanserlilerde diğer kanser grubuna göre yüksek bulunmuştur. Kanser ve nedenleri konusunda halkın eğitilmesi, doğru beslenme alışkanlıklarının kazandırılması, sigara tüketiminin azaltılmasına ve fiziksel aktivitenin artırılmasına yönelik toplumun bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kanser, A tipi kişilik, B tipi kişilik, Stres, Vaka-Kontrol çalışması

ABSTRACT

Determining Personality Traits of Cancer Patients Who Admitted The TÖTM Oncology Service

Aim: Type A is ambitious, competitive, speaking out loud, impatient; Type B patient, adaptable, slow moving, without entering into discussions with others, who can not express Type C is feelings, which suppress their anger, people are trying to please others. This study, whether the effects of personality in the development of cancer and nutrition, family factors, and factors such as physical activity planned to examine the effect of cancer case-control study.

Material and Method: The research constitutes 151 patients in cancer group who admitted the TÖTM oncology clinics and 251 control group patient who admitted internal diseases clinics in TÖTM. In this research we have been used Type A personality trait scale which developed by Batıgün and Şahin and Type C personality type scale, which developed by Kurrass and made by Bozo and friends the validity and reliability study in Turkey .

Result: The proportion of cancer patients with a good premorbid levels of physical activity were lower than in the control group ($p<0.005$). Type A personalities were determined highest total score in the cancer group compared to the control group($p<0.005$).

Conclusion: It was determined that consumed more meat and meat products more cancer patients compared to the control group and they haven't eaten fruits and vegetables in own season. Type C personality trait subscale of 'sacrificing' was significantly higher in breast cancer compared to other cancer groups. It is necessary the public education about cancer and its causes, gaining the right eating habits and increasing physical activity.

Key Words: Cancer, Type A personality, Type B personality, Stres, Case-Control study.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ (WHO)	:Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
TÖTM	:Turgut Özal Tıp Merkezi
FAO	:Food and Agriculture Organisation
IARC	:Uluslararası Kanser Araştırma Kurumu
TÜİK	:Türkiye İstatistik Kurumu
FDA	:Food and Drug Administration
SGK	:Sosyal Güvenlik Kurumu
BKİ	:Beden Kitle İndeksi
Ca	:Kanser
NO ₃	:Nitrat
DNA	:Deoksiribonükleik asit
ABD	:America Birleşik Devletleri
KETEM	:Kanser erken Teşhis ve Tarama Eğitim Merkezi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 2.1. Dünya’da En Sık Görülen Kanser Türleri ve Yüzdesel Dağılımları	5
Şekil 2.2. Türkiye’de En Sık Görülen Kanserler ve Yüzdesel Dağılımları	6

TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4.1. Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Kanser ve Kontrol Gruplarının Dağılımı...24	24
Tablo 4.2. Yerleşim Yeri ve Sosyal Güvence Durumuna Göre Kanser ve Kontrol Gruplarının Dağılımı25	25
Tablo 4.3. Kanser Grubunun Kanser Türleri ve Hastalıklarına Ait Diğer Özelliklerle İlgili Sorulara Verdikleri Cevapların Dağılımı26	26
Tablo 4.4. BKİ ve BKİ Gruplarına Göre Kanser ve Kontrol Gruplarının Dağılımı27	27
Tablo 4.5. Sigara İçme Durumuna Göre Kanser ve Kontrol Gruplarının Dağılımı28	28
Tablo 4.6. Sigara İçen ve Bırakanlarda Toplam İçtikleri Yıl Sayısına Göre Kanser ve Kontrol Gruplarının Dağılımı28	28
Tablo 4.7. Alkol Kullanımı ve Hastalık Öncesi Fiziksel Aktivite Durumuna Göre Kanser ve Kontrol Gruplarının Dağılımı29	29
Tablo 4.8. Hastalık Öncesi Beslenme Alışkanlıklarına Göre Kanser ve Kontrol Grubunun Dağılımı31	31
Tablo 4.9. Hastalık Öncesi Stres Durumuna Göre Kanser ve Kontrol Gruplarının Dağılımı.32	32
Tablo 4.10. Yakınında Kanser Bulunma Durumuna Göre Kanser ve Kontrol Grubunun Dağılımı32	32
Tablo 4.11. Kişilik Tipleri ve Alt Ölçeklerine Göre Kanser ve Kontrol Gruplarının Dağılımı33	33
Tablo 4.12. Saptanan A ve B Kişilik Tiplerine Göre Kanser ve Kontrol Gruplarının Dağılımı34	34
Tablo 4.13. Kişilik Tipleri ve Alt Ölçeklere Göre Meme Ca'lı Hastaların ve Diğer Kanser Gruplarının Dağılımı34	34
Tablo 4.14. Kişilik Tipleri ve Alt Ölçeklere Göre Akciğer Ca'lı Hastaların ve Diğer Kanser Gruplarının Dağılımı35	35
Tablo 4.15. Kişilik Tipleri ve Alt Ölçeklere Göre Prostat Ca'lı Hastaların ve Diğer Kanser Gruplarının Dağılımı35	35
Tablo 4.16. Kişilik Tipleri ve Alt Ölçeklere Göre Kolon Ca'lı Hastaların ve Diğer Kanser Gruplarının Dağılımı36	36
Tablo 4.17. Kişilik Tipleri ve Alt Ölçeklere Göre Serviks Ca'lı Hastaların ve Diğer Kanser Gruplarının Dağılımı36	36
Tablo 4.18. Kişilik Tipleri ve Alt Ölçeklere Göre Baş-Boyun Ca'lı Hastaların ve Diğer Kanser Gruplarının Dağılımı.....37	37
Tablo 4.19. Kişilik Tipleri ve Alt Ölçeklere Göre Meme Ca'lı Hastaların ve Kontrol Gruplarının Dağılımı37	37
Tablo 4.20. Kişilik Tipleri ve Alt Ölçeklere Göre Akciğer Ca'lı Hastaların ve Kontrol Gruplarının Dağılımı38	38

Tablo 4.21. Kişilik Tipleri ve Alt Ölçeklere Göre Prostat Ca'lı Hastaların ve Kontrol Gruplarının Dağılımı	38
Tablo 4.22. Kişilik Tipleri ve Alt Ölçeklere Göre Kolon Ca'lı Hastaların ve Kontrol Gruplarının Dağılımı	39
Tablo 4.23. Kişilik Tipleri ve Alt Ölçeklere Göre Serviks Ca'lı Hastaların ve Kontrol Gruplarının Dağılımı	39
Tablo 4.24. Kişilik Tipleri ve Alt Ölçeklere Göre Baş-Boyun Ca'lı Hastaların ve Kontrol Gruplarının Dağılımı	40
Tablo 4.25. Kanser Türlerine Göre C ve A Tipi Kişilik Toplam ve Alt Ölçeklerine Göre Dağılımı	40

1. GİRİŞ

Toplumda en çok görülen, en çok sakat bırakan, en çok ölüme neden olan hastalıklar o toplumun en önemli sağlık sorununu oluşturmaktadır. Kansere, ölümü ve yaşam üzerindeki kontrolün sınırlılığını sembolize eden kronik bir hastalıktır. Bilinmeyen bir tehlikenin, acının, suçluluk ve utanç duygusunun, izolasyonun karmaşa ve kaygının sembolüdür. Kansere hastalığının bireye yaşattığı bedensel ve ruhsal yıkım nedeniyle, bu hastalığın önlenmesi için, neden olan etkenlere yönelik çalışmaların artırılması ve bulguların yaşama geçirilmesi önemli girişimlerdir (1).

Günümüzde önemli halk sağlığı sorunlarından olan tüberküloz, AIDS ve sıtmadan yaşamını kaybedenlerin toplamından çok daha fazla kişinin ölümüne neden olan kanserin, toplum üzerindeki yıkıcı etkisi giderek artmaktadır (2).

Toplumda kansere yüklenen toplumsal ve bireysel anlamları; kansere konusundaki belirsizlikler, hastanın kişilik yapısı, aile ve iş çevresi arasında kurulan denge, hastalığın psikolojik yaşam üzerindeki etki biçimi ve hastalığın şiddeti belirlemektedir. Kişi, bilinmeyene karşı savaşırken, kendine özgü birtakım inançlar, yargılar, korkular ve savunma yöntemleri geliştirir. Kansere nedenlerine yönelik kendine göre açıklamalarda bulunur. Bu yaklaşımlar hastalığın ortaya çıkmasında etkili olan etkenlere ve hastalığın önlenmesine yönelik çabaların şekillenmesini sağlar (1).

Kansere neden olan risk etkenlerini belirlemek önemli korunma yöntemlerindedir. Literatürde kansere risk etkenleri irdelendiğinde, bu etkenlerin yaş, cinsiyet, kalıtım gibi bedensel, algı ve davranış gibi ruhsal ve sosyal sınıf, istihdam gibi toplumsal boyutlar altında gruplanabileceği görülmektedir. Bu durum hastalıkların nedenlerini açıklamak amacıyla 1977 yılında George Engel tarafından öne sürülen bir model olan 'biyopsikososyal model' ile paralellik göstermektedir (3).

Bu nedenle kansere risk etkenlerinden ruhsal boyut içinde belirtilen etkenler arasında kansere yatkın kişilik tipi de yer alabilir. Söz konusu kişilik tipleri A,B ve C tipi kişilik tipleridir (4).

Million'un kişilik modeline göre yapılan bir araştırmada, bazı kişilik tiplerinin duygusal instabilite ve toplumsal ilişkilerde duygularını engelleme eğilimi ile öne çıktığını ve bu kişilik tiplerinin kötü sağlık ve hatta hastalık gelişimini destekleyebileceği belirtilmiştir. Kansere literatüründe söz konusu bu kişilik tipi, 'C tipi kişilik' olarak adlandırılmıştır. C tipi

kişilik, Ogden tarafından edilgenlik, sakinlik, kendine yardım edememe, genelde diğer insanlara odaklanarak yaşama ve kendi duygularını ifade etme açısından zayıf olma gibi özelliklerle betimlenmektedir (5).

A ve B tipi kişilik tiplerine yönelik birçok araştırma literatürde mevcuttur. Bu araştırmalarda kansere yönelik herhangi bir çalışma olmamakla birlikte, üzerinde durulan ana tema kanser risk etkenlerinden biri olan strestir. Çağımızın sorunu olan stresin, birçok hastalıklara temel hazırlayan bir etken olarak her geçen gün önemi artmaktadır. Stres, fiziksel ve sosyal çevreden gelen doğrudan hastalığa neden olmayan, ancak insan bedeninin direncini azalttığı için bedensel ve ruhsal hastalıklara neden olan bedensel bir zorlanmadır. Ruhsal streslerin T lenfositleri azaltarak bağışıklık sistemini baskıladığı öne sürülmektedir. Bağışıklık sisteminin yanıtındaki bu azalma ise, enfeksiyon hastalıkları ve kanser sıklığını artırmaktadır (1).

Bireyin kişilik özelliğinin stres kaynağı olduğu da bazı araştırmalarda vurgulanmaktadır. Çalışmalarında kişilikleri A ve B tipi olarak sınıflayan Friedman ve Rosenman bu kişiliklerin özelliklerini de sıralamıştır. Bazı araştırmalarda stres düzeyi yüksek olanların B tipi kişilikten daha çok A tipi kişilik yapısında olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan araştırmaların bir bölümünde de A tipi kişilik özelliğine sahip bireylerin B tipine kıyasla stresle baş etmede daha başarılı olduğu görülmektedir (6).

Bu araştırmanın amacı, Dünya’da ve ülkemizde bir halk sağlığı sorunu olan kanser hastalığının oluşumunda kişilik özelliklerinin etkisinin olup olmadığının araştırılmasıdır. Ayrıca kanser oluşumunda rol oynayan beslenme, sigara, alkol, ailesel etkenler, stres ve fiziksel aktivite gibi risk faktörlerinin etkisini incelemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.1. Kanser Tanımı ve Türleri

Kanserin literatürdeki diğer ismi olan 'Neoplazi' bir doku veya organdaki hücrelerin anormal ve kontrolsüz şekilde çoğalmasını ifade eder. Kanser terimi neoplazma ile aşağı yukarı eş anlamlı olmakla beraber kontrolsüz, anormal hücre çoğalması ile tanımlanan birçok hastalık için genel bir terim olarak kullanılır. Neoplazmalar çoğunlukla ayırt edilebilecek kitleler (tümörler) oluşturacak şekilde büyürler. Habis, yani kötü huylu neoplazmalar yüksek derecede anaplazi gösterirler lenfatik sistem ve kan dolaşımı yoluyla çevrelerindeki yapılara ve diğer organlara yayılabilme yeteneğine sahiptirler (7).

Vücutta yayılmayan benign tümörleri ve metastaz özelliğine sahip malignan (kötü huylu/ habis) tümörler olmak üzere iki tür tümör vardır. En sık görülenler ise derideki epitel hücrelerinde, gastrointestinal sistem ve iç organlarda ortaya çıkan habis tümörler, yani karsinomlardır (8).

2.1.2. Kanser Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Günümüzde kanser etiyolojisi ile ilgili olarak genetik, kimyasal, fiziksel, viral ve immünolojik olarak beş faktörün varlığından söz edilmektedir (9).

Bazı araştırmalarda ise kanser etiyolojisinde, olguların %50'sini diyet ile ilgili faktörlerin oluşturduğu ve bunu sigaranın izlediği (% 35) belirtilmektedir. Bunu %10'luk bir oranla bilinmeyen nedenlerin yanı sıra virüslerin, çeşitli genetik faktörlerin ve gelişen birçok spontan mutasyonel olay izlerken kalan % 5' lik bir oran mesleki olarak karsinojen maruziyeti, olarak sıralanmaktadır (10).

Kansere neden olan ana risk faktörleri davranışsaldır. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki kanserden ölümlerin üçte ikisinin sigara ve beslenme alışkanlıkları ile ilgili olduğu tahmin edilmektedir. Sigara ve beslenme alışkanlığı ile ilgili faktörler bilinen tek davranışsal risk faktörleri değildir. Ayrıca alkol tüketimi, ultraviyole ışınlarla maruziyet, cinsel davranışlar ve stres, kanser ile ilişkili diğer davranışsal faktörlerdir (8).

2.1.3. Kanserinin Tedavisi

Kanserin tedavi yöntemleri genel olarak kemoterapi, radyoterapi, cerrahi ve immünoterapi olup, kanser tanısı konulan hastaların fiziksel özellik ve hastalık durumuna göre bu yöntemlerden biri yada birkaçı tedavi protokolünde uygulanmaktadır (11).

Hastaya etkilerine göre kanser tedavisini aktif ve semptomatik olarak iki grupta inceleyebiliriz. Kemoterapi, radyoterapi, cerrahi ve immünoterapi'ye aktif tedaviler denir, çünkü amaç kanseri tamamen yok etmek ya da yavaşlatmaktır. Semptomatik tedavilerde ise amaç, hastanın kendisinin iyi hissetmesini sağlamaktır. Kanser tedavileri iyileştirici, destekleyici ve palyatif tedaviler olmak üzere üçe ayrılmaktadır. İyileştirici (küratif) tedaviler, kanseri tamamen ortadan kaldırmaya yöneliktir. Destekleyici tedaviler, genelde cerrahi girişimle tümör alındıktan sonra etrafında kalmış olan kanserli hücreleri yok etmek için uygulanmaktadır. Kemoterapi ileride olabilecek metastazları, radyoterapi ise lokal olarak tekrar kanser oluşma riskini azaltmak için yapılmaktadır. Palyatif tedavide ise amaç, gelecekte olabilecek belirtileri engellemek, yaşam kalitesini arttırmak, tedavide devamlılık sağlamak ve yaşam süresini uzatmak olarak sıralanabilir (8).

2.1.4. Kanser Epidemiyolojisi

Kanser 21. Yüzyılın önemli bir sağlık sorunu olarak geçerliliğini sürdürmektedir. 2014 yılında yayınlanan Dünya kanser raporuna göre, 2012 yılında dünyada 14 milyon yeni kanser vakası ve 8,2 milyon ölüm bildirilmiştir (12). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre kanser yükü geçtiğimiz 30 yılda iki kat artmıştır. 2008 yılında dünya nüfusu 6,7 milyar olup, 12 milyon yeni kanser vakası teşhisi ile birlikte kanserden kaynaklanan 7 milyon ölümün ve 25 milyon kanserli kişinin halen hayatta veya tedavi görmekte olduğu bildirilmiştir. 2020 yılında dünyada yıllık yeni kanser vakası sayısının 2000 yılına göre % 65'lik bir artışla 17 milyona çıkacağı öngörülmektedir. 2030 yılında ise dünya nüfusunun 8,7 milyara yükseleceği, yıllık 27 milyon yeni kanser vakası, kanserden kaynaklanan yıllık 17 milyon ölüm ile birlikte son 5 yıl içinde yeni kanser tanısı konmuş 75 milyonluk rakamlara yükseleceği tahmin edilmektedir (13).

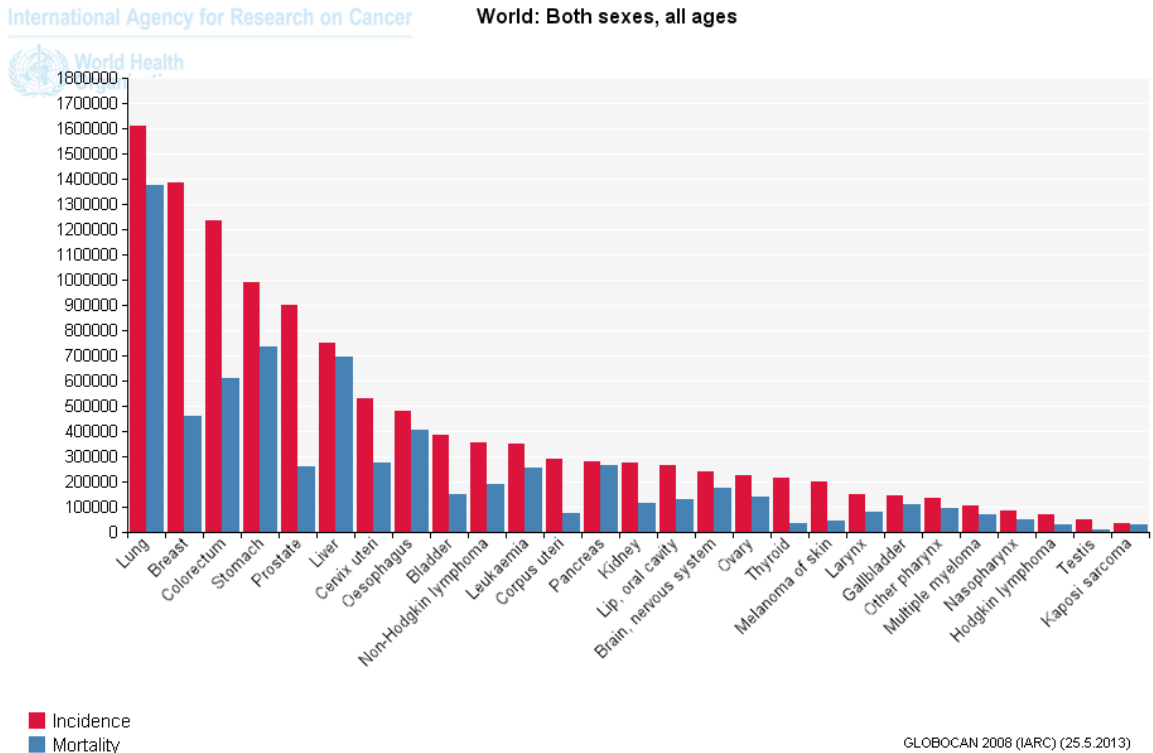
Sağlık Bakanlığı'nın verilerine 2009 yılı verilerine göre ülkemizde yaklaşık 161.000 yeni kanser vakası ile birlikte 100.000 kanser kaynaklı ölüm görülmüştür. Ülkemizin de içinde olduğu dünyanın pek çok ülkesinde kanser, en sık ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikincidir (12).

Kanser tanısı, hasta, hasta yakınları ve toplum için, ciddi psiko-sosyal sorunlara ve işgücü kayıplarına yol açmaktadır. Kanser tedavisinde güncel yenilikler tedavi başarısında artış sağlamış olmakla birlikte hasta başına düşen tedavi maliyetlerinde de artışa neden olmuştur. Zaman içinde kanser sıklığındaki artışa paralel olarak toplam tedavi maliyetindeki artışı daha ciddi boyutlara ulaştıracağı öngörülmektedir. Hastalığın psikolojik ve psikososyal

boyutu da eklendiğinde, maliyetin yaklaşık iki katına çıkması önlenemez bir durum olacaktır (13).

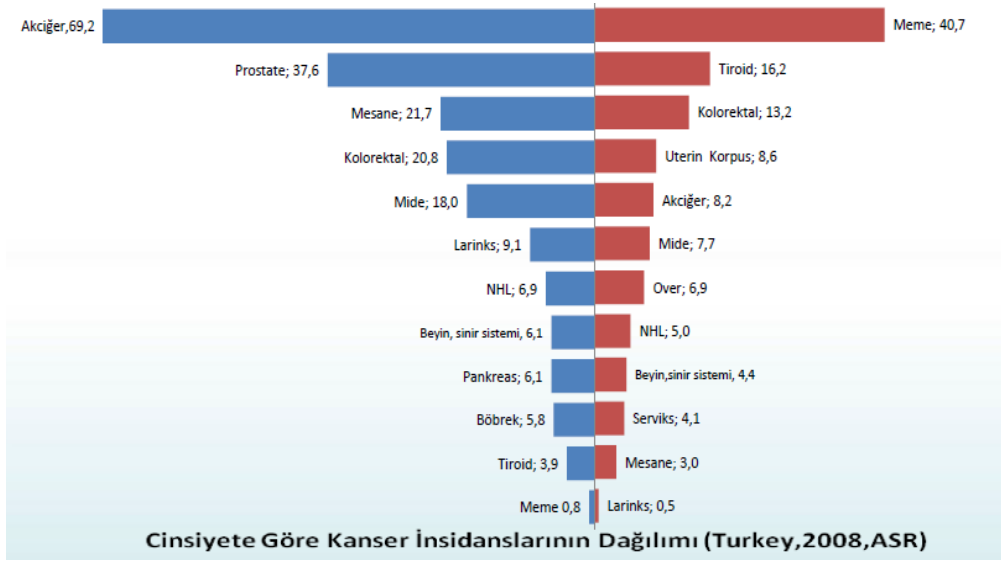
Dünya Sağlık Örgütü' nün, 2008' de yayınladığı “Dünya Kanser Raporu” verilerine göre; yeni vakaların yarısından fazlası gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde görülmüştür. Tüm dünyada akciğer kanseri en yaygın kanser türü ve kanserle alakalı ölüm nedeni iken; kadınlarda en yaygın kanser türü ve kanserle alakalı ölüm nedeni meme kanseridir. Yine aynı raporda ‘Türkiye Örneği’ başlığı altında yer alan verilere göre; Türkiye’de her yıl 150.000 yeni kanser vakasının ortaya çıktığı tahmin belirtilmektedir. Erkeklerde en sık rastlanan kanserler nefes borusu, bronş ve akciğer (% 33), mide (% 9), idrar torbası (% 9), kalın bağırsak ve rektum (% 8), prostat (% 6) ve larinks kanserleridir. Kadınlarda en sık rastlanan kanserler meme (% 24), kalın bağırsak ve rektum (% 9), mide (% 7), yumurtalık (% 6), nefes borusu, bronş ve akciğer (% 6), lösemi (% 5), serviks (% 5) ve korpus (% 5) kanserleridir (7). Dünyada en sık görülen kanser türleri ve yüzdesel dağılımları Şekil 2.1.’ de gösterilmiştir. Türkiye’de en sık görülen kanserler ve yüzdesel dağılımları Şekil 2.2.’ de gösterilmiştir.

Şekil 2.1. Dünyada En Sık Görülen Kanser Türleri ve Yüzdesel Dağılımları



Kaynak: 14

Şekil 2.2. Türkiye’de En Sık Görülen Kanserler ve Yüzdesel Dağılımları



Kaynak: 14

2.1.5. Kanser ve Stres İlişkisi

Kansere neden olan risk etkenlerini belirlemek önemli korunma yöntemlerindedir. Bu risk etkenlerinden birisi de strestir. Stres, fiziksel ve sosyal çevreden gelen doğrudan hastalık nedeni olmayan, ancak insan bedeninin direncini azalttığı için fiziksel ve ruhsal hastalıklara neden olan bedensel bir zorlanma olarak tanımlanmaktadır. Çağımızın sorunu olan stresin, birçok hastalıklara temel hazırlayan bir etken olarak her geçen gün önemi artmaktadır. Özellikle psikolojik streslerin T lenfositleri azaltarak bağışıklık sistemini baskıladığı öne sürülmektedir. Bağışıklık sisteminin yanıtındaki bu azalma ise, enfeksiyon hastalıkları ve kanser sıklığını artırmaktadır. Stres, bedenin bağışıklık sistemini bozarak kanserojen hücrelerin kolaylıkla yerleşmesine ve tüm bedene yayılmasına yol açabilmektedir.

