

AŞKIN SELVİ

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2019





T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS TEZİ

YAKININDA MEME KANSERİ OLAN KADINLARIN ÖĞRENİM
GEREKİSİNİMLERİ İLE KADERCİLİK EĞİLİMİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

AŞKIN SELVİ

DANIŞMAN
PROF. DR. HÜLYA KAYA

HEMŞİRELİKTE EĞİTİM ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİKTE EĞİTİM TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

İSTANBUL-2019

TEZ ONAYI

Bu çalışma 20.03.2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı, Hemşirelikte Eğitim Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Prof. Dr. Hülya KAYA
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Sevim ULUPINAR
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Nuray ŞAHİN ORAK
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Aşkın Selvi



İTHAF

Bu çalışmayı her zaman yanımda olan değerli aileme ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve tecrübeleri ile çalışmamı yönlendiren, araştırmaya büyük katkı sağlayan, kişiliği ve akademik yönü ile bana örnek olan, birlikte çalıştığımız süreçte anlayış ve desteğini esirgemeyen, öğrencisi olmaktan onur duyduğum değerli danışmanım Prof. Dr. Hülya Kaya'ya,

Tez konumuyla ilgili fikirlerini sunan Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Sevim Ulupınar ve Dr. Öğretim Üyesi Emine Şenyuva'ya,

Tezimin tüm aşamalarında bana destek veren, sürekli cesaretlendiren, her zaman yanımda olduğunu hissettiren değerli dostum ve meslektaşım Şükran Tungut'a,

Tez çalışmamı yürüttüğüm hastanelerin onkoloji birimlerinde çalışan, bilgi ve deneyimlerini paylaşan, çalışmama destek veren tüm hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarına,

Tez çalışmama katılmayı kabul edip katkıda bulunan tüm hasta yakınlarına,

Çalışmam boyunca her daim yanımda olan, yardımlarını esirgemeyen, eğitimimi sürekli destekleyen, varlıklarıyla bana güç veren sevgili annem, babam, kardeşim Aslı Selvi'ye ve kuzenim Kübra Selvi'ye sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN	İİİ
İTHAF	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	İX
ŞEKİLLER LİSTESİ	X
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	Xİ
ÖZET	Xİİ
ABSTRACT	Xİİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Meme Kanseri.....	3
2.1.1. Epidemiyolojisi.....	3
2.1.2. Risk Faktörleri.....	4
2.1.3. Belirti ve Bulguları.....	8
2.1.4. Meme Kanserinde Korunma	9
2.1.4.1. Primer (Birincil) korunma.....	9
2.1.4.2. Sekonder (İkincil) korunma.....	11
2.1.4.2.1. Risk değerlendirme	11
2.1.4.2.2. Meme kanseri tarama yöntemleri.....	12
2.1.4.3. Tersiyer (Üçüncül) korunma.....	14
2.2. Hastalık ile Kadercilik	14
2.2.1. Kader ve kadercilik kavramları.....	14
2.2.2. Sağlık, hastalık ve kadercilik arasındaki ilişki.....	16
2.3. Meme Kanserinde Hemşirenin Rolü.....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
3.1. Araştırmanın Amacı.....	21
3.2. Araştırmanın Tipi ve Değişkenleri.....	21
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	22

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	22
3.5. Veri Toplama Araçları.....	22
3.5.1. Bilgi Formu.....	23
3.5.2. Bilgi ve destek gereksinimleri ölçeği (BGDÖ).....	23
3.5.3. Kadercilik eğilimi ölçeği (KEÖ).....	24
3.6. Verilerin Toplanması.....	25
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	25
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	26
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	26
3.10. Araştırmanın Güçlükleri.....	26
4. BULGULAR.....	27
4.1. Hasta Yakınlarının Sosyo-demografik ve Meme Kanserine İlişkin Özellikleri.....	28
4.2. Hasta Yakınlarının Bilgi-destek Gereksinimlerine Verdikleri Öneme ve Bilgi-destek Gereksinimlerinin Karşılanmasına Yönelik Bulgular.....	30
4.3. Hasta Yakınlarının Kadercilik Eğilimine Yönelik Bulgular.....	33
4.4. Hasta Yakınlarının Bilgi-Destek Gereksinimleri ile Kadercilik Eğiliminin Sosyo-demografik ve Meme Kanserine İlişkin Özelliklerine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular.....	34
4.5. Hasta Yakınlarının Bilgi ve Destek Gereksinimleri ile Kadercilik Eğilimi Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular.....	44
5. TARTIŞMA.....	46
5.1. Hasta Yakınlarının Sosyo-demografik ve Meme Kanserine İlişkin Özellikleri.....	46
5.2. Hasta Yakınlarının Bilgi ve Destek Gereksinimleri.....	47
5.3. Hasta Yakınlarının Kadercilik Eğilimi.....	49
5.4. Hasta Yakınlarının Bilgi-destek Gereksinimlerinin ve Kadercilik Eğiliminin Sosyo-demografik Özelliklerine göre Karşılaştırılması.....	50
5.5. Hasta Yakınlarının Bilgi ve Destek Gereksinimleri ile Kadercilik Eğilimi Arasındaki İlişki.....	56
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	57
KAYNAKLAR.....	60
FORMLAR.....	70
EK-1: BİLGİ FORMU.....	70
EK-2: BİLGİ ve DESTEK GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ.....	72

EK-3: KADERCİLİK EĞİLİMİ ÖLÇEĞİ.....	74
EK-4: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU.....	75
EK-5: BİLGİ ve DESTEK GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEK İZİNİ.....	76
EK-6: KADERCİLİK EĞİLİMİ ÖLÇEK İZİNİ.....	77
EK-7: KURUM İZİNLERİ.....	78
EK-8: ETİK KURUL KARARI.....	84
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	86
ÖZGEÇMİŞ.....	87



TABLULAR LİSTESİ

Tablo 4-1-1: Hasta yakınlarının sosyo-demografik özellikleri (N=400).....	28
Tablo 4-1-2: Hasta yakınlarının meme kanserine ilişkin özellikleri (N=400).....	29
Tablo 4-2-1: Hasta yakınlarının bilgi-destek gereksinimlerine verdikleri önemin ve karşılanma düzeyinin madde ortalaması ve standart sapması (N=400).....	31
Tablo 4-3-1: Hasta yakınlarının kadercilik eğilimi ölçeği ve alt boyutların puan ortalaması ve standart sapması (N=400).....	33
Tablo 4-4-1: Hasta yakınlarının bilgi-destek gereksinimleri ölçeği puan ortalamalarının sosyo-demografik ve meme kanseri özelliklerine göre karşılaştırılması (N=400).....	35
Tablo 4-4-2: Kadercilik eğilimi ölçeği puan ortalamalarının sosyo-demografik ve meme kanserine ilişkin özelliklere göre karşılaştırılması (N=400).....	40
Tablo 4-5-1: Bilgi ve destek gereksinimi ile kadercilik eğilimi arasındaki ilişki (N=400).....	45

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: KKMM uygulama şekilleri12



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	:Amerika Birleşik Devletleri
BDGÖ	:Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği
BRCA1	:Breast Cancer Susceptibility Gene 1 (Meme Kanseri Duyarlılığı Geni 1)
BRCA2	:Breast Cancer Susceptibility Gene 2 (Meme Kanseri Duyarlılığı Geni 2)
DNA	:Deoxyribonucleic Acid (Deoksiribonükleik Asit)
EAH	:Eğitim ve Araştırma Hastanesi
FDA	:Food and Drug Administration (Gıda ve İlaç İdaresi)
KEÖ	:Kadercilik Eğilimi Ölçeği
KKMM	:Kendi Kendine Meme Muayenesi
KMM	:Klinik Meme Muayenesi
MEME USG	:Meme Ultrasonografisi
MRG	:Manyetik Rezonans Görüntüleme
TÜİK	:Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	:The World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

ÖZET

Selvi, A. (2019). Yakınında Meme Kanseri Olan Kadınların Öğrenim Gereksinimleri ile Kadercilik Eğilimi Arasındaki İlişki. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelikte Eğitim ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Araştırma, yakınında meme kanseri olan kadınların meme kanserine yönelik öğrenim gereksinimleri ile kadercilik eğilimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini Onkoloji Enstitüsü, eğitim ve araştırma hastanelerinin onkoloji biriminde tedavi edilen hastaların birinci derece yakınları oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini 400 kişi oluşturmuş ve araştırma kriterlerini karşılayan kişilerden gelişigüzel örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Araştırmanın verileri ‘‘Bilgi Formu’’, ‘‘Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği (BDGÖ)’’ ve ‘‘Kadercilik Eğilimi Ölçeği (KEÖ)’’ ile toplanmıştır. Elde edilen veriler IBM SPSS Statistics 21 programı ile analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde iç tutarlık katsayısı (Cronbachs Alpha), betimleyici analizler (sayı, yüzde, en düşük-en yüksek değerler, ortalama ve standart sapma), bağımsız gruplarda t testi ve tek yönlü varyans analizi, Kruskal Wallis için Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U, Pearson Moment Product kullanılmıştır. Veriler $p<,05$ istatistiksel anlamlılık düzeyinde ve %95 güven aralığında değerlendirilmiştir. Katılımcıların bilgi-destek gereksinimlerinin önemine ilişkin verdikleri yanıtların madde puan ortalamaları $3,89\pm 0,38$ ile $3,05\pm 1,10$ arasında değişmekteyken, gereksinimlerinin karşılanma düzeylerinde $2,42\pm 1,38$ ile $1,03\pm 0,25$ arasında değişmektedir. Gereksinimin önemine ilişkin puan ortalamaları, karşılanma düzeyine ilişkin puan ortalamalarından yüksektir. Bilgi-destek gereksinimleri ve kadercilik eğilimi yaş, eğitim düzeyi, eğitim alma durumu, kendi kendine meme muayenesi yapma ve mamografi çektirmeye göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<,05$). Bilgi-destek gereksinimlerinin önemine ilişkin puan ortalamaları ile kadercilik eğilimi ölçeğinden elde edilen puan ortalaması arasında çok ileri derecede, negatif yönlü, zayıf güçte anlamlı ilişki ($r=-343$; $p<,001$) ve gereksinimlerin karşılanma düzeyi ile çok ileri derecede, negatif yönlü, orta güçte anlamlı ilişki ($r=-589$; $p<,001$) bulunmuştur. Sonuç olarak, yakınında meme kanseri bulunan kadınların bilgi-destek gereksinimlerine verdikleri önem ve karşılanma düzeyi ile kadercilik eğilimi arasında negatif yönlü bir ilişki vardır. Kansere yönelik eğitim programları hazırlanırken kansere ilişkin öğrenim gereksinimleri ve kadercilik eğilimi dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Meme Kanseri, Hemşirenin Rolü, Kadercilik Eğilimi, Öğrenim Gereksinimleri, Bilgi Gereksinimleri

ABSTRACT

Selvi, A. (2019). The Relationship Between Learning Needs and Fatalism Tendency in Women Who Have Breast Cancer in Their Relatives. Istanbul University-Cerrahpasa Institute of Graduate Studies, Department of Nursing Education. Master's Thesis. Istanbul.

This descriptive and correlational research has been done for investigating the relationship between learning needs and fatalism tendency in women who have breast cancer in their relatives. The population was first degree relatives of patients who were treated in oncology units of Oncology Institute, research and training hospitals. The sampling consisted of 400 people and they choosed by random sampling from people who was suitable for the research. The data of this research was collected by "Sociodemographic Form", "Information and Support Needs Questionnaire (ISNQ)" and "Fatalism Tendency Scale." The data was analyzed by IBM SPSS Statistics 21. The data was evaluated by internal consistency coefficient (Cronbachs Alpha), descriptive analysis (number, percent, minimum and maximum values, mean and standart deviation), t test and one way analysis of variance in independent groups, Mann Whitney U with Bonferroni correction for Kruskal Wallis and Pearson Moment Product. The data was assessed with $p < ,05$ statistically significant and %95 confidence interval. The mean of item score is between $3,89 \pm 0,38$ and $3,05 \pm 1,10$ for information-support importance in participants and the mean of item score is between $2,42 \pm 1,38$ and $1,03 \pm 0,25$ for getting support. The mean of information-support is higher than the mean of getting support. Needs for information-support and fatalism tendency is statistically significant than age, education, getting education, self breast examination and screening mammography ($p < ,05$). There is a high, negative and weak significant relationship between the mean of needs for information-support and the mean of fatalism tendency scale ($r = -343$; $p < ,001$) and high, negative and average significant relationship with fulfilling their needs. As a result, there is a negative relationship between importance to information-support needs, fulfilling their needs and fatalism tendency in women who have breast cancer in their relatives. Learning needs about cancer and fatalism tendency must be taken into attention in cancer education programs.

Key Words: Breast Cancer, Nurse's Role, Fatalism Tendency, Learning Needs, Information Needs

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türü olup, her yıl 2,1 milyon kadını etkilemekte ve kadınlar arasında kansere bağlı ölümler arasında ilk sırada yer almaktadır (WHO, 2018). Türkiye’de ise her dört kadından birinde meme kanseri görülmekte ve ölüm sebepleri arasında en yüksek oranı oluşturmaktadır (Türkiye Kanser İstatistikleri, 2015).

Tarama ile erken evrede tanılama sağlanarak meme kanseri mortalite ve morbidite hızları büyük oranda düşürülmektedir (Açıkgöz ve ark. 2011;2015; DeSantis ve ark. 2015; Koçak ve ark. 2011). Kanserli erken evrede yakalamada kanser belirtileri ile ilgili bilgi sahibi olmak ve bunu davranışa dönüştürerek belirtileri gözlemleyebilmek oldukça önemlidir (Aydoğdu ve Karapelit 2017; Açıkgöz, 2010). İlgili çalışmalarda, kadınların kanser konusuna ilgi duymalarına karşın kanserle ilgili bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu, istenilen düzeyde ve sıklıkta meme kanseri tarama programlarına katılmadığı görülmüştür (Açıkgöz ve ark. 2015; Şahin ve Özdemir 2015; Yıldırım ve Özaydın 2014, Özen ve ark. 2013; Alpteker ve ark. 2011; Açıkgöz, 2010). Bu durumu etkileyen birçok faktör vardır. Bu faktörlerden biri bireylerin kadercilik eğilimidir (Altıntaş ve ark. 2016; Padela ve ark. 2015; Ramirez, 2014; Azaiza ve ark. 2010; Baron-Epel ve ark. 2009).