Hayvan deneyleri, stres ile kanser arasında yukarıda belirtilenlere benzer bir ilişki olduğunu göstermiştir. Kansere yatkınlığı olan fareler ile 400 gün süren bir çalışmada, fareler yoğun kalabalık koşullarda tutularak insanlar tarafından strese maruz bırakılmıştır. Bu sürenin sonunda farelerin % 90' ında kanser gelişmiştir. Oysa sessiz, düşük stres koşullarında tutulan karşılaştırma grubundaki farelerin sadece % 7' sinde kanser geliştiği görülmüştür.

İnsanlar üzerinde yapılan çalışmalar da yaşam stresi ile kanserin görülme sıklığı arasında ilişki olduğunu göstermiştir. Kanser tanısı konmuş hastaların tanıdan bir yıl öncesinde çok fazla yaşam olayı geçirdikleri saptanmıştır (1).

Stresin oluşmasına neden olan çeşitli yaşam olayları vardır. Yapılan bir araştırmada sosyoekonomik sorunların stres düzeyini artırdığı, böylece meme kanseri oluşturabileceği

belirlenmiştir. Başka bir çalışmada ise, mamografi birimine başvuran kadınların meme kanseri ile ilgili önemli sayılan risk etkenlerinin bulunmadığı; fakat yoğun stres, yoksulluk, aile içi şiddet gibi etkenlerin olduğu bildirilmiştir (1).

Stres, birey ve sosyal çevresi arasında bireyin kaynaklarının zorlandığı ve iyilik durumunun tehdit edildiği şeklinde ifade edilen bir ilişkidir. Ancak aynı stres kaynaklarına maruz kalan insanların farklı düzeylerde stres yaşamaları, onların karşılaştıkları bu durumları farklı anlamlandırmalarından kaynaklanmaktadır ve strese karşı tepkileri çevresel ve kişilik özellikleri çerçevesinde kullandıkları başa çıkma yöntemlerine göre şekillenmektedir (15).

Kullanılacak başa çıkma tekniği; stres kaynağının özellikleri, kişisel özellikler ve sonunda nasıl bir sonuca ulaşılacak istendiğine göre değişim göstermektedir. Bu bağlamda, kişi kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal destek arama gibi etkili yöntemler veya çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım gibi etkisiz başa çıkma yöntemleri kullanılabilir. Günlük yaşamda, makul sınırlarda yaşanan stres, günlük aktivitelerinde daha fazla çaba gösterilmesine yardımcı olabilir ve kişiyi yaratıcılık konusunda geliştirir ve bu şekilde kişinin önceden belirlediği hedeflerin daha ilerisine ulaşmasını sağlayabilir. Ancak, uzun süre yaşanan stres, bireyler üzerinde fiziksel ve ruhsal çöküntüye ve ciddi rahatsızlıklara yol açabilir. Organizasyonlar için yaşanan bu durum çalışanlarının hastalanmasına, işgücünün kaybına, hatalara, kazalara, personelde iş doyumunun azalmasına ve iş performansında düşmeye neden olabilir.

Stres yaratan uyarıcıların birey tarafından değerlendirilmesi sürecinde önemli bir etken kişilik özellikleridir. Stresle ilişkili bulunan ve incelenen en önemli kişilik özelliğinin A Tipi kişilik olduğu bilinmektedir (15).

A Tipi kişiliğe sahip olan bireylerin daha fazla stres yaşama eğiliminde oldukları, strese duyarlı olan ve bundan daha çok etkilenen bireyler oldukları belirtilmektedir (16).

Karşılaşılan stres kaynakları ile yaşanan stres gerilimi arasında A Tipi kişiliğin önemli rolü olduğu, A Tipi kişilik özelliği ve yüksek düzeyde stres yaşanması arasında doğrudan veya dolaylı bir ilişki olduğu bildirilmektedir. Ulusal literatürde de A Tipi kişilik özelliğinin yoğunluğu arttıkça yaşanan stres belirtilerinin arttığını doğrulayan araştırma bulguları mevcuttur. A Tipi bireylerin daha fazla stres verici zorlu işleri üstlenmeye istekli olmaları nedeniyle etkene maruz kalmalarından ya da çevrelerindeki stres kaynaklarına aşırı tepki vermelerinden dolayı diğer kişilik tiplerine göre daha fazla stres gerilimi yaşadıkları düşünülmektedir (15).

2.1.6. Kanser ve Fiziksel Aktivite İlişkisi

Düzenli yapılan fiziksel egzersizin kardiyovasküler hastalıklar, obezite, tip II Diabetes Mellitus, yüksek tansiyon ve osteoporoz gibi hastalıkların önlenmesinde önemli rol oynadığı uzun yıllardır bilinmektedir. Son yıllarda araştırmacılar egzersizin kansere karşı koruyuculuğu üzerine odaklanmaktadır. Fiziksel aktivite ve kanser arasındaki ilişkiye dair en güçlü kanıtlar kolorektal kanserli vakalarda saptanmıştır. Yapılan birçok çalışmada egzersizin kolon-rektum kanseri riskini ortalama % 40–50 oranında azalttığı belirlenmiştir. Buna ek olarak kişi fiziksel olarak ne kadar aktifse risk o kadar azalmaktadır. Kanıtlar kolorektal kanserdeki kadar güçlü olmasa da egzersizin koruyucu etkinliğinin gösterildiği bir diğer kanser türü meme kanseridir. Düzenli egzersiz yapan kadınlarda risk ortalama % 30–40 oranında azaldığı ifade edilmektedir. Yapılan araştırmalarda fiziksel egzersizin prostat kanserine karşı koruyuculuğunun yüksek olasılıklı olduğu, aynı zamanda endometrium ve akciğer kanserine karşı ise koruyuculuğu muhtemel olarak sınıflandırılmıştır (17).

Egzersizin kansere karşı koruyuculuğu altta yatan mekanizması henüz tam olarak açıklanamamış olmasına rağmen, birtakım deneysel çalışmalarda egzersizin tümör oluşumuna karşı direncini arttırdığı, bu sayede egzersizle artan enerji ihtiyacının tümör büyümesini yavaşlattığı, ayrıca bazı antioksidan özellikli enzimlerin aktivitesini artırarak serbest radikallerin hücreye zarar vermesini önlediği gösterilmiştir.

Kolon kanserine karşı egzersizin koruyuculuğu artan aktivite ile barsak hareketlerinin hızlanması ve dolayısıyla karsinojen maddelerle barsak mukozasının etkileşim süresinin kısalmasına bağlanmıştır. Fiziksel aktivite ile artan prostaglandin sentezi ve buna bağlı kalın barsak doku proliferasyonunun durması, safra asit konsantrasyonunun azalması, dolaşımdaki insülin ve glukoz düzeylerinin düşmesi, kanser oluşumunu önleyen muhtemel diğer mekanizmalardır.

Meme kanserinde konuyla ilgili en olası mekanizma ise fiziksel egzersiz ile vücuttaki yağ miktarının azalması ve dolayısıyla yüksek östrojen seviyelerinin engellenmesidir. Bu çıkarımla birlikte hormon aktivitesiyle ilişkili olduğu düşünülen endometriyum ve meme kanseri riskinin fizik aktivite ile birlikte azalması beklenmektedir (18).

Fizik aktivitede artış özellikle olarak menopozdan 2-6 yıl önceki süreç olan premenopozal dönem kadınlarında meme kanseri riskinde azalma ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu konu çok tartışmalı olmakla birlikte düzenli fiziksel aktivitenin anovulatuvar siklusların sayısını artırarak meme kanseri riskini azalttığı ifade edilmektedir (19).

Yine fiziksel aktivitenin etkisiyle seks hormonu bağlayan globinlerin artması ve kan testosteron düzeylerinin düşmesi ile prostat kanseri riskini azalmaktadır (18).

Azalan vücut yağ kitlesi, tümöre karşı immün mekanizmaların uyarılması, antioksidanların seviyesinin artması ve genetik nedenler egzersizin tüm kanser türlerine karşı koruyuculuğundaki altta yatan mekanizmalar olarak sıralanmaktadır (18).

Sonuç olarak fiziksel egzersiz benign hastalıkların yanı sıra birçok kanser türüne karşı da yüksek olasılıklı olarak koruyucudur. Literatürde konu ile birçok çalışma bulunmaktadır. Bütün bu çalışmaların sonucundaki çıkarım kadın erkek her yaş grubundaki tüm insanlar için fiziksel egzersizin yaşam biçimi haline getirilmesidir.

2.1.7. Kanser ve Beslenme İlişkisi

Yapılan araştırmalarda bütün kanser türlerinin yüzde 30 - 40' indan yaşam tarzı ve beslenme alışkanlıklarının sorumlu olduğu tahmin edilmektedir. Obezite, glikoz metabolizmasının bozulmasına neden olan konsantre şekerli gıdaların ve işlenmiş un ürünlerinin alımı, lif oranı düşük yiyeceklerin ve kırmızı et ve et ürünlerinin tüketimi ve omega 3 ve omega 6 yağ asitlerinin dengesiz alımı da kanser riskini arttıran faktörlerdir (36).

Yağ içeriği yüksek yiyeceklerin uzun süreli tüketiminin de serum östrojen düzeylerini yükselterek meme kanseri riskinde artışa katkıda bulunduğunu düşündüren bazı kanıtlar vardır. Ancak konuyla ilgili çalışmaların sonuçları çelişkilidir (19).

Bazı çalışmalarda haftada 5 kez kırmızı et yenilmesi ile meme kanseri riskinde artış olduğu ifade edilmiştir (20).

Son yıllardaki epidemiyolojik çalışmalar, vitamin D' nin meme kanserine karşı koruyucu bir rolü olabileceğini ortaya koymuştur. Vitamin E, C veya beta-karoten gibi antioksidanların alımının meme kanseri riskine etki ettiği yönünde güçlü bir kanıt yoktur; vitamin A ile ilgili veriler ise tartışmalıdır (19-21). Bazı çalışmalarda düşük selenyum düzeyinin riski artırdığı gösterilmekle birlikte, yüksek düzeylerinin koruyucu etkisi gösterilememiştir. Yapılan çalışmalarda kafein ile meme kanseri riski arasında bir ilişki saptanmamıştır. Sigara ile meme kanseri arasındaki ilişki de çelişkilidir. Çalışmalarda çok değişik sonuçlara rastlamakla birlikte, tütün kullanımına eşlik eden bazı diğer faktörlerle birlikte riski artırdığı düşünülmektedir Beslenme ve kanserle ilişkili bir başka durum da nitrat (NO₃) içerikli gıdaların yoğun tüketimidir. Nitratların vücutta nitrite dönüşmeleri sonucu sağlık üzerine olumsuz etki göstermektedir. Kanserle ilgili yapılan hayvan deneyleri ve insan çalışmaları bütün olarak değerlendirildiğinde herhangi bir kanser tipi ile diyetle alınan nitrit-

nitrat miktarı arasında nedensel bir ilişki olduğuna dair yeterli kanıt elde edilememiştir (22,23). Nitratların kanserojen olduklarına ilişkin tatmin edici bir kanıt bulunmaması nedeniyle 2010 yılında Uluslararası Kanser Araştırma Kurumu (IARC) tarafından Grup 2A yani ‘insanlar için muhtemel kanserojen’ sınıflandırmasına tabi tutulmuştur (21).

Nitratlar; suda yüksek çözünme özelliği gösteren inorganik bileşiklerdir. Nitratların diyet aracılığıyla esas alımı tuzlanmış etler, fırınlarda üretilen ürünler ve mısır gevrekleri ile olmaktadır. Et, balık gibi gıdalar, sular ve birtakım ilaçlar içerisinde yer alan nitrat ve nitritler, sindirim sonrası N-nitroso bileşiklere dönüşürler. Fakat yeterli C vitamini alımı ile bu olay engellenmiş olur (24).

Kronik yan etkiler açısından yapılan çalışmaların en önemli kısmı kanser konusuna yoğunlaşmış, bu alanda da özellikle diyetle nitrat-nitrit alımının mide kanseri oluşumu üzerindeki etkisi üzerine araştırmalar devam etmektedir (25).

2.1.8. Kanser ve Sigara- Alkol İlişkisi

Son yıllarda farklı araştırmalar kanser nedenlerini % 70-80’ ini çevresel faktörlere atfetmektedirler. Çevresel faktörler içinde solunum havasında doğal olarak bulunan maddeler, su, yiyecekler, radyasyon, çalışma ortamı, kişisel faktörler (sigara, alkol, beslenme alışkanlıkları, üreme ve cinsel yaşam) yer almaktadır. Tüm bilinen karsinojenler arasında sigara (tütün) en fazla ölüme yol açan etkidir. Akciğer kanserlerinin % 83’ ü ve tüm kanser ölümlerinin % 30’ nun nedeninin sigaraya bağlı olduğu düşünülmektedir (25).

Tütün kullanımı, ayrıca over (yumurtalık) kanserinin bir türü ve bazı lösemi türlerinin yanı sıra özellikle ağız, farenks (üst yutak), larenks (gırtlak), burun ve sinüsler; bununla birlikte özofagus (yemek borusu), mide, pankreas, karaciğer, serviks mesane, böbrek, ve barsak kanserleri de dahil olmak üzere bir çok kanser türüne yakalanma riskini de arttırmaktadır.

Sigara dumanı 70’den fazla kanserojen kimyasal madde içermektedir. Sigara dumanını soluduğumuzda, bu kimyasallar akciğerlerinize girer ve vücudunuzun kalanına yayılır. Bilim adamları sözü geçen bu kimyasalların insan DNA’sına zarar verdiğini ve önemli genlerde değişikliğe uğrattığını ve hücrelerin kontrol dışı çoğalması sonucu kansere neden olduğunu açıklamışlardır (26).

Çalışmalar alkol tüketim miktar ve suresinin de meme kanseri riskinde artışla ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Alkol tüketiminin östradiol serum düzeylerini yükselttiği

bilinmektedir. Birçok çalışmada orta düzeyde alkol alımının (her gün 1-2 kadeh) meme kanseri insidansında % 30-50 oranında artışa neden olduğu gösterilmiştir. Yakın geçmişte yapılan bir toplum-bazlı çalışmada artmış alkol alımının östrojen reseptör pozitif meme kanseri gelişiminde etkili olduğu gösterilmiştir (19).

Dünya genelindeki ölümlerin % 4' ünün Alkol kullanımına bağlı olduğu tahmin edilmektedir. 2013 yılında Guerin ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada 2009 yılında Fransa'da alkole bağlı gelişen ölümler incelenmiş olup, bu ülkedeki ölümler yaş gruplarına göre sınıflandırılmış olup erkeklerde % 13' ünün, kadınlarda ise % 5' inin alkole bağlı olduğu olduğu tespit edilmiştir.

Alkole bağlı ölümlerin en sık nedenleri sırasıyla; kanser, kardiyovasküler hastalıklar ve gastrointestinal sistem hastalıkları olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada alkolün az miktarda alınmasının bile uzun vadede ölümlere yol açabileceği, bu etkisinin göz ardı edilmemesi ve bu yönde toplumsal önlemler alınmasının gerekliliği vurgulanmıştır.

David E. Nelson ve ark. Tarafından American Journal of Public Health dergisinde yayınlanan ve ABD, Fransa ve Kanada'dan katılan araştırmacılar tarafından alkol kullanım ve kanser gelişimi arasındaki ilişki 2000 yılı itibariyle yayınlanmış metaanalizler, 2009 USA ölüm verileri ve alkol satış verileri incelenerek değerlendirilmiş; alkol alımı ABD'deki kansere bağlı ölümlerin % 3.2 - 3.7' sinden sorumlu olduğu, kadınlarda alkole bağlı kanser ölümlerinin çoğu meme kanseri (meme kanserine bağlı ölümlerin % 15' i alkole bağlı) nedeniyle olduğu, erkeklerde üst solunum yolu ve özefagus kanserleri alkole bağlı kanser ölümlerinin en sık nedenini oluşturduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.

Yine bu çalışmada erkeklerde günde <20 gr (<1.5 kadeh) alkol tüketiminin dahi alkole bağlı oluşan kanserlerin % 16-25' ine yol açtığı; kadınlarda < 10gr (<1 kadeh) tüketiminin bile alkole bağlı kanserler ölümlerinin % 31-51 'ine yol açtığı sonucuna ulaşılmıştır (27).

2.2. Kişilik Tanımı

Kişilik kelimesi, Latincedeki "persona" kavramına denk gelmektedir. Günlük yaşamda sık kullandığımız kavramlar arasında yer alan kişilik, bir kişinin fiziksel ve sosyal ortamıyla etkileşme tarzını tanımlayan, düşünce, duygu ve davranışın ayırt edici karakteristik örüntüleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Tanımda kullanılan ayırt edici kelimesi, bireyleri birbirinden farklı kılan özelliklere dikkat çekmektedir.

Kişilik; bir bireyin tüm ilgi, tavır ve yetenekleriyle dış görünüşünün ve çevresine uyum biçiminin özelliklerini içeren bir kavramdır (6).

Kavram olarak kişilik; bir bireyi başkalarından ayıran özelliklerin tümünü, çevresine uyum sağlamak için geliştirdiği davranış biçimini belirtir. Kişilik kavramı aynı zamanda şahsiyet, mizaç, karakter gibi birtakım kavramlarla birlikte de kullanılmaktadır. Bu tanımlardan anlaşılacağı üzere kişilik, bireyi diğer bireylerden farklılaştıran özellikler bütünü olarak insanın bütün yaşantısına etki eden bir unsurdur (28).

Araştırmacılar tarafından bugüne kadar kişilik tiplerini belirlenmesi adına farklı modeller geliştirilmiştir. Kişilik tipi; bireyleri ve bireylerin neyi neden yaptıklarını anlamayı sağlayan, bireyin sınırlılıklarını, neleri yapabileceğini, neyi yapamayacağını ve bilgi işleme süreci içinde bireyin kendine göre tercihlerindeki doğal eğilimlerini anlamayı sağlayan muazzam bir sistemdir (29).

Psikoloji literatürü incelendiğinde “kişilik tipleri” ile ilgili elle tutulabilir verilere ilk defa 1920’ de Carl Jung’un ‘Psikolojik Tipler’ isimli kitabının yayımlanmasıyla ulaşıldığı bilinmektedir. Jung’a göre her bireyin kendine özgü, tanımlanabilir ve aynı zamanda değişmez özellikleri vardır. Jung bireyleri temelde ‘içedönük’ ve ‘dışadönük’ olmak üzere iki tip olarak ayırmıştır. İçedönük tipler, nesnelere zor ve olumsuz bağlantı kurup genelde nesneden çok özneye bağlıdır. Nesne geri planda kalır ve bu tiplerin içinde buldukları ortama uyum sağlamaları çok güçtür. Dışadönük tipler ise, genelde nesnelere kolay ve uyumlu bağlantı kurar. Nesnelere değer vererek düşünüp içinde bulunduğu ortamın ortak kurallarına ve değerlerine kolay ve çabuk uyum sağlarlar. Jung, içedönüklük ve dışadönüklük boyutlarını ya da tiplerini kullanarak 4 farklı özellik belirleyerek 16 farklı tip oluşturmuştur. Bir diğer kişilik tiplemesini ‘Kretschmer’in Kişilik Tipi’ oluşturmaktadır. İnsanın beden yapısı özellikleri ve kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi inceleyen Kretschmer, üç tip belirlemiştir. Bunlar atletik tip, astenik tip ve piknik tip olarak isimlendirilir. Uzun boylu, kasları gelişmiş lider olma eğilimi kuvvetli olanlar atletik tipi temsil ederken, uzun ve ince yapılı, soğukkanlı, inatçı, alıngan ve kindar olanlar astenik tipi ve orta boylu, şişman, kasları yumuşak, dış dünyaya açık, açık kalpli ve iyimser olanları ise piknik tipi temsil etmektedirler (28).

Literatürde geniş kabul gören bir diğer kişilik tiplemesi “Beş Faktör Kişilik Modeli” dir. Beş faktör kişilik modeli; kısaca OCEAN olarak bilinen; açıklık (openness), sorumluluk/bilinçlilik (conscientiousness), dışa dönüklük (extraversion), kabul edilebilirlik/uyumluluk (agreeableness) ve duygusal denge (neuroticism) boyutlarıyla açıklanmıştır. Dışadönük bireyler sosyal, sempatik, baskın, konuşkan gibi özelliklere sahiptir. Yüksek duygusal dengeye sahip bireyler güven verici, sakin, dengeli kişilik özellikleri sergilerken, endişeli ve gergin kişilik özelliğine sahip bireyler düşük duygusal dengeye

sahiptirler. Empati kuran, saygılı ve anlayışlı bireyler yüksek uyumluluk özelliklerine sahip iken; iş birliğinden kaçan, sinirli, huysuz bireyler ise düşük uyumluluk özelliklerine sahiptirler. Duyarlı, esnek, yaratıcı, meraklı, deneyime açık olmak gibi özellikler yüksek açıklığı gösterirken, değişime karşı dirençli, yeni fikirlere kapalılık, tutuculuk gibi özellikler ise düşük açıklık olarak kabul edilmektedir. Mc Shame ve Van Glinow' a göre dikkatli, öz disipline ve başarıya duygusuna sahip bireyler yüksek sorumluluk duygusuna sahipken, dikkatsiz, düzensiz, sorumsuz, plansız özellikler düşük sorumluluk duygusuna sahip oldukları ifade edilmiştir (30).

1960' ların sonlarında ise Freidman ve Rosenman tarafından stres kavramıyla ilişki kurularak ortaya çıkarılan "A tipi" ve "B tipi" kişilik biçimleri günümüzde geniş kabul alanı bulan ve sosyoloji, psikoloji ve tıp bilimlerinde de üzerinde bir çok araştırma yapılmış kişilik tipleridir. Friedman ve Rosenman, çalışmalarında kişilikleri A ve B tipi olarak sınıflayarak bu kişiliklere ilişkin birtakım özellikler saptamışlardır (28).

2.2.1. Kişilik Tipleri

A tipi ve B tipi kişilik ilk olarak iki kardiyolog olan Meyer Friedman ve Rosenman tarafından gözlemlenmiştir. Bu fikir ilk defa, oturma odalarının sandalyelerini tamir etmeye gelen döşemecinin sandalyelerin çoğunun sadece ön taraftan yırtıldığını söylemesi üzerine ortaya çıkmıştır. Bu durumdan, iki kardiyolog da kalp hastalarının çoğunun endişeli olduklarını ve otururken zor zamanlar geçirdikleri üzerine ilişki kurmuşlardır. Bu gözlemi başlangıç noktası olarak kullanan ve kendi klinik uygulamalarını da temel alan bu bilim adamları, hastalarının iki çok farklı davranış model tipi sergilediklerini tespit ederek, araştırmaları onları bireysel farklılıkların kişilik esaslı olduğu sonucuna varmalarına sebep olmuştur (28).

2.2.1.1. A Tipi Kişilik

A tipi davranış özelliklerine sahip bireyler sürekli hareket ederler, hızlı yemek yerler ve hızlı bir şekilde, bazen seslerini yükselterek konuşurlar. Ayrıca çok sabırsızdırlar, her şeyin hemen olup bitmesini isterler. Diğer insanların konuşmalarını bitirmesini beklemeden onların konuşmalarını yarıda keserler. Birden fazla işi ve projeyi bir arada yapmak ve kısa sürede bitirip başarılı olmayı isterler (31).

Bu kişiler aynı zamanda rekabet, başarı ve kontrol duygusuna sahiptirler. Yeni bir durum ya da zor koşullarla karşılaştıklarında kendi amaçlarına göre yeni durumu

değerlendirerek sorunu çözmek için çaba harcarlar. İş hayatında özverili, azimli ve çalışkan olanların A tipi kişilik özelliğine sahip bireyler oldukları, hızlı ve verimli çalıştıkları, fakat yıpranma paylarının yüksek olduğu yapılan çalışmalarda görülmektedir (32).

A Tipi kişilik özelliklerinin çocukluk döneminden itibaren görülmeye başladığı, çocuklar ve yetişkinlerin gösterdiği A Tipi kişilik özelliklerin benzer olduğu ifade edilmektedir (15).

A tipi davranış biçimine sahip bir yaşantı günümüzün modern yaşama biçimi ile toplum tarafından teşvik edilen ve ödüllendirilen bir tavidir. Çünkü çevrelerindeki insanlardan daha hızlı ve saldırgan olarak düşünen, konuşan, hareket eden, yaşayan ve hatta oynayan kişilere dünyada bundan önce hiç görülmediği biçimde değer verilmektedir.

Yapılan birçok araştırmada ‘A tipi’ kişilik ile mide ülseri, kalp hastalıkları ve yüksek tansiyon arasında yüksek ilişkiler bulunmuştur. Fakat çok az insan ‘A tipi’ ya da ‘B tipi’ özellikleri tamamen üzerinde taşır. Ancak bu özellikleri göstermeye yaklaşıyoruz. ‘A tipi’, davranışlar sürekli zamanla yarışan ve sabırsızlık duygusu içinde olan insanlarda sık görülmektedir. ‘A tipi bireyler’ sabah işe gitmek üzere kapıdan fırlarken, kahvesini bir dikişte içen, çok şeyi bir anda yapmaya çalışan kişilerdir. Ses tonları, hareketleri, içinde buldukları telaşı dışa vurur. Aşırı derecede gergin bedensel hareketleri olduğu da gözlemlenmektedir. Rekabetçi, öfke ve düşmanlık eğilimi olsa da bu tavırlar her zaman ortaya konulmaz. A tipi kişiliğe sahip bireyler bir arkadaşlarını ziyarete veya doktora gittikleri zaman bile telefonla is görüşmesi yaparlar. Çok seyrek olarak sağlık kuruluşlarına giderler. Çoğunlukla geçimi zor insanlardır.

Bu kimseler çoğunlukla tütün kullanırlar ve sigara içerler. Pipo ile zaman kaybedemeyecek kadar sabırsız oldukları için, pipo içene pek rastlanmaz. Herhangi bir yerde özellikle restoranda bekletilmekten nefret ederler. Yemeklerinin tadına bakmadan tuz atar, büyük bir aceleyle yerler. Kendilerine, sağlıklarına ve tatile çok az zaman ayırırlar. Konuşmaları “hiçbir zaman, daima, mutlaka” gibi kesin ve net ifadelerle doludur. Duygusal tükenmişlik, kendine zarar verme eğilimi, tehlike ve aşırı riske girme gibi çoğu zaman kendisinin de farkında olmadığı bir takım saklı özellikleri bulunmaktadır (15).

Literatürde strese en yatkın olan kişilik tipi, A tipi kişilik özelliğidir. Bir araştırma sonucuna göre, Friedman ve Roseman 1974’de koroner kalp hastalığı olanlarla yaptıkları çalışmada, bu tip hastaları niteleyen davranışlar kümesini A-tipi davranış örüntüsü olarak tanımlamışlardır. Ayrıca Roseman ve arkadaşlarının görüşme yöntemi ile 8,5 yıl sonra izleme

çalışması yaptıkları bir araştırmada, A-tipi özellik gösteren erkeklerin, B tipi özellik gösterenlere oranla iki kat fazla kalp krizi geçirdiklerini tespit etmişlerdir (15).

A tipi kişiliğin bazı özellikleri şunlardır:

1. Birden fazla işi aynı anda yapmak veya düşünmek.
2. Çevresindeki değişiklikleri, güzellikleri fark edememe.
3. Yüksek sesle ve çabuk konuşma.
4. Sırada beklemeye tahammülsüzlük.
5. Konuşurken vücut dilini çok fazla kullanma.
6. Her oyunu kazanmak için oynama.
7. Konuşurken kafa sallama, masaya yumruk vurma.
8. Aceleci, rekabeti sevme.

Genellikle A tipi kişilik özelliğine sahip insanlar, devamlı bir koşuşturma halindedirler ve işleri yetiştirememe gibi bir durum söz konusudur. Örgütlerin çoğu A tipi davranışlara sahip çalışanları ödüllendirir. Bu nedenle örgütlerdeki çok sayıdaki çalışan fiziksel ve ruhsal sağlıklarını hiçe sayıp sahip oldukları A tipi kişilik özelliğini göstermeye çalışırlar (15).

2.2.1.2. B Tipi Kişilik

B tipi davranış özelliği gösteren bireyler, A tipindeki bireylerin tam tersi kişilik özelliklerine oldukları söylenebilir. Bu tip kişiliğe sahip kişiler, başkaları ile rekabet etmekten ve iddialaşmaktan hiç hoşlanmazlar. Mükemmeliyetçi değildirler ve hayatları 'sıfır risk' üzerine kuruludur. Ayrıca bu tip kişiler heyecana ve telaşa kapılmayan, sakin ve zaman problemi olmayan, zamanını rahat kullanan kullanan özellikler sergilemektedir. İş dışında da kendilerini dinlendirecek ve rahat vakit geçirebileceği hobileri mevcuttur (15).

B tipi kişilikler, dikkatli düşünceleri gereken işlerde başarılıdır (33). B tipi kişilik özellikleri, kişiye kendi beklentilerini değiştirme esnekliğini verebilir. Ortam koşullarını değiştirmenin olanaksız olduğu, beklentilerin değişmesinin tek yol olduğu durumlarda, olumsuz duyguların süreklilik kazanmaması bakımından B tipi kişiliği üstün kılan özelliktir. Ekiple kolayca çalışırlar. Gösterişten hiç hoşlanmayıp zamanın esiri olmazlar. A tiplerinin tersine daha az stresli durumlarla karşılaşılırlar. Özel yaşamla iş yaşamları arasında kolaylıkla sınır koyup, eve döndüklerinde günlük yaşamdan tamamen uzaklaşabilirler. Acelecilikten ve sabırsızlık düşüncesinden uzaktırlar (34). B tipi kişiliğe yatkın insanların, başkaları ile uzlaşmacı, geçimli, aşırı hırslı ve bencil olmayan, mükemmellik peşinde koşmayan, hoşgörülü

ve affedici davranışları, stres düzeylerini düşürücü etki yapar ve stresin doğurduğu sorunları dert etmez ve stresi daha az hissederler (33).

B tipi davranış biçimine sahip bireyler, insanlar ya da zamanla daha az çatışma halindedirler ve yaşama karşı daha dengeli ve rahat bir yaklaşım sergilerler. Kararlı bir hızda çalışır ve kendini daha fazla güven içinde hisseder. B tipi kişinin A tipi kişiden daha çok ya da daha az başarılı olduğu söylenemez (6).

Gündelik çeşitli streslerde dikkatli bir gözlemci kişilik özelliklerine bağlı değişiklikleri hemen fark edebilir. Stres verici durumdaki tepkiler, kişilik özelliklerine göre korku, kaygı, gerilim vb. farklı psikolojik nitelikte olabileceği gibi terleme, kızarma vb. farklı fizyolojik niteliklerde olabilir. Farklı kişiler aynı tepkileri verseler bile, bunların şiddetleri birbirinden farklıdır. Örneğin trafik kazası yapan araçların sürücüleri bu olaya tepkileri birbirinden çok farklıdır. Bu farklılığın sebebi algılayıştaki farklar kadar kişilik özelliklerinden de kaynaklanmaktadır. Bir sürücü A tipi kişilik özelliğine sahipken diğer bir sürücü A tipi kişilik özelliğinin karşıtı olarak bilinen, daha az strese maruz kaldığı düşünülen B tipi kişilik özelliğini sergileyebilir. Friedman ve Roseman'ın B tipi kişilik davranışı olarak tanımladıkları kişiler rekabetten fazla etkilenmeden, sağlığını bozmadan mücadele eder.

B tipi kişiliğin bazı özellikleri şunlardır:

1. Sabırlı ve sakinlerdir
2. Yavaş hareket ederler
3. Rahatlığa düşkündürler
4. Rekabetten haz almazlar
5. Katı kuralları sevmezler
6. Kolay sinirlenmezler
7. Zamanla pek ilgilenmezler
8. Başkalarıyla yarışa girmezler (6).

2.2.1.3. C Tipi Kişilik (Karma)

C tipi kişilik, Ogden tarafından edilgenlik, sakinlik, kendine yardım edememe, genelde diğer insanlara odaklanarak yaşama ve kendi duygularını ifade etme açısından zayıf olma gibi özelliklerle betimlenmektedir. Temoshok ve Dreher ise, bu kişilik tipine sahip kişilerin duygularını ifade etmekte zorlandıklarını, başka kişilerin dediklerine katılmasalar da

onayladıklarını ve onlara uyduklarını, kaygı ve öfkelerini bastırdıklarını, diğer insanları memnun etmek istediklerini belirtmiştir (5).

Örgütlerde çalışanlar A ve B tipinin özelliklerini karışık olarak gösterebilirler. Bu tip insan davranışlarına karma tip adı verilir. Dikkat edilmesi gereken, normal ve olağan durumlarda bile bireyin davranışlarına telaş, hız hâkim ise oranı düşük olsa bile A tipinin risklerine sahiptir. Öngörülen hedef, ortamındaki huzur ve verimin bir zarar görmeden kişilerin barışık bir biçimde çalışmasıdır (5).

2.2.2. Kişilik Tipleri ve Kanser

Kanser, Dünyada ölüm nedenlerine bakıldığında kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır. Yapılan araştırmalarda sahip olunan kişilik tiplerinin bazılarının neden sonuç ilişkisi bakımından her ne kadar kalp hastalıklarıyla ilişkilendirildiği gibi güçlü bir ilişki olmasa da kanser gelişiminde etkisinin olabileceği vurgulanmaktadır (35).

Konu ile ilgili ilk araştırmalarda psikososyal etkenlerin hastalığın oluşumu için risk etkenleri arasında yer aldığı ileri sürülmüş, ancak daha sonraki araştırmalar diğer risk etkenlerine göre psikososyal etkenlerin kanser oluşumuna daha küçük bir katkısı olduğu gösterilmiştir. Yapılan bu araştırmalar psikososyal etkenlerin kanserin ortaya çıkmasında değil de kanserin ilerlemesinde önemli rolü olduğunu göstermiştir. Bir kanıt Priestman ve arkadaşları meme kanserli hastaların yaşam olayları ve kişilik özelliklerini sağlıklı kontrollerle karşılaştırdıkları araştırmalarında bu etkenlerin meme kanserine yatkınlık yarattığı şeklinde bulunmazken, psikososyal etkenler ile meme kanseri arasında bir ilişki olabileceği üzerinde duran araştırmalar da vardır (4).

Derogatis ve ark. tarafından yapılan PSYCOG (Psychosocial Collaborative Oncology Group) çalışmasında kanser hastalarının % 47' sinde tanı konacak düzeyde ruhsal bozukluk bildirmişlerdir. Kanser ve kanser dışı hastaların genelinde bildirilen % 20-40 oranına göre yüksek bir oran olsa da arada aşırı bir fark yoktur (5).

A tipi kişiliğe sahip insanlar, genellikle daha sabırsız, kolay tahrik olabilen, enerjik ve hırslı oldukları için kalp hastalığına daha yatkındırlar. Buna karşılık, B tipi kişiliğe sahip olanlar, genellikle daha rahattırlar ve hayatı daha yavaş yaşadıkları için kalp hastalığı gelişme olasılığı daha azdır (35).

Psikologlar kansere yatkın kişilik tipini ‘C tipi kişilik’ olarak tanımlamışlardır ve aynı zamanda bu tip kişiliğe sahip bireyler genel olarak stresle baş etmede zayıf ve ümitsizlik duygusu baskın bireyler olarak ifade etmişlerdir. C tipi kişiliğe sahip bireyler genelde içine kapanık, saygılı, başkalarını memnun etmeye hevesli, uygun ve uyumlu tiplerdir. Ancak bu ve benzer çalışmalarda kişilik tipinin sigara içme alışkanlığı gibi yaşam tarzı seçimlerini nasıl etkileyebileceği konusunda bilgi verilmemiştir (35).

C tipi kişiliğin meme kanseri oluşumu üzerindeki etkisini araştıran çalışmalar tartışmalı sonuçlar vermiştir. Eysenck, C tipi kişiliğin kansere neden olan bir kişilik türü olduğunu öne sürmüştür; yapılan başka bir araştırma da C tipi kişilik özelliklerinin kanser sürecinde ölüm oranını yordadığını göstermiştir. Benzer şekilde, Temoshok’un çalışmalarında C tipi kişilik, kanserin daha kolay ve daha hızlı şekilde gelişmesi açısından bir risk etkeni olarak belirtilmiştir. Bleiker ve ark. ise, C tipi kişiliğin bütününün aksine, C tipi kişiliğin alt faktörlerinden duygularını ifade edememenin (emotional non expressiveness) meme kanseri için bir risk etkeni olduğunu ortaya koymuştur. Diğer bir araştırma, C tipi kişiliği oluşturan iki faktörün de (kendini feda etme ve duygularını ifade edememe) meme kanseri oluşumunu etkilemediğini öne sürmüştür. C tipi kişiliği oluşturan kendini feda etme (self sacrificing behavior), kişinin kendi gereksinmelerini ikinci plana atması, diğer kişilere ve onların gereksinmelerine daha fazla önem vermesi ile ilintilidir. Bu nedenle kişi dışı odaklı bir yaşam sürdürmekte ve kendi gereksinmelerini göz ardı ederek gereğinden fazla diğer kişilerle ilgilenmektedir. C tipi kişiliği oluşturan diğer faktör olan duygularını ifade edememe (emotional non expressiveness), kişinin kaygı ve öfkesini bastırma ve bu negatif duyguları ifade etmeyerek çevredekilerle uyum içinde olması, çevresindekileri üzme isteği ile ilişkilidir (5).

2.2.3. Kişilik Tipleri ve Diğer Hastalıklarla İlişkisi

Friedman ve Rosenman 3500 kişi üzerinde 8.5 yılı aşkın bir süre çalışmış ve A tipindeki kişilerin kalp hastalığına daha eğilimli olduğu, ikinci bir kalp krizine eğilimin beş kat daha fazla olduğu ve B tipi bireylerle karşılaştırıldığı zaman kalp krizinin iki kat daha fazla tehlikeli olduğu sonucuna varmışlardır. Jenkins, 3000 kişi üzerinde yaptığı çalışmaya göre, kalp damarlarının kan pıhtısı ile tıkanmasından ızdırap çeken 133 kişiden 94’ünü açıkça A tipi olarak tespit etmiştir (6).

2 Kasım 1988’de “Demir Mike” olarak adlandırılan ve Chicago Bears Amerikan Futbol takımının koçu olan Mike Ditka kalp krizi nedeniyle hastaneye kaldırılmıştı. Bir televizyon kanalında yapılan bir röportajda Ditka’nın sigara, aşırı yeme – içme, hareketsizlik gibi kalp krizine neden olan genel fiziksel risk faktörlerinden hiç birine sahip olmadığı anlatılmıştı. Onun tek bir risk faktörü vardı, bu da psikolojikti, yani A tipi davranış biçimine sahipti. Nedenler açık olmasa da son bulgular, A tiplerinin bilinenden çok daha karmaşık olduklarını belirtmektedir. A tiplerine özel davranışları sergilemekle kalmaz, depresyon altında ve düşmanca bir tutum da sergileyebilirler. A tipi davranış özelliklerinden herhangi birisi ya da bu davranışların bir bileşimi, kalp sorunlarıyla kişiyi karşı karşıya bırakabilir (6).

Friedman ve Rosenman’ın çalışmaları nedeniyle çoğu zaman A Tipi kişilerin kalp krizi gibi stresin en kötü sonuçlarına maruz kaldıkları düşünülmekteydi. Son zamanlarda yapılan bazı çalışmalar bu bulguları pek doğrulamamaktadır. Örneğin A Tipi kişilerin, B Tiplerine göre stresle çok daha iyi baş edebildikleri ifade edilmektedir. A Tipi’nin karakteristik özelliği olan sabırsızlıktan daha çok, kızgınlık ve düşmanca hisler kalp problemlerine neden olmaktadır. İşkollik olma, acele etme ve insanların sözünü yarıda kesme kalp için çok fazla sorun olmamakta, asıl sorun aşırı derecede sinirlenme ve düşmanca hisler beslemekten kaynaklanmaktadır (6).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, kanser hastalığının oluşumunda kişilik özelliklerinin etkisinin olup olmadığını ve beslenme, ailesel faktörler ve fiziksel aktivite gibi faktörlerin kanser hastalığına etkisini incelemek amacıyla planlanmış vaka-kontrol çalışmasıdır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Malatya ili Turgut Özal Tıp Merkezi (TÖTM) Onkoloji Servisine başvuran, tedavi gören 18 yaş ve üzeri kanser hastaları ve kontrol grubu üzerinde Ekim-2014 ve Aralık-2014 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Malatya ili Turgut Özal Tıp Merkezi Onkoloji servisinde kanser tanısı konulan 151 kanser vakası ile kontrol grubu olarak yaşı ve cinsiyeti benzer olanlar ile kanser olmayan kişiler basit rasgele örneklem yöntemiyle seçilmiştir. Kontrol grubu olarak TÖTM dahili servislere başvuran ve kanser hastası olmayan 201 kişi çalışma kapsamına alınmıştır. Toplam 352 kişiye çalışma kapsamında ulaşılmıştır.

3.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılacak verileri elde etmek için vaka ve kontrol gruplarına sosyo-demografik özelliklerini, boy uzunluğunu, şu anki vücut ağırlığını, hastalık öncesi vücut ağırlığını şimdiki sigara alkol kullanımını, hastalık öncesi fiziksel aktivite durumunu, hastalık öncesi beslenme alışkanlıklarını (tuz, et tüketimi, sebze-meyve tüketimi, mevsiminde sebze-meyve tüketim durumu) , hastalık öncesi strese maruz kalma durumunu, hastalık durumunu, hastanın hangi tedavileri aldığını ve ailede kanser öyküsü olup olmadığını öğrenmeye yönelik anket formundaki sorular, araştırmacı tarafından bireylere doğrudan kendilerine, yüz yüze sorularak, bazen de telefonla ulaşılarak veriler elde edilmiştir (EK-1).

Beden kitle indeksi (BKİ), vücut ağırlığının (kg), metre cinsinden boy uzunluğunun karesine (m²) bölünerek hesaplanmıştır. DSÖ' nün BKİ sınıflandırma sistemine göre değerlendirilmiştir. DSÖ' ü BKİ' nin 20'nin altı zayıf, 20-24.99 arası normal, 25 ve 29.99 arası fazla kilolu ve 30 ve üzerini obez olarak tanımlamaktadır. Ayrıca kişilik tipini bulmaya yönelik kişilik tipleri ölçeği kullanılmıştır (EK-1).

A Tipi Kişilik Özellikleri Ölçeği: 2006 yılında Batıgün ve Şahin tarafından 1989 yılında Rathus ve Nevid'in bireylerin A Tipi kişilik özelliklerini ölçmek üzere hazırladıkları

soru listesinden faydalanılarak geliştirilen ölçek, bireylerin gündelik yaşamlarındaki davranışlarına ilişkin ifadelerin sorulduğu 25 maddeden oluşan 1-5 arası puanlanan Likert tipli bir ölçektir. Ölçeğin “İşe verilen önem”, “Sosyal etkinliklerden uzaklaşma”, “Hıza verilen önem”, “Zamanlamaya verilen önem” adı altında dört farklı alt boyutları bulunmaktadır. Ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği katılımcının A Tipi kişilik yoğunluğunu göstermektedir. Ölçeğin tümü için hesaplanan Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısının $\alpha=.86$ ile $.90$ arasında değiştiği bildirilmektedir (37).

C Tipi Davranış Ölçeği: Bu çalışmada Kurass’ın geliştirdiği Bozo ve Ark. ’larının 2012 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığı 12 maddeden oluşan C Tipi Davranış Ölçeği kullanılmıştır. Sorular, ‘bana hiç benzemiyor’ ve ‘bana çok benziyor’ arasında değişen dördümlü Likert tipi bir ölçek üzerinde değerlendirilmektedir. Kendini feda etme ve duygularını ifade edememeyi değerlendiren ölçek, kanser hastalarında C tipi davranışı ölçer. Ölçekteki yedi madde kendini feda etmeyi ölçerken, kalan beş madde duygularını ifade edememeyi ölçmektedir. Kendini feda etme alt ölçeği ilk 7 maddeden oluşmaktadır. Duygularını ifade edememe alt ölçeği ise geri kalan 5 maddeden oluşmaktadır. Maddelerden dört tanesi ters madde (5, 9, 11 ve 12) olarak değerlendirilmiştir. Toplam skor ne kadar yüksek olursa, kişide o kadar C tipi kişilik özelliği vardır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.81, test-tekrar test güvenilirliği 0.87’ dir. Ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlılık katsayıları 0.80-0.86 arasında değişmiştir (38).

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenleri: yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sigara-alkol kullanma durumu, et ve et ürünleri tüketimi, sebze-meyve tüketimi, tuz tüketimi, fiziksel aktivite, kişilik ölçek puanları

Bağımlı değişkenler: Kanser olma.

3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin tümü SPSS istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Nitel ve nicel değişkenler için uygun betimsel değerler verilmiştir. Nitel değişkenler sayı (n) ve yüzde (%) olarak, nicel değişkenler ortalama +/- standart sapma olarak ifade edildi. Verilerin normal olasılık dağılımına uyumluluk gösterip göstermemesini sınamak için Kolmogorov-Smirnov testi kullanıldı. Bazı nitel değişkenlere göre (sosyodemografik özellikler, BKİ, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite, stres) kanser-kontrol gruplarının karşılaştırılmasında ki-kare ve fisher exact testi,bağımlı gruplarda

paired t testi kullanıldı. Kanser türleri ile kişilik puanları arasındaki ilişkiyi saptamak için bağımsız örneklem testlerinden Studet-t testi ve One Way anova testi kullanıldı. Farkı yaratan grup LSD testi ile bulunmuştur. Bazı veriler için Odds Ratio hesaplandı. A ve C tipi kişilik toplam puanı hesaplandı. A ve C tipi kişilik alt ölçek puanları hesaplandı.

A tipi kişilik puan ortalamasının (73.78) bir standart sapma (S=14.21) yukarısında bulunan 53 kişi A tipi, ortalamanın bir standart sapma altında puan alan 52 kişi B tipi olarak sınıflandırılmıştır. Puanı 88'in üstünde olanlar A tipi kişilik olarak, 59'un altında olanlar B tipi kişilik, 59-88 arasında olanlar Ne A Tipi Ne B Tipi olarak değerlendirilmiştir. Tüm istatistiksel değerlendirmelerde $p < 0.05$ değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Sadece Malatya ili TÖTM Onkoloji Servisine başvuran, tedavi gören 18 yaş ve üzeri kanser hastaları ve dahili servislere başvuran ve kanser hastası olmayanlardan oluşması, ayrıca hematolojik kanserli hastalar araştırma kapsamı dışında bırakılmış olması, çok merkezli yapılmadığı için evreni temsil etmemesi hastalık öncesi beslenme alışkanlıkları, stres, stres şiddeti, ağırlık ve fiziksel aktivite düzeyinin sorgulanması durumunda hastaların hafıza faktöründe araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

3.8. Etik İlkeler

Araştırmanın yürütülebilmesi için hastane yönetiminden gerekli yazılı izin alınmıştır. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan gerekli izin alınmıştır. Etik kurul kararının tarihi 15.05.2013, numarası 65'dir.

4. BULGULAR

4.1. Kanser ve Kontrol Gruplarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Ait Bulgular

Sosyo-demografik özelliklerine göre kanser ve kontrol gruplarının dağılımı Tablo 4.1’ de görülmektedir. Yaş’ a göre dağılımlarına bakıldığında; 50-59 yaş arası kişilerin % 45.8’ inin kanser, % 54.2’sinin kontrol; 60-69 yaş arasının % 44.2’ sinin kanser, % 55.8’ inin kontrol; 70 yaş üstünün % 41.2’ sinin kanser, % 58.8’inin kontrol; 40-49 yaş arasının % 40.9’ unun kanser, % 59.1’ inin kontrol; 39 yaş ve altındakilerin % 40.3’ ünün kanser, % 59.7’ sinin kontrol grubunda oldukları görülmektedir. Grupların yaş ortalamasının; kanser grubunda 54.05 ± 12.76 , kontrol grubunda 54.05 ± 14.55 olduğu belirlenmiştir ($p>0.005$).

Cinsiyete göre dağılımına bakıldığında; erkeklerin % 40.5’ inin kanser, % 59.5’inin kontrol; kadınların ise % 45.5’ inin kanser, % 54.5’ inin kontrol grubunda oldukları belirlenmiştir. Yaşa ve cinsiyete göre kanser ve kontrol gruplarının dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.005$).

Medeni duruma göre dağılımına bakıldığında; evlilerin % 45.7’ sinin kanser, % 54.3’ ünün kontrol; bekarların % 26.4’ ünün kanser, % 73.6’ sının kontrol ve dul ve diğerlerinin % 44.8’ inin kanser; % 55.2’sinin kontrol grubunda oldukları görülmektedir. Medeni duruma göre kanser ve kontrol gruplarının dağılımına bakıldığında; evlilerde kanser oranı diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0.005$).

Eğitim durumuna göre dağılımına bakıldığında; ilköğretim mezunlarının % 47.3’ ünün kanser, % 52.7’ sinin kontrol; ilkokulu bitirmemiş olanların %48.8’inin kanser, % 51.2’ sinin kontrol; lise mezunlarının % 42’ sinin kanser, % 58’ inin kontrol; üniversite ve üstü eğitime sahip olanların % 28.6’ sının kanser, % 71.4’ ünün kontrol grubunda oldukları görülmüştür. Eğitim duruma göre kanser ve kontrol gruplarının dağılımına bakıldığında; üniversite ve üstü eğitim düzeyine sahip kanser grubunun oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur ($p<0.005$).

Mesleklerine göre dağılımına bakıldığında; ev hanımı olanların % 48.8’ i kanser, % 56.9’ unun kontrol; memurların % 43’ ü kanser, % 57’ sinin kontrol; işçilerin % 51.5’ i kanser, % 48.5’ inin kontrol; serbest meslek sahiplerinin % 48.1’ i kanser, % 51.9’ unun kontrol; esnaf olanların % 38.9’u kanser, % 61.1’ inin kontrol; diğer meslek sahiplerinin % 25.6’ sı kanser, % 74.4’ ünün kontrol grubunda oldukları belirlenmiştir. Mesleğine göre

kanser ve kontrol gruplarının dağılımına bakıldığında; gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.005$).