Kadercilik kavramı; önceden hareket etme veya çaba harcama ile kaderin önüne geçilemeyeceği, kişinin seçim yapma şansının olmadığı, kendi yaşamında kontrol sağlayamayacağı, eylemlerin tamamen kader tarafından belirlendiği ve kaçınılmaz bir şekilde yaşanılacağı kabul edilerek buna uygun hareket edilmesi olarak tanımlanmaktadır (Kaya ve Bozkur 2015; Macit, 2014; Sobol-Kwapinska, 2013; Monteros ve Gallo 2011; Rougier, 2011). Sağlık açısından ele alındığında kadercilik tutumunun, koruyucu sağlık uygulamalarını ve buna bağlı hastalık sonuçlarını genellikle olumsuz yönde etkilediği görülmektedir. Hastalıkların inanılan üstün bir güç tarafından verildiği, tedbir alınsa bile engel olamayacağı ve istenirse de bir şey yapılamayacağı gibi kadercilik inanışlar kanserin önüne geçme ve erken teşhis müdahalelerine engel oluşturmaktadır (Monteros ve Gallo 2011; Baron-Epel ve ark. 2009). Bazı araştırmalarda yüksek oranda kadercilik eğiliminin hastalıkla ilişkili önlem almak gibi erken tanı davranışlarını önemli ölçüde

azalttığı, hastalıklara yönelik risk alma davranışlarında bulunma durumunu artırdığı belirlenmiştir (Ramirez, 2014; Savage ve ark. 2013; Hall ve ark. 2008; Schmidt, 2007).

Literatürde gerek ülkemizde gerekse dünyada kadercilik eğiliminin meme kanseri tutumuna etkisini inceleyen çalışmalara rastlanmıştır. Ancak, yakınında meme kanseri olup kanser açısından riskli grupta bulunan bireylerin öğrenim gereksinimleri ile kadercilik eğilimleri arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmaya rastlanmamıştır. Araştırmada, yakınında meme kanseri olan riskli gruba giren kadınların meme kanserine yönelik öğrenim gereksinimleri ile kadercilik eğilimi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Meme Kanseri

Kanser, genlerde mutasyona bağlı oluşan bozukluklar sonucu DNA (deoxyribonucleic acid) onarım mekanizmasının onaramadığı DNA hasarı ile ortaya çıkan bir hastalıktır. Hücrelerin büyüme ve bölünme gibi yaşamı devam ettiren denetleyici mekanizmaların devre dışı kalması ile karsinogenezis adı verilen bir yapılanma oluşmaktadır. Kontrolsüz çoğalan hücreler kanser sürecinde çevre veya uzak doku ve organlara yayılım göstermektedir. Çoğu kanser hücresi türü itibariyle tümör adı verilen bir kitle oluşturmakta ve tümörün meydana geldiği vücudun ilgili kısmından adlandırılmaktadır (Paşalak ve Seven 2017). Bunlardan biri de memedeki hücrelerden gelişen malign bir tümör olan meme kanseridir. Meme kanseri, hücrelerin büyümesini düzenleyen ve sağlıklı tutan genlerdeki mutasyonların veya anormal değişikliklerin bir sonucu olarak meme hücrelerinin kontrolsüz şekilde büyümesi ile ortaya çıkmaktadır (Harri, 2014). Dünya çapında kadınlar arasında en öldürücü maligniteler arasında yer alan meme kanserlerinin çoğu süt üretimi için bezlerden oluşan meme dokusu lobüllerinde ya da lobülleri meme başlığına bağlayan kanallarda başlamaktadır (ACS, 2017). Günümüzde meme kanserinin tek bir hastalık olmadığı, ancak tümör hücrelerinden moleküler ve genetik bilgi ile belirlenen farklı alt tip ile karakterize olduğu belirlenmiştir (Anderson ve ark. 2014). Son yıllarda meme kanseri insidansı gittikçe artmaktadır (Leysen ve ark. 2017). Dünya genelinde insidans oranlarındaki değişimin daha çok erken teşhis ile ilişkili olduğu düşünülmekte ve erken teşhisin önemi vurgulanmaktadır (Anderson ve ark. 2014).

2.1.1. Epidemiyolojisi

Kanserin dünyada ölümlerin önde gelen ikinci nedeni olduğu, dünyada yaklaşık altı ölümden birinin kanser kaynaklı olduğu bildirilmiştir ve 2018 yılı sonunda yaklaşık 9,6 milyon kişinin ölümüne sebep olacağı tahmin edilmektedir (WHO, 2018). Kanser, 2014 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) tüm ölümlerin %23'ünü oluşturarak ikinci sırada yer almıştır. Bununla birlikte 22 eyalette, Latin Amerika ve Asyalı Amerikalılarda ölüm sebeplerinin öncelikli nedenleri arasında yer almaktadır. 2018 yılının sonunda ABD'de 1.735.350 yeni kanser vakası ve 609.640 kanser

ölümünün meydana geleceği tahmin edilmektedir (Siegel ve ark. 2018). Kanserden ölümlerin yaklaşık %70'i düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmektedir (WHO, 2018). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2017 yılında ikinci sırada yer alan malign ve benign tümörler tüm ölümlerin %19,6'sını oluşturmaktadır (TÜİK, 2018).

Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türü olup kadınlarda tanı konulan tüm kanserlerin dörtte birini oluşturmakta ve kadınlarda kansere bağlı ölümlerin başlıca sebebi olarak görülmektedir (De santis ve ark. 2015). Dünyada kanser ölümlerinin en yaygın nedenlerinden olan meme kanseri her yıl 2,1 milyon kadını etkilemektedir. 2018'de yaklaşık 627.000 kadının ölümü ile sonuçlanacağı tahmin edilmektedir (WHO, 2018). Meme kanseri vakalarının %52'si ve buna ilişkin ölümlerin %62'si ekonomik olarak gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir (De santis ve ark. 2015). ABD'de kanserden ölümün öncelikli nedenleri arasında sıklıkla 40 yaşından önce görülen kadın meme kanseri gelmekte ve 2018 yılı sonunda kadın meme kanseri vaka sayısının 266,120 olacağı tahmin edilmektedir (Siegel ve ark. 2018). Türkiye'de her dört kadından birinde meme kanserine rastlanmaktadır. 2015 yılında Türkiye'de kadınlarda tüm kanserler arasındaki yüzdelik dağılımı %24,7 ile en sık görülen ve ölüm sebepleri arasında en yüksek oranı oluşturan kanser türü meme kanseridir (Türkiye Kanser İstatistikleri, 2015).

2.1.2. Risk Faktörleri

Meme kanserinin ortaya çıkış nedeninin kesin olarak bilinmemesi ile birlikte yapılan çalışmalar sonucunda bazı özelliklerin meme kanseri görülme riskini artırdığı belirtilmektedir (Leah ve ark. 2018). Meme kanseri risk faktörlerinin önde gelenleri arasında cinsiyet, yaş, birinci derece yakınında meme kanseri olma, genetik faktörler, daha önceden meme kanseri olma, meme dokusunun yoğunluğu, hormonal faktörler, kemik mineral yoğunluğu, oral kontraseptifler, postmenopozal hormonlar, diyet, fiziksel aktivite, sigara, alkol ve gece çalışma yer almaktadır (Leah ve ark. 2018; ACS 2017; Angahar, 2017; Koçak ve ark. 2011).

Cinsiyet: Sadece kadın olmak meme kanseri için ana risk faktörüdür. Meme kanseri kadınlarda erkeklere göre yaklaşık 100 kat daha fazla görülmektedir (Leah ve ark. 2018; Angahar, 2017; Kaminska ve ark. 2015; Koçak ve ark. 2011).

Yaş: Yaşlandıkça meme kanseri riski artmaktadır. 45 yaş altında meme kanseri görülme riski daha az iken, 55 yaş ve üstü kadınlarda daha fazladır (Leah ve ark. 2018; Angahar, 2017; Kaminska ve ark. 2015; Shah ve ark. 2014).

Birinci derece yakınında meme kanseri olma: Özellikle birinci derece akrabasında (anne, baba, çocuk veya kardeş) meme kanseri öyküsü olan kadınlar ve erkekler risk altındadır. Birinci derece akrabasında meme kanseri olan kadının meme kanseri riski, ailesinde meme kanseri öyküsü olmayan kadınlara oranla ortalama 2 kat daha yüksektir. Birden fazla birinci derece yakınında meme kanseri olan kadınlar için ise bu risk 3-4 katına çıkmaktadır. Ayrıca over kanseri de risk faktörleri arasında geçmektedir (Leah ve ark. 2018; Angahar, 2017; ACS 2017 pp. 12; Kaminska ve ark. 2015; Shah ve ark. 2014; Koçak ve ark. 2011).

Genetik faktörler: BRCA1 (Breast Cancer Gene 1) ve BRCA2 (Breast Cancer Gene 2)'deki kalıtsal mutasyonlar, tüm kadın meme kanserlerinin %5-%10' unu ve tüm kalıtsal meme kanserlerinin %15-%20'sini oluşturmaktadır. Normal hücrelerde, bu genler hasarlı DNA'yı tamir eden proteinleri üretmeye yardımcı olmaktadır. Bu genlerin mutasyona uğramış olanları, kansere yol açan anormal hücre büyümesine neden olmaktadır (ACS 2017 pp. 12). Diğer gen mutasyonları da kalıtsal meme kanserine yol açabilmektedir. Ancak bu gen mutasyonları daha az yaygındır. Bunlar ATM, TP53, CHEK 2, PTEN, CDHI, PALB2, RAD51C ve BRIP1 genleridir (Costa ve Saldanha 2017; Shah ve ark. 2014; Shulman, 2013).

Daha önceden meme kanseri olma: Bir memesinde kanser olan bir kadının, diğer memesinde veya aynı memenin başka bir bölümünde yeni bir kanser gelişme riski daha önceden meme kanseri olmayan kadınlara göre daha yüksektir. Bu risk genel olarak düşük olmakla birlikte, meme kanseri olan genç kadınlar için daha yüksektir. Bunun yanı sıra benign meme hastalıkları geçirme durumu da risk oluşturmaktadır (Angahar, 2017).

Meme Dokusunun Yoğunluğu: Meme yağlı doku, lifli doku ve glandüler dokudan oluşan bir yapıdadır. Bu dokulardan birinin daha fazla glandüler ve fibröz dokuya ve daha az yağlı dokuya sahip olması yoğun memeli olduğu anlamına gelmektedir. Mamografi ile incelendiğinde yoğun memeleri olan kadınların meme kanseri riski, ortalama meme yoğunluğu olan kadınların yaklaşık 1,5-2 katıdır. Ayrıca yoğun meme dokusu, mamogramlarda kanserleri görmeyi zorlaştırabilmektedir. Yaş,

menopoz durumu, bazı ilaçların (menopozal hormon tedavisi dahil) kullanımı, hamilelik ve genetik gibi bazı faktörler meme yoğunluğunu etkilemektedir (Leah ve ark. 2018; ACS 2017 pp. 14; Koçak ve ark. 2011).

Hormonal Faktörler: Bir kadının yaşamı boyunca geçirdiği adet döngüsü ne kadar fazla ise, meme kanseri riski de o kadar fazladır. Meme kanseri riski östrojen ve progesterona maruziyet ile ilişkili olduğu için hormonal öykünün bir risk faktörü olduğu görülmüştür. Erken menarş (meme kanseri riski, 13 yaşından önce menstruasyona başlayan kızlarda yaklaşık %20 daha yüksektir), hiç çocuğu olmamak veya 30 yaşından sonra çocuk sahibi olmak, 55 yaşından sonra menopoza girmek kadınlarda daha fazla adet döngüsünün görülmesi, diğer bir deyişle daha fazla hormon maruziyeti anlamına gelmektedir. Yani, üreme hormonlarına uzun süre maruz kalma riski artırmaktadır (Leah ve ark. 2018; Kolak ve ark. 2017; Angahar, 2017; Shah ve ark. 2014). Dolaşımda yüksek düzeyde östrojen ve androjenlerin olması premenopozal kadınlarda meme kanseri riskini artırmaktadır. Ayrıca 35 yaşından önce ve daha fazla çocuğa sahip olmak meme kanseri riskini azaltmaktadır. Çoğu çalışma, bir yıl veya daha uzun bir süre emzirmenin bir kadının genel olarak meme kanseri riskini azaltma ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu etki, emzirmenin menstrüasyonu engellemesi ve böylece adet döngüsü sayısının azalması ya da emzirmenin ve süttten kesilmenin ardından memede meydana gelen yapısal değişikliklerle ilişkilendirilmektedir (Kolak ve ark. 2017). Ayrıca yüksek endojen seks hormon düzeyleri hem premenopozal hem de postmenopozal kadınlarda meme kanseri riskini artırmaktadır. Postmenopozal kadınlarda dolaşımdaki yüksek düzeyde testosteron seviyesi, meme kanseri gelişme riskinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir (Shah ve ark. 2014).

Kemik mineral yoğunluğu: Postmenopozal kadınlarda yüksek kemik mineral yoğunluğu, düşük kemik yoğunluğuna kıyasla meme kanseri için %60-%80 oranında artan bir risk ile ilişkilendirilmiştir. Kemik yoğunluğunun meme kanseri için bağımsız bir risk faktörü olmaması ile birlikte, östrojen hormonu ile ilişkilendirildiğinde bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (Kolak ve ark. 2017).

Oral kontraseptifler: Çalışmalar, özellikle 20 yaşından önce veya ilk gebeliğin öncesinde kullanmaya başlayan kadınlar arasında oral kontraseptif kullanımının (kombine östrojen ve progesteron) meme kanseri riskinde küçük bir artışla ilişkili

olduğunu düşündürmektedir. Kadınlar oral kontraseptifleri kullanmayı bıraktığında risk azalmaktadır (Leah ve ark. 2018; ACS 2017 pp. 15).

Postmenopozal hormonlar: Kombine östrojen ve progesteron ile birlikte menopozal hormonlar (hormon replasman tedavisi), uzun süreli kullanım ile ilişkili olarak meme kanseri riskini artırmaktadır. Hormon kullanımının kesilmesi meme kanseri riskini azaltsa da, bazı risk artışları devam etmektedir (Kolak ve ark. 2017; Kaminska ve ark. 2015; Koçak ve ark. 2011).