Tablo 4.1. Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Kanser ve Kontrol Gruplarının Dağılımı

ÖZELLİK	Kanser		Kontrol		İstatistik
	Sayı(n)	Yüzde(%) ^a	Sayı(n)	Yüzde(%) ^a	
Yaş					
39 ve altı	25	40.3	37	59.7	p=0.758*
40-49	27	40.9	39	59.1	
50-59	44	45.8	52	54.2	
60-69	34	44.2	43	55.8	
70 ve üstü	21	41.2	30	58.8	
Yaş Ortalaması ± SS	54.05 ± 12.76		54.05 ± 14.55		p=0.997**
Cinsiyet					
Erkek	75	40.5	110	59.5	p=0.203*
Kadın	76	45.5	91	54.5	
Medeni durum					
Evli	123	82.0 ^b	146	72.6 ^b	p=0.033*
Bekar	14	9.3	39	19.4	
Dul ve Diğer	13	8.7	16	8.0	
Eğitim durumu					
İlkokulu Bitirmemiş	40	48.8	42	51.2	p=0.018*
İlköğretim	62	47.3	69	52.7	
Lise	29	42.0	40	58.0	
Üniversite+***	20	28.6	50	71.4	
Meslek					
Ev hanımı	53	43.1	70	56.9	p=0.209*
Memur	34	43.0	45	57.0	
İşçi	34	51.5	32	48.5	
Esnaf	7	38.9	11	61.1	
Serbest meslek	13	48.1	14	51.9	
Diğer	10	25.6	29	74.4	
TOPLAM	151	42.9	201	57.1	

*ki-kare **t-testi ***farkı yaratan grup ^a satır yüzdesi ^b sütun yüzdesi

Yerleşim yeri ve sosyal güvence durumuna göre kanser ve kontrol gruplarının dağılımı Tablo 4.2' de görülmektedir. Yerleşim yerlerine göre dağılımına bakıldığında; il ve büyükşehirde olanların % 45.8' i kanser, % 54.2' sinin kontrol; köy ve kasabadakilerin % 37.9' u kanser, % 62.1' inin kontrol ve ilçede yaşayanların % 35.4' ü kanser, % 64.6' sının kontrol grubunda oldukları görülmüştür.

Sosyal güvence durumuna göre dağılımına bakıldığında; SSK'sı olanların % 43.4' ü kanser, % 56.6' sının kontrol; emekli sandığı olanların % 37.2' si kanser, % 62.8' inin

kontrol; bağ-kuru olanların % 51.9' u kanser, % 48.1' inin kontrol; yeşilkart ve diğer güvencesi olanların % 42.2' sinin kanser, % 57.8' inin kontrol grubunda oldukları görülmüştür.

Yerleşim yeri ve sosyal güvence durumuna göre kanser ve kontrol gruplarının dağılımına bakıldığında; gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.005$).

Tablo 4.2. Yerleşim Yeri ve Sosyal Güvence Durumuna Göre Kanser ve Kontrol Gruplarının Dağılımı

ÖZELLİK	Kanser		Kontrol		İstatistik
	Sayı(n)	Yüzde(%) ^a	Sayı(n)	Yüzde(%) ^a	
Yerleşim yeri					
Köy ve kasaba	25	37.9	41	62.1	p=0.274
İlçe	17	35.4	31	64.6	
İl ve Büyükşehir	109	45.8	129	54.2	
Sosyal güvence					
Ssk	69	43.4	90	56.6	p=0.388
Bağ-kur	28	51.9	26	48.1	
Emekli sandığı	35	37.2	59	62.8	
Yeşilkart ve Diğer	19	42.2	26	57.8	
TOPLAM	151	42.9	201	57.1	

^a satır yüzdesi

Kanser grubunun kanser türleri ve hastalıklarına ait diğer özelliklerle ilgili sorulara verdikleri cevapların dağılımı Tablo 4.3' te görülmektedir. Kanser grubunun kanser türlerine göre dağılımına bakıldığında % 11.9' u meme, % 8' i diğer, % 7.1' i akciğer, % 4.5' i prostat, % 4.3' ü kolon, % 4.3' ü serviks ve % 2.8' i baş boyun kanseri olduğu saptanmıştır.

Kanser grubunun % 33' ü kemoterapi aldığını, % 7.4' ü kemoterapiye halen devam ettiğini ve % 2.6' sı ise almadığını ifade etmiştir. Kanser grubunun % 20.5' i radyoterapi almadığını, % 19.9' u aldığını ve % 2.6' sı ise kemoterapiye halen devam ettiğini belirtmiştir.

Kanser grubunun % 38.1' inde yakınında kanser olduğu. %61.9'ununda olmadığı görülmüştür. Yakınında kanser olanlarda yakınlık derecesinin dağılımına bakıldığında; % 21.9' unun 1. derece, % 20.7' sinin 2. derece yakınında kanser bulunduğu görülmüştür.

Tablo 4.3. Kanser Grubunun Kanser Türleri ve Hastalıklarına Ait Diğer Özelliklerle İlgili Sorulara Verdikleri Cevapların Dağılımı

ÖZELLİK		Sayı(n)	Yüzde(%)
Kanser türü	Akciğer CA	25	7.1
	Meme CA	42	11.9
	Prostat CA	16	4.5
	Kolon CA	15	4.3
	Serviks CA	15	4.3
	Baş Boyun Ca	10	2.8
	Diğer	28	8.0
	TOPLAM		151
Kemoterapi alma durumu	Evet	116	33.0
	Hayır	9	2.6
	Halen devam ediyor	26	7.4
TOPLAM		151	42.9
Radyoterapi alma durumu	Evet	70	19.9
	Hayır	72	20.5
	Halen devam ediyor	9	2.6
TOPLAM		151	42.9
Kanser tedavisine yönelik cerrahi operasyon durumu	Evet	93	26.4
	Hayır	58	16.5
TOPLAM		151	42.9
Yakında kanser olma durumu	Evet	134	38.1
	Hayır	218	61.9
TOPLAM		352	100.0
Yakınlık derecesi	1.Derece	77	21.9
	2.Derece	73	20.7

4.2. Kanser ve Kontrol Gruplarının Diğer Risk Faktörlerine Ait Bulguları

BKİ ve BKİ gruplarına göre kanser ve kontrol gruplarının dağılımı Tablo 4.4' te gösterilmiştir. Çalışmamızda kanser grubunun şu andaki BKİ ortalaması $25.47 \pm 4,42$ iken; hastalık öncesi BKİ ortalaması $26,72 \pm 4,47$ ' dir. Çalışmamızda kanser grubunun ortalama BKİ'lerine bakıldığında hastalık öncesi ve sonrası BKİ'ler arasında anlamlı bir fark olduğu kanserli hastaların zayıfladığı görülmektedir

Beden Kitle İndeksi ortalamasına göre kanser ve kontrol gruplarının dağılımına bakıldığında; gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır($p>0.005$).

BKİ gruplarına göre kanser ve kontrol gruplarının dağılımına bakıldığında; BKİ' si 20'nin altında olanların % 33.3' ü kanser, % 66.7' sinin kontrol; 20-24.99 arasında olanların % 42.6'sı kanser, % 57.4' ünün kontrol; 25-29.99 arasında olanların %48.8'i kanser, % 51.2' sinin kontrol; 30 ve üzerinde olanların % 37' si kanser, % 63' ünün kontrol grubunda

oldukları görülmektedir. BKİ gruplarına göre kanser ve kontrol gruplarının dağılımına bakıldığında; gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.005$).

Tablo 4.4. BKİ ve BKİ Gruplarına Göre Kanser ve Kontrol Gruplarının Dağılımı

ÖZELLİK	Kanser		Kontrol		p
	Sayı (n)	Yüzde(%) ^a	Sayı (n)	Yüzde(%) ^a	
BKİ önceki Ort ± SS	151	26,72 ± 4,47			
BKİ Ort ± SS	151	25.47 ± 4.42	201	25.67 ± 5.96	p=0.734**
BKİ					
20'nin altı	13	33.3	26	66.7	
20-24,99 arası	58	42.6	78	57.4	p=0.266*
25-29,99 arası	60	48.8	63	51.2	
30 ve üzeri	20	37.0	34	63.0	
TOPLAM	151	42.9	201	57.1	
p	p=0.001 ^b t= 5.10				

*ki-kare **t testi ^a satır yüzdesi ^b paired t testi

Sigara içme durumuna göre kanser ve kontrol gruplarının dağılımı Tablo 4.5'te görülmektedir. Sigara içme durumuna göre dağılımına bakıldığında; sigarayı içenlerin % 36.4'ü kanser, % 63.6' sının kontrol; içmeyenlerin % 33.3' ü kanser, % 66.7' sinin kontrol; bırakanların % 61.6'sı kanser, % 38.4'ünün kontrol grubunda oldukları saptanmıştır.

İstatistiksel olarak sigara içenler ve hiç içmeyenler grubu arasında fark olmamasına rağmen, kanser olmayanlarda hiç sigara içmeyenler daha yüksek bulunmuştur. Sigarayı bırakanların oranı kanser grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0.005$).

Araştırmaya katılan kişilerin günde içtiği sigara sayısına göre dağılımına bakıldığında; 10'un altında içenlerin % 18.2' si kanser, % 81.8'inin kontrol; 10-19 arasında içenlerin % 47.6' sını kanser, % 52.4' ünün kontrol; 20 ve üstünde içenlerin % 43.5' i kanser, % 56.5' inin kontrol grubunda görülmektedir.

Araştırma grubunun sigarayı toplam içtiği yıl dağılımına bakıldığında; 20 yıl ve altında sigara içenlerin % 58.5'i kanser, % 41.5' inin kontrol; 21-31 yıl arasında içenlerin % 50'si kanser, % 50'sinin kontrol, 31 yıl üstünde içenlerin % 73' ü kanser, % 27' sinin kontrol grubunda oldukları görülmektedir.

İçtiği sigara sayısına ve toplam içtiği yıla göre kanser ve kontrol gruplarının dağılımına bakıldığında; gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.005$).

Tablo 4.5. Sigara İçme Durumuna Göre Kanser ve Kontrol Gruplarının Dağılımı

ÖZELLİK	Kanser		Kontrol		İstatistik
	Sayı(n)	Yüzde(%) ^a	Sayı(n)	Yüzde(%) ^a	
Sigara içme durumu					
Evet	24	36.4	42	63.6	p=0.000**
Hayır	58	33.3	116	66.7	
Bıraktım*	69	61.6	43	38.4	
Sigara sayısı (günde)					
10'un altı	4	18.2	18	81.8	p=0.083**
10-19	10	47.6	11	52.4	
20 ve üstü	10	43.5	13	56.5	
Toplam İçtiği Yıl					
20 yıl ve altı	31	58.5	22	41.5	p=0.200**
21-31 yıl	11	50.0	11	50.0	
31 yıl üstü	27	73.0	10	27.0	
TOPLAM	151	42.9	201	57.1	

*farkı yaratan grup **kikare ^a satır yüzdesi

Sigara içen ve bırakanlarda toplam içtikleri yıl sayısına göre kanser ve kontrol gruplarında dağılımı Tablo 4.6' da gösterilmiştir. Sigara içenlerde toplam yıl sigara ve bırakanlarda toplam yıl sigaraya göre kanser ve kontrol gruplarının dağılımına bakıldığında; gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.005).

Tablo 4.6. Sigara İçen ve Bırakanlarda Toplam İçtikleri Yıl Sayısına Göre Kanser ve Kontrol Gruplarının Dağılımı

ÖZELLİK	Kanser		Kontrol		İstatistik
	Sayı (n)	Ort± SS	Sayı (n)	Ort± SS	
Sigara İçenlerde Toplam Yıl Sigara	69	26.75 ± 13.03	43	22.51 ± 14.40	p=0.111*
Bırakanlarda Toplam Yıl Sigara	24	26.91 ± 15.76	72	19.88 ± 12.95	p= 0.054*

*t-testi

Alkol ve hastalık öncesi fiziksel aktivite durumuna göre kanser ve kontrol gruplarının dağılımı Tablo 4.7' de görülmektedir. Alkol kullanma durumunun dağılımına bakıldığında; alkol kullananların % 25' i kanser, % 75' inin kontrol; kullanmayanların % 42.2' sinin kanser, % 57.8' inin kontrol; bırakanların % 53.8' i kanser, % 47.2' sinin kontrol grubunda oldukları belirlenmiştir. Alkol kullanma durumu göre kanser ve kontrol gruplarının dağılımına bakıldığında; gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.005).

Hastalık öncesi fiziksel aktivite düzeyinin dağılımına bakıldığında; çok az düzeyde fiziksel aktivite yapanların % 40.3'ü kanser, %59.7'sinin kontrol; az düzeyde yapanların % 51.7' si kanser, % 48.3' ünün kontrol; orta düzeyde yapanların % 43.4' ü kanser, % 56.6' sının kontrol; iyi düzeyde yapanların % 32.2' si kanser, % 67.8' inin kontrol grubunda oldukları belirlenmiştir. Fiziksel aktivite düzeyine göre kanser ve kontrol gruplarının dağılımına bakıldığında; hastalık öncesi fiziksel aktivite düzeyi iyi olanların oranı kanser grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak daha düşük bulunmuştur (p<0.005).

Tablo 4.7. Alkol kullanımı ve Hastalık Öncesi Fiziksel Aktivite Durumuna Göre Kanser ve Kontrol Gruplarının Dağılımı

ÖZELLİK	Kanser		Kontrol		İstatistik
	Sayı(n)	Yüzde(%) ^a	Sayı(n)	Yüzde(%) ^a	
Alkol kullanma					
Evet	2	25.0	6	75.0	p=0.281**
Hayır	130	42.2	178	57.8	
Bıraktım	19	53.8	17	47.2	
Fiziksel aktivite					
Çok az	25	40.3	37	59.7	p=0.046**
Az	62	51.7	58	48.3	
Orta	36	43.4	47	56.6	
İyi*	28	32.2	59	67.8	
TOPLAM	151	42.9	201	57.1	

*farkı yaratan grup **kikare ^asatır yüzdesi

Hastalık öncesi beslenme alışkanlıklarına göre kanser ve kontrol gruplarının dağılımı Tablo 4.8' de gösterilmiştir.

Et ve et ürünleri tüketme durumuna bakıldığında; haftada 3-5 kez et ve et ürünlerini tüketenlerin % 55.8'i kanser, % 44.2' sinin kontrol; haftada 1-2 kez tüketenlerin % 35.5'i kanser, % 64.5' inin kontrol; hergün tüketenlerin % 48.2' si kanser, % 51.8 'i kontrol, 15 günde 1-2 kez tüketenlerin % 39.4' ü kanser, % 60.6' sının kontrol; daha nadir tüketenlerin % 39.4' ü kanser, % 60.6' sının kontrol grubunda oldukları görülmüştür.

Et ve et ürünleri tüketme durumuna göre dağılımına bakıldığında; haftada 3-5 kez tüketenlerin oranı kanser grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (p<0.005).

Sebze-meyve tüketme durumuna bakıldığında; haftada 3-5 kez sebze-meyve tüketenlerin % 37.2'si kanser, % 62.8' inin kontrol; haftada 1-2 kez tüketenlerin % 29.5' i kanser, % 70.5'inin kontrol; hergün tüketenlerin % 52.4' ü kanser, % 47.6' sı kontrol, 15

günde 1-2 kez tüketenlerin % 15.4' ü kanser, % 84.6' sının kontrol; daha nadir tüketenlerin % 27.3' ü kanser, % 72.7' sinin kontrol grubunda oldukları görülmüştür.

Sebze-meyve tüketme durumuna göre dağılımına bakıldığında; hastalıktan önce her gün sebze-meyve tüketen kanser grubu kontrol grubuna göre yüksek olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.005$).

Sebze-meyveyi mevsiminde yeme durumuna göre dağılımına bakıldığında; sebze-meyveyi mevsiminde yemeyen kanser grubunun oranı % 62.5, kontrol grubunun oranı % 37.5 olarak bulunmuş olup, kanser grubunda istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0.005$). Sebze-meyveyi mevsiminde yememe kanser riskini 2.7 kat arttırmaktadır.

Tabağındaki yemeğe tadına bakmadan tuz atma durumuna göre dağılımına bakıldığında; tabağındaki yemeğe tadına bakmadan tuz atan kanser grubunun oranı % 51.4, kontrol grubunun oranı % 48.6 olarak bulunmuş olup, kanser grubunda istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur($p<0.005$). Tabağındaki yemeğe tadına bakmadan tuz ekleme kanser görülme riskini 2 kat arttırmaktadır.

İçme suyunu şebeke suyundan sağlayanların % 45.5' i kanser, % 54.5' inin kontrol; hazır sudan sağlayanların % 29.7' si kanser, %70.3'ünün kontrol; kuyu suyu vs. den sağlayanların % 40'ı kanser, % 60' ının kontrol; diğer kaynaklardan sağlayanların % 60' ı kanser, % 40' ının kontrol grubunda oldukları belirlenmiştir.

İçme suyunu temin ettiği yere göre kanser ve kontrol gruplarının dağılımına bakıldığında; gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.005$).

Tablo 4.8. Hastalık Öncesi Beslenme Alışkanlıklarına Göre Kanser ve Kontrol Grubunun Dağılımı

ÖZELLİK	Kanser		Kontrol		İstatistik	Odds Ratio
	Sayı (n)	Yüzde (%) ^a	Sayı (n)	Yüzde (%) ^a		
Et ve et ürünleri tüketme durumu						
Hergün	27	48.2	29	51.8	p=0.016	
Haftada 1-2 kez	44	35.5	80	64.5		
Haftada 3-5 kez*	53	55.8	42	44.2		
15 günde 1-2 kez	14	31.8	30	68.2		
Daha nadir	13	39.4	20	60.6		
Sebze-meyve tüketme durumu						
Hergün*	99	52.4	90	47.6	p=0.002	
Haftada 1-2 kez	18	29.5	43	70.5		
Haftada 3-5 kez	29	37.2	49	62.8		
15 günde 1-2 kez	2	15.4	11	84.6		
Daha nadir	3	27.3	8	72.7		
Sebze-meyveyi mevsiminde yeme durumu						
Evet	106	37.9	174	62.1	p=0.000	2.7
Hayır	45	62.5	27	37.5		
Tabağındaki yemeğe tadına bakmadan tuz atma						
Evet	95	51.4	90	48.6	p= 0.001	2.0
Hayır	56	33.5	111	66.5		
İçme suyu temin durumu						
Şebeke suyu	122	45.5	146	54.5	p=0.088	
Hazır su	19	29.7	45	70.3		
Kuyu suyu vs	4	40.0	6	60.0		
Diğer	6	60.0	4	40.0		
TOPLAM	151	42.9	201	57.1		

*farkı yaratan grup ^asatır yüzdesi

Hastalık öncesi stres durumuna göre kanser ve kontrol gruplarının dağılımı Tablo 4.9' da verilmiştir. Hastalıktan önce strese maruz kalanların % 46.4' ü kanser, % 53.6' sının kontrol; strese maruz kalmayanların % 36.7' si kanser, % 63.3' ünün kontrol grubunda oldukları görülmüştür. Strese maruz kalanların uğradıkları stresin şiddetinin dağılımına bakıldığında; hafif şiddete maruz kalanların % 50' si kanser, % 50' si kontrol; normal şiddete maruz kalanların % 43.4' ü kanser, % 56.6' sının kontrol; ağır strese maruz kalanların %50'si kanser, % 50' sinin kontrol; çok ağır şiddete maruz kalanların % 46.6' sı kanser, % 53.1' inin kontrol grubunda oldukları belirlenmiştir. Hastalıktan önce strese maruz kalma durumu ve stersin şiddetine göre kanser ve kontrol gruplarının dağılımına bakıldığında; gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.005).

Tablo 4.9. Hastalık Öncesi Stres Durumuna Göre Kanser ve Kontrol Gruplarının Dağılımı

ÖZELLİK	Kanser		Kontrol		Toplam		İstatistik
	Sayı (n)	Yüzde (%) ^a	Sayı (n)	Yüzde (%) ^a	Sayı (n)	Yüzde (%) ^b	
Hastalıktan önce strese maruz kalma							
Evet	104	46.4	120	53.6	224	63.6	p=0.077
Hayır	47	36.7	81	63.3	128	36.4	
TOPLAM	151	42.9	201	57.1	352	100.0	
Stresin şiddeti							
Hafif	10	50.0	10	50.0	20	8.8	p=0.840
Normal	36	43.4	47	56.6	83	36.6	
Ağır	46	50.0	46	50.0	92	40.5	
Çok ağır	15	46.9	17	53.1	32	14.1	
TOPLAM	107	47.1	120	52.9	227	100.0	

^asatır yüzdesi ^bsütun yüzdesi

Yakınında kanser bulunma durumuna göre kanser ve kontrol grubunun dağılımı Tablo 4.10'da verilmiştir. Yakınında kanser olanların % 56.7' si kanser, % 43.3' ünün kontrol; yakınında kanser olmayanların % 34.4 'ü kanser, % 65.6' sının kontrol grubunda olduğu saptanmıştır. Yakınında kanser olanlarda kanser oranı kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (p<0.005). Yakınında kanser olma kanser riskini 2.5 kat arttırmaktadır.

Tablo 4.10. Yakınında Kanser Bulunma Durumuna Göre Kanser ve Kontrol Grubunun Dağılımı

ÖZELLİK	Kanser		Kontrol		Toplam		İstatistik	Odds Ratio
	Sayı (n)	Yüzde (%) ^a	Sayı (n)	Yüzde (%) ^a	Sayı (n)	Yüzde (%) ^b		
Yakınında Kanser								
Evet	76	56.7	58	43.3	134	38.1	p=0.000	2.5
Hayır	75	34.4	143	65.6	218	61.9		
TOPLAM	151	42.9	201	57.1	352	100.0		

^asatır yüzdesi ^bsütun yüzdesi

4.3. Kanser ve Kontrol Gruplarının Kişilik Tiplerine Ait Bulgular

Kişilik tipleri ve alt ölçeklerine göre kanser ve kontrol gruplarının dağılımı Tablo 4.11' de gösterilmiştir. A tipi kişilik toplam puan ortalaması kanser grubunda 76.72± 14.56; kontrol grubunda ise 71.57 ± 13.56 olduğu görülmüş olup, istatistiksel olarak A tipi kişilik

toplam puanı kanser grubunda kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0.005$).

A tipi kişilik alt ölçeklerinden işe verilen önem ortalaması kanser grubunda 34.30 ± 8.27 ; kontrol grubunda ise 31.28 ± 7.67 olduğu görülmüş olup, istatistiksel olarak işe verilen önem puanı kanser grubunda kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0.005$).

A tipi kişilik alt ölçeklerinden sosyal etkinlikten uzaklaşma puan ortalaması kanser grubunda 11.64 ± 3.36 ; kontrol grubunda ise 10.82 ± 3.14 olduğu görülmüş olup, istatistiksel olarak sosyal etkinlikten uzaklaşma puanı kanser grubunda kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0.005$).

Tablo 4.11. Kişilik Tipleri ve Alt Ölçeklerine Göre Kanser ve Kontrol Gruplarının Dağılımı

ÖZELLİK	Kanser		Kontrol		İstatistik *
	Sayı (n)	Ort \pm SS	Sayı (n)	Ort \pm SS	
C tipi Kişilik Toplam	151	18.91 \pm 5.27	201	19.11 \pm 4.62	p=0.698
C tipi Feda Etme	151	10.83 \pm 4.51	201	10.96 \pm 4.06	p=0.776
C tipi Duygu İfade edememe	151	8.07 \pm 2.96	201	8.15 \pm 2.53	p=0.799
A tipi Kişilik Toplam	151	76.72 \pm 14.56	201	71.57 \pm 13.56	p=0.001
İşe verilen önem	151	34.30 \pm 8.27	201	31.28 \pm 7.67	p=0.000
Hıza verilen önem	151	19.74 \pm 3.98	201	18.85 \pm 4.40	p=0.051
Sosyal etkinlikten uzaklaşma	151	11.64 \pm 3.36	201	10.82 \pm 3.14	p=0.019
Zamana verilen önem	151	11.01 \pm 2.56	201	10.61 \pm 2.65	p=0.149

* t testi

A ve B kişilik tiplerine göre kanser ve kontrol gruplarının dağılımı Tablo 4.12’de sunulmuştur. A tipi toplam puanı 88’in üstünde olanların % 60.4’ ü kanser, % 39.6’ sının kontrol; B tipi toplam puanı 59’un altında olanların %30.8’i kanser, % 69.2’ sinin kontrol; Ne A Ne B olanların % 41.7’ si kanser, % 58.3’ ünün kontrol grubunda oldukları saptanmıştır. A ve B kişilik tiplerine göre kanser ve kontrol gruplarının dağılımına bakıldığında; A tipi kişiliğe sahip olanlarda kanser oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0.005$).

Tablo 4.12. Saptanan A ve B Kişilik Tiplerine Göre Kanser ve Kontrol Gruplarının Dağılımı

ÖZELLİK	Kanser		Kontrol		Toplam		İstatistik
	Sayı (n)	Yüzde (%) ^a	Sayı (n)	Yüzde (%) ^a	Sayı (n)	Yüzde (%) ^b	
A Tipi (>88)*	32	60.4	21	39.6	53	15.1	p=0.007
B Tipi (<59)	16	30.8	36	69.2	52	14.8	
Ne A Ne B	103	41.7	144	58.3	247	70.2	
TOPLAM	151	42.9	201	57.1	352	100.0	

*farkı yaratan grup ^a satır yüzdesi ^b sütun yüzdesi

Kişilik tipleri ve alt ölçeklere göre meme Ca'lı hastaların ve diğer kanser gruplarının dağılımı Tablo 4.13' te gösterilmiştir. C tipi feda etme alt ölçeği ortalama puanlarına bakıldığında, meme Ca'lı hastaların ortalama \pm standart sapma değeri diğer kanser gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0.005$). C tipi duygu ifade edememe alt ölçeği, C ve A tipi kişilik toplam puanlarının ortalama \pm standart sapma değerlerine bakıldığında, meme Ca'lı hastalar ile diğer kanser grupları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.005$).

Tablo 4.13. Kişilik Tipleri ve Alt Ölçeklere Göre Meme Ca'lı Hastaların ve Diğer Kanser Gruplarının Dağılımı

ÖZELLİK	Meme Ca'lı hasta		Diğer Kanser Grupları		İstatistik*
	Sayı (n)	Ort \pm SS	Sayı (n)	Ort \pm SS	
C tipi Kişilik Toplam	42	20.19 \pm 5.42	109	18.42 \pm 4.16	p=0.650
C tipi Feda Etme	42	12.42 \pm 4.62	109	10.22 \pm 4.33	p=0.007
C tipi Duygu İfade edememe	42	7.76 \pm 3.23	109	8.20 \pm 2.86	p=0.416
A tipi Kişilik Toplam	42	79.21 \pm 13.75	109	75.76 \pm 14.81	p=0.193

* t testi

Kişilik tipleri ve alt ölçeklere göre akciğer Ca'lı hastaların ve diğer kanser gruplarının dağılımı Tablo 4.14' te gösterilmiştir. C tipi feda etme ve duygu ifade edememe alt ölçekleri, C ve A tipi kişilik toplam puanlarının ortalama \pm standart sapma değerlerine bakıldığında, akciğer Ca'lı hastalar ile diğer kanser grupları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.005$).

Tablo 4.14. Kişilik Tipleri ve Alt Ölçeklere Göre Akciğer Ca'lı Hastaların ve Diğer Kanser Gruplarının Dağılımı

ÖZELLİK	Akciğer Ca'lı hasta		Diğer Kanser Grupları		İstatistik*
	Sayı (n)	Ort ± SS	Sayı (n)	Ort ± SS	
C tipi Kişilik Toplam	25	19.56 ± 5.83	109	18.78 ± 5.17	p=0.505
C tipi Feda Etme	25	10.68 ± 4.87	109	10.86 ± 4.45	p=0.852
C tipi Duygu İfade edememe	25	8.88 ± 2.89	109	7.92 ± 2.96	p=0.140
A tipi Kişilik Toplam	25	75.8 ± 14.31	109	76.90 ± 14.65	p=0.730

* t testi

Kişilik tipleri ve alt ölçeklere göre prostat Ca'lı hastaların ve diğer kanser gruplarının dağılımı Tablo 4.15'te gösterilmiştir. C tipi duygu ifade edememe alt ölçeği puanlarına bakıldığında, prostat Ca'lı hastaların ortalama ± standart sapma değeri diğer kanser gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p < 0.005$). C tipi feda etme alt ölçeği, C ve A tipi kişilik toplam puanlarının ortalama ± standart sapma değerlerine bakıldığında, prostat Ca'lı hastalar ile diğer kanser grupları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.005$).

Tablo 4.15. Kişilik Tipleri ve Alt Ölçeklere Göre Prostat Ca'lı Hastaların ve Diğer Kanser Gruplarının Dağılımı

ÖZELLİK	Prostat Ca'lı hasta		Diğer Kanser Grupları		İstatistik*
	Sayı (n)	Ort ± SS	Sayı (n)	Ort ± SS	
C tipi Kişilik Toplam	16	19.25 ± 5.63	135	18.87 ± 5.25	p=0.789
C tipi Feda Etme	16	9.62 ± 3.70	135	10.97 ± 4.58	p=0.258
C tipi Duygu İfade edememe	16	9.62 ± 3.40	135	7.89 ± 2.86	p=0.027
A tipi Kişilik Toplam	16	79.00 ± 14.74	135	76.45 ± 14.57	p=0.510

* t testi

Kişilik tipleri ve alt ölçeklere göre kolon Ca'lı hastaların ve diğer kanser gruplarının dağılımı Tablo 16'da gösterilmiştir. C tipi feda etme ve duygu ifade edememe alt ölçekleri, C ve A tipi kişilik toplam puanlarının ortalama ± standart sapma değerlerine bakıldığında, kolon Ca'lı hastalar ile diğer kanser grupları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.005$).

Tablo 4.16. Kişilik Tipleri ve Alt Ölçeklere Göre Kolon Ca'lı Hastaların ve Diğer Kanser Gruplarının Dağılımı

ÖZELLİK	Kolon Ca'lı hasta		Diğer Kanser Grupları		İstatistik*
	Sayı (n)	Ort ± SS	Sayı (n)	Ort ± SS	
C tipi Kişilik Toplam	15	17.4 ± 4.89	136	19.08 ± 5.30	p=0.243
C tipi Feda Etme	15	9.66 ± 4.76	136	10.96 ± 4.48	p=0.292
C tipi Duygu İfade edememe	15	7.73 ± 2.76	136	8.11 ± 2.99	p=0.635
A tipi Kişilik Toplam	15	78.53 ± 14.86	136	76.52 ± 14.56	p=0.613

* t testi

Kişilik tipleri ve alt ölçeklere göre serviks Ca'lı hastaların ve diğer kanser gruplarının dağılımı Tablo 4.17' de gösterilmiştir. C tipi feda etme ve duygu ifade edememe alt ölçekleri, C ve A tipi kişilik toplam puanlarının ortalama ± standart sapma değerlerine bakıldığında, serviks Ca'lı hastalar ile diğer kanser grupları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.005$).

Tablo 4.17. Kişilik Tipleri ve Alt Ölçeklere Göre Serviks Ca'lı Hastaların ve Diğer Kanser Gruplarının Dağılımı

ÖZELLİK	Serviks Ca'lı hasta		Diğer Kanser Grupları		İstatistik*
	Sayı (n)	Ort ± SS	Sayı (n)	Ort ± SS	
C tipi Kişilik Toplam	15	17.40 ± 6.02	136	19.08 ± 5.18	p=0.243
C tipi Feda Etme	15	9.73 ± 5.22	136	10.95 ± 4.43	p=0.321
C tipi Duygu İfade edememe	15	7.66 ± 2.99	136	8.15 ± 2.97	p=0.572
A tipi Kişilik Toplam	15	74.93 ± 15.10	136	76.91 ± 14.54	p=0.618

* t testi

Kişilik tipleri ve alt ölçeklere göre baş-boyun Ca'lı hastaların ve diğer kanser gruplarının dağılımı Tablo 4.18' de gösterilmiştir. C tipi feda etme ve duygu ifade edememe alt ölçekleri, C ve A tipi kişilik toplam puanlarının ortalama ± standart sapma değerlerine bakıldığında, baş-boyun Ca'lı hastalar ile diğer kanser grupları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.005$).

Tablo 4.18. Kişilik Tipleri ve Alt Ölçeklere Göre Baş-Boyun Ca'lı Hastaların ve Diğer Kanser Gruplarının Dağılımı

ÖZELLİK	Baş-Boyun Ca'lı hasta		Diğer Kanser Grupları		İstatistik*
	Sayı (n)	Ort ± SS	Sayı (n)	Ort ± SS	
C tipi Kişilik Toplam	10	20.90 ± 5.21	141	18.77 ± 5.27	p=0.219
C tipi Feda Etme	10	11.66 ± 4.74	141	10.78 ± 4.50	p=0.580
C tipi Duygu İfade edememe	10	9.30 ± 2.83	141	7.99 ± 2.96	p=0.179
A tipi Kişilik Toplam	10	84.40 ± 14.55	141	75.17 ± 14.45	p=0.084

* t testi

Kişilik tipleri ve alt ölçeklere göre meme Ca'lı hastaların ve kontrol gruplarının dağılımı Tablo 4.19'da gösterilmiştir. Meme Ca'lı hastaların C tipi feda etme alt ölçeği puanının ortalama ± standart sapma değerleri kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p < 0.005$). Meme Ca'lı hastaların A tipi kişilik toplam ortalama ± standart sapma değerlerine bakıldığında kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p < 0.005$). C tipi duygu ifade edememe alt ölçeği ve C tipi kişilik toplam puanlarının ortalama ± standart sapma değerlerine bakıldığında, meme Ca'lı hastalar ile kontrol grupları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.005$).

Tablo 4.19. Kişilik Tipleri ve Alt Ölçeklere Göre Meme CA'lı Hastaların ve Kontrol Gruplarının Dağılımı

ÖZELLİK	Meme Ca'lı hasta		Kontrol		İstatistik*
	Sayı (n)	Ort ± SS	Sayı (n)	Ort ± SS	
C tipi Kişilik Toplam	42	20.19 ± 5.42	201	19.11 ± 4.62	p=0.187
C tipi Feda Etme	42	12.42 ± 4.62	201	10.96 ± 4.06	p=0.039
C tipi Duygu İfade edememe	42	7.76 ± 3.23	201	8.15 ± 2.53	p=0.388
A tipi Kişilik Toplam	42	79.21 ± 13.75	201	71.57 ± 13.56	p=0.001

*t testi

Kişilik tipleri ve alt ölçeklere göre akciğer Ca'lı hastaların ve kontrol gruplarının dağılımı Tablo 4.20' de gösterilmiştir. C tipi feda etme ve duygu ifade edememe alt ölçeği, C ve A tipi kişilik toplam puanlarının ortalama ± standart sapma değerlerine bakıldığında, akciğer Ca'lı hastalar ile kontrol grupları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.005$).

Tablo 4.20. Kişilik Tipleri ve Alt Ölçeklere Göre Akciğer Ca'lı Hastaların ve Kontrol Gruplarının Dağılımı

ÖZELLİK	Akciğer Ca'lı hasta		Kontrol		İstatistik*
	Sayı (n)	Ort ± SS	Sayı (n)	Ort ± SS	
C tipi Kişilik Toplam	25	19.56 ± 5.83	201	19.11 ± 4.62	p=0.663
C tipi Feda Etme	25	10.68 ± 4.87	201	10.96 ± 4.06	p=0.747
C tipi Duygu İfade edememe	25	8.88 ± 2.89	201	8.15 ± 2.53	p=0.186
A tipi Kişilik Toplam	25	75.8 ± 14.31	201	71.57 ± 13.56	p=0.146

* t testi

Kişilik tipleri ve alt ölçeklere göre prostat Ca'lı hastaların ve kontrol gruplarının dağılımı Tablo 4.21'de gösterilmiştir. Prostat Ca'lı hastaların C tipi duygu ifade edememe alt ölçeği puanlarının ortalama ± standart sapma değerleri kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p < 0.005$). Prostat Ca'lı hastaların A tipi kişilik toplam puanlarının ortalama ± standart sapma değerlerine bakıldığında kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p < 0.005$). C tipi kişilik feda etme alt ölçeği ve C tipi kişilik toplam puanlarının ortalama ± standart sapma değerlerine bakıldığında, prostat Ca'lı hastalar ile kontrol grupları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.005$).

Tablo 4.21. Kişilik Tipleri ve Alt Ölçeklere Göre Prostat Ca'lı Hastaların ve Kontrol Gruplarının Dağılımı

ÖZELLİK	Prostat Ca'lı hasta		Kontrol		İstatistik*
	Sayı (n)	Ort ± SS	Sayı (n)	Ort ± SS	
C tipi Kişilik Toplam	16	19.25 ± 5.63	201	19.11 ± 4.62	p=0.915
C tipi Feda Etme	16	9.62 ± 3.70	201	10.96 ± 4.06	p=0.203
C tipi Duygu İfade edememe	16	9.62 ± 3.40	201	8.15 ± 2.53	p=0.031
A tipi Kişilik Toplam	16	79.00 ± 14.74	201	71.57 ± 13.56	p=0.037

* t testi

Kişilik tipleri ve alt ölçeklere göre kolon Ca'lı hastaların ve kontrol gruplarının dağılımı Tablo 4.22' de gösterilmiştir. C tipi feda etme ve duygu ifade edememe alt ölçekleri, C ve A tipi kişilik toplam puanlarının ortalama ± standart sapma değerlerine bakıldığında, kolon Ca'lı hastalar ile kontrol grupları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.005$).

Tablo 4.22. Kişilik Tipleri ve Alt Ölçeklere Göre Kolon CA'lı Hastaların ve Kontrol Gruplarının Dağılımı

ÖZELLİK	Kolon Ca'lı hasta		Kontrol		İstatistik*
	Sayı (n)	Ort ± SS	Sayı (n)	Ort ± SS	
C tipi Kişilik Toplam	15	17.40 ± 4.89	201	19.11 ± 4.62	p=0.168
C tipi Feda Etme	15	9.66 ± 4.76	201	10.96 ± 4.06	p=0.240
C tipi Duygu İfade edememe	15	7.73 ± 2.76	201	8.15 ± 2.53	p=0.539
A tipi Kişilik Toplam	15	78.53 ± 14.86	201	71.57 ± 13.56	p=0.058

* t testi

Kişilik tipleri ve alt ölçeklere göre serviks Ca'lı hastaların ve kontrol gruplarının dağılımı Tablo 4.23' te gösterilmiştir. C tipi feda etme ve duygu ifade edememe alt ölçekleri, C ve A tipi kişilik toplam puanlarının ortalama ± standart sapma değerlerine bakıldığında, serviks Ca'lı hastalar ile kontrol grupları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.005$).

Tablo 4.23. Kişilik Tipleri ve Alt Ölçeklere Göre Serviks Ca'lı Hastaların ve Kontrol Gruplarının Dağılımı

ÖZELLİK	Serviks Ca'lı hasta		Kontrol		İstatistik*
	Sayı (n)	Ort ± SS	Sayı (n)	Ort ± SS	
C tipi Kişilik Toplam	15	17.40 ± 6.02	201	19.11 ± 4.62	p=0.176
C tipi Feda Etme	15	9.73 ± 5.22	201	10.96 ± 4.06	p=0.269
C tipi Duygu İfade edememe	15	7.66 ± 2.99	201	8.15 ± 2.53	p=0.480
A tipi Kişilik Toplam	15	74.99 ± 15.10	201	71.57 ± 13.56	p=0.360

*t testi

Kişilik tipleri ve alt ölçeklere göre baş-boyun Ca'lı hastaların ve kontrol gruplarının dağılımı Tablo 4.24'de gösterilmiştir. Baş-boyun Ca'lı hastaların A tipi kişilik toplam puanının ortalama ± standart sapma değerlerine bakıldığında kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0.005$). C tipi duygu ifade edememe, feda etme alt ölçekleri ve C tipi kişilik toplam puanlarının ortalama ± standart sapma değerlerine bakıldığında, baş-boyun Ca'lı hastalar ile kontrol grupları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.005$).

Tablo 4.24. Kişilik Tipleri ve Alt Ölçeklere Göre Baş- Boyun Ca'lı Hastaların ve Kontrol Gruplarının Dağılımı

ÖZELLİK	Baş-Boyun Ca'lı hasta		Kontrol		İstatistik*
	Sayı (n)	Ort ± SS	Sayı (n)	Ort ± SS	
C tipi Kişilik Toplam	10	20.90 ± 5.21	201	19.11 ± 4.62	p=0.239
C tipi Feda Etme	10	11.60± 4.74	201	10.96 ± 4.06	p=0.633
C tipi Duygu İfade edememe	10	9.30 ± 2.83	201	8.15 ± 2.53	p=0.167
A tipi Kişilik Toplam	10	84.40 ± 14.55	201	71.57 ± 13.56	p=0.004

* t testi

Kanser türlerine göre C ve A tipi kişilik toplam ve alt ölçeklerine göre dağılımı Tablo 4.25' te verilmiştir. Kanser türlerine göre C tipi duygu ifade edememe alt ölçeğinin ortalama puanlarının dağılımına bakıldığında prostat Ca 'lılarda diğer kanser türlerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede en yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Kanser türlerine göre A tipi kişilik işe verilen önem alt ölçeğinin ortalama puanlarının dağılımına bakıldığında meme, akciğer, prostat, kolon, serviks ve baş boyun Ca'lılarda diğer kanser türlerine göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 4.25. Kanser Türlerine Göre C ve A Tipi Kişilik Toplam ve Alt Ölçeklerine Göre Dağılımı

Kanser Türü	C Tipi Kişilik Toplam		C Tipi Duygu ifade edememe		A Tipi Kişilik Toplam		A Tipi İşe Verilen Önem	
	Sayı (n)	Ort ± SS	Sayı (n)	Ort ± SS	Sayı (n)	Ort ± SS	Sayı (n)	Ort ± SS
Akciğer	25	19.56 ± 5.83	25	8.88 ± 2.89	25	75.80 ± 14.31	25	33.32 ± 7.47
Meme	42	20.19 ± 5.42	42	7.76 ± 3.23	42	79.21 ± 13.75	42	36.07 ± 7.17
Prostat	16	19.25 ± 5.63	16	9.62 ± 3.40 ^a	16	79.00 ± 14.74	16	35.87 ± 8.13
Kolon	15	17.4 ± 4.89	15	7.73 ± 2.76	15	78.53 ± 14.86	15	35.86 ± 8.96
Serviks	15	17.4 ± 6.02	15	7.66 ± 2.99	15	74.93 ± 15.10	15	33.86 ± 9.34
Baş Boyun	10	20.9 ± 5.21	10	9.30 ± 2.83	10	84.40 ± 14.55	10	38.20 ± 8.92
Diğer	28	17.14 ± 3.41	28	6.92 ± 1.88	28	69.75 ± 13.96	28	29.64 ± 8.11 ^a
Toplam	151	18.91 ± 5.27	151	8.07 ± 2.96	151	76.72 ± 14.56	151	34.30 ± 8.27
p*	p=0.125		p=0.039		p=0.074		p=0.021	

*Anova

^a farkı yaratan grup

5. TARTIŞMA

Çalışmamıza katılan kişiler yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde literatürle (39, 40) benzer şekilde kanser grubunun en sık (% 45.8) 50–59 yaş grubunda olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca bu yaş grubu birçok kanser türlerinde özellikle de meme, akciğer ve kolorektal kanser gibi sık görülen kanserlerin pik yaptığı yaş grubu olduğu görülmektedir (41).

Risk faktörleri incelendiğinde kanser, çoğunlukla orta ve ileri yaştaki bireylerde görülmektedir ve Dünyada kanser insidansında 55 yaşından sonra belirgin bir artış vardır (42).

Karaca ve arkadaşlarının Kayseri ve çevresindeki kanser sıklığını, hasta ve tümör özelliklerini belirlemek amacıyla Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'nda takip edilen 2432 hasta ile yapılan bir araştırmada, ortanca yaş 55 (sınırlar, 17–86) ve yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde hastaların % 32.1' i 51–60 yaş grubunda olduğu görülmüştür. Erkeklerde ve kadınlarda en sık yine 51-60 (sırasıyla, % 36.3 ve 27.6) yaş grubunda kanser görülmekte olduğu saptanmıştır (42).

Öztürk'ün kanserli hastaların beslenme alışkanlıklarını ve besin tüketim sıklığını hastalık öncesi ve sonrası inceleyerek genel olarak ne gibi değişiklikler yapıldığını, bu değişiklikleri yaparken beslenme bilgi düzeylerinin ne durumda olduğunun belirlenmesi amacıyla kanser tanısı almış 116 gönüllü bireyin dahil edildiği bir çalışmada, kanser hastalarının yaşları 19-78 arasında değişmekte olup çalışmamızla benzer olarak yaş ortalamaları 56.89 ± 13.10 yıl olarak belirlenmiştir (43).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2014 verileri; 15 yaş üstü nüfusta medeni durum istatistiklerine bakıldığında bu popülasyonun % 63.75 inin evli, % 27,5 inin bekar (hiç evlenmemiş), % 8,75 inin ise dul ve diğer şeklinde olduğu görülmektedir (44).

Çalışmamızda medeni duruma göre kanser ve kontrol grupları karşılaştırıldığında evli olanlarda kanser oranı kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur. TÜİK verilerine de bakıldığında 15 yaş üstü nüfusun çoğunluğunun evli olduğu görülmekte çalışmamızda evlilerin oranının yüksek çıkması bununla ilişkili olabilir. Ayrıca Sadırlı'nın yaptığı kanser tanısı konmuş 18 yaş ve üzeri 50 hastada kemoterapi öncesi ve kemoterapi tedavisinden sonraki semptomları karşılaştırmak ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmış bir çalışmada, hastaların medeni durumuna göre dağılımı incelendiğinde çalışmamızla benzer olarak; hastaların çoğunluğunun (% 90) evli olduğu saptanmıştır (45).

Çalışmamızda öğrenim düzeyi ile kanser oluşumu arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda kanser ve kontrol gruplarının eğitim durumuna göre dağılımına bakıldığında;

üniversite ve üstü eğitime sahip olan kanserlilerin oranı % 28.6 olup, kontrol grubuna göre düşük bulunmuştur.

Sadırlı'nın yaptığı araştırmada, hastaların eğitim durumuna göre dağılımı incelendiğinde; hastaların % 12' sinin okuryazar olmadığı, % 76' sının ilk-ortaokul, % 8' inin lise, % 4' ünün de üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir (45). Yüksek tahsilli bireylerin düşük tahsilli bireylere oranla kanserden korunma konusunda daha bilinçli bir davranış sergiledikleri söylenebilir. Ayrıca bu farklılık yüksek tahsilli kişilerin sağlık kuruluşlarına daha fazla başvurmasından da kaynaklanabilir.

Ecirli ve arkadaşlarının hastalar arasında erişkin kanser vakalarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan bir çalışmada, 113.873 erişkin hastanın arşiv dosyaları taranmış ve vakaların % 66.4' ünün kent merkezlerinden, % 33.6' sının kırsal kesimden geldiği belirlenmiştir. Kent merkezinde oturanlarda kanser vakaları anlamlı olarak fazla bulunmuştur (46). Yapılan bu çalışmadan farklı olarak çalışmamızda yerleşim yeri ile kanser oluşumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

2008 Dünya Kanser Raporuna göre Dünyada kadınlar ve erkekler arasında en sık görülen kanser türleri incelendiğinde bunların; akciğer, kolorektal ve meme kanseri şeklinde olduğu tespit edilmiştir. Erkekler açısından en yaygın türler akciğer ve mide kanseri iken, kadınlar açısından bu meme ve serviks kanseridir. Aynı raporun ülkemiz bazındaki sıralaması çalışmamızdaki sıralamayı desteklemekte olup, erkeklerde sırasıyla trakea, bronş ve akciğer kanseri, mide kanseri şeklinde iken kadınlarda ise meme, mide, lenfomalar ve multiple myelom, over kanserleri şeklinde sıralanmıştır (7).

Karaca ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada, tüm hastalarda en sık beş kanser türü sırasıyla; meme kanseri, akciğer kanseri, kolorektal kanser, genito üriner kanserler ve mide kanseridir (42). Çalışmamızda da benzer şekilde meme kanseri en fazla görülen kanser türü iken, en fazla görülen ikinci kanser türü akciğer kanseri olarak tespit edilmiştir.

Çalışmamızda ailesel kanser öyküsünün kanser oluşumunda önemli bir risk faktörü olduğu saptanmıştır. Araştırmamızda yakınında kanser öyküsü olan kanser grubunun oranı % 56,7 olup, kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur.

Farklı kanser türlerinde yapılan yapılan ailesel öykü çalışmaları; kanser teshisi konmuş bireyin birinci ve ikinci derece yakınlarında kanser riskinin normal populasyona göre artmış olduğunu göstermektedir. Kanserın kalıtsal şekli; erken yaşta tanı konması, yüksek düzeyde bir sonraki kuşağa aktarılabilme olasılığının olması, çift olan organlarda bilateral olarak görülmesi, her iki ebeveynden de kalıtılabilmesi ve diğer tip tümörlerle birlikte görülmesi ile karakterize bir durumdur. Ailede aynı tipte kanserin görülmesi durumuna

kalıtsal kanser, farklı tip kanserlerin görülmesi durumunda ise kanser ailesi olarak tanımlanmaktadır. Aile öyküsü varlığı özellikle meme kanseri açısından önemli bir risk faktörüdür (9).

Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezlerine (KETEM) başvuran 332 kadının ailede kanser öyküsünün ve bireysel kanser riski algısının, birincil ve ikincil koruma kapsamında kanserden korunma davranışları ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada, araştırmamızla benzer olarak katılımcıların çoğunluğunun ailesinde kanser öyküsü olan en az bir kişi bulunmaktadır (12).