Diyet, fiziksel aktivite, sigara ve alkol: Postmenopozal dönemde meme kanseri riski, daha yüksek östrojen seviyesine bağlı olarak kilolu kadınlarda yaklaşık 1,5 kat ve obez kadınlarda, yağsız kadınlara göre yaklaşık 2 kat daha fazladır. Çünkü yağ dokusu, postmenopozal kadınlarda en büyük östrojen kaynağıdır (Angahar, 2017). Yani kilo artışı postmenopozal meme kanseri riskini artırmaktadır (Leah ve ark. 2018). Orta derecede fiziksel aktivite veya egzersiz, meme kanseri riskini azaltmaktadır. Çalışmalar, hiç egzersiz yapılmaksızın, haftada birkaç saat süren yoğun aktivitenin risk seviyesinde %30'luk bir azalma yaptığını göstermiştir (Angahar, 2017). Çalışmalar fiziksel aktivitenin insülin seviyelerinde ve enflamatuar reaksiyonda azalmaya neden olduğunu ve hücrel bağışıklıkta meme kanseri riskini azaltacak şekilde bir iyileşme gerçekleştirdiğini göstermiştir (Costa ve Saldanha 2017). Kyu ve ark. (2016)'nın yayınlamış olduğu çalışma belirli düzeydeki fiziksel aktivitenin meme kanseri riskini azalttığını bildirmiştir. Yüksek miktarda yağ, kafein ve kırmızı et içeren diyet, meme kanseri için pozitif bir risk faktörüdür. Meyve ve sebze tüketimi meme kanseri gelişme riskini azaltmaktadır. Yüksek miktarda kalsiyum ve D vitamini de meme kanseri risklerini azaltmak için etkili olmaktadır. Alkol ağız, boğaz, faringeal, laringeal, yemek borusu kanseri, karaciğer ve bağırsak kanseri (erkeklerde) dahil olmak üzere meme kanseri riskini artırmaktadır. Sigara dumanında 80'den fazla farklı kanserojen madde bulunmaktadır. Sigara içmek bu nedenle meme, akciğerler ve diğer kanser türleri için önemli bir risk faktörüdür (Angahar, 2017; Koçak ve ark. 2011). Sigara kanser ölümlerinin %22'sinden sorumludur (WHO, 2018).

Gece çalışma: Gece vardiyasında çalışan bireylerin, hemşirelerin sirkadiyen ritim bozulmasına maruz kalması sonucunda meme kanseri riski artmaktadır. Geceleri ışığa maruz kalmak melatonin üretimini bozarak küçük ve yerleşik tümörlerin büyümesini ve yeni tümörlerin gelişmesini hızlandırmaktadır (ACS 2017 pp. 18).

2.1.3. Belirti ve Bulguları

Yaş, beslenme durumu, gebelik, genetik yapı, menstruasyon döngüsü gibi birçok faktöre bağlı değişiklik göstermesi ile birlikte memenin bazı fiziksel bulguları meme kanserini fark etmede etkili olmaktadır. Genelde simetrik meme görüntüsüne sahip yetişkin bir kadının daha sonrasında memede meydana gelen asimetrik bozukluk gibi büyüklük ve şekil değişimleri göz ardı edilmemelidir (Andıç, 2011). Çoğunlukla küçük boyutlu ve tedavi edilebilir durumda olan tümör semptom vermemektedir (ACS, 2017; Kaya, 2014). Meme kanserinde sık görülen önemli belirti ve bulgular aşağıda belirtilmiştir (ACS, 2017; Kaya, 2014; Andıç, 2011):

- Çoğunlukla sert ve hareketsiz olan kitle, çevresindeki doku ile hareket eden, genellikle ağrısız, sürekli kendini gösteren, kaybolmayan bir yapıdadır. Kitlenin büyüklüğü kanserin evresine ve memenin büyüklüğüne göre değişiklik göstermektedir.
- Sık oranda rastlanmayan meme başı akıntısı, kanlı, seröz veya seröz-kanlı yapıda ve tek taraflı olarak ortaya çıkabilmektedir.
- Areola ve meme başında erozyon, kabuklanma ve ülserasyon olabilmektedir.
- Genellikle hastaların çoğunda kanserin ilk döneminde ağrıya rastlanmamaktadır. Ağrı, daha çok son dönem belirtisi olarak ortaya çıkmaktadır.
- Memedeki santral kadranda bulunan tümörün meme başını içeri çekmesi ile meme başı retraksiyonu oluşmaktadır. Kadınların bazılarında retraksiyon, memelerin gelişimi ile birlikte yapısal olarak oluşmaktadır.
- Tümör lenf nodlarına metastaz yaptığında lenf nodları büyüyerek tıkanmakta ve o kısımda sertleşme gözlenmektedir.
- Memede büyüyen tümör meme derisini infiltre etmekte ve derinin beslenmesi bozulmaktadır. Bundan dolayı derinin kızarması ile eritem ve kolay kanayan ülserasyonlar meydana gelmektedir.
- Tümör hücrelerinin memedeki lenflere gelerek lenf akımının yavaşlamasına yol açması ile deride ödem oluşmakta, deri ve deri altı dokusunun beslenmesi engellenmektedir. Bu durum derinin kalınlaşmasına ve kıl foliküllerinin içeri çekilmiş gibi kalmasına neden olmaktadır. Böylece deri, portakal kabuğu görüntüsü kazanmaktadır. Bu belirti ileri dönem meme kanserinde görülmektedir.

- Tümörün yer aldığı bölgeye göre değişmekle birlikte bazen meme başı tümör bölgesine doğru çekilmekte ve böylece tümörün bulunduğu meme daha yukarıda ve dik bir görüntüye sahip olmaktadır. Buna “forgue belirtisi” adı verilmektedir.

2.1.4. Meme Kanserinde Korunma

Primer (birincil), sekonder (ikincil) ve tersiyer (üçüncül) korunma olmak üzere meme kanserinden üç şekilde korunma sağlanmaktadır (Baskan ve ark. 2012). Bu üç düzeyde korunma; meme kanseri kontrolü için sırasıyla önleme, erken tanı-taramalar ve hastalık yönetimi basamaklarını içermektedir (Eroğlu ve Koç 2014).

2.1.4.1. Primer (Birincil) korunma

Primer (birincil) korunma hastalık oluşmadan kansere ilişkin risk faktörlerinin uzaklaştırılması ya da bu faktörlere karşılık immün sistemin güçlendirilmesidir (Kolak ve ark. 2017; Eroğlu ve Koç 2014; Baskan ve ark. 2012). Primer korunmada amaç; birey, aile ve toplumun sağlık düzeyini geliştirmek, sürdürmek ve olası tehlikelerden korumaktır. Yapılan girişimler geleceğe yönelik etkinliklerden oluşmaktadır (Hacıoğlu, 2016; Taşocak, 2012). Özellikle yetişkin bireylerin hangi konuyu ne için öğrenmeleri gerektiğini fark ettiklerinde, eğitime ve bunları uygulamaya yönelik daha eğilimli oldukları düşünüldüğünde primer korunmada kanser farkındalığının artırılmasında etkin eğitimin önemi büyüktür (Erdem ve ark. 2017). Eğitim ile sağlığa ilişkin temel bilginin kazanılması, risklerin öğrenilip sağlığa olumsuz etki yapacak ortam ve davranışlardan uzak durulması ve böylelikle kaliteli yaşamı uzatacak davranışların benimsenmesi hedeflenmektedir (Hacıoğlu, 2016; Taşocak, 2012).

Literatürde belirtilen primer korunmada kanseri önlemek için alınması gereken önlemlerin başında dengeli diyet ve kilonun korunması gelmektedir. Sağlıksız gıda faktörleri DNA'nın işlevini bozarak onkolojik reaksiyonlara neden olmaktadır. Bu nedenle sağlıksız diyetin kanser gelişimi üzerine etkisi büyüktür. Tahıl, baklagil, meyve ve sebzeden zengin, yeterli miktarda kırmızı et ve az tuz içeren ve işlenmemiş etlerden oluşan, gazlı içeceklerin olmadığı besin gruplarıyla sağlıklı diyet sağlanmalıdır. Ayrıca dozuna ve tüketim sıklığına bağlı değişmekle birlikte alkol tüketimi de kanser riskini artıran faktörlerdendir. Alkol kandaki östrojen miktarını artırarak meme kanseri gelişimini tetiklemektedir. Trans yağ asitleri; vücut ağırlığında artış, abdominal obezite

ve insülin direncine neden olan meme kanseri riskini artıran temel diyet bileşenlerindedir. Bunun yanı sıra lifli gıdaları sık tüketmek dolaşımdaki östrojen seviyesinde azalmaya neden olarak bazı tümör hastalıklarını azaltmaya katkıda bulunmaktadır. Normal vücut ağırlığının korunması onkolojik tedavi komplikasyonlarının ortaya çıkma olasılığını azaltarak tedavi prognozunun olumlu yönde ilerlemesine katkıda bulunmaktadır. Menopoz sonrası meme kanseri ile fiziksel aktivite arasında bir ilişki bulunmaktadır. Egzersizin yoğunluğuna bağlı olarak fiziksel olarak aktif olan kadınlarda sedanter yaşam süren kadınlara oranla ortalama %10-25 oranında meme kanseri riskinin azaldığı bildirilmiştir. Bu nedenle primer korunmada fiziksel aktivite önemlidir (Kolak ve ark. 2017; Howell ve ark. 2014).

Meme kanseri açısından yüksek risk grubunda olan kadınların sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerini (sağlıklı diyet, fiziksel aktivite vb.) yapmasının yanı sıra BRCA-1 ve/veya BRCA-2 gen mutasyonları olan kadınlarda meme kanseri riskinin azaltılması amacı ile profilaktik cerrahi ya da kemoprevensiyon gibi uygulamalar yapılmaktadır (Alaofi ve ark. 2018; Leah ve ark. 2018; Costa ve Saldanha 2017; Öztürk ve ark. 2016). Hastalık riskini azaltmak üzere uygulanan ilaç tedavilerine “kemoprevensiyon” denilmektedir (Koçak ve ark. 2011). Meme dokusunun çıkarılmasını istemeyen hastalara alternatif tedavi olarak kemoprevensiyonu düşünülmektedir. ABD Gıda ve İlaç İdaresi (FDA-Food and Drug Administration), şu an için meme kanseri kemoprevensiyonu almak üzere yüksek riskli postmenopozal kadınlarda vücudun bazı dokularında östrojeni bloke edip, diğerlerinde östrojen gibi davranan tamoksifen ve raloksifen ilaçlarını onaylamıştır (Leah ve ark. 2018; ACS 2017). Ayrıca FDA'nın onayladığı meme kanseri korunmasında aromatoz inhibitörlerinin etkinliği de araştırılmaktadır (Leah ve ark. 2018). Aromataz inhibitörleri, menopoz sonrası kadınlarda östrojeni baskılayan salınımlar yapmaktadır. Kanser ameliyatı sonrasında nüksü önlemek için de verilebilmektedir (Howell ve ark. 2014; Ordu ve Saip 2011). Bunun yanı sıra yüksek meme kanseri riski taşıyan kadınlar profilaktik mastektomi alternatifi ile koruma sağlayabilmektedir (ACS 2017 pp. 19; Serel ve ark. 2013; Koçak ve ark. 2011). Son on yılda, profilaktik bilateral mastektomi, meme kanseri önleme için yaygın bir yöntem haline gelmiştir (Leah ve ark. 2018). Bu işlem bir veya her iki memeyi de kapsayabilmektedir. Her iki memenin de kansere yakalanmadan önce teşhis edilmesi meme kanseri riskini %90 veya daha fazla azaltmaktadır (ACS 2017 pp. 19). Çalışmaların çoğunluğu, profilaktik bilateral ve kontralateral mastektomi sonrası meme

kanseri insidansında %85-%100 azalma olduğunu doğrulamaktadır (Alaofi ve ark. 2018). Bunun yanı sıra profilaktik salpingo-ooferektomi (fallop tüplerinin ve yumurtalıkların cerrahi olarak çıkarılması işlemi) de hem meme hem de yumurtalık kanseri riskini azaltmaktadır (ACS 2017 pp. 19).

2.1.4.2. Sekonder (İkincil) korunma

Sekonder (ikincil) korunma, kansere ilişkin risk faktörleri ile karşılaşıldıktan sonra hastalık semptomları teşhis edilmeden hastalık gelişimini sonlandırmaktır. Bu aşamada meme kanseri taramaları ile risk belirlenerek erken tanı ve tedavi hedeflenmektedir (Kolak ve ark. 2017; Eroğlu ve Koç 2014; Baskan ve ark. 2012). Meme kanserinde sağlığın korunması, morbidite ve mortalite oranlarının azaltılması ve yaşam kalitesi düzeyinin artırılmasında en etkili yöntem olan erken tanı, hastalık prognozu ve hayatta kalma açısından önemli derecede etkilidir. Erken tanıda hastalık risk faktörlerini değerlendirmek ve uygun tarama yöntemleri ile erken teşhisi sağlamak sekonder korunmanın birincil hedefidir (Aydoğdu ve Karapelit 2017). Hastalık durumunda hemşirelerin sağlığın yeniden kazanılmasına yönelik yapacağı eğitim; tanı ve tedavi planını uygulama, güvenliği sürdürme ve taburcu olduktan sonra etkili bakım için gereklidir. Eğitimlere hasta ve yakınlarının da dahil edilmesi meme sağlığında etkin kazanımlar açısından önemlidir (Taşocak, 2012).

2.1.4.2.1. Risk değerlendirme

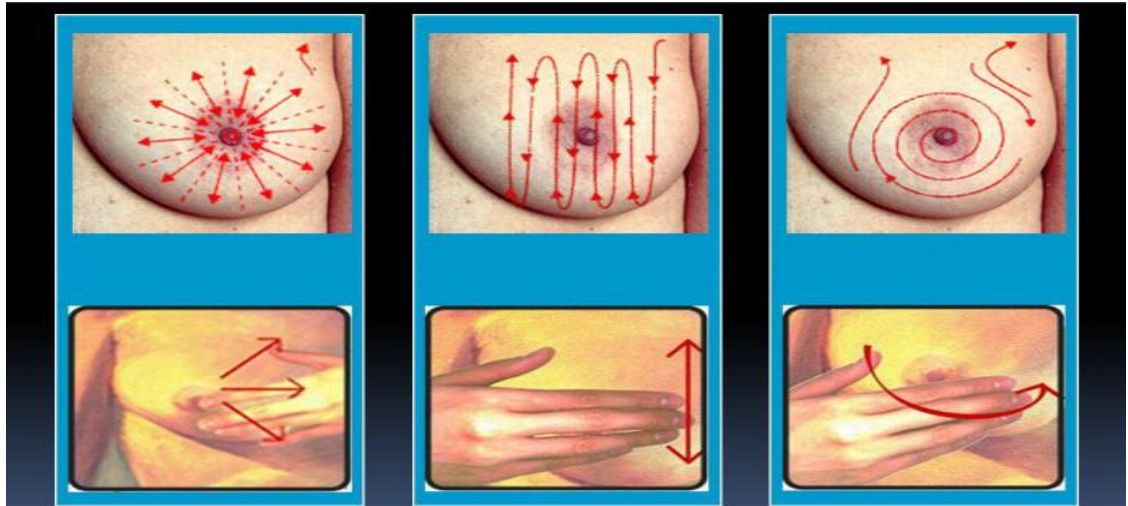
Meme kanseri olma ihtimali olan kişiyi bulabilmek için risk değerlendirilmesinin yapılması oldukça önemlidir. Kadınların meme kanserine yakalanma risk düzeyini tanımlamak amaçlı bazı sorular kullanılmaktadır. Bu kadınları belirlemede kişisel ve aile hikayesini bilmek gereklidir. Kişisel hikayede; meme biyopsisi, 10-30 yaş aralığında Hodgkin hastalığı için göğse alınan radyasyon tedavisi, 50 yaş öncesi ve sonrasında meme kanseri olma, daha önceden over kanseri olma ve bilinen (BCRCA 1 ve BRCA 2 gibi) gen mutasyonlarına sahip olma durumları sorgulanmaktadır. Aile geçmişinde ise; kişinin kız kardeş, anne veya kızında 50 yaş öncesi ve sonrasında meme kanseri, over kanseri olma durum ve sayısı ve onlarda da bilinen gen mutasyonu bulunma durumuna bakılmaktadır. Bu soruların yanıtlarına göre bir risk değerlendirmesi yapılmakta ve değerlendirme sonucuna uygun tarama yöntemleri önerilmektedir. Bunun yanı sıra meme kanseri riskini tahmin etmek

amacıyla birçok farklı model geliştirilmiştir. Tyrer-Cuzick ve Gail modelleri, aile öyküsü ve ailesel olmayan risk faktörlerini içermektedir. Ayrıca Claus, Rosner-Colditz gibi daha pek çok model bulunmaktadır (Howell ve ark. 2014).

2.1.4.2.2. Meme kanseri tarama yöntemleri

Meme kanseri tarama yöntemleri kanseri erken dönemde yakalayıp etkili bir tedavi şansı ile hayatta kalmayı hedeflemektedir (Baskan ve ark. 2012; Akyolcu ve Uğraş 2011; Koçak ve ark. 2011).

Kendi kendine meme muayenesi (KKMM): Kadınların düzenli aralıklarla kendi meme ve çevresini şekil değişikliklerini gözlemlemek ve herhangi bir kitle tespit etmek amacıyla muayene etmesine kendi kendine meme muayenesi (KKMM) denilmektedir (Akyolcu ve Uğraş 2011). Tek başına yeterli bir yöntem olmamasına rağmen erken evrede tümörün tespiti için oldukça önemlidir. 20 yaşından itibaren yaşam boyu ayda 1 kez yapılması önerilmektedir (Aydoğdu ve Karapelit 2017; Başak, 2016; Akyolcu ve Uğraş 2011). KKMM'nin 20 yaşından itibaren ayda bir kez menstruasyonun başlangıcından itibaren 5.-7. günlerde, postmenopozal dönemde ise her ayın aynı gününde yapılması gerekmektedir (Aydoğdu ve Karapelit 2017). KKMM uygulama şekilleri aşağıda gösterilmiştir (Şekil 2-1).



Şekil 2-1: KKMM uygulama şekilleri

(http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/per/belge/meme_kanseri.pdf . Erişim Tarihi: 01.09.2018)

Klinik meme muayenesi (KMM): Memelerin bir doktor, ebe veya hemşire tarafından klinik ortamda muayene edilmesidir. Bu muayeneye duruma göre meme ultrasonu ve/veya mamografi eşlik edebilmektedir (Baskan ve ark. 2012). 20-40 yaşları arasında üç yılda bir, 40 yaş sonrası için ise yıllık KMM yaptırılması önerilmektedir. Türkiye meme kanseri tarama programı ulusal standartları 20 yaş üzerinde iki yılda bir KMM yaptırılmasını önermektedir (Başak, 2016).

Meme ultrasonografisi (Meme USG): Mamografide yoğun meme dokusu olan kadınları tararken tek başına mamografiden daha fazla kanser saptadığı bildirilse de yanlış sonuç olasılığını da artırmaktadır. Meme kanseri taraması için mamogram yerine ultrasonun kullanılması önerilmemektedir (ACS 2017 pp. 22). Neoplastik lezyonların saptanmasında USG duyarlılığı sadece %36'dır (Kolak ve ark. 2017).

Mamografi: Erken evrede teşhis için en iyi tarama yöntemlerinden biri olarak kabul edilen mamografi, memenin iç yapısının görselleştirilmesini sağlayan düşük dozlu bir görüntüleme cihazıdır. Amerikan Kanser Derneği, risk grubundaki kadınlar için 40-44 yaşları arasında mamografiye başlamalarını, 45 yaş üstünün yılda bir mamogram çektirmesini önermektedir. Kadınlar genel sağlıkları iyi olduğu ve 10 yıl ya da daha uzun bir yaşam beklentisine sahip oldukları sürece taramalarına devam etmelidir. Mamografinin radyasyon dozu düşük ve olumsuz riski azdır (ACS 2017 pp. 19; Kolak ve ark. 2017). Türkiye ulusal sağlık standartları 40 yaşından itibaren iki yılda bir KMM ve mamografi önermektedir (Başak, 2016).

Manyetik rezonans görüntüleme (MRG): MRG ile meme muayenesi ultrasona benzerdir ve radyasyon oranı az miktardadır. Yaşam boyu meme kanseri riski %15'ten az olan kadınlar için MRG taraması önerilmemektir. Malign lezyonların saptanmasını arttırarak çoğunlukla mamografiyi tamamlamaktadır. MRG'nin avantajı, diğer yöntemlerle tanımlanamayan yumuşak dokuların hassas bir şekilde görüntülenmesidir (Kolak ve ark. 2017; ACS 2017 pp. 22).

Bireylerin davranışlarının meme kanseri gelişimi üzerindeki etkisine ilişkin bilgilerini genişletmek ve alışkanlıklarında değişiklik yaparak bu hastalık üzerinde kontrol sağlama olanakları konusunda onları eğitmek oldukça önemlidir (Kolak ve ark. 2017). Bireylerin meme kanserinden korunmasında ve düzenli olarak KKMM yapma davranışı kazandırılmasında hemşirelerin eğitim sorumluluğu büyüktür. Etkin eğitim programları ile meme kanseri tarama yöntemleri anlatılarak ve bu

yöntemlerin gerektiği şekilde uygulanması sağlanarak meme kanserinden korunma sürecindeki en büyük adımın atılmasına katkı sağlamaktadırlar (Sohbet ve Karasu 2017).

2.1.4.3. Tersiyer (Üçüncü) korunma

Hastalık oluştuktan sonra uygun tedavi seçeneklerinin belirlenmesi ile olumsuz sonuçlardan korunma sağlayarak hastanın rehabilite edilmesi tersiyer (üçüncül) korunma basamağıdır. Palyatif bakımı da içeren tersiyer korunmada amaç, hasta bireylerin yaşam kalitesinin artırılmasıdır (Baskan ve ark. 2012).

2.2. Hastalık ile Kadercilik

Kadercilik inancı, bireylerin tutum ve davranışlarını büyük ölçüde etkilemektedir. Kaderci insanlar genellikle hastalığın tedavisini de kadere bağlayarak tedavi için gereken ilaçların yan etkilerini görmezden gelip, ne yapılırsa yapılsın ilaçların etkin olmayacağı ve takdir edilenin önüne geçilemeyeceği inancına sahiptirler (Macit, 2014). Bu durumda hastalığa yönelik korunma ve tedbir alma davranışları olumsuz etkilenmekte ve ihmalkarlık ön plana çıkmaktadır (Kaya ve Bozkur 2015).

2.2.1. Kader ve kadercilik kavramları

Kadercilik (fatalizm), felsefe de aslı değişmeyen söz anlamındaki ‘fatum’ kelimesinden gelmektedir (Kasapoğlu, 2008). İlahiyat, psikoloji, psikiyatri, antropoloji ve sosyoloji gibi pek çok alanda incelenen ‘kadercilik’ kavramı birçok alanın önemli bir konusudur (Kaya ve Bozkur 2017). İnsan yaşamında şu anda olan veya olacak şeylerin önceden üstün bir güç aracılığı ile belirlendiği ve bunun insanlar tarafından çabayla değiştirilemez olduğu, kişilerin hayatlarında öz kontrol sağlayamadığı ve belirlenen şeyleri seçim şansı olmadan yaşamak zorunda olduğu inancına kadercilik denmektedir (Macit, 2014; Sobol-Kwapinsko, 2013; Rougier, 2011).

Kaderci (fatalist) yaklaşımda, bilimsellikten uzak olarak tümünün yalnızca üstün bir gücün yönetimi ile olduğu inancı mevcuttur. Kaderin insanların yaşamına hakim olduğu inancı ilk çağ mitolojisinde yaygınlaşmıştır. Birçok Yunan efsanesinde de kaderin kontrolünde metafizik güçlerin olduğu düşünceleri yer almaktadır. Kaderciliği

savunan filozoflardan Khryssippos'a göre yazgıyı yok edemeyeceğimiz söylenmekte; stoacılar göre bıkmadan evrenin emirlerine uyup kadere boyun eğmek gerekmektedir (Zeller, 2001, Kaynak: Kasapoğlu 2008 p. 89). Epiktetos, insanı dramadaki bir oyuncuya, hayatı da sahneye benzeterek oyuncunun sahne ve oyunlara herhangi bir etkide bulunamayacağını ve hangi oyunları oynayacağını seçemeyeceğini söylemiştir (Epiktetos, 2003, Kaynak: Kasapoğlu 2008 p. 90). Spinoza, insanın çevresinin kontrolünü sağlayabilecek güçte olmadığını (Arıcan, 2004, Kaynak: Kasapoğlu 2008 p. 90), stoacı yaklaşımındaki Leibniz ise herşeyin Tanrı'nın takdiri olduğu ve kaçınılmazların önüne geçilemeyeceğini ifade etmiştir (Leibniz, 1997, Kaynak: Kasapoğlu 2008 p. 91).

İslam'ın kutsal kitabı olan Kur'an-ı Kerim'de, bireylerin Allah'ın iradesine inanmayı, kendi irade ve sorumluluklarının bilinci ile hareket edecek şekilde bir kader anlayışı geliştirmeleri ifade edilmektedir (Nisâ, 4/110-111; Ra'd, 13/11; Ankebût, 29/40; Rûm, 30/41; Şûrâ, 42/20; İnsan, 76/3, Kaynak: Kasapoğlu 2008 p. 88). Ancak bazı insanların kader bahanesi ile sorumluluktan kaçarak her şeylerini Allah'ın iradesine bağlaması, kaderin insanlar tarafından farklı şekillerde yorumlandığını göstermektedir (Kasapoğlu, 2008). Kişisel kontrol duygusunun azaltılmasında ise ilahi kontrole olan inanç vardır (Bader ve ark. 2017). Böylelikle kader inancı ile şekillenen kadercilik yaklaşımları toplumsal ve sosyolojik sorunlar ortaya çıkarabilmektedir (Macit, 2014). Oysa ki İslam'da kader inancı olmakla birlikte kadercilik anlayışı yer almamaktadır (Kaya ve Bozkur 2017).

Kader inancı, bilinenin aksine yalnızca ilahi kaynaklı olmayıp; ilah kavramı geçmeyen kültürlerde de gözlenmektedir. Bu açıdan incelendiğinde kader inancı daha çok insanlık ve toplumsallık ürünü olarak değerlendirilmektedir. Temelde kader, insanların yaşamlarında başına gelen olayların nedenini doğüstü bir güce bağlamaktır. Bazen birçok alanda insanlar kaderi bu olayların açıklamasında kullanmaktadır. Bu açıdan kader, insanların anlama ve açıklama ihtiyaçlarını gidermekte ve olaylara bakış açısı sunmaktadır. Kadercilik, kaderin kültürel, sosyal, tarihsel ve ekonomik faktörlerin belirlenmesinde değerler dizisine, toplumsal kökenli katı ve tutucu bir özelliğe dönüşmüştür. Bu özelliği, günlük yaşamda kişinin özgürlüğünü kısıtlayıp boyun eğme davranışı sergilemesine, müdahale etmemeye ve istenmedik sonuçlar yaratan olay ve davranışları normalleştirmeye teşvik etmektedir. Kadercî düşünceler, kişinin hayatını

değiştiremeyeceği için hayatı olduğu gibi kabul etmesini sağladığından, yaşamın farklı şekillerde de olabilme imkanını sınırlamaktadır (Macit, 2014).

2.2.2. Sağlık, hastalık ve kadercilik arasındaki ilişki

Kadercilik, toplumların bazı tutum ve davranışlarına yön vermektedir. Kadercilik özellikle günlük yaşamı olumsuz etkilemesi nedeniyle sosyo-psikolojik bir sorun olarak da görülmektedir. Bununla ilgili olarak bireylerin, farklı düzeylerdeki fatalist inançlarının sağlık sonuçlarını etkilediği söylenebilir (Bader ve ark. 2017). Kader inancının spirüel sağlığı olumlu etkilediği yönünde çalışmalar olsa da kadercilik yaklaşımının pasiflik ve her duruma razı olup onaylama gibi özellikler getirdiği açıklanmıştır. Ayrıca kaderciliğin yaşanan olaylara karşı çaresizlik ve karamsarlık duygularını ortaya çıkardığı düşünülmektedir (Kaya ve Bozkur 2017). Kadercilik eğiliminin artışı, çoğu zaman hastalıklarda önlem alma konusunda pasif kalmaya ve özellikle ergenlerde risk alma davranışlarını ön plana çıkarmaya (Haynie ve ark. 2014), daha az güvenli davranışlar sergilemeye neden olmaktadır (Ngueutsa ve Kouabenan 2017), AIDS ve kanser gibi ciddi hastalıklarda hastalığa ilişkin bilgi ve önlem almayı azaltmaktadır (Ramirez, 2014). Bunların yanı sıra iş kazaları açısından güvenlik önlemleri almayı azaltmaktadır (Yavan, 2017).

Dini inançlar, kimi zaman sağlık inançları ve dolayısıyla sağlık davranışları üzerinde güçlü bir etkiye sahip olmaktadır. Daha iyi sağlık davranışları için kolaylaştırıcı bir etki olarak hareket edebilmekte veya bir engel oluşturabilmektedir. Eğer bireyler hastalığın Tanrı'dan bir sınav olarak geldiğini düşünürse, sağlık yönetimi bir ibadet biçimine dönüşebilmektedir. Bireyler hastalıklarını kabul etmekte, Tanrı'nın kendi tarafında olduklarını görerek çaresiz olmadıklarını fark etmektedirler. Hastalığın günahları sildiğini düşünmek, insanların kolayca anlayabileceği ve kabul edebileceği düzensizliğe anlam vermektedir. Dolayısıyla burada sağlık ve din iç içe geçen iki kavram durumundadır (Hamed, 2014). Bu sebeple genellikle kadercilik sağlık arama davranışları üzerinde olumsuz etkiye sahiptir (Sukkarieh-Haraty, 2018).