Karaca ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, araştırmamızdan farklı olarak hastaların sadece % 9.7' sinde ailede kanser hikayesi bulunmuştur (42).

Topu ve arkadaşlarının 100 akciğer kanseri ve 1400 akciğer kanseri hastanın birinci dereceden yakınıyla görüşülerek akciğer kanserinin ailesel yatkınlığının araştırılması amacıyla yapılan bir çalışmada, 1500 akciğer kanserli hastaların % 40' ında kanser açısından aile hikayesi pozitifliği saptanmıştır. Kontrol grubunda ise kanser açısından aile hikayesi pozitifliği % 5.0 olarak saptanmıştır (47). Yukarıda belirtilen çalışmalar araştırmamızın sonuçlarıyla uyumlu bulunmuştur.

Aşırı kilolu veya obez kadınlarda postmenapozal meme kanseri daha sık görülmektedir (9).

Obezitenin kanser gelişiminde rol oynadığına dair güçlü kanıtlar vardır. Obezite kanser için bir risk faktörü ise de kanser oluştuktan sonra gerek hastalığın katabolizmayı arttırması gerekse uygulanan kemoterapi, radyoterapi ve operasyon gibi tedavi yöntemleri, hasta beslenmesinin olumsuz etkileyerek ağırlık kaybına ve hatta malnütrisyonuna neden olmaktadır (43). 2009 yılında yapılan bir çalışmada mide kanserli hastalarda; hastalık tanısı ile vücut ağırlık kayıplarının çok yüksek olduğunu, başlangıçta 2 olan kaşektik hasta sayısının çalışma sonunda 9'a yükseldiğini bildirmiştir (48).

Çalışmamızda kanser grubunun ortalama BKİ' lerine bakıldığında hastalık öncesi ve sonrası BKİ' ler arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Kanser grubunun şu andaki BKİ ortalaması $25.47 \pm 4,42$ iken; hastalık öncesi BKİ ortalaması $26,72 \pm 4,47$ ' dir. Kanser hastalarının zayıfladığı görülmektedir.

Öztürk'ün yaptığı çalışmada, ortalama BKİ' lere bakıldığında; bireylerin çalışmanın yapıldığı andaki ortalama BKİ $27,00 \pm 5,17$ kg/m² iken, bireylerin tanı öncesi ortalama BKİ $26,29 \pm 4,92$ kg/m²' dir. Çalışmamızla benzer sonuçlar bulunmamıştır (43).

Çalışmamızda BKİ' si 20'nin altında olanların % 33.3' ü, 20-25 arasında olanların % 42.6'sı, 25-30 arasında olanların % 48.8' i, 30 ve üzerinde olanların % 37'si kanser oldukları görülmektedir.

Sadırlı'nın yaptığı araştırmada, hastaların beden kitle indekslerine göre dağılımı incelendiğinde; hastaların % 12' sinin zayıf, % 34' ünün normal, % 40' inin kilolu ve %14'ünün de obez olduğu belirlenmiştir. Araştırmamızla benzer sonuçlar bulunmuştur (45).

Çalışmamızda sigara içme durumuna göre kanser ve kontrol gruplarının dağılımına bakıldığında; Sigarayı bırakanların oranı (% 61.6) kanser grubunda kontrol grubuna (% 38.4) göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. İstatistiksel olarak sigara içenler ve hiç içmeyenler grubu arasında fark olmamasına rağmen, kanser olmayanlarda hiç sigara içmeyenler (% 66.7) daha yüksek bulunmuştur.

Kanserin nedenleri arasında, en yüksek sıklıkta stres-sıkıntı, sigara kullanımı belirtilmiştir. Bunları takip edenler ise genetik faktörler, dengesiz-sağlıksız beslenme, alkol kullanımı olmuştur. Şany ve Arkadaşlarının yaptığı çalışmada, katılımcılar kanser nedeni olarak en yüksek sıklıkta hava kirliliği, kimyasallar, sigara ve alkol kullanımı, yetersiz beslenmeden bahsetmiştir (8).

Kutlu ve arkadaşlarının 102 kanserli hastada depresyon ve yaşam kalitelerini değerlendirmek amacıyla yaptığı bir araştırmada, kanser hastalarının sigara içme durumuna bakıldığında % 49.0' u hiç içmemiş, % 44.1' i daha önce sigara içip bırakmış, % 6.9' u halen içiyor olduğu saptanmıştır (49).

Turgay ve Arkadaşlarının araştırmasında okul öğretmeni olan katılımcıların % 66' sı sigarayı mide ve akciğer kanserine ilişkin risk faktörü olarak belirtirken; yanlış-dengesiz beslenmeyi ise çok az sayıda katılımcı risk faktörü olarak tanımlamıştır (50).

Loehrer ve Arkadaşları Amerika Birleşik Devletleri'nde sosyo-ekonomik olarak dezavantajlı nüfustan katılımcıların üçte birinin sigaranın kansere neden olmadığını, %13'ünün ise kanser gelişiminde sigaranın etkililiğini bilmediğini ifade ettiğini belirtmiştir (51).

ZY Xu ve arkadaşları tarafından Çin'de yapılan vaka-kontrol çalışmasında akciğer kanserinin birincil nedeni sigara içme olarak bulunmuştur. Bu çalışmada sigara içme yada hava kirliliği nedeniyle olan riskin, taze sebze, retinol ya da beta karoten kaynaklarının tüketimi, daha önce var olan kronik akciğer hastalıkları yada eğitim durumu ile büyük oranda değiştirilemeyeceği vurgulanmaktadır (52).

Bir uluslararası vaka-kontrol çalışmasında, Japon erkeklerinde yüksek sigara içme prevalansına rağmen, Japon erkeklerinde akciğer kanseri görülme oranı Amerikan

erkeklerinden az bulunmuştur. Bu durum Amerikan fabrikalarında üretilen sigaranın daha fazla toksik ürünler taşıması, genetik yatkınlık ve yaşam tarzı faktörleriyle açıklanmıştır (25). Finlandiya Halk Sağlığı Enstitüsü tarafından yürütülen çalışmada bol sebze ve meyve yiyenlerde akciğer kanseri riskinde istatistiksel olarak anlamlı bir azalma olduğu görülmüştür (53). Çeşitli çevresel faktörlerin kanser mortalitesindeki payları incelendiğinde sigara ve diyetle ilgili faktörler ilk iki sırada yer almaktadır (54).

Karaca ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, sigara alışkanlığı tüm hastalarda % 32.6 iken, bu oran erkeklerde % 58.3, kadınlarda % 5.9 olarak bulunmuştur (42).

Norveçli kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada 43 847 kanser olmayan kadınla 130 kolorektal kanserli ve 563 meme kanserli kadınla yapılan çalışmanın sonuçlarına göre kanserli hastaların sigarayı bırakma oranları daha fazla bulunmuştur (55).

Sadırlı'nın yaptığı çalışmada, hastaların sigara kullanma durumlarının dağılımı incelendiğinde; % 10' unun sigara kullandığı, % 64' ünün sigara kullanmadığı, % 26' sının da sigarayı bıraktığı belirlenmiştir. Yukarıda belirtilen literatür bilgileri çalışmamızda kanser hastalarında sigarayı bırakma oranının kontrol grubuna göre yüksek olmasının beklenen bir sonuç olduğunu desteklemektedir (45).

Bizim çalışmamızda alkol kullanma durumunun dağılımına bakıldığında; kanser (n=2) ve kontrol (n=6) gruplarında alkol kullanım oranları çok düşük olduğu için bu değişkene yönelik istatistiksel analiz yapılmamıştır.

David E. Nelson ve arkadaşları tarafından American Journal of Public Health dergisinde yayınlanan ve ABD, Fransa ve Kanada'dan katılan araştırmacılar tarafından alkol kullanım ve kanser gelişimi arasındaki ilişki 2000 yılı itibariyle yayınlanmış meta analizler, 2009 USA ölüm verileri ve alkol satış verileri incelenerek değerlendirilmiş ve şu sonuçlara ulaşılmıştır: Alkol alımı ABD'deki kansere bağlı ölümlerin % 3.2-3.7' sinden sorumludur. Alkol kullanımı için güvenli denilebilecek bir eşik değerin bulunmamaktadır. Az miktarda alkol alımının bile artmış kanser riskine yol açmaktadır (56).

Çalışmalar alkol tüketim miktar ve süresinde özellikle meme kanseri riskinde artışla ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Alkol tüketiminin östradiol serum düzeylerini yükselttiği bilinmektedir. Birçok çalışmada orta düzeyde alkol alımının (hergün 1-2 kadeh) meme kanseri insidansında %30-50 oranında artışa neden olduğu gösterilmiştir. Yakın geçmişte yapılan bir toplum bazlı çalışmada artmış alkol alımının östrojen reseptör pozitif meme kanseri gelişiminde etkili olduğu gösterilmiştir (9).

Çalışmamızda hastalık öncesi fiziksel aktivite düzeyi iyi olan kanserli hastaların oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur.

Fizik aktivitede artış özellikle premenopozal kadınlarda meme kanseri riskinde azalma ile ilişkilidir. Bu konu çok tartışmalı olmakla birlikte düzenli egzersiz yapılmasının anovulatuvar siklusların sayısını artırarak meme kanseri riskini azalttığı düşünülmektedir (9).

Sadırlı'nın yaptığı çalışmada, hastaların düzenli egzersiz yapma durumlarının dağılımı incelendiğinde; % 32' sinin düzenli egzersiz yaptığı, % 68' inin düzenli egzersiz yapmadığı belirlenmiştir (45).

Son yıllarda yapılan birçok çalışmada hematolojik/onkolojik kanser tanısı ile tedavi edilen hastalarda düşük-orta yoğunluktaki bir egzersiz programının hastadaki birçok belirti ve bulgu üzerine olan olumlu etkileri gösterilmiştir. İlk deneyim Almanya dan Schule ve arkadaşları tarafından meme kanserli hastalar üzerinde elde edilmiştir. Tedavinin bir parçası olarak uygulanan egzersizin hastada pozitif fiziksel ve psikolojik etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Bu sonuç diğer çalışmalarla da desteklenmiş ve egzersiz onkolojik tedavi yaklaşımlarının bir parçası haline gelmeye başlamıştır (57).

Chang ve arkadaşlarının yaptığı randomize kontrol grubu içeren çalışmada AML tanısı ile kemoterapi alan 22 hasta (n: 11 egzersiz grubu, n: 11 kontrol grubu) 3 hafta süre ile günde 12 dakika/ haftada en az 5 gün süre ile egzersiz programına alınmışlardır ve çalışmanın sonucunda; egzersiz grubundaki hastalarda kontrol grubuna oranla halsizliğin, depresyon ve anksiyetenin daha az izlendiği ve yaşam kalitesinin daha az etkilendiği tespit edilmiştir (58).

Yapılan birçok araştırmada fiziksel egzersizin kardiy-respiratuvar sistem, halsizlik, kas gücü, fiziksel fonksiyonlar ve yaşam kalitesi üzerine olan deliller çok güçlü olmasa da ümit verici bulunmuştur. Buradaki en önemli soru kime hangi tip, hangi yoğunlukta ve ne şekilde egzersizin uygulanacağıdır. Egzersizin tüm kanser türlerine karşı koruyuculuğundaki altta yatan mekanizmalar ise azalan vücut yağ kitlesi, tümöre karşı immün mekanizmaların uyarılması, antioksidanların seviyesinin artması ve genetik nedenler olarak sıralanmaktadır. Sonuç olarak fiziksel egzersiz benign hastalıkların yanı sıra birçok kanser türüne karşı da yüksek olasılıklı olarak koruyucudur. Literatürde konu ile ilgili birçok çalışma bulunmaktadır.

Bütün bu çalışmaların sonuçları çalışmamızın sonuçlarını desteklemektedir. Kadın-erkek her yaş grubundaki tüm insanlar için fiziksel egzersizin yaşam biçimi haline getirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (57).

Çalışmamızda beslenme alışkanlıklarına göre kanser ve kontrol gruplarının dağılımı Tablo8'de gösterilmiştir.

Beslenme ile kanser arasındaki ilişki, ilk kez, 1981 yılında Doll ve Peto'nun, ABD'deki kanserlerin %35'inin diyetle ilgili faktörlerden kaynaklandığını öngörmesi ile ortaya çıkmıştır. Gıdalar ve besin öğelerinin kanserle ilişkisinin araştırıldığı pek çok çalışma

sonucunda kanser riskini arttıran ve azaltan besin öğeleri bulunmuş ve bunun üzerine çalışmalar yapılmıştır. Kanser riskini arttıran besin öğeleri arasında; domuz pastırması, hamburger, sucuk, salam, sosis, tereyağı, iç yağı, yağda kızartılmış besinler, tuzlanmış, tütsülenmiş besinler, nitrit, nitrat eklenmiş besinler faktör olmakla birlikte, kanser riskini azaltan besinler arasında; sebzeler, meyveler, kuru yemişler, tahıllar vb. sayılabilir (59)

Çalışmamızda sebze-meyveyi mevsiminde yeme durumuna göre dağılımına bakıldığında; sebze-meyveyi mevsiminde yemeyen kanser grubunun oranının % 62.5, kontrol grubunun göre (% 37.5) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.

Sağlıklı beslenme alışkanlıklarının genel anlamda kanserden korunmada önemli olduğu, olumsuz beslenme alışkanlıklarının düzeltilmesiyle kanser prevalansının % 30-40 oranında azaltılabileceği bildirilmiştir (48).

Dengeli beslenme kanseri önlemede önemli bir yoldur. Amerikan Kanser Derneği, A ve C vitaminlerinden zengin sebze ve meyveleri içeren değişik besin gruplarının tüketilmesini ayrıca yağdan ve etten fakir bir diyet önermektedir. Uzmanlara göre tüm kanserlerin % 60'ı yaşam tarzlarında yapılabilecek değişikliklerle önlenabilir. İnsanların çoğu yaşam tarzlarında bu tür değişiklikleri gerçekleştirmezler. Sorunlardan birisi kanserojen unsura maruz kalma ile tanı konabilecek semptomların ortaya çıkması için 10 ila 40 yıl gibi bir sürenin geçiyor olmasıdır. Bu nedenle insanlara sigaraya, içkiye ve yağlı diyetli bir yaşam tarzına dayalı olarak hayatlarını sürdürmeleri halinde ileride kanser olacakları gerçeğini kabul ettirmek oldukça güçtür (25).

Sağlıklı beslenme ilkelerine göre süt ve süt ürünleri her gün tüketilmeli, sebze ve meyvelerin ise her öğün tüketilmesi önerilmektedir. Kırmızı ve beyaz etin gün aşırı tüketimi, balığın ise haftada en az 2 kez tüketilmesi önerilen sıklıktır. Et grubundan salam, sucuk sosis gibi et ürünlerinin haftada 1 veya daha fazla tüketilmesi ise sık tüketim olarak değerlendirilmektedir (61).

Çalışmamızda da hastalık öncesi haftada 3-5 kez et ve et ürünleri tüketenlerin oranı kanser grubunda (% 55.8) kontrol grubuna (% 44.2) göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Kanser grubunun sebze meyve tüketimi kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Ancak sebze-meyveyi mevsiminde yemeyen kanserlilerin oranı kontrol grubunun göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.

Yapılan pek çok epidemiyolojik çalışmada yüksek düzeyde kırmızı ve işlenmiş et tüketimi ile kolorektal, prostat ve mide kanserleri arasında ilişki bulunmuştur. Bazı araştırmalarda çok yüksek sıcaklıklarda kızartılmış, kavrulmuş ya da ızgara edilmiş etlerde

(özellikle derili kümes hayvanları ve fazla yağ içeren kırmızı et) karsinojenik olduğu gösterilen heterosiklik aminlerin ortaya çıktığı öne sürülmektedir. Bu nedenlerle kırmızı et tüketiminin sınırlandırılması, bunlar ve diğer yüksek protein kaynaklarının yüksek sıcaklıklarda pişirilmesinin azaltılması önerilmektedir (60).

Haftada 5 kez kırmızı et yenilmesi ile meme kanseri riskinde artış olduğu bazı çalışmalarda gösterilmiştir (61).

Mide kanseri riskinin haftada dört ya da daha sık sığır eti tüketenlerde, daha az tüketenlere kıyasla 2 kat arttığı gösterilmiştir (62).

Meme kanseri insidansının en yüksek olduğu ülkeler olan Kuzey Amerika ve Batı Avrupa ülkelerinde kırmızı et tüketimi fazladır. Kırmızı et tüketiminin, özellikle de kızarmış et tüketiminin, riski arttırdığı gösterilmiş olmasına rağmen, beyaz et ve domuz eti, ilişkili bulunmamış olup, ileri çalışmalara gerek duyulmaktadır (21).

Yapılan bir çalışmada kırmızı et tüketiminin kolorektal kanser ile ilişkili, kuvvetli bağımsız bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Kırmızı et, hayvansal yağ ve /veya kolesterolden fakir bir beslenme biçiminin de kolorektal kanserden koruyucu olduğu düşünülmektedir. Kırmızı et, salam ve sosis gibi ürünlerin uzun süreli tüketiminin kalın barsağın distal kısmında kanser riskini arttırabileceğini, buna karşılık tavuk ve balık tüketiminin ise kalın barsak kanser riskini azaltabileceğini belirtilmiştir (63).

Yapılan bazı çalışmalarda, günde 100 g ve daha fazla miktarda et tüketen insanlarda, daha az et tüketenlere göre bağırsak kanseri riskinin % 17 daha fazla olabileceği belirtiliyor. İşlenmiş etin ise günde 50 g tüketildiğinde bağırsak kanseri riskini % 18 oranında arttırabileceğine yönelik bulgular ortaya konuluyor. Bu sonuçlara göre toplumun % 6'sı (1000 kişide 60 kişi) bağırsak kanseri geliştirme riskine sahipse; kırmızı eti daha az tüketenlerde bu oranın % 5,5 (1000 kişide 55 kişi), kırmızı eti daha fazla tüketenlerde ise % 6,5 (1000 kişide 65 kişi) olduğu söylenebilir (64).

IARC çalışma grubu 800 araştırmayı inceleyerek, yüksek miktarda kırmızı et ve işlenmiş et tüketimi ile bağırsak kanseri arasındaki ilişkiyi masaya yatırmış ve işlenmiş etin kırmızı etten daha fazla kansere neden olabileceği belirtildi. Bu nedenle işlenmiş et 'kesin, şüphesiz'; kırmızı et 'muhtemel, olası' sınıflandırmaları içerisinde yer aldı (64).

Bir çalışmada incelenen 2212 hastada haftalık kırmızı et tüketimi <500 g olan hastaların >500 g olan hastalara göre prostat kanseri tanı oranlarını daha düşük olduğu gösterilmiştir (65).

Epidemiyolojik çalışmaların çoğu çok miktarda meyve ve sebze tüketmenin akciğer, özefagus, ağız, mide ve kolon kanseri riskini azalttığını göstermektedir (60).

Sebze ve meyvelerin mide kanserinden koruyucu rollerinin olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (48).

Hawai’de yaşayan yaklaşık 2.000 Japon hastanın katıldığı bir prospektif çalışmada, haftada 7 veya daha fazla kez meyve tüketenlerde risk oranının 0.6 olduğu bulunmuştur (62).

Gözlemsel ve vaka kontrol çalışmalarının birçoğu posadan zengin beslenmenin kolon kanseri gelişimine karşı koruyucu olduğunu göstermektedir. Günde 4,5 porsiyon tam taneli tahıl tüketenlerin 1,5 porsiyondan daha az tüketenlere göre kolon kanserine yakalanma riskini % 35 daha düşük bulunmuştur (66).

Çalışmamızda hastalıktan önceki beslenme davranışları sorgulandığında özellikle kanser grubunda yemeklerin tadına bakmadan tuz atanların oranı yüksek çıkmıştır.

A tipi kişiliğe sahip kimseler tütün kullanıyorlarsa ki çoğunlukla kullanırlar. Pipo içene pek rastlanmaz, çünkü pipo ile zaman kaybedemeyecek kadar sabırsızdırlar. Herhangi bir yerde özellikle restoranda bekletilmekten nefret ederler. Yemeklerinin tadına bakmadan tuz atar, büyük bir aceleyle yerler. Kendilerine, sağlıklarına ve tatile çok az zaman ayırırlar (6).

Yüksek derecede tuz tüketimi, özellikle sebze ve meyvelerle potasyum alımının ve kalsiyum içeren sebzelerin ve az yağlı ürünlerin yetersiz alınması yüksek tansiyon ve mide kanseri ile ilişkili olduğu saptanmıştır (67).

Tuz alımıyla, nitratlar için bildirilmiş mide kanseri riskinin daha da arttığı gösterilmiştir. Fazla sayıda hastanın tuz ve nitrat alımlarının 24 saatlik idrardaki miktarlarının ölçülerek değerlendirildiği bir çalışmada, nitratların mide kanseri mortalitesi oranını artırıcı etkisinin, daha yüksek idrar sodyum değerleriyle doğru orantı gösterdiği ve böylece diyetteki aşırı tuzun, mide kanseri oluşumunda bir predispozisyon yarattığı sonucuna varılmıştır (62).

Avusturalya’da yapılan bir araştırmada yüksek tuz alımının özellikle mide kanseri olmak üzere bazı kanser türleri ile ilişkili olduğu ve düşük düzeyde tuz tüketimi ile birlikte et ve işlenmiş et ürünlerinin tüketiminin sınırlandırılmasıyla beraber sağlıklı bir vücut ağırlığına sahip olmanın kanser riskini azalttığı belirtilmektedir(68).

Çalışmamızda stres durumuna göre kanser ve kontrol gruplarının dağılımı Tablo5’te verilmiştir. Hastalıktan önce yaşanan stresin ve derecesinin kanser ve kontrol gruplarında benzer oranlarda çıkmış olması yaşanan stresin kanser oluşumuna etkisinin olmadığı belirlenmiştir.

Stres, bedenin bağışıklık sistemini bozarak kanserojen hücrelerin yerleşmesine ve tüm bedene yayılmasına yol açabilmektedir. Hayvan araştırmaları stres ile kanser arasında bu tür bir ilişki olduğunu göstermiştir (1).

Stresin ortaya çıkmasına neden olan çeşitli yaşam olayları vardır. Bir çalışmada sosyo ekonomik sorunların stres düzeyini artırdığı, böylece meme kanseri oluşturabileceği belirlenmiştir. Başka bir çalışmada ise, mamografi birimine başvuran kadınların meme kanseri ile ilgili önemli sayılan risk etkenlerinin bulunmadığı; ancak yoğun stres, yoksulluk, şiddet gibi etkenlerin olduğu bildirilmiştir (1).

Kansere yatkınlığı olan fareler ile 400 gün süren bir çalışmada, fareler yoğun kalabalık koşullarda tutularak insanlar tarafından strese maruz bırakılmıştır. Bu sürenin sonunda farelerin % 90' ında kanser gelişmiştir. Oysa sessiz, düşük stres koşullarında tutulan karşılaştırma grubundaki farelerin sadece %7'sinde kanser gelişmiştir. İnsanlarla yapılan çalışmalar da yaşam stresi ile kanserin görülme sıklığı arasında ilişki olduğunu göstermiştir. Kanser tanısı konmuş hastaların tanıdan bir yıl öncesinde çok fazla yaşam olayı geçirdikleri saptanmıştır (69).

Literatürde stres faktörü iki açıdan ele alınmıştır. Birincisi etyolojik faktör olarak stres; ikincisi relapsan ve ortalama yaşam süresinin kısalmasına yol açan faktör olarak stres. Her iki açıdan da uzunca yıllar cesaretle şu söylenmiştir: stres hastalığın ortaya çıkışında ikincil bir etken olarak rol oynar. Yani hastalık aslında bir genetik zemine sahiptir ama stres ikincil bir etken olarak genetik süreci tetikler. Hastalık ortaya çıktıktan sonra ise ortalama yaşam süresi stresli olanlarda olmayanlara göre daha kısa bulunmuştur. Stres tek başına etkili bir faktör değildir (en azında vakaların büyük çoğunluğunda), ama stres kanserojen sürecin önemli tetikleyicilerinden birisi olsa gerek (70).

Bu literatür bilgisine bakıldığında çalışmamızı destekler nitelikte olduğu ve her ne kadar anlamlı bir sonuç ortaya çıkmasa da hastalıktan önce çeşitli derecelerde stres yaşadıkların % 46.4' ünün kanser olmalarından dolayı, içinde buldukları kanserojen sürecin önemli bir tetikleyicisi olabileceği kanısına varabiliriz.

A tipi davranış biçimine sahip birey aşırı rekabetçi, sabırsız, kendisini işine adanmış ve zamana karşı duyarlıdır. B tipi davranış biçimine sahip bireyse, zamanla daha az çatışma halinde, yaşama karşı daha dengeli ve rahat bir yaklaşım içerisindedir. Stres düzeyi yüksek olanların daha çok A tipi kişilik özellikleri gösterdikleri yapılan araştırmalarda kanıtlanmıştır (6).

Literatürde, bizim de üzerinde durduğumuz A ve B tipi kişilik özellikleriyle kanser ilişkisine dair çalışma olmamakla beraber, özellikle A tipi kişiliğin kalp hastalıkları ve stresle ilişkili bir risk faktörü olduğu birçok araştırmada vurgulanmıştır.