Sağlıkta kadercilik; kişinin kendi sağlık kontrolünün, bireyin kontrolünde değil, daha üstün bir güç tarafından önceden belirlenmiş ya da amaçlanmış olduğu inancına dayanmaktadır (Sharrief ve ark. 2017). Bireyler dış güçler ile kontrol edildiklerini

düşündükleri için sağlık ya da hastalıkta güçsüz olduklarına inanmaktadırlar (Ramirez ve Carmona 2018). Kadercilik algısı aynı zamanda teslimiyetçiliği ifade ettiği için genellikle girişimcilik faaliyetlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Kadercilikte olay ve durumları değiştirebilme ihtimali düşüktür ve kontrol inancının düşük olması ile birlikte özyeterlilik ve başarı beklentisi düştüğünden dolayı girişim ve çabalama da azalmaktadır (Orhan, 2017). Bu açıdan bakıldığında kadercilik; sigara içme, fiziksel aktivite, meyve sebze tüketimi ve kanser taraması gibi sağlık davranışlarını genelde olumsuz etkilemektedir (Ramirez, 2014; Befort ve ark. 2013).

Kanser kaderciliği kanseri önleyememe ve ölümün kaçınılmaz olduğu ile ilgili düşünceler içermektedir. Bu düşünceye sahip birey kanser taramalarına katılmamakta, kanserle ilişkili olumlu sağlık davranışları geliştirmekten ve kanserle ilgili bilgi almaktan kaçınmakta, dolayısıyla semptomların gecikmesine yol açmaktadır (Kobayashi ve Smith 2016; Somayaji ve Cloyes 2015). Fatalist inançları yoğun olan kişilerin kanser tanısı korkusu fazla ve erken teşhisin önemi konusunda daha şüpheci olabilmekte ve bu sebeple tıbbi yardımı erteleyebilmektedirler (Lyrtatzopoluos ve ark. 2015). Kadercilik ve sağlık davranışı arasındaki ilişkiyi inceleyen, 51 bağımsız örnek ve 25.167 katılımcıdan oluşan 46 meta-analitik çalışmada, kadercilik düzeyinin artmasının sağlığı tehdit edici davranışlar ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Cohn ve Villar 2015). İlgili çalışmalarda kadercilik algısı yükseldikçe meme kanseri tarama programlarına katılımın düşük olduğu bulunmuştur (Altıntaş ve ark 2016; Somayaji ve Cloyes 2015; Jun ve Oh 2013; Kawar, 2013; Monteros ve Gallo 2011).

Kadercilik uzmanlar tarafından sağlık ve hastalık üzerinde kontrol ve güçsüzlük duygusu olarak tanımlanmaktadır. Kaderci eğilimler, sağlığın iyileştirilmesine yönelik algılanan engeller ile ilişkilendirilmektedir. Bu durum sağlık profesyonellerinin hastalarında kadercik eğiliminin yönetimini önemli kılmaktadır (Fairchild, 2015; Leyva ve ark. 2014).

2.3. Meme Kanserinde Hemşirenin Rolü

Meme kanserine yönelik hemşirelik girişimleri; bireylerde kanserin önlenmesini, erken evrede teşhis edilmesini, tanı konmuş bireylerde hastalık süresince nitelikli bir yaşam sürmesini kapsamaktadır. Meme kanserinde hemşireler, sağlıklı bireylerde önleme davranışlarının kazandırılmasında, meme kanseri tanısı konan bireylerde

sağkalımı artırmada ve kaliteli yaşam sürdürmede önemli rol ve sorumlulukları vardır. Bu rol ve sorumluluklar primer, sekonder ve tersiyer alanı kapsamaktadır (Harri, 2014; Andıç, 2011).

Hemşirelerin primer alandaki rol ve sorumlulukları:

Hemşirenin bu alandaki rol ve sorumlulukları kanserin önlenmesine veya erken evrede teşhis edilmesine yöneliktir. Bu kapsamda hemşireden aşağıda sıralanan etkinlikleri gerçekleştirmesi beklenmektedir.

- Bireylerde meme kanseri farkındalığı yaratmak, korunma ve erken tanı hakkında bilinçlendirmek (Andıç, 2011),
- Kanser riskini azaltıcı davranışlar konusunda bilinçlendirmek (Andıç, 2011),
- KKMM, mamografi vb. taramalarla ilgili eğitim vermek, teşvik etmek ve desteklemek (Baskan ve ark. 2012; Andıç, 2011),
- Yüksek risk grubunda bulunan kadınları profilaktik cerrahi yöntemleri ve kimyasal korunmalarla ilgili bilgilendirmek (ACS 2017 pp. 19),
- Meme kanseri erken tanı davranışları kazandırmak ve sürekliliğini sağlamak için modeller ile desteklenen eğitim programları hazırlamak, uygulamak ve değerlendirmek (Ersin ve Bahar 2012).

Sekonder alandaki rol ve sorumlulukları:

Hemşirenin bu alandaki rol ve sorumlulukları kanser tanısı konmuş bireyin hastalığının tedavi edilmesine, gelişebilecek komplikasyonları önlemesine ve hastalık süresince nitelikli bir yaşam sürmesine yöneliktir. Bu kapsamda hemşireden aşağıda sıralanan etkinlikleri gerçekleştirmesi beklenmektedir.

- Meme kanseri tanısı konduğu andan itibaren hasta ve yakınlarının tanıya uyumunu sağlamak (Korkmaz ve Yangöz 2013),
- Tedavi sürecinde semptom yönetimini sağlamak ve bakımının nasıl sürdürüleceği konusunda hasta ve yakınlarına eğitim vermek (Cirilo ve ark. 2016; Harri, 2014),
- Hasta ve yakınlarına evde ortaya çıkabilecek durum ve komplikasyonlar hakkında eğitim vermek (Şentürk ve ark. 2018),

- Hasta yakınları ile stres, öfke gibi tepkileri ile baş etme yöntemleri hakkında eğitim vermek ve onları buna yönelik uygun psikososyal destek programlarına yönlendirmek (Şentürk ve ark. 2018),
- Ağrı yönetiminin başarılı bir şekilde yürütülmesi için hasta ve yakınlarına ağrı konusunda eğitim vermek (Sharif ve ark. 2012; Oldenmenger ve ark. 2011),
- Postoperatif dönemde karşılaşılabilecek sorunlar, bununla ilgili alınması gereken önlemler, beden imajında oluşabilecek değişimler konusunda eğitim vermek (Harri, 2014; He, 2012),
- Postoperatif dönemde lenf-ödem kontrolü yapmak ve bu uygulama ile ilgili eğitim vermek (Dönmez ve Özdemir 2016),
- Bilgilendirme ve psikolojik yaklaşımları içeren danışmanlık rolü ile hastaların ruhsal sorun ve sıkıntılarını azaltarak baş etme gücünü artırmak (Işık, 2014),
- Yaşam umudu aşılacak, hastanın ifadelerini önyargısız şekilde kabul ederek dinlemek, hastaların inançlarının karşılanmasında yardımcı olmak ve dini uygulamalarının yerine getirilmesi gibi manevi bakım gereksinimlerinin karşılanmasına yardımcı olmaktır (Daştan ve Buzlu 2010).

Tersiyer alandaki rol ve sorumlulukları:

Hemşirenin bu alandaki rol ve sorumlulukları kanser tanısı konmuş bireyin hastalığının tedavisi süresince nitelikli bir yaşam sürmesine yöneliktir. Bu kapsamda hemşireden aşağıda sıralanan etkinlikleri gerçekleştirmesi beklenmektedir.

- Meme kanserine yönelik kurum ve kuruluşlar hakkında bilgilendirmek,
- Kullanabileceği meme kanserine yönelik sosyal olanaklar hakkında bilgilendirmek,
- Meme kanserine yönelik sivil toplum kuruluşları hakkında bilgilendirmektir (Taşocak, 2012)

Bunların yanı sıra hemşireler hastaların bakımları sırasında (Sullivan ve Mansour 2015; He, 2012);

- Bakım ortamını hasta yakınları ile iş birliği yaparak endişeye neden olan uyaranları azaltacak şekilde düzenlemeli,
- İyi bir dinleyici olarak hastaları suçluluk, endişe ve üzüntü gibi duygularını tartışmaya teşvik etmeli,

- Güvene dayalı ilişkiler kurmalı,
- Hastaların sorularını uygun iletişim becerileri ile yanıtlamalı,
- Sorun çözme yöntemini ve kaygı ile baş etme yollarını öğretmek anksiyete düzeylerini azaltmalıdır.

Hemşireler sözü edilen rol ve sorumluluklarını yerine getirirken bireylerin kadercilik eğilimini de değerlendirilmeli (Kulakçı ve ark. 2015) ve eğitim planlamalarında kansere yönelik kaderci eğilimlerini göz önünde bulundurmalıdır (Befort ve ark. 2013).

Hemşireler meme kanserine yönelik her bir girişimin eğitim süreci ile bütünleşmesinin hemşirelik bakımının niteliğini artıracığını unutmamalıdır (Harri, 2014).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmada, yakınında meme kanseri olan kadınların meme kanserine yönelik öğrenim gereksinimleri ile kadercilik eğilimi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırma Soruları

Araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

- 1) Yakınında meme kanseri olan kadınların sosyo-demografik özellikleri nasıldır?
- 2) Yakınında meme kanseri olan kadınların öğrenim gereksinimlerine verdikleri önem nasıldır?
- 3) Yakınında meme kanseri olan kadınların öğrenim gereksinimlerinin karşılanma düzeyi nasıldır?
- 4) Yakınında meme kanseri olan kadınların kadercilik eğilimi nasıldır?
- 5) Yakınında meme kanseri olan kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre öğrenim gereksinimleri ve karşılanması arasında bir fark var mı?
- 6) Yakınında meme kanseri olan kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre kadercilik eğilimi arasında bir fark var mı?
- 7) Yakınında meme kanseri olan kadınların öğrenim gereksinimleri ile kadercilik eğilimi arasında ilişki var mı?

3.2. Araştırmanın Tipi ve Değişkenleri

Araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tiptedir.

Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenleri: Yakınında meme kanseri olan kadınların öğrenim gereksinimlerine verdikleri önem, öğrenim gereksinimlerinin karşılanma düzeyi, kadercilik eğilimi.

Bağımsız değişkenleri: Yaş, medeni durum, meslek, eğitim durumu, gelir durumu, yakınında meme kanseri olma, meme kanserine ilişkin eğitim alma, meme kanseri tarama yöntemlerine başvurma.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma bir devlet üniversitesinin Onkoloji Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı'na bağlı İstanbul ili Avrupa yakasında bulunan dört eğitim ve araştırma hastanesinde yapılmıştır. Veriler Temmuz 2018-Eylül 2018 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini İstanbul ili Avrupa yakasında yer alan, orta ve büyük ölçekli olan ve bünyesinde onkoloji birimi bulunan üniversite, eğitim araştırma ve özel hastanelerin onkoloji biriminde ayaktan ya da yatarak tedavi gören hastaların birinci derece yakınları oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini İstanbul ili Avrupa yakasında bulunan bir devlet üniversitesi Onkoloji Enstitüsü ve dört eğitim araştırma hastanesinin onkoloji biriminde ayaktan veya yatarak tedavi gören hastaların birinci derece yakınları oluşturmuştur (400 kişi). Avrupa yakasında olup gerekli izinler alınamadığından dolayı devlet ve vakıf üniversite hastaneleri, özel hastaneler örnekleme alınamamıştır.

Araştırmanın örneklemini evren büyüklüğü bilinmeyen örneklem hesaplaması yapılarak; 0,05 etki büyüklüğünde ve %5 yanılma düzeyi ile belirlenen %95 güven aralığında evreni temsil gücüne sahip 400 kişi oluşturmuştur. Örnekleme, araştırma kriterlerini karşılayan gelişigüzel örnekleme yöntemi ile seçilen katılımcılar oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemine dahil edilme kriterleri;

- 18 yaş ve üzeri olma,
- Meme kanseri tanısı konan hastanın birinci derecede yakını (anne, baba, kardeş, çocuk) olma,
- Kanser tanısı almamış olma,
- İletişimi engelleyecek görme-ışitme kaybı vb. sorunu olmama.

3.5. Veri Toplama Araçları

Veriler; Bilgi Formu, Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği ve Kadercilik Eğilimi Ölçeği ile toplanmıştır.

3.5.1. Bilgi formu (EK-1)

Form ilgili literatür ışığında oluşturulmuştur. Bilgi Formu; katılımcıların yaş, medeni durum, meslek, eğitim durumu, gelir durumu, meme kanseri birinci derece yakını ve sayısı, yakınının meme kanseri tanısı konma zamanı, meme kanserine yönelik eğitim alma durumu, meme kanserine yönelik eğitimin kimden ve nereden aldığı, yakınında meme kanseri olmasının meme kanserine ilişkin bilgi alma isteği, kendi kendine meme muayenesi yapma, mamografi ya da meme ultrasonu çektirme durumunu içeren toplam 13 sorudan oluşmaktadır (Kobayashi ve Smith 2016; Abraido-Lanza ve ark. 2015; Baskan ve ark. 2012; Al-Meer ve ark. 2011; Andıç, 2011).

3.5.2. Bilgi ve destek gereksinimleri ölçeği (BDGÖ) (EK -2)

Ölçek, birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların bilgi ve destek gereksinimlerini saptamak amacıyla Chalmers ve arkadaşları (2001) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Zorukoş ve Karayurt tarafından (2008) yapılmıştır. Bu ölçek; Gereksinimlerin Önemi ve Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği olarak 2 ayrı bölümden oluşmaktadır. Orjinal ölçekte Gereksinimlerin Önemi Ölçeği Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0.95, Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği 0.92'dir. Türkçe ölçekte ise Alpha güvenirlik katsayısı Gereksinimlerin Önemi Ölçeği'nde 0.81, Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği'nde 0.83 olarak bulunmuştur (Zorukoş ve Karayurt 2008). Araştırmada ölçeğin iç tutarlık katsayıları Gereksinimlerin Önemi Ölçeği'nde 0.95, Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği'nde 0.95 bulunmuştur.

- **Gereksinimlerin Önemi Ölçeği:** 29 maddeden oluşan bu ölçek, gereksinimlerin önem sırasını belirlemektedir. Ölçeğin ilk 18 maddesi (1'den 18'e kadar) bilgi gereksinime, 11 maddesi (19'dan 29'a kadar) destek gereksinimine yöneliktir. Ölçek likert tipindedir. Gereksinimlerin Önemi Ölçeği; 1:Hiç Önemli Değil, 2:Az Önemli, 3:Biraz Önemli, 4:Çok Önemli olarak sıralanmaktadır.
- **Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği:** Gereksinimlerin Önemi Ölçeği'nde yer alan maddelerin kullanıldığı bu ölçekte, gereksinimlerin karşılanma düzeyi belirlenmektedir. Toplam 29 maddeden oluşmaktadır. Ölçek likert tipindedir. Bu ölçek; 1:Hiç Karşılanmadı, 2:Az Karşılanadı, 3:Biraz Karşılanadı, 4:Tamamen Karşılanadı seçeneklerinden oluşmaktadır.

Her iki ölçekte her katılımcı açısından uygulanabilir olmayan maddeler için, 0:Uygulanabilir Değil seçeneği yer almaktadır. Ölçeklerin toplam bir puanı yoktur, madde puan ortalaması tespit edilerek gereksinimlerin önemi ve gereksinimlerin karşılanması değerlendirilmektedir (Zorukoş ve Karayurt 2008).

3.5.3. Kadercilik eğilimi ölçği (KEÖ) (EK-3)

Ölçek Kaya ve Bozkur (2015) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek Önceden Belirlenmişlik, Kişisel Kontrol, Batıl İnanç ve Şans olmak üzere dört alt boyuttan ve toplam 24 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 5 seçenekli likert tipindedir. 1:Kesinlikle Katılmıyorum, 2:Katılmıyorum, 3:Kararsızım, 4:Katılıyorum, 5:Kesinlikle Katılıyorum seçeneklerinden oluşmaktadır.

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

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

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

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

Sonuç olarak tüm alt boyutlar kadercilik eğilimini ölçmektedir. Ölçekten maksimum 120, minimum 24 puan alınabilmektedir. Tüm alt boyutlardan elde edilen puanların toplanması ile toplam kadercilik eğilimi puanı oluşturmaktadır. Puan arttıkça kadercilik eğilimi de artmaktadır (Kaya ve Bozkur 2015; 2017).

Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.86, test tekrar test güvenilirlik katsayısı 0.72'dir. Yapılan ölçümlerde ölçeğin Önceden Belirlenmişlik alt boyutunun Cronbach Alpha katsayısı 0.86, Kişisel Kontrol alt boyutunun 0.78, Batıl İnanç alt boyutunun 0.81 ve Şans alt boyutunun 0.71 olarak hesaplanmıştır (Kaya ve Bozkur 2015).

Araştırmada kullanılan Kadercilik Eğilimi Ölçeği'nden elde edilen ölçümlerin örneklem üzerindeki iç tutarlılık katsayılarına bakıldığında; ölçeğin tamamının Cronbach Alpha katsayısı 0.87, Önceden Belirlenmişlik alt boyutunda 0.87, Kişisel Kontrol alt boyutunda 0.68, Batıl inanç alt boyutunda 0.75, Şans alt boyutunda 0.59 olarak bulunmuştur.

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler toplanmadan önce pilot çalışma (10 kişi ile) yapılmış, herhangi bir değişikliğe gereksinim duyulmamıştır. Veriler kurum izni ve etik kurul onayı alındıktan sonra araştırmacı tarafından haftanın beş günü günde ortalama sekiz saat zaman ayrılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından katılımcılara araştırmanın amacı açıklandıktan sonra yazılı ve sözlü onam alınarak toplanmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Katılımcılardan elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics 21 programı kullanılmıştır.

Araştırmada örneklemden elde edilen ölçümlerin güvenilirliğin sınanması için iç tutarlılık katsayısı (Cronbachs Alpha), katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin ve ölçeklerden elde ettikleri puan ortalamalarının belirlenmesi için betimleyici analizler (sayı, yüzde, en düşük-en yüksek değerler, ortalama ve standart sapma) kullanılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin ölçek puan ortalamaları üzerinde anlamlı fark oluşturup oluşturmadığının belirlenmesi için parametrik (bağımsız gruplarda t testi ve tek yönlü varyans analizi) ve parametrik olmayan (Mann Whitney U ve Kruskal Wallis) karşılaştırma analizleri ve ileri analizler (Tek yönlü varyans analizi için Tukey HSD, Kruskal Wallis için Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U) ve ölçeklerden elde edilen ölçümlerin birbirleri ile ilişkisinin sınanması için ise korelasyon analizi (Pearson Moment Product) kullanılmıştır.

Veriler $p < ,05$ istatistiksel anlamlılık düzeyinde ve %95 güven aralığında değerlendirilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönu

Araştırmada Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği'ni uygulayabilmek için Sedefnur Zorukoş'tan (Ek-5), Kadercilik Eğilimi Ölçeği için Binaz Bozkur'dan izin alınmıştır (Ek-6). Ayrıca araştırmada Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu kullanılmıştır (Ek-4). Araştırmanın yapılacağı kurumlardan yazılı izinler alınmıştır (Ek-7). Araştırmanın etik kurul onayı 04/04/2018 tarihli, 108517 sayılı İstanbul Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Ek-8).

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın özel hastanelerden ve üniversite hastanelerinden izin alınamaması nedeniyle onkoloji enstitüsü ve eğitim araştırma hastanelerinde gerçekleştirilmesi sınırlılık oluşturmuştur.

3.10. Araştırmanın Güçlükleri

Meme kanseri hastalarının zaman zaman ikinci veya üçüncü derece yakınları ile gelmesi nedeniyle belirlenen örneklem sayısının çok üzerinde meme kanserli hasta yakınıyla görüşülmesine rağmen birinci derecede yakınlarına ulaşmada güçlük çekilmiştir.

4. BULGULAR

Yakınında meme kanseri olan kadınların öğrenim gereksinimleri ile kadercilik eğilimi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmada elde edilen bulgular;

- Hasta yakınlarının sosyo-demografik ve meme kanseri özelliklerine ilişkin bulgular,
- Hasta yakınlarının bilgi ve destek gereksinimlerine yönelik bulgular,
- Hasta yakınlarının kadercilik eğilimine yönelik bulgular,
- Hasta yakınlarının bilgi-destek gereksinimlerinin ve kadercilik eğiliminin sosyo-demografik özelliklerine göre karşılaştırılmasına yönelik bulgular,
- Hasta yakınlarının bilgi ve destek gereksinimleri ile kadercilik eğilimi arasındaki ilişkiye yönelik bulgular olmak üzere beş başlık altında sunulmuştur.

4.1. Hasta Yakınlarının Sosyo-demografik ve Meme Kanserine İlişkin Özellikleri

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının sosyo-demografik özelliklerine yönelik bulguların dağılımı Tablo 4-1-1’de yer almaktadır.

Tablo 4-1-1: Hasta yakınlarının sosyo-demografik özellikleri (N=400)

		n	%
Yaş Grubu (ED=18; EY=73; Ort= 41,28; SS=13,55)	≤30 yaş	96	24,0
	31-40 yaş	99	24,8
	41-50 yaş	98	24,4
	≥ 51 yaş	107	26,8
Medeni Durum	Evli	304	76,0
	Bekar	96	24,0
Çalışma Durumu	Ev hanımı	273	68,1
	Sebest meslek	48	12,0
	Öğrenci	24	6,0
	Memur	22	5,5
	İşçi	21	5,4
	Emekli	12	3,0
	Okur yazar	29	7,2
Eğitim Durumu	İlkokul	170	42,5
	Ortaokul	34	8,5
	Lise	92	23,0
	Lisans	72	18,0
	Lisansüstü	3	0,8
Gelir Durumu Algısı	Geliri giderine denk	292	73,0
	Geliri giderinden fazla	59	14,7
	Geliri giderinden az	49	12,3

ED= En düşük, EY= En Yüksek, Ort=Ortalama, SS= Standart sapma

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının yaşlarının 18-73 yaş arasında değiştiği ve çoğunluğun %26,8 oranı ile 51 yaş ve üzerinde olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %76,0’sı evli, %68,1’i ev hanımı, %42,5’u ilkokul mezunudur ve %73,0’ü gelir durumunun giderlerine denk olduğunu belirtmiştir (Tablo 4-1-1).

Hasta yakınının meme kanserine ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 4-1-2’de verilmektedir.

Tablo 4-1-2: Hasta yakınlarının meme kanserine ilişkin özellikleri (N=400)

		n	%
Meme Kanseri Olan Birinci Derece Yakınının Sayısı	Bir	380	95,0
	İki	17	4,3
	Üç	1	0,3
	Dört ve üzeri	2	0,5
Meme Kanseri Olan Birinci Derece Yakını/Yakınları*	Anne	199	49,8
	Kardeş	195	48,8
	Çocuk	17	4,4
Yakınının Meme Kanseri Tanısı Konduğu Zaman	Son bir ay içinde	11	2,8
	Son altı ay içinde	120	30,0
	Son bir yıl içinde	93	23,2
	Bir yıldan uzun süredir	176	44,0
Meme Kanseri ve Korunma Yollarına Yönelik Herhangi Bir Eğitim Alma Durumu	Evet	232	58,0
	Hayır	168	42,0
Meme Kanseri veya Meme Kanseri Korunma Yollarına Yönelik Eğitimi Kimden, Nereden Aldığı* (n=232)	İnternet	180	45,0
	Hastane	105	26,3
	Televizyon	53	13,3
	Kitap/Broşür	46	11,5
	Seminer/Sempozyum	8	2,0
	Gazete	2	0,5
	Hekim	89	22,3
	Hemşire	26	6,5
Yakınında Meme Kanseri Olmasının Meme Kanserine İlişkin Bilgi Alma İsteğini Etkileme Durumu	Evet	313	78,3
	Hayır	87	21,8
Kendi Kendine Düzenli Aralıklarla Meme Muayenesi Yapma Durumu	Hayır	100	25,0
	Evet, ayda bir kez	80	20,0
	Evet, yılda bir kez	10	2,5
	Evet, yılda birkaç kez	210	52,5
Mamografi veya Meme Ultrasonu Çektirme Durumu	Hayır	213	53,2
	Evet	187	46,8
En Son Çektirdiği Zaman (n=187)	≤ 3 ay	51	27,3
	4-11 ay arası	57	30,5
	≥ 12 ay	79	42,2

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Katılımcıların %95,0'inin sadece bir yakınına meme kanseri tanısı konmuş olduğu ve tanı konan yakınlarının %49,8 oranı ile anne, %48,8 ile kardeşi olduğu ve %44,0 oranı ile meme kanseri tanısının bir yıldan uzun süre önce konduğunu saptanmıştır. Katılımcıların %58,0'nin meme kanseri ve korunma yollarına ilişkin eğitim aldığı ve bilgi almak için en sık internetten (%45) yararlandığı belirlenmiştir. Katılımcıların %78,3'ünün yakınlarına meme kanseri tanısı konmasının bilgi alma isteklerini etkilediği ve %52,5'unun yılda birkaç kez KKMM yaptığını belirlenmiştir. Katılımcıların %20,0'si düzenli olarak ayda bir kez KKMM yaptığını, %46,8'i mamografi ya da meme ultrasonu yaptırdığını, %53,2'si yaptırmadığını ifade etmiştir. Mamografi ya da meme ultrasonu yaptıranların ise %42,2'sinin 12 ay veya daha uzun süre önce yaptırdığını saptanmıştır (Tablo 4-1-2).

4.2. Hasta Yakınlarının Bilgi-destek Gereksinimlerine Verdikleri Önem ve Bilgi-destek Gereksinimlerinin Karşılanmasına Yönelik Bulgular

Katılımcıların bilgi ve destek gereksinimlerine verdikleri önem ve karşılanma durumuna ilişkin bulgular Tablo 4-2-1'de yer almaktadır.

Tablo 4-2-1: Hasta yakınlarının bilgi-destek gereksinimlerine verdikleri önemin ve karşılanma düzeyinin madde ortalaması ve standart sapması (N=400)

	Gereksinimin Önemi	Gereksinimin Karşılanma Düzeyi
	Ort±SS	Ort±SS
12. Meme kanseri olan yakınımın yaşadığı acıyı (üzüntüyü) azaltmak için neler yapabileceğim hakkında bilgi	3,89±0,38	1,33±0,65
13. Meme kanseri olan yakınıma nasıl destek olabileceğim hakkında bilgi	3,89±0,40	1,34±0,69
23. Yakınımın hastalığı ile ilgili endişelerimle baş etmem için bana destek olunması	3,87±0,47	1,10±0,43
24. KKMM'ni yapmayı öğrenirken konu hakkında bilgili bir sağlık personelinin beni izlemesi ve doğru yapıp yapmadığımı kontrol etmesi	3,86±0,48	1,11±0,50
25. Meme kanseri olan yakınım ile ilgili endişelerimi konuşabileceğim birinin olması	3,85±0,48	1,08±0,43
11. Meme kanseri olma riskimi azaltabilmek için sağlık alışkanlıklarında yapabileceğim değişiklikler hakkında bilgi	3,84±0,47	1,89±1,01
14. Meme kanserine yakalanma riskini yaratan durumlar hakkında bilgi (örn; yüksek yağ içeren diyet, hormon destek tedavisi vs)	3,84±0,46	2,01±1,09
15. KKMM konusunda bilgi verilmesi ve nasıl yapıldığının gösterilmesi	3,84±0,49	2,38±1,35
21. Konu hakkında bilgisi olan bir sağlık personeli düzenli olarak memelerimin muayene edilmesi (örn; doktor, hemşire vs)	3,84±0,51	1,07±0,43
17. Daha sağlıklı olabilmek için davranışlarımı değiştirmem gerektiği hakkında bilgi	3,82±0,52	1,83±1,00
7. Kendimin meme kanseri olma riski hakkında bilgi	3,83±0,49	2,19±1,21
16. Mamografi taraması hakkında bilgi (örn; ne sıklıkta yapmalıyım)	3,78±0,60	2,42±1,38
9. Kızımın meme kanseri olma riski hakkında bilgi (n=183)*	3,77±0,59	1,98±1,15
28. İleride bir gün meme kanseri olursam uygulayabileceğim bir plan yapmamda bana yardımcı olunması	3,76±0,63	1,05±0,33
1. Meme kanseri olan yakınımın yaşadıkları konusunda nasıl konuşacağım hakkında bilgi	3,71±0,61	1,32±0,68
3. Meme kanserinin tedavisi hakkında bilgi (örn; cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, hormon tedavisi, yan etkileri vs.)	3,67±0,64	2,24±1,21
29. Meme kanseri ile ilgili endişelerimi azaltmak için bana destek olunması	3,65±0,76	1,10±0,44

* Bu önermeye "0 puan- Uygun değil" yanıtı veren hasta yakınları analize dahil edilmemiştir.