Çalışmamızda kişilik tipleri ve alt ölçeklerine göre kanser ve kontrol gruplarının dağılımına bakıldığında; A tipi toplam puanı 88'in üstünde olanların % 60.4' ü kanser,

% 39.6' sının kontrol; B tipi toplam puanı 59'un altında olanların % 30.8' i kanser, % 69.2' sinin kontrol; Ne A Tipi Ne B Tipi olanların % 41.7' si kanser, % 58.3' ünün kontrol grubunda oldukları saptanmıştır.

İstatistiksel olarak A tipi kişilik toplam puanı kanser grubunda kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.

Kişilik tipleri ve hastalık ilişkisine bakıldığında özellikle A tiplerinin B tiplerinden daha fazla koroner kalp hastalıklarına maruz kaldıkları üzerine tartışmalar yapılmıştır. Bununla birlikte son yıllarda diğer bilimciler tarafından takip eden araştırmalar, A tipi davranışla kalp hastalıkları arasındaki ilişkinin tam olarak paralel olmadığını ifade etmişlerdir (71).

Friedman ve Rosenman 3500 kişi üzerinde 8.5 yılı aşkın bir süre çalışmış ve A tipindeki kişilerin kalp hastalığına daha eğilimli olduğu, ikinci bir kalp krizine eğilimin beş kat daha fazla olduğu ve B tipi bireylerle karşılaştırıldığı zaman kalp krizinin iki kat daha fazla tehlikeli olduğu sonucuna varmışlardır (6).

Jenkins, 3000 kişi üzerinde yaptığı çalışmaya göre, koroner damar tıkanıklığı bulunan 133 kişiden 94' ünün açıkça A tipi kişilik özelliğine sahip olduklarını tespit etmiştir. (72).

2 Kasım 1988'de "Demir Mike" olarak adlandırılan ve Chicago Bears Amerikan Futbol takımının koçu olan Mike Ditka kalp krizi nedeniyle hastaneye kaldırılmış ve bir televizyon kanalında yapılan bir röportajda Ditka'nın sigara, aşırı yeme – içme, hareketsizlik gibi kalp krizine neden olan genel fiziksel risk faktörlerinden hiç birine sahip olmadığı anlatılmıştır. Onun tek bir risk faktörü olarak A tipi davranış biçimine sahip olduğu belirtilmiştir (73).

Son yıllarda yapılan araştırmalara göre, A tipi kişilik özelliğine sahip bireylerin bilinenden çok daha karmaşık olduklarını belirtilmektedir. Bu bireyler A tipine özgü belli davranışları sergilemekle kalmaz, depresyon altında ve düşmanca bir tutum da sergileyebilirler. A tipi davranış özelliklerinden herhangi birisi ya da bu davranışların bir bileşimi, kalp sorunlarıyla kişiyi karşı karşıya bırakabilir (71). Yapılan bu çalışmadan yoğun iş stresi altında kalan, bu nedenle sosyal etkinliklerden uzaklaşan bireylerin sağlıklarının daha fazla risk altında oldukları sonucuna ulaşılabilir.

Çalışmamızda A tipi kişilik alt ölçeklerinden işe verilen önem ortalaması kanser grubunda kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte A tipi kişilik alt ölçeklerinden sosyal etkinlikten uzaklaşma puan ortalaması kanser grubunda kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Bulgularımıza göre kanserli

vakalarda ise verdikleri önemin daha fazla olduğu ve sosyal etkinliklerden daha fazla uzaklaşan kişiler olduğunu söyleyebiliriz.

Anlamli düzeyde olmasa da hıza verilen ve zamana verilen önemde kanserli hastalarda daha fazla bulunmuştur.

Tespit ettiğimiz bu istatistiksel olarak anlamlı bulgular yukarıda belirttiğimiz çalışmayla birbirini desteklemektedir.

Çalışmamızda A ve B kişilik tiplerine göre kanser ve kontrol gruplarının dağılımı Tablo12’de sunulmuştur. A ve B kişilik tiplerine göre kanser ve kontrol gruplarının dağılımına bakıldığında; A tipi kişiliğe sahip olanlarda kanser oranı (% 60.4) diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Temoshok’ un duyguların bastırılmasının birçok kanser hastasında yaygın bir özellik olduğunu vurgulamış ve bunu tip C olarak tanımlamıştır. C tipi bir baş etme stilidir ve işbirlikçi, sakin, iddiasız, sabırlı özellikle kızgınlık gibi olumsuz duyguların açığa çıkarılmadığı ve dışsal otoriteye karşı uysal olmayla tanımlanmıştır. Ancak bu stil yüksek düzeydeki stresle baş etmede başarısızdır ve hastaların çaresizlik ve acizlik hissetmelerine neden olmaktadır (74). Bizim çalışmamızda da benzer olarak C Tipi Kişilik alt ölçeği feda etme boyutuna bakıldığında meme kanseri olan hastalarda diğer kanser türlerine göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Meme kanserli olan hastalarda, diğer kanser vakalarına göre fedakarlık özelliği daha fazla bulunmuştur.

Ayrıca çalışmamızda kişilik tipleri ve alt ölçeklere göre bazı kanser türlerinin ve diğer kanser gruplarının dağılımına bakıldığında C tipi feda etme alt ölçeği ortalama puanı meme Ca’lı hastalarda diğer kanser gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.13). C tipi duygu ifade edememe alt ölçeği ortalama puanlarına bakıldığında, prostat Ca’lı hastaların ortalama \pm standart sapma değeri diğer kanser gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.15).

Çalışmamızda kişilik tipleri ve alt ölçeklere göre bazı kanser türlerinin ve kontrol gruplarının dağılımına bakıldığında; meme Ca’lı hastaların C tipi feda etme alt ölçeği ve A tipi Kişilik toplam puanının ortalama \pm standart sapma değerleri kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Prostat Ca’lı hastaların C tipi duygu ifade edememe alt ölçeği puanının ortalama \pm standart sapma değerleri kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Prostat Ca’lı hastaların A tipi kişilik toplam puanının ortalama \pm standart sapma değerlerine bakıldığında kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Baş-boyun Ca’lı hastaların A tipi

kişilik toplam puanının ortalama \pm standart sapma değerlerine bakıldığında kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.

Kanser türlerine göre C tipi duygu ifade edememe ve A tipi kişilik işe verilen önem alt ölçeklerinin dağılımına Tablo 4.25'te bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kanser türlerine göre C tipi duygu ifade edememe alt ölçeğinin ortalama puanlarının dağılımına bakıldığında prostat Ca 'lılarda diğer kanser türlerine göre anlamlı derecede en yüksek bulunmuştur.

Kanser türlerine göre A tipi kişilik işe verilen önem alt ölçeğinin ortalama puanlarının dağılımına bakıldığında meme, akciğer, prostat, kolon, serviks ve baş boyun Ca'lılarda diğer kanser türlerine göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kanser hastalığının oluşumunda kişilik özelliklerinin etkisinin olup olmadığını, eğer etkisi var ise hangi kişilik tipinin bunda etkisinin olduğu; beslenme, ailesel kanser öyküsü, alışkanlıklar, fiziksel aktivite gibi faktörlerin kanser hastalığına etkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Üniversite ve üstü eğitimi olanlarda kanser olanların oranı kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur.
- Meme kanseri en fazla görülen kanser türü iken, en fazla görülen ikinci kanser türü akciğer kanseri olarak tespit edilmiştir.
- Yakınında kanser öyküsü olan kanserlilerin oranı kontrol grubuna göre daha yüksektir. Yakınında kanser olma durumu kanser riskini 2.5 kat arttırmaktadır.
- Kanser grubunda sigarayı bırakanların kişilerin oranı kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur.
- Sigara içenler ve hiç içmeyenler grubu arasında fark olmamasına rağmen, kanser olmayanlarda hiç sigara içmeyenler daha oransal olarak yüksek bulunmuştur.
- Hastalık öncesi fiziksel aktivite düzeyi iyi olan kanserli hastaların oranı kontrol grubuna göre düşük bulunmuştur.
- Hastalık öncesi haftada 3-5 kez et ve et ürünleri tüketenlerin oranı kanser grubunda kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur.
- Sebze-meyveyi mevsiminde yemeyen kanser grubu kontrol grubunun göre yüksek bulunmuştur. Sebze-meyveyi mevsiminde yeme durumu kanser olma riskini 2.7 kat arttırmaktadır.
- Tabağındaki yemeğe tadına bakamdan tuz atanlar kanser grubunda, kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur. Tabağındaki yemeğe tadına bakamdan tuz atmak aşırı tuz kullanımına işaretler ve bu durum kanser olma riskini 2 kat arttırmaktadır.
- Araştırmamızda kanser ve stres arasında kontrol grubuna göre herhangi bir ilişki saptanmamıştır.
- A tipi kişilik toplam puanı kanser grubunda kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur.
- A tipi kişilik alt ölçeklerinden 'işe verilen önem' puanı kanser grubunda kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur.
- A tipi kişilik alt ölçeklerinden olan 'sosyal etkinlikten uzaklaşma' kanser grubunda kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur.

- A tipi kişilik toplam puanına bakıldığında Meme Ca'lı hastalarda diğer kanser gruplarına göre yüksek bulunmuştur.
- C tipi kişilik alt ölçeği 'feda etme' boyutuna bakıldığında meme kanseri olan hastalarda diğer kanser türlerine yüksek bulunmuştur.
- Prostat Ca'lı hastaların C tipi duygu ifade edememe alt ölçeği puanı kanser gruplarına göre yüksek bulunmuştur.
- Meme Ca'lı hastaların C tipi feda etme ve A tipi Kişilik toplam puanı kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur
- Prostat Ca'lı hastaların C tipi duygu ifade edememe alt ölçeği puanının ortalama \pm standart sapma değerleri kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur
- Prostat Ca'lı hastaların A tipi kişilik toplam puanı kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur.
- Baş-boyun Ca'lı hastaların A tipi kişilik toplam puanının ortalama \pm standart sapma değerlerine bakıldığında kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.
- Kanser türlerine göre C tipi duygu ifade edememe alt ölçeğinin ortalama puanlarının dağılımına bakıldığında anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.
- Kanser türlerine göre A tipi kişilik işe verilen önem alt ölçeğinin ortalama puanlarının dağılımına bakıldığında anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Bu sonuçlar ışığında kanserin etiyolojisini ve risk faktörlerini bilip buna yönelik koruyucu önlemler alınabilmesi için aşağıdaki öneriler doğrultusunda hareket edilebilir:

Çağımızda insanların zamanlarının büyük bir bölümünü geçirdikleri sosyal medya ve kitle iletişim araçları aracılığıyla kanser ve kanserden korunma konusunda farkındalık yaratan bilgilerin paylaşılması atılacak en önemli adımlardan biridir.

Sağlık Bakanlığına bağlı faaliyet sürdüren KETEM' lere başvuran bireylere kendi kişilik özelliklerini belirlemeye yönelik ölçeklerin uygulanarak strese ve kansere yatkın kişilik özelliğine sahip bireylerin tespit edilmesi sağlanabilir.

Kanser riskini artırıcı birçok faktör sayılabilmektedir. Ancak yapılan çalışmalarda beslenmenin kanser riski oluşturmada en büyük paya sahip olduğu belirtilmiştir. Bu nedenle beslenme ile ilgili basit önlemler alarak, iyi ve bilinçli yapılan beslenme hem kanser

oluşumunu engellemekte, hem de kanserle savaşmamızda önemli bir rol oynamaktadır. Ayrıca beslenmemize dikkat etmenin yanında, yukarıda sayılan önerilere dikkat edilerek, aşırı kilo önlenerek ve düzenli egzersiz yaparak kanser riskini minimum düzeye indirilebileceği unutulmamalıdır.

Araştırmamızda, özellikle kanser oluşumu ile ilgili beslenme alışkanlıklarındaki tuz kullanımı, sebze ve meyveyi mevsiminde yememe, fiziksel aktivite azlığı, et ve et ürünlerinin sık tüketimi gibi riskler, birçok çalışmada olduğu gibi kanserli hastalarda yüksek çıkması dikkat çekilmesi gereken bir durumdur. Bu bulguların gerek akademik dergi ve indekslerde gerekse basın-yayın yoluyla bütün bireylere aktarılıp kamuoyunda farkındalık oluşturulması gerekmektedir.

Yaygınlığı giderek artan kanser ve nedenleri konusunda halkın eğitilmesi, doğru beslenme alışkanlıklarının kazandırılması, sigara tüketiminin azaltılmasına yönelik stratejilerin belirlenmesi ve sağlık eğitimi ile toplumun bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

KETEM hizmetlerinde bireysel risk değerlendirmesi ile kanser açısından daha riskli (örneğin aile öyküsü, olumsuz sağlık davranışları vb.) grupların belirlenmesi, bu grupların taramalara düzenli katılmaları ve sağlıklı davranışlara yönlendirilmeleri için kanıta dayalı eğitim hizmetleri ve bireysel danışmanlığı da içeren geniş kapsamlı müdahalelere gereksinim bulunmaktadır.

Kişilik tiplerine yönelik bulgular doğrultusunda sağlık çalışanlarının, bireyin sahip olduğu kişilik yapısı hakkında bilgi sahibi olmasının sağlanması stresle mücadelesini kolaylaştıracaktır. Sözgelimi daha çok A tipi kişilik yapısına sahip olan bireyler stres yapmaya daha yatkındırlar ve bu noktada, stres kaynakları ve stresle mücadele teknikleri konusunda daha duyarlı olmak zorundadır.

Yine bulgularımız doğrultusunda A tipi kişilik tipine sahip bireylerin kanserli grupta yüksek çıkması strese yatkınlığı kanıtlanmış olan bu kişilerin kansere yatkınlığı da olabileceği tespit edilmiş olup, buna yönelik çalışmaların daha da artırılması gerekir.

Literatürde, kişilik tipleri ve sağlık etkileri; özellikle de kanserle ilişkisi konusunda çok fazla akademik çalışma bulunmamaktadır. Bu doğrultuda özellikle kişilik tipleri ve kanser ilişkisi konusunda farklı disiplinlerde ya da multidisipliner anlayışla daha fazla akademik çalışma yapılması gerekmektedir.

Tüm bu sonuçlar belirli sayıda ve belirli sosyo-demografik özellikler gösteren örneklem grubunda uygulanarak elde edilmiştir. Daha sonraki çalışmalarda daha fazla sayıda ve daha temsil edici bir örneklem grubu ile çalışılarak, elde edilen bu sonuçlar tekrar gözden geçirilebilir.

Sonuç olarak, toplumda en sık görülen kanserler meme, akciğer, kolorektal kanserler gibi risk faktörleri bilinen, önlenabilir nitelikteki kanserlerdir. Sigara tüketiminin azaltılması, sağlıklı beslenme ve sağlıklı yaşam biçimi gibi konularda koruyucu ve önleyici hizmetlerin sunulması, bireylerin kanserle ilgili bilinçlendirilmesi, erken tanı ve tedavi hizmetlerinin yaygınlaştırılması, kanser kontrol programı kapsamında önemlidir. Kanserle mücadelede, kayıt sisteminde iyileştirilmeler yapılması ile kanser istatistikleri ve epidemiyolojisi daha iyi ortaya konulacak, etiyoloji ve koruyucu hekimliğe yönelik çalışmalar daha kapsamlı yapılabilecektir. Bu nedenle ülkemizde kanserle ilgili daha geniş kapsamlı epidemiyolojik çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Bilge A, Olcay Çam O Kanseri önlemede önemli bir faktör olarak kadınların stres ile başa çıkma tarzları ve sağlık inanışlarının incelenmesi, *Anatolian Journal of Psychiatry* 2008; 9:16 21
2. Sayhan ES, Ekuklu G, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne 2007-2011 yılları arasında başvuran meme kanseri tanılı hastaların değerlendirilmesi, 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Edirne-2014
3. Töre E Düzce İlinde aile hekimliği pilot bölge uygulaması öncesi ve sonrası hizmet sunum niteliğindeki farklılıkların ve sağlık göstergelerinin karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, Ankara,2007
4. Paşa M, Kaymaz K, *Stres Yönetimi*, 1. Baskı. Bursa, Alfa Akademi Yayınları, 2010
5. Bozo Ö, Yılmaz T, Tathan E, C Tipi Davranış Ölçeğinin Türkçeye uyarlama, güvenilirlik ve geçerlilik çalışması, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2012; 13:145-50
6. Durna U Stres, A ve B Tipi Kişilik Yapısı ve Bunlar Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma, *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, Celal Bayar Üniversitesi, İ.İ.B.F-2004, Cilt 11 (1), ss. 191-206.
7. Boyle P, Levin B,(Ed.) Dünya Sağlık Örgütü Uluslar arası Kanseri Araştırmaları Kurumu, Dünya Kanseri Raporu, Lyon, 2008
8. Eren Korkmaz, Kanseri ve Kanseri Hastalarına İlişkin Tutumların İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Prevanatif Onkoloji Anabilim Dalı Psikososyal Onkoloji Ve Eğitim Programı, İSTANBUL-2010
9. Yamazhan T, Tunçel M Bakteri-Kanseri İlişkisi, *İnfeksiyon Dergisi*, 2003-17 (1), 117-21.
10. Taş F, Aydın A. *Kanseri Nedenleri, Sigara ve Kanseri İlişkisi, Diyet ve Kanseri*, Topuz E, Aydın A, Karadeniz AN (Editörler), İstanbul: Tunç Matbası. 2000
11. Kızılcı S, Kemoterapi Alan kanserli Hastalar ve yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1999, 3 (2), 18-26.
12. Çaman ÖK, Bilir N, ÖZCEBE H, Ailede Kanseri Öyküsü ve Algılanan Kanseri Riski Kanseri Korunma Davranışları ile İlişkili mi? *Fırat Tıp Derg/Fırat Med J* 2014, 19(2): 95-100
13. Beyhan B, Psiko-Onkoloji, Psikososyal Sorunlar ve Ölçüm Yöntemleri, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2012; 4(4):449-64
14. GLOBACAN-2008(IARC), 2013

15. Ocak M, Güler M A Tipi Kişilik ve Başa Çıkma Yöntemlerinin Stresle İlişkisi: Türk ve Bosnalı Öğrenciler Arasında Karşılaştırmalı Bir Araştırma, *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2013: 5 Sayı: 8
16. Eren E, *Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi* 8. Baskı, İstanbul, Beta Basım Yayın, 2004
17. Bilgin AU, Kanser ilişkili halsizlik ve fiziksel egzersiz, *Genel Tıp Dergisi*, 2014;24:38-44
18. Glade MJ, Food, Nutrition, Physical Activity and the Prevention of Cancer: A Global Perspective, Book review, *Nutrition* 2008, 393–8
19. Koçak S, Çelik L, Özbaş S, Dizbay S, Tükün A, Yalçın B, Meme Kanserinde Risk Faktörleri, Riskin Değerlendirilmesi Ve Prevansiyon: İstanbul 2010 Konsensus Raporu, *The Journal of Breast Health* 2011, Vol: 7, No: 2
20. Kendler BS, PhD, Nutritional Oncology, *Nutrition* 2003, Volume 19, Number 1,
21. Yılmaz MS, ATA K, Meme kanseri riskinin beslenme ile ilişkili faktörler açısından değerlendirilmesi, *Turkish Journal of Public Health* 2014;12(1)
22. Temple NJ, Gladwin KK, Fruit, Vegetables, and the Prevention of Cancer: Research Challenges, *Nutrition*, 2003, Volume 19, Number 5,
23. Dosil O, Díaz MD, Ruano AR, Al. Consumption of fruit and vegetables and risk of lung cancer: A case-control study in Galicia, Spain, *Nutrition*, 2008 407–13
24. Weisburger JH, MD(hc) Eat to Live, Not Live to Eat, *Nutrition*, 2000, Volume 16, Number 9,
25. Lüleci Ne, Keskin Y, Manisa'nın İki Kasabasında Kanseri Olguları İle Sigara İçme ve Beslenme Alışkanlıklarının İlişkisi, *Taf Preventive Medicine Bulletin*, 2006: 5 (5)
26. Bilir N, *Sigara ve Kanseri*, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, 2008, Ankara
27. Web Site http://kanser.gov.tr/Dosya/Bilgi-Dokumanlari/raporlar/Alkol_ve_Kanseri.pdf
28. Yıldız S, Boz İT, Yıldırım BF, Kişilik Tipi İle Olumlu Sosyal Davranış Arasındaki İlişki: Marmara Üniversitesi Öğrencileri Üzerinde Bir Araştırma, *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2012: Cilt: 26, Sayı: 1,
29. Balkıs M. "Üniversite Öğrencilerinin Düşünme Stilleri İle Kişilik Tipleri Arasındaki İlişkinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi", Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, 2006
30. Yelboğa A, Kişilik Özellikleri ve İş Performansı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi *İş, Güç Dergisi*, 2006, Cilt 8 (2), Haziran, ss.196-211.

31. Kunnanatt JW Type A behavior pattern and managerial performance: A study among bank executives India, *International Journal of Manpower*, 2003, V.24 (6), ss. 720-35.
32. Soysal A, Çalışma Yaşamında Kişilik Tipleri: Bir literatür Taraması, *İşveren Dergisi*, Ocak-2008, ss.4-19.
33. Tokat B, Kara H, Kara MY, A-B Tipi Kişilik Özelliklerine Sahip İşgörenlerin Olası Bir Örgütsel Değişime Yatkınlıklarının Araştırılması, *Literature and History of Turkish or Turkic*, Volume 8/8 Summer 2013, p. 1973-88
34. Can Y, A Tipi ve B tipi Kişilikler Bakımından Mobbing Kişilik İlişkisinin İncelenmesi ve Bir Uygulama, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi, 2007
35. Web Site http://www.psychtreatment.com/personality_type_and_disease.
36. Donaldson MS, Nutrition and cancer: A review of the evidence for an anti-cancer diet, *Nutrition Journal*, 2004, 3:19 doi:10.1186/1475-2891-3-19
37. Şahin NH, Guler M, Basım N, A tipi kişilik örüntüsünde Bilişsel ve Duygusal Zekanın Stresle Başa Çıkma ve Stres Belirtileri İlişkisi, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2009;20(3):243-54
38. Bozo Ö, Yılmaz T, Tathan E, C Tipi Davranış Ölçeğinin Türkçeye uyarlama, güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2012; 13:145-50
39. Türkiye Kanser İstatistikleri, Sağlık Bakanlığı Ankara, 2015
40. Jemal A, Siegel R, Xu J, et al. Cancer Statistics,. *CA Cancer Journal of Clinicians* 2010; doi: 10.3322/caac.20073.
41. Onat H., Demir Ç. *Sağlıkta ve Kanserde Doğru Beslenme*. Say Yayınları, İstanbul, 2007
42. Karaca H, Berk V, İnanç M, Dikilitaş M, Özkan M, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'na 2006–2009 Yılları Arasında Başvuran Kanser Hastalarının Epidemiyolojik Değerlendirmesi, *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)* 2011, 20(1) 1-8,
43. Öztürk SA, Kanserli Hastaların Beslenme Alışkanlıkları, Beslenme Bilgi Düzeyleri, Besin Takviyesi Kullanım Durumları ve Bunların Karşılaştırılması, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul: Haliç Üniversitesi,2012
44. Türkiye İstatistik Enstitüsü, *İstatistiklerle Türkiye*, Yasal Medeni Durum ve Cinsiyete Göre Nüfus,2014

45. Sadırlı SK, Kanserli Hastalarda Semptom Kontrolünün Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, Edirne:Trakya Üniversitesi, 2008
46. Ecirli Ş, Borazan A, Tek B, Deveci A, Polat H, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesine 1993-99 Yılları Arasında Kabul Edilen Hastalar Arasında Erişkin Kanser Vakalarının Değerlendirilmesi, *Türkiye Klinikleri J MedSci* 2002, 22
47. Topu Z, Ülger F, Numanoglu N, Ailesel kanser hikayesi ve akciğer kanseri, *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2004; 52(2): 130-6
48. Yassıbaş E. Mide Kanseri Tanısı Konmuş Yetişkin Bireylerin Yaşam Tarzı ve Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2009
49. Kutlu R, Çivi S, Börüban MC, Demir A, Kanserli Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, *Selçuk Üniv Tıp Dergisi*, 2011 1;27(3):149-53
50. Turgay AS., Sarı D, Türkistanlı EÇ. Knowledge, Attitudes, Risk Factors, and Early Detection of Cancer Relevant to the School Teachers in İzmir, Turkey. *PreventiveMedicine*, 2004, 40, 636-41
51. Loehrer PJ, Greger HA, Weinberger M, Musick B, Miller M, Nichols C ve ark. Knowledge and Beliefs About Cancer in a Socioeconomically Disadvantaged Population. *Cancer* 1991, 68, 1665-71.
52. Xu ZY, Blot WJ, Xiao HP, et all. Smoking, airpollution, and the high rates of lung cancer in Shenyang, China. *Journal of the National Cancer Institute*, 1989, Vol 81, 1800-6.
53. Meyveler ve Sebzeler. Sağlık 2001, 7: 44-5.
54. Güler N Çevre ve Kanser. Uluslar arası Katılımlı I.Ulusal Çevre Hekimliği Kongresi 8-12 Aralık 1997, I.Ulusal Çevre Hekimliği Kongre Kitabı. Ankara 1988, sy:28-48.
55. Skeie G. (2009) Dietary change among breast and colorectal cancer survivors and cancer freewomen in the Norwegian Women and Cancer cohort study. *Cancer Causes Contro.* 2009 Dec;20(10):1955-66
56. David E. Nelson, MD Et all. Alcohol-Attributable Cancer DeathsandYears of Potential Life Lost in the United States. *American Journal of Public Health* April 2013, Vol 103, No 4
57. Bilgin AU, Kanser ilişkili halsizlik ve fiziksel egzersiz. *Genel Tıp Dergisi*, 2014, 24:38-44

58. Chang PH, Lai YH, Shun SC, Effects of a walking intervention on fatigue-related experiences of hospitalized acute myelogenous leukemia patients under going chemotherapy: a randomized controlled trial, *Journal of Pain Symptom Manage* 2008;35:524-34.
59. Dönmez M, Cankurtaran M, Diken F, Günendi P Gıda Beslenmesi ve Kansere İlişkisi. Ulusal Meslek Yüksekokulları Öğrenci Sempozyumu, 21-22 Ekim 2010-Düzce
60. Çağlar M, Yavuzcan A, Yenicesu O, Başer E, Dursun P, Güngör T, Ayhan A, Kansere hastalar ve beslenme, *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 2013, 16: 19-28
61. Baysal A. *Beslenme*. Hatipoğlu Yayınevi, 1999, Ankara.
62. Akbayır N, Mide Kanseri ve Diyet Arasındaki İlişkiler. *Güncel Gastroenteroloji Dergisi* 2004,8:4
63. Güven E. Kolorektal Kansere Öncesi Beslenme Alışkanlığının İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul:Haliç Üniversitesi, 2010
64. International Agency for Research on Cancer. Volume 114: Consumption of red meat and processed meat. IARC Working Group, Lyon; 6,13 October, 2015.
65. Çelik S, Prostat Kanseri Hastalarında Diyet ve Yaşam Stili Önerileri, Derleme, *Bull Urooncol* 2015, 14: 88-93
66. Saka M. Kansere önlenmesinde değişik posa tipleri ne kadar etkili? 2. Ulusal Sağlıklı Yaşam Sempozyumu, *Kansere Önlenmesi ve Tedavisinde Beslenme- Onkoloji Diyetisyenliği*, Ankara, 2012 Sempozyum Kitabı. s: 72,74
67. John H. Weisburger, PhD, MD(hc) Eatto Live, Not Live to Eat, *Nutrition*, Volume 16, Number 9, 2000
68. Position Statement: Salt and cancer risk Approved Public Health Committee – August 2008, update – August 2009.
69. ARIKAN MK, Stres ve Kansere, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilimdalı, <http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/47/4720.pdf> 8 Mart 2012
70. Moorhead G, Griffin R, *Organizational Behavior*, Houghton Mifflin Company, Boston.,1992: 463-4.
71. Morris GC, Understanding Psychology Çeviri: Ayvalık H *Psikolojiyi Anlamak*, Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları 2002: 512.
72. Simsek Ş, Akgemici T, Çelik A, *Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış*, Geliştirilmiş 2. Baskı, Ankara Nobel Yayınları, 2001: 222.
73. Sdorow LM., *Psychology*, 4. Baskı, McGrawHill, Boston., 1998: 586.