Tablo 4-2-1: Hasta yakınlarının bilgi-destek gereksinimlerine verdikleri önemin ve karşılama düzeyinin madde ortalaması ve standart sapması (N=400) (devamı)

	Gereksinimin Önemi	Gereksinimin Karşılama Düzeyi
	Ort±SS	Ort±SS
22. KKMM’ni düzenli olarak yapmam için bana destek olunması	3,64±0,80	1,17±0,62
5. Meme kanseri için tedavi gören kadınların neler hissedebilecekleri (örn; korku, öfke, depresyon vs) ve hastalığın fiziksel belirtileri hakkında bilgi	3,63±0,69	1,79±1,01
10. Çocuklarımla onların meme kanseri olma riskleri ile ilgili nasıl konuşacağım hakkında bilgi (n=186)*	3,63±0,75	1,30±0,77
27. Meme kanseri olma riskim ile ilgili duygularımla baş etmemde bana destek olunması	3,63±0,83	1,09±0,39
6. Meme kanseri olan yakınımın yaşadıkları konusunda ailemle (eş, çocuklar, kardeşler vs) nasıl konuşacağım hakkında bilgi	3,59±0,77	1,26±0,65
8. Kendimin meme kanseri olma riskimi ailemle nasıl konuşacağım hakkında bilgi	3,50±0,86	1,29±0,74
18. Kendim ve çocuklarım için genetik (ailesel geçişli hastalıklarla ilgili) danışmanlık hakkında bilgi	3,50±0,93	1,63±0,96
2. Meme kanserinin nedenleri hakkında bilgi	3,44±0,86	2,21±1,20
19. Mamografi randevularımın bana hatırlatılması (posta ya da telefon ile)	3,34±1,10	1,03±0,29
4. Meme kanseri tanısı yeni konmuş kadınların neler hissedebilecekleri hakkında bilgi (örn; korku, öfke, depresyon vs.)	3,27±1,08	1,62±0,94
20. KKMM’mi yapmamın bana hatırlatılması (posta ya da telefon ile)	3,08±1,21	1,03±0,25
26. Bana destek olabilecek bir gruba katılmam	3,05±1,10	1,04±0,29

* Bu önermeye “0 puan- Uygun değil” yanıtı veren hasta yakınları analize dahil edilmemiştir.

Katılımcıların en önemli olduğunu belirttiği bilgi ve destek gereksinimleri sırası ile “Meme kanseri olan yakınımın yaşadığı acıyı (üzüntüyü) azaltmak için neler yapabileceğim hakkında bilgi” (3,89±0,38), “Meme kanseri olan yakınımın bana nasıl destek olabileceğim hakkında bilgi” (3,89±0,40) ve “Yakınımın hastalığı ile ilgili endişelerimle baş etmem için bana destek olunması”dır (3,87±0,47). Diğer yandan en az önemli olduğunu ifade ettikleri üç gereksinim ise sırasıyla “Bana destek olabilecek bir gruba katılmam (3,05±1,10)”, “Kendi kendine meme muayenesi yapmamın bana hatırlatılması (posta ya da telefon ile) (3,08±1,21)” ve “Meme kanseri tanısı yeni konmuş kadınların neler hissedebilecekleri hakkında bilgidir (örn; korku, öfke, depresyon vs.) (3,27±1,08). Katılımcıların en yüksek düzeyde karşılandığını belirttiği bilgi ve destek gereksinimleri sırası ile “Mamografi taraması (meme filmi) hakkında

bilgi (örn; ne sıklıkta yapmalıyım) (2,42±1,38)”, “Kendi kendine meme muayenesi konusunda bilgi verilmesi ve nasıl yapıldığının gösterilmesi (2,38±1,35)” ve “Meme kanserinin tedavisi hakkında bilgi (örn; cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, hormon tedavisi, yan etkileri vs.)”dir (2,24±1,21). Diğer yandan en az düzeyde karşılandığını ifade ettikleri üç gereksinim ise sırasıyla “Kendi kendine meme muayenemi yapmamın bana hatırlatılması (posta ya da telefon ile)” (1,03±0,25), “Mamografi (meme filmi) randevularımın bana hatırlatılması (posta ya da telefon ile)” (1,03±0,29) ve “Bana destek olabilecek bir gruba katılmam”dır (1,04±0,29) (Tablo 4-2-1).

Tablo 4-2-1’deki bulgulara göre katılımcıların bilgi ve destek gereksinimlerinin önemine ilişkin verdikleri yanıtların madde puan ortalamaları 3,89±0,38 ile 3,05±1,10 arasında değişmekteyken, gereksinimlerinin karşılanma düzeylerinde ise 2,42±1,38 ile 1,03±0,25 arasında değişmektedir. Ayrıca bilgi ve destek gereksinimlerine ilişkin sunulan 29 maddenin tamamında katılımcıların gereksinimin önemine ilişkin puan ortalamaları, karşılanma düzeyine ilişkin puan ortalamalarından yüksektir (Tablo 4-2-1).

4.2. Hasta Yakınlarının Kadercilik Eğilimine Yönelik Bulgular

Tablo 4-3-1’te kadercilik eğilimi ölçeğinden alınabilecek ve katılımcıların almış olduğu en düşük-en yüksek puanlar ile puan ortalaması ve standart sapma değerleri yer almaktadır.

Tablo 4-3-1: Hasta yakınlarının kadercilik eğilimi ölçeği ve alt boyutların puan ortalaması ve standart sapması (N=400)

Alt Boyutlar	Alınabilecek puan aralığı	Alınan puan aralığı	Ort±SS
Kadercilik Eğilimi	24-120	36-94	68,18±10,72
Önceden Belirlenmişlik	8-40	8-40	31,18± 5,24
Kişisel Kontrol	6-30	6-26	14,75± 2,92
Batıl İnanç	6-30	6-28	11,37±3,66
Şans	4-20	4-17	10,88±2,50

Katılımcıların ölçekten elde ettiği puanlar 36-94 arasında değişmekte olup ortalama 68,18±10,72’dir. Ölçekten alınan alt boyut puan ortalamaları; Önceden Belirlenmişlik Alt Boyutu 31,18±5,24, Kişisel Kontrol Alt Boyutu 14,75± 2,92, Batıl İnanç Alt Boyutu 11,37±3,66 ve Şans Alt Boyutu için 10,88±2,50 olarak belirlenmiştir (Tablo 4-3-1).

4.4. Hasta Yakınlarının Bilgi-Destek Gereksinimleri ve Kadercilik Eğiliminin Sosyo-demografik ve Meme Kanserine İlişkin Özelliklerine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Bu bölümde hasta yakınlarının bilgi ve destek gereksinimleri ve kadercilik eğilimi ölçeğinden elde ettiği puan ortalamalarının sosyo-demografik ve meme kanseri özelliklerine göre karşılaştırılmasından elde edilen bulgular yer almaktadır.

Tablo 4-4-1’de katılımcıların Bilgi ve Destek Gereksinimi Ölçeği’nden elde ettiği puan ortalamalarının sosyo-demografik ve meme kanserine ilişkin özelliklerine göre karşılaştırılmasından elde edilen sonuçlara yer verilmektedir.



Tablo 4-4-1: Hasta yakınlarının bilgi-destek gereksinimleri ölçeği puan ortalamalarının sosyo-demografik ve meme kanseri özelliklerine göre karşılaştırılması

		Gereksinimin Önemi		Gereksinimin Karşılama Düzeyi
		n	Ort±Ss	Ort±Ss
Yaş Grubu	≤30 yaş ^a	96	3,65±,49	1,62±,57
	31-40 yaş arası ^b	99	3,75±,42	1,55±,51
	41-50 yaş arası ^c	98	3,70±,45	1,46±,54
	≥ 51 yaş ^d	107	3,53±,51	1,41±,56
		<i>test ve anlamlılık</i>	F=4,168 p=,006** b>d	F=2,964 p=,032* a>d
Medeni Durum	Bekar	96	3,65±,46	1,63±,60
	Evlili	304	3,66±,48	1,47±,53
		<i>test ve anlamlılık</i>	t=-,094 p=,925	t=2,480 p=,014*
Mesleki Durum	İşçi ^a	21	3,78±,37	1,88±,53
	Memur ^b	22	3,81±,40	1,89±,60
	Serbest meslek ^c	48	3,72±,53	1,62±,59
	Emekli ^d	12	3,45±,65	1,40±,57
	Ev hanımı ^e	273	3,62±,48	1,42±,50
	Öğrenci ^f	24	3,75±,49	1,72±,64
		<i>test ve anlamlılık</i>	KW=12,395 p=,030* b>e (adj. p=,071)	KW=33,100 p<,001*** a,b>e (adj. p≤,003)
Eğitim Durumu	Okur yazar ^a	29	3,24±,62	1,15±,32
	İlkokul ^b	170	3,60±,51	1,35±,47
	Ortaokul ^c	34	3,79±,30	1,59±,55
	Lise ^d	92	3,71±,40	1,59±,54
	Lisans ve üzeri ^e	75	3,90±,39	1,86±,58
		<i>test ve anlamlılık</i>	KW=30,954 p<,001*** b,c,d,e>a; e>b (adj. p≤,014)	KW=64,470 p<,001*** c,d,e>a; d,e>b; e>d (adj. p≤,032)
Gelir Düzeyi Algısı	Geliri fazla ^a	59	3,79±,38	1,86±,58
	Denk ^b	292	3,67±,46	1,47±,54
	Gideri fazla ^c	49	3,39±,59	1,32±,39
		<i>test ve anlamlılık</i>	F=10,231 p<,001*** a,b>c	F=17,039 p<,001*** a>b,c

*p<,05; **p<,01; ***p<,001; adj. p= Bonferroni düzeltilmeli anlamlılık

F= Tek yönlü varyans analizi (ANOVA), t= bağımsız gruplarda t-testi, KW= Kruskal Wallis, z= Mann Whitney U

Tablo 4-4-1: Hasta yakınlarının bilgi-destek gereksinimleri ölçeği puan ortalamalarının sosyo-demografik ve meme kanseri özelliklerine göre karşılaştırılması (devamı)

		n	Gereksinimin Önemi	
			Ort±Ss	Gereksinimin Karşılama Düzeyi Ort±Ss
Meme Kanseri Yakın Sayısı	Bir kişi	380	3,65±,48	1,49±,53
	Birden fazla kişi	20	3,72±,45	
		<i>test ve anlamlılık</i>	<i>z=,255 p=,799</i>	<i>z=2,984 p=,003**</i>
Tanı Zamanı	≤ 6 ay	131	3,65±,46	1,46±,51
	7-12 ay	93	3,69±,46	1,48±,55
	≥ 13 ay	176	3,64±,50	1,57±,58
		<i>test ve anlamlılık</i>	<i>F=,307 p=,736</i>	<i>F=1,662 p=,191</i>
Meme Kanseri Eğitimi Alma	Evet	236	3,80±,35	1,86±,46
	Hayır	164	3,45±,56	1,01±,08
		<i>test ve anlamlılık</i>	<i>t=6,662 p<,001***</i>	<i>t=27,606 p<,001***</i>
Alınan Eğitim Türü (n=236)	Yazılı/görsel kaynaklar ^a	128	3,79±,35	1,72±,31
	Sağlık çalışanları ^b	34	3,66±,51	1,57±,40
	Her ikisi birlikte ^c	74	3,87±,23	2,22±,49
		<i>test ve anlamlılık</i>	<i>F=4,074 p=,018* c>b</i>	<i>F=49,148 p<,001*** c>a,b</i>
Bilgi Almak İsteme	Evet	313	3,75±,39	1,64±,55
	Hayır	87	3,32±,61	1,05±,22
		<i>test ve anlamlılık</i>	<i>t=6,125 p<,001***</i>	<i>t=15,158 p<,001***</i>
KKMM yapma	Hayır	100	3,36±,59	1,17±,36
	Evet	300	3,75±,39	1,62±,55
		<i>test ve anlamlılık</i>	<i>t=-6,186 p<,001***</i>	<i>t=-9,151 p<,001***</i>
Mamografi /Ultrason Çektirme	Hayır	213	3,58±,53	1,38±,48
	Evet	187	3,74±,39	1,66±,59
		<i>test ve anlamlılık</i>	<i>t=-3,302 p=,001**</i>	<i>t=-5,156 p<,001***</i>

*p<,05; **p<,01; ***p<,001; adj. p= Bonferroni düzeltmeli anlamlılık

F= Tek yönlü varyans analizi (ANOVA), t= bağımsız gruplarda t-testi, KW= Kruskal Wallis, z= Mann Whitney U

Katılımcıların yaş grubuna göre bilgi-destek gereksinimlerine verdikleri önem ve karşılanma durumu karşılaştırıldığında gruplar arasında gereksinimin önemi boyutunda ileri derecede anlamlı fark olduğu ($p<,01$) ve bu farkın 31-40 yaş arasındakilerin 51 yaş ve üzerindekiilerden yüksek puan almasından kaynaklandığı belirlenmiştir. Ayrıca gereksinimin karşılanma düzeyinde gruplar arasında istatistiksel açıdan fark olduğu ($p<,05$), 51 yaş ve üzerindeki katılımcıların puan ortalamasının 30 yaş ve altındakilerden düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 4-4-1).

Katılımcıların medeni durumlarına göre bilgi-destek gereksinimlerine verdikleri önem ve karşılanma durumu karşılaştırıldığında sadece gereksinimin karşılanma düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<,05$) ve bekarların puan ortalamasının evlilerden yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4-4-1).

Katılımcıların mesleki durumlarına göre bilgi-destek gereksinimlerine verdikleri önem ve karşılanma durumu karşılaştırıldığında gereksinimin önemi açısından istatistiksel olarak anlamlı ($p<,05$), gereksinimin karşılanma düzeyi açısından ise ileri derecede anlamlı ($p<,001$) fark olduğu saptanmıştır. Yapılan ileri analizlerde gruplar arasındaki farkların ev hanımı olan katılımcıların, gereksinimin önemi boyutunda memurlardan, gereksinimin karşılanması boyutunda ise hem memur hem de işçilerden düşük puan almasından kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 4-4-1).

Katılımcıların eğitim durumlarına göre bilgi-destek gereksinimlerine verdikleri önem ve karşılanma durumu karşılaştırıldığında her iki boyutta da gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu ($p<,05$) ve bu farkın gereksinimlerin önemi boyutunda sadece okuryazar olanların diğer katılımcılardan düşük puan almasının yanında ilkokul mezunlarının da lisans ve üzerinde eğitim alanlardan daha düşük puan almasından kaynaklandığı; gereksinimin karşılanma düzeyinde ise eğitim düzeyi arttıkça gereksinimin karşılanma düzeyinin de arttığı ve sadece okuryazar olanların ilkokul mezunları hariç diğer tüm gruplardan, ilkokul mezunlarının lise ve lisans ve üstü mezunlardan, lise mezunlarında lisans ve üzeri mezunlardan düşük puan aldığı saptanmıştır (Tablo 4-4-1).

Katılımcıların gelir düzeyi algılarına göre bilgi-destek gereksinimlerine verdikleri önem ve karşılanma durumu karşılaştırıldığında her iki boyutta da gruplar arasında istatistiksel açıdan çok ileri derecede anlamlı fark olduğu ($p<,001$) ve bu farkın gereksinimin önemi boyutunda giderleri gelirlerinden fazla olan katılımcıların diğer iki

gruptan düşük puan almasından, gereksinimin karşılanması boyutunda ise geliri giderinden fazla olan grubun diğer iki gruptan yüksek puan ortalamasına sahip olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 4-4-1).

Katılımcıların meme kanserli yakın sayısına göre bilgi-destek gereksinimlerine verdikleri önem ve karşılanma durumu karşılaştırıldığında birden fazla yakınına kanser tanısı konmuş olan katılımcıların bilgi-destek gereksiniminin karşılanma düzeyi boyutundan elde ettiği puan ortalamasının sadece bir yakınında meme kanseri olan katılımcılardan yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu ($p<,01$) bulunmuştur (Tablo 4-4-1).