74. Sütçü GG Tanı- ameliyat süreci yakın zamanlı olan meme kanseri hastalarının öfke, depresyon, stresle başa çıkma ve sosyal destek değişkenleri açısından incelenmesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Bölümü Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi Ankara: Ankara Üniversitesi, 2010

EKLER

Ek.1. Özgeçmiş

Kimlik Bilgileri		
TC Kimlik No	10150888540	Bitlis Eren Ünivrsitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Hüsrevpaşa mah. Merkez/ BİTLİS E-Mail Adresi:kkendilci@gmail.com Telefon Numarası: 0544.939.60.37
Adı Soyadı	Kenan KENDİLCİ	
Anne Adı	Melike	
Baba Adı	Kemal	
Doğum Yeri / Tarihi	Bitlis / 05.01.1986	
Medeni Hali	Evli X) Bekar ()	
Eğitimle İlgili Bilgiler		
Lise/ Mezuniyet Yılı	Bitlis Anadolu Lisesi / 2004	
Lisans / Mezuniyet Yılı	Ege Üniversitesi-İZMİR / 2010	
Fakülte / Bölümü	İzmir Atatürk Sağlık Yüksek Okulu / Sağlık Memurluğu	
Lisans Mezuniyet Not Ortalaması	3.61 (90.9)	
Bilgisayar Bilgisi		
Microsoft Windows 2003/2007/NT		
Microsoft Office (Word - Excel - P.Point)		
İnternet Explorer		
Sınavla İlgili Bilgiler		
ALES Puanı ve Girdiği Tarih	65.923(Sayısal) / 2015 İlkbahar	
Yabancı Dil ve Puanı	İngilizce / 61.250 (ÜDS) / 2010 Sonbahar	
Referanslar		
Prof. Dr Aynur ESEN	Ege Üniversitesi Atatürk Sağlık Bilimleri Fakültesi	
Prof. Dr Metin Genç	İnönü Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı Ab.	

Ek.2. Anket Formu

Bu çalışma, Anabilim Dalımız tarafından Turgut Özal Tıp Merkezi'ne başvuran hastalarda kişilik özelliklerinin saptanması, bunun yanında stres, beslenme alışkanlığı, alkol-sigara kullanımı ve fiziksel aktivite durumlarını sorgulayarak bu faktörlerin hastalık oluşumuna etkisi araştırılacaktır.

Çalışmamıza katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederiz.

İnönü Üniv. Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

1. Adınız Soyadınız.....

2. Yaşınız.....

3. Cinsiyetiniz: 1)Erkek 2)Kadın

4. Medeni Durumunuz: 1)Evli 2)Bekar 3)Dul 4)Diğer

5. Evde kaç kişi yaşıyorsunuz?.....

6. Eğitim durumunuz: 1)Okur yazar değil 2)Okur yazar 3)İlköğretim 4)Lise 5)Üniversite

7. Mesleğiniz: 1)Ev Hanımı 2)Memur 3)İşçi 4)Esnaf 5)Serbest Meslek
6)Diğer.....

8. En uzun süre yaşadığınız yerleşim birimi: 1)Köy,kasaba 2)İlçe 3)İl merkezi
4)Büyükşehir

9. Sosyal güvence durumunuz: 1)SSK 2)Bağ-kur 3)Emekli Sandığı 4)Yeşil Kart
5)Diğer.....

10. Sigara içme durumunuz: 1)Evet 2)Hayır 3)Bıraktım.....

-İçiyorsanız günde kaç tane içiyorsunuz?.....

-İçiyorsanız kaç yıldır içiyorsunuz?.....

-Bıraktıysanız toplam kaç yıl içtiniz?.....

11. Alkol kullanma durumunuz: 1)Evet 2)Hayır 3)Bıraktım.....

-İçiyorsanız günde kaç kadeh içiyorsunuz?.....

-İçiyorsanız kaç yıldır içiyorsunuz?.....

-Bıraktıysanız toplam kaç yıl içtiniz?.....

12. Hastalanmadan önce kendinizi fiziksel aktivite yönünden nasıl ifade ederdiniz?

1)''Çok Az'' (Masa başı çalışan, veya dikiş nakış örgü ile uğraşan veya günde 1 km'den az yürüyen)

2)''Az'' (Her gün ev işi yapan veya bahçe işleriyle uğraşan veya günde 1-2 km yürüyen)

3)''Orta'' (Sık sık cam, yer silen veya sınırlı bir mekanda ağır iş yapan veya günde 4 km yürüyen)

4)''İyi'' (Beden işçisi, çok düzenli spor yapan veya günde 5 km'den fazla yürüyen)

13. Hastalığınızdan önce et ve et ürünlerini ne kadar tükettirdiniz?

1)Her Gün 2)Haftada 1-2 kez 3)Haftada 3-5 kez 4)15günde 1-2 kez 5)Daha Nadir

14.Hastalığınızdan önce sebze-meyveyi ne sıklıkta tükettirdiniz?

1)Her Gün 2)Haftada 1-2 kez 3)Haftada 3-5 kez 4)15günde 1-2 kez 5)Daha Nadir

15.Sebze ve meyveyi mevsiminde mi yerdiniz? 1)Evet 2)Hayır

16.Aşağıda belirtilen ölçülerinizi yazınız:

-Boyunuz:....., Kilonuz:....., Kanser hastaları için hastalıktan önceki kilo:.....

17.Tabağınızdaki yemeğe sonradan tuz ilave edermiydiniz? 1)Evet 2)Hayır

18.İçme suyunu nerden temin ediyorsunuz?

1)Şebeke suyu 2)Hazır su 3)Kuyu suyu vs 4)Diğer.....

19.Hastalığınızdan önce herhangi bir stresli olaya maruz kaldınız mı? 1)Evet

2)Hayır

20.Yanıtınız 'Evet' ise maruz kaldığınız stresin şiddetini belirtiniz:

1)Hafif 2)Normal 3)Ağır 4)Çok Ağır

21.Hastalığınızın çeşidi nedir? 1)Kanser 2)Kanser

değil(belirtiniz).....

(22,23,24,25. Sorulara hastalığınızın çeşidi 'Kanser' olanlar cevap verecektir)...

22.Eğer hastalığınızın 'Kanser' ise bunun türünü belirtiniz

1)Akciğer ca 2)Meme ca 3)Prostat ca 4)Kolon ca 5)Serviks ca 6)Baş boyun kanserleri 7)Diğer.....

23.Kemoterapi aldınız mı? 1)Evet 2)Hayır 3)Halen devam ediyor

24.Radyoterapi aldınız mı? 1)Evet 2)Hayır 3)Halen devam ediyor

25.Kanser hastalığınızın tedavisine yönelik cerrahi operasyon geçirdiniz mi? 1)Evet

2)Hayır

26.Herhangi bir yakınınızda kanser hastası olan var mı? 1)Evet 2)Hayır

27.Yanıtınız 'Evet' ise aşağıdaki tabloda uygun olanı işaretleyiniz..

Yakınlık derecesi	Kanser Türü	Durumu(sağ-ölüm durumu,tedavi durumu)
1)Birinci derece(Anne,Baba,Kardeşler)		
2)İkinci derece (Amca,dayı, hala vs..)		

28.Aşağıda kişilerin gündelik yaşamlarındaki davranışlarına ilişkin 25 cümle verilmiştir. Her cümle için yanıtta o cümledeki ifadelerin sizi ne kadar tanımladığına ilişkin %0 ile %100 arasında değişen bir ölçek vardır. Lütfen ifadeyi dikkatle okuyup sizi ne kadar tanımladığını o derecenin altındaki kutu içine X işareti koyarak işaretleyiniz.

	%0	%25	%50	%75	%100
	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her Zaman
1. Konuşurken bazı önemli kelimeleri vurgulayarak söylerim.					
2. Hızlı yemek yer ve hızlı yürürüm.					
3. Çocukların rekabetçi olmaları için özendirilmeleri gerektiğine inanırım.					
4. Yavaş çalışan birini gördüğümde rahatsız olurum.					
5. İnsanlarla konuşurken, ne söylüyorlarsa, bir an önce söylemeleri için aceleci davranırım.					
6. Trafikte sıkışıp kalınca ya da bir bankada sıra beklemek zorunda kalınca öfkelenirim.					
7. Bir başka insanı dinlerken bile aklım kendi sorunlarımda olur.					
8. Aynı anda birkaç işi bir arada yapmaya çalışırım (telefonla konuşurken hesap yapmak, dışarıya fırçalarken gazete okumak, vb.)					
9. Tatillerimi işlerimi yetiştirmek amacıyla kullanırım.					
10. Konuşmalar sırasında konuyu beni ilgilendiren yöne doğru çekerim.					
11. Zamanımı sadece gevşemek ve rahatlamak için harcadığımda suçluluk duyarım.					
12. Çalışırken etrafımda olup biteni fark edemeyecek kadar kendimi işe veririm.					
13. Kendimi geliştirmek, sosyal konulara zaman ayırmak yerine daha çok çalışmam gerektiğini düşünürüm.					
14. Gün geçtikçe, daha az zaman içinde, daha çok iş çıkartmak için çaba gösteririm.					
15. Randevularıma hep zamanında giderim.					
16. Konuşurken kendi görüşlerimi vurgulamak için yumruklarım sıkılmak ya da masaya vurmaya gibi hareketler yaparım.					
17. Başarılarımın, hızlı çalışma yeteneğimden kaynaklandığını düşünürüm.					
18. İşlerin hemen ve hızlı yapılması gerektiğini düşünürüm.					
19. İşlerimi daha çabuk bitirmek için sürekli olarak daha etkili yollar bulmaya çalışırım.					
20. Oyunlardan zevk almak yerine kazanmak için hırslı davranırım.					
21. Diğer kişiler iş yaparken sık sık araya girerim.					
22. Diğer kişiler geç kaldıklarında rahatsız olurum.					
23. Yemekten sonra hemen masadan uzaklaşıp işe yönelirim.					
24. Telaş içindeyimdir (kendimi sürekli olarak bir şeyleri hemen bitirmek zorundaymış gibi hissedirim)					
25. Şu anki çalışma düzeyimden memnun değilim.					

29. ‘C Tipi Kişilik Ölçeği’: Aşağıda verilen ifadelerin sizin olağan davranışlarınızı ne ölçüde yansıttığını belirtiniz. Soruları cevaplarken hiçbir sorunun doğru ya da yanlış cevabı olmadığını aklınızda bulundurunuz.

1. Kendi ihtiyaçlarımı bile göz ardı ederek, başkalarına yardım etmek için çizdiğim yolumun dışına çıkarım.

- Bana hiç benzemiyor
 Bana biraz benziyor
 Bana oldukça benziyor
 Bana çok benziyor

2. Başkalarına kendim için yaptıklarımın daha fazlasını yaparım.

- Bana hiç benzemiyor
 Bana biraz benziyor
 Bana oldukça benziyor
 Bana çok benziyor

3. Başkalarının ihtiyaçlarını kendi ihtiyaçlarımdan daha üstün görmeyi görevim gibi düşünürüm.

- Bana hiç benzemiyor
 Bana biraz benziyor
 Bana oldukça benziyor
 Bana çok benziyor

4. Başkalarının ihtiyaçlarının, kendi ihtiyaçlarımdan daha önemli olduğunu düşünürüm.

- Bana hiç benzemiyor
 Bana biraz benziyor
 Bana oldukça benziyor
 Bana çok benziyor

5. Önce kendi ihtiyaçlarıma, sonra başkalarının ihtiyaçlarına odaklanmam gerektiğini düşünürüm.

- Bana hiç benzemiyor
 Bana biraz benziyor
 Bana oldukça benziyor
 Bana çok benziyor

6. Çok verici (fedakar) olduğum söylenir.

- Bana hiç benzemiyor
 Bana biraz benziyor
 Bana oldukça benziyor
 Bana çok benziyor

7. Başkalarına yardım edebilmek uğruna kendi ihtiyaçlarımı feda ederim.

- Bana hiç benzemiyor
 Bana biraz benziyor
 Bana oldukça benziyor
 Bana çok benziyor

8. Başkasına kendimi nasıl hissettiğimi söyleme konusunda sıkıntı duyarım.

- Bana hiç benzemiyor
 Bana biraz benziyor
 Bana oldukça benziyor
 Bana çok benziyor

9. Başkalarına duygularımdan bahsetmeyi severim.

- Bana hiç benzemiyor
 Bana biraz benziyor
 Bana oldukça benziyor
 Bana çok benziyor

10. Ne kadar üzgün olursam olayım, bunu rahatlıkla başkalarına yansıtamam.

- Bana hiç benzemiyor
 Bana biraz benziyor
 Bana oldukça benziyor
 Bana çok benziyor

11. Stresten bunaldığım zamanlarda, tavsiye almak için arkadaşlarıma veya aileme giderim.

- Bana hiç benzemiyor
 Bana biraz benziyor
 Bana oldukça benziyor
 Bana çok benziyor

12. Hayatım boyunca, yoğun duygularımı ifade etmeme imkan verilmiştir.

- Bana hiç benzemiyor
 Bana biraz benziyor
 Bana oldukça benziyor
 Bana çok benziyor

Ek.3. Araştırma İçin Gerekli İzin Belgeleri

Ek.3.1. Etik Kurul Kararı

MALATYA KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU					
BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Turgut Özal Tıp Merkezi Onkoloji Servisine Başvuran Kanser Olgularında Kişilik Özelliklerinin İncelenmesi"			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	2013/65			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Gülşen GÜNEŞ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	MALATYA			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZI	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	<input type="checkbox"/>			
	Yüksek Doz Araştırması	<input type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Açıklama
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
DİĞER	<input type="checkbox"/>			

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:	Tarih: 15.05.2013
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.	

Sayfa 1

MALATYA KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

MALATYA KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI

Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu


BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:

Prof. Dr. Hamza KARABİBER

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hamza KARABİBER	Çocuk Sağlığı ve Hast.	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Metin GENÇ	Halk Sağlığı	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Saim YOLOĞLU	Biyoistatistik	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Türkan TOĞAL	Anesteziyoloji ve Rea.	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ahmet KARADAĞ	Çocuk Sağlığı ve Hast.	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Aladdin POLAT	Fizyoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. H.Birgül CUMURCU	Psikiyatri	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Yusuf YAKUPOĞULLARI	Tıbbi Mikrobiyoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet KARATAŞ	Tıp Tarihi ve Etik	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Neslihan ŞİMŞEK	Diş Hekimliği	İnönü Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Seda TAŞDEMİR	Tıbbi Farmakoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Üzm. Dr. Ömer Murat AYDIN	Nükleer Tıp Uzmanı	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Hasan KONAN	Sivil Üye	Zaloğlu Ltd. Şti.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

Ek.3.2. Hastane İzin Belgeleri

iii İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ  **TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ**

Başhekimliği

Sayı : 68636013/BH/170.99-5851 02 AGUSTOS 2013
...../...../2013

Konu : Bilgi

Sayın Kenan KENDİLCİ
Bitlis Eren Üniversitesi
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Hüsrevpaşa Mah.
BITLİS

İlgi: 24.04.2013 tarihli dilekçeniz

“Kanser Olgularında Kişilik Özelliklerinin İncelenmesi” konulu anket çalışmasını Hastanemizde yapma talebi ile ilgili Başhekimliğimize vermiş olduğunuz ilgi dilekçenize istinaden;
İlgili Anabilim Dalı Başkanlıklarının konu ile ilgili cevabi yazıları yazımız ekinde sunulmuştur.
Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Ali ÖZER
Başhekim a.
Başhekim Yrd.

EKLER:

- 1- Nöroloji Anabilim Dalı Başkanlığı yazısı (1 Sayfa)
- 2- Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı Başkanlığı yazısı (1 Sayfa)
- 3- Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Başkanlığı yazısı (1 Sayfa)
- 4- Medikal Onkoloji Bilim Dalı Başkanlığı yazısı (1 Sayfa)
- 5- Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı Başkanlığı yazısı (1 Sayfa)
- 6- Romatoloji Bilim Dalı Başkanlığı yazısı (1 Sayfa)
- 7- Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanlığı yazısı (1 Sayfa)
- 8- İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı yazısı (1 Sayfa)
- 9- Nefroloji Bilim Dalı Başkanlığı yazısı (1 Sayfa)
- 10- Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığı yazısı (1 Sayfa)
- 11- Nükleer Tıp Anabilim Dalı Başkanlığı yazısı (1 Sayfa)
- 12- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı yazısı (1 Sayfa)
- 13- Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı yazısı (1 Sayfa)
- 14- Endokrinoloji Bilim Dalı Başkanlığı yazısı (1 Sayfa)
- 15- Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı yazısı (1 Sayfa)
- 16- Gastroenteroloji Bilim Dalı Başkanlığı yazısı (1 Sayfa)
- 17- Hematoloji Bilim Dalı Başkanlığı yazısı (1 Sayfa)
- 18- Dermatoloji Anabilim Dalı Başkanlığı yazısı (1 Sayfa)
- 19- Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı yazısı (1 Sayfa)

İnönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi MALATYA - Tel : 0 422 341 06 60 70 Fax : 0 422 341 07 28 - totm.inonu.edu.tr



T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü
Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : 81115003/059

22/07/2013

Konu: Anket Çalışması (İzin Talebi)

TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE

İLGİ: 26.04.2013 tarih ve 3345 numaralı yazınız.
Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Kenan KENDİLCİ'nin hastanemiz Radyasyon Onkolojisi Servisine başvuran hastaların kanser olgularında kişilik özelliklerinin incelenmesi konulu anket çalışması tarafımızca uygun görülmüştür.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Yrd.Doç.Dr. Şimay GÜROCAK
Radyasyon Onkolojisi
Anabilim Dalı Başkanı

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ		HAVALE
TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİ		
GELİ		
SAYI	TARİHİ	
13099/6931	22/07/13	



T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü
İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Başkanlığı

Sayı : 46815138/10

06 / 05 / 2013

Konu: Anket Çalışması (İzin Talebi)

TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi: 26 Nisan 2013 tarihli ve 3345 sayılı yazınıza istinaden;

Anket çalışması yapan yüksek lisans öğrencisi Kenan Kendilci ile anket konusu ile yapılacak olan görüşme sonrasında karar verilecektir.
Gereğini bilgilerinize arz ederim

Doç. Dr. Emin Tamer ELKIRAN
Medikal Onkoloji Bilim Dalı Başkanı

İmza	
TURGUT	
120.99/4589/10.05.2013	



T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü
Romatoloji Bilim Dalı Başkanlığı

Sayı : 74637242/12

29.04.2013

Konu: Anket çalışması(İzin talebi)

TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İLGİ: 26.04.2013 tarih ve 170.99-3345 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza istinaden; Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Dalı yüksek lisans öğrencisi Kenan KENDİLCİ'nin anket çalışması yapabilmesi Romatoloji Anabilim Dalı Başkanlığımız tarafından uygun görülmüştür.

Gereği bilgilerinize arz olunur.

Doç. Dr. Metin ÖZGEN
Romatoloji Bilim Dalı

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ	HAVALE
TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİ	
GELEN EVRAK	
SAHI	TARİH
17099/4104	29.04.13



T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü
İç Hastalıkları AnaBilim Dalı Başkanlığı

Sayı : 70696854 / 103
Konu: Anket Çalışması İzin Talebi

29.04.2013

TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE

İlgi: 26.04.2013 tarih ve 170.99-3345 sayılı yazınız

İlgi yazınıza istinaden; Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Dalı yüksek lisans öğrencisi Kenan KENDİLCİ'nin anket çalışması yapabilmesi İç Hastalıkları AnaBilim Dalı Başkanlığımız tarafından uygun görülmüştür.

Prof.Dr. Hülya TAŞKAPAN
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı

170.99/4151 29.04.2013



T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü
Nefroloji Bilim Dalı Başkanlığı

Sayı : 92909796 /34
Konu: Anket Çalışması İzin Talebi

29.04.2013

TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi:26.04.2013 tarih ve 170.99-3345 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza istinaden; Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Dalı yüksek lisans öğrencisi Kenan KENDİLCİ'nin anket çalışması yapabilmesi Nefroloji Bilim Dalı Başkanlığımız tarafından uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Hülya TAŞKAPAN
Nefroloji Bilim Dalı Başkanı

17099/415229-04.2013



T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : 59627050/23
Konu: Anket Çalışması (İzin Talebi)

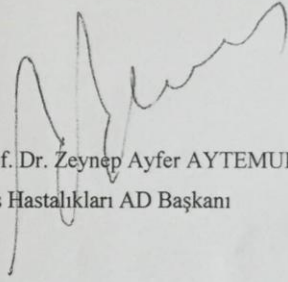
02/05/2013

TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi: 26 Nisan 2013 tarih ve 3345 sayılı yazı.

Üniversite Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğrencisi Kenan KENDİLCİ' nin hastanemiz Onkoloji Servisine başvuran hastaların kanser olgularında kişilik özelliklerinin incelenmesi konulu anket çalışmasının bölümümüz açısından yapılması uygundur.

Bilgilerinize arz/rica ederim.


Prof. Dr. Zeynep Ayfer AYTEMUR
Göğüs Hastalıkları AD Başkanı

TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİ		HAVALE
SAYI	TARİH	
17099/12750305213		



T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü
İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Gastroenteroloji Bilim Dalı Başkanlığı

Sayı : 44767916/17
Konu: Anket Çalışması (İzin Talebi)

07.05.2013

Turgut Özal Tıp Merkezi Başhekimliğine

İlgi: 26.04.2013 tarih ve 3345 sayılı yazı.

İlgide kayıtlı incelenmiş olup; yazı ekinde gönderilmiş olan anket uygulaması için istenilen izin talebi uygun Bilim Dalımız Başkanlığımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Murat ALADAĞ
Gastroenteroloji Bilim Dalı Başkanı

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ		HAVALE
TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİ		
GELEN EVRAK		
SAYI	TARİH	
12099/4425	07.05.2013	