Katılımcıların meme kanserli yakınlarına tanı konma tarihine göre yapılan karşılaştırmada her iki boyutta da gruplar arasında istatistiksel açıdan fark olmadığı ($p>,05$) belirlenmiştir (Tablo 4-4-1).

Katılımcıların meme kanserine ilişkin eğitim alma durumlarına göre bilgi-destek gereksinimlerine verdikleri önem ve karşılanma durumu karşılaştırıldığında hem gereksinimin önemi hem de karşılanma düzeyi açısından gruplar arasında çok ileri derecede anlamlı istatistiksel fark olduğu ve bu farkın her iki boyutta da eğitim almış olanların puan ortalamasının yüksek olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 4-4-1).

Meme kanserine ilişkin eğitim almış olan katılımcıların aldıkları eğitim türüne göre bilgi destek gereksinimlerine verdikleri önem ve karşılanma durumu karşılaştırıldığında gereksinimin önemi boyutunda anlamlı ($p<,05$), gereksinimin karşılanma düzeyi boyutunda ise çok ileri derecede anlamlı ($p<,001$) fark olduğu belirlenmiştir. Yapılan ileri analizde gruplar arasındaki farkın gereksinimin karşılanması boyutunda sadece yazılı/görsel kaynaklardan ya da sadece sağlık çalışanlarından eğitim alanların puan ortalamasının her ikisinden de eğitim almış olanlardan düşük olduğu, gereksinimin önemi boyutunda ise sadece sağlık çalışanlarından eğitim alanların, her iki şekilde de eğitim almış olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-4-1).

Yakınına meme kanseri tanısı konan hasta yakınlarının bu durum nedeniyle bilgi alma isteğinin etkilenmesine göre yapılan karşılaştırmalarda evet yanıtı veren katılımcıların her iki boyutta da hayır yanıtı veren katılımcılardan yüksek puan ortalamasına sahip olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan çok ileri derecede anlamlı ($p<,001$) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-4-1).

Katılımcıların kendi kendine meme muayenesi yapma durumuna göre yapılan karşılaştırmada, kendi kendine meme muayenesi yapan katılımcıların her iki boyutta da yüksek puan ortalamasına sahip olduğu ve gruplar arasındaki farkın çok ileri derecede anlamlı olduğu ($p<,001$) saptanmıştır (Tablo 4-4-1).

Katılımcıların mamografi/ultrason çekirme durumlarına göre yapılan karşılaştırma sonuçlarına göre mamografi/ultrason çekirmiş olanların çekirmemiş olanlardan gereksinimin önemi boyutunda ileri derecede ($p<,01$), gereksinimin karşılanma düzeyi boyutunda ise çok ileri derecede anlamlı farkla yüksek olduğu ($p<,001$) bulunmuştur (Tablo 4-4-1).

Tablo 4-4-2’de katılımcıların Kadercilik Eğilimi Ölçeği’nden elde ettikleri puan ortalamalarının sosyo-demografik değişkenlerine göre karşılaştırılmasından elde edilen bulgular yer almaktadır.

Tablo 4-4-2: Kadercilik eğilimi ölçeği puan ortalamalarının sosyo-demografik ve meme kanserine ilişkin özelliklere göre karşılaştırılması (N=400)

	n	KEÖ_toplam	KEÖ_ÖB	KEÖ_KK	KEÖ_Bİ	KEÖ_Ş
Yaş Grubu						
≤30 yaş ^a	96	64,94±9,73	29,30±4,71	14,20±2,78	11,04±3,63	10,40±2,34
31-40 yaş arası ^b	99	67,12±10,1	31,04±5,14	14,61±2,85	10,70±3,10	10,78±2,46
41-50 yaş arası ^c	98	67,67±9,47	31,43±5,09	14,63±2,76	11,06±3,50	10,55±2,45
≥ 51 yaş ^d	107	72,54±11,88	32,77±5,41	15,50±3,11	12,57±4,07	11,70±2,56
<i>test ve anlamlılık</i>		F=9,842 p<,001*** d>a,b,c	F=7,915 p<,001*** c,d>a	F=3,686 p=,012* d>a	F=5,619 p=,001** d>a,b,c	F=5,862 p=,001** d>a,b,c
Medeni Durum						
Bekar	96	63,74±10,53	28,02±5,09	14,20±3,04	11,04±4,33	10,48±2,66
Evli	304	69,59±10,41	32,18±4,88	14,93±2,86	11,47±3,43	11,00±2,44
<i>test ve anlamlılık</i>		t=-4,784 p<,001***	t=-7,206 p<,001***	t=-2,148 p=,032*	t=-,893 p=,373	t=-1,794 p=,074
Mesleki Durum						
İşçi	21	61,86±9,89	28,05±5,14	13,62±3,71	10,29±4,11	9,90±2,68
Memur	22	59,82±10,61	25,91±5,44	14,14±3,37	10,14±3,75	9,64±3,14
Serbest meslek	48	63,60±9,19	29,31±4,32	13,63±2,42	10,42±3,36	10,25±2,41
Emekli	12	73,75±11,47	30,75±5,28	10,08±3,18	13,58±5,73	13,33±2,64
Öğrenci	24	63,83± 10,76	27,83± 4,40	13,79± 2,83	11,83± 4,57	10,38± 2,70
Ev hanımı	273	70,29±10,15	32,49±4,87	15,11±2,80	11,58±3,42	11,10±2,32
<i>test ve anlamlılık</i>		KW=-1,871 p=,061	KW=-2,338 p=,019*	KW=-2,268 p=,023*	KW=,319 p=,750	KW=-1,644 p=,100
Eğitim Durumu						
Okuryazar	29 ^a	76,31±9,52	34,79±4,13	15,62±2,44	13,86±3,79	12,03±2,23
İlkokul	170 ^b	71,79±9,88	33,19±4,90	15,39±3,04	11,89±3,39	11,32±2,25
Ortaokul	34 ^c	67,74±8,79	31,38±3,76	14,62±2,89	11,15±3,33	10,59±2,43
Lise	92 ^d	65,00±8,96	29,54±4,37	14,04±2,44	10,76±3,33	10,65±2,62
Lisans ve üzeri	75 ^e	60,96±10,37	27,15±4,74	13,91±2,96	10,08±4,11	9,83±2,65
<i>test ve anlamlılık</i>		KW=82,691 p<,001*** a>c,d,e; b>d,e; c>e (adj. p≤,040)	KW=99,493 p<,001*** a>c,d,e; b>d,e; c>e (adj. p≤,029)	KW=29,791 p<,001*** a,b>d,e (adj. p≤,034)	KW=35,020 p<,001*** a,b>e; a>d (adj. p≤,001)	KW=26,745 p<,001*** a,b>e; a>d (adj. p≤,050)

*p<,05; **p<,01; ***p<,001; adj. p= Bonferroni düzeltmeli anlamlılık

F= Tek yönlü varyans analizi (ANOVA), t= bağımsız gruplarda t-testi, KW= Kruskal Wallis, z= Mann Whitney U

KEÖ= Kadercilik Eğilimi Ölçeği; ÖB= Önceden Belirlenmişlik Alt Boyutu; KK= Kişisel Kontrol Alt Boyutu; Bİ= Batıl İnanç Alt Boyutu; Ş=Şans Alt Boyutu

Tablo 4-4-2: Kadercilik eğilimi ölçeği puan ortalamalarının sosyo-demografik ve meme kanserine ilişkin özelliklere göre karşılaştırılması (N=400) (devamı)

	n	KEÖ_toplam	KEÖ_ÖB	KEÖ_KK	KEÖ_Bİ	KEÖ_Ş
Gelir Düzeyi						
Algısı						
Geliri fazla ^a	59	59,71±8,74	27,66±4,27	12,98±2,11	9,54±3,30	9,53±2,23
Denk ^b	292	69,21±10,35	31,90±4,93	14,64±2,75	11,38±3,45	11,08±2,42
Gideri fazla ^c	49	72,29±10,07	31,12±6,32	16,37±3,56	13,49±4,17	11,31±2,78
<i>test ve anlamlılık</i>		F=26,299 p<,001*** b,c>a	F=17,444 p<,001*** b,c>a	F=20,309 p<,001*** c>b>a	F=16,775 p<,001*** c>b>a	F=10,777 p<,001*** c,b>a
Meme Kanserli						
Yakın Sayısı						
Bir kişi	380	68,44±10,46	31,35±5,12	14,85±2,85	11,32±3,57	10,92±2,47
Birden fazla	20	63,20±14,19	28,00±6,37	12,85±3,56	12,25±5,19	10,10±2,97
<i>test ve anlamlılık</i>		z=-1,871 p=,061	z=-2,338 p=,019*	z=-2,268 p=,023*	z=,319 p=,750	z=-1,644 p=,100
Tanı Zamanı						
≤ 6 ay ^a	131	67,44±10,51	30,38±4,99	14,89±3,03	11,60±4,04	10,56±2,62
7-12 ay ^b	93	69,54±10,13	32,19±4,65	14,89±2,80	11,39±3,33	11,06±2,43
≥ 13 ay ^c	176	68,02±11,16	31,24±5,62	14,57±2,89	11,19±3,54	11,02±2,44
<i>test ve anlamlılık</i>		F=1,081 p=,340	F=3,315 p=,037* b>a	F=,589 p=,555	F=,483 p=,617	F=1,611 p=,201
Meme Kanseri						
Eğitimi Alma						
Evet	236	64,11±9,98	29,37±4,96	13,92±2,55	10,42±3,57	10,40±2,54
Hayır	164	74,04±8,89	33,79±4,48	15,95±2,99	12,73±3,36	11,57±2,28
<i>test ve anlamlılık</i>		t=-10,431 p<,001***	t=-9,101 p<,001***	t=-7,290 p<,001***	t=-6,510 p<,001***	t=-4,714 p<,001***
Alınan Eğitim Türü						
(n=236)						
Yazılı/görsel						
kaynaklar ^a	128	65,77±8,89	29,95±4,48	14,18±2,39	10,75±3,53	10,90±2,59
Sağlık çalışanları ^b	34	70,29±9,01	31,91±5,99	15,26±2,53	12,26±3,54	10,85±2,38
Her ikisi birlikte ^c	74	58,41±9,55	27,22±4,44	13,92±2,55	10,42±3,57	9,32±2,22
<i>test ve anlamlılık</i>		F=24,440 p<,001*** b>a>c	F=13,624 p<,001*** a,b>c	F=13,102 p<,001*** a,b>c	F=11,824 p<,001*** a,b>c	F=10,395 p<,001*** a,b>c
Bilgi Almak						
İsteme						
Evet	313	65,99±10,44	30,02±5,05	14,47±2,91	10,96±3,75	10,54±2,51
Hayır	87	76,06±7,57	35,36±3,51	15,76±2,72	12,84±2,92	12,10±2,07
<i>test ve anlamlılık</i>		t=-10,030 p<,001***	t=-11,301 p<,001***	t=-3,697 p<,001***	t=-4,966 p<,001***	t=-5,941 p<,001***

*p<,05; **p<,01; ***p<,001; adj. p= Bonferroni düzeltilmeli anlamlılık

F= Tek yönlü varyans analizi (ANOVA), t= bağımsız gruplarda t-testi, KW= Kruskal Wallis, z= Mann Whitney U

KEÖ= Kadercilik Eğilimi Ölçeği; ÖB= Önceden Belirlenmişlik Alt Boyutu; KK= Kişisel Kontrol Alt Boyutu; Bİ= Batıl İnanç Alt Boyutu; Ş= Şans Alt Boyutu

Tablo 4-4-2: Kadercilik eğilimi ölçeği puan ortalamalarının sosyo-demografik ve meme kanserine ilişkin özelliklere göre karşılaştırılması (N=400) (devamı)

	n	KEÖ_toplam	KEÖ_ÖB	KEÖ_KK	KEÖ_Bİ	KEÖ_Ş
KKMM Yapma						
Hayır	100	75,04±8,47	33,99±4,78	15,89±2,88	13,22±3,26	11,94±2,08
Evet	300	65,90±10,42	30,25±5,05	14,37±2,83	10,75±3,59	10,52±2,53
		<i>test ve anlamlılık</i>	t=8,798	t=6,503	t=4,619	t=5,566
			p<,001***	p<,001***	p<,001***	p<,001***
Mamografi/Ultrason						
Çektirme						
Hayır	213	70,91±9,42	32,19±4,81	15,09±2,79	12,27±3,73	11,36±2,26
Evet	187	65,08±11,28	30,04±5,48	14,37±3,02	10,35±3,32	10,33±2,65
		<i>test ve anlamlılık</i>	t=5,563	t=4,181	t=2,481	t=5,412
			p<,001***	p<,001***	p=,014*	p<,001***

*p<,05; **p<,01; ***p<,001; adj. p= Bonferroni düzeltmeli anlamlılık

F= Tek yönlü varyans analizi (ANOVA), t= bağımsız gruplarda t-testi, KW= Kruskal Wallis, z= Mann Whitney U

KEÖ= Kadercilik Eğilimi Ölçeği; ÖB= Önceden Belirlenmişlik Alt Boyutu; KK= Kişisel Kontrol Alt Boyutu; Bİ= Batıl İnanç Alt Boyutu; Ş=Şans Alt Boyutu

Tablo 4-4-2'deki bulgulara göre katılımcıların yaş gruplarına göre yapılan karşılaştırmalarda ölçek toplamında gruplar arasında çok ileri derecede anlamlı fark olduğu ($p<,001$) ve bu farkın 51 yaş ve üzerindeki diğer gruplardan yüksek puan ortalamasına sahip olmasından kaynaklandığı saptanmıştır. Ayrıca ölçeğin tüm alt boyutları arasındaki puan ortalaması farklarının anlamlı olduğu ($p<,05$) belirlenmiştir (Tablo 4-4-2).

Katılımcıların medeni durumlarına göre yapılan karşılaştırmalarda ölçek toplamı ve tüm alt boyutlarda evli olanların daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu ve gruplar arasındaki farkların ölçek toplamı, önceden belirlenmişlik ve kişisel kontrol alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı iken ($p<,001$; $p<,05$), batıl inanç ve şans alt boyutlarında anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>,05$; Tablo 4-4-2).

Katılımcıların mesleki durumlarına göre yapılan karşılaştırmalarda ölçek toplamında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı ($p>,05$) ancak önceden belirlenmişlik ve kişisel kontrol alt boyutlarında anlamlı olduğu ($p<,05$) saptanmıştır (Tablo 4-4-2).

Katılımcıların eğitim durumlarına göre yapılan karşılaştırmalarda ölçek toplamında ve tüm alt boyutlarda gruplar arasında çok ileri derecede anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<,001$). Gruplar arasındaki farkların düşük eğitim seviyesindekilerin daha yüksek eğitim seviyelerindekilere göre daha yüksek puan ortalamasına sahip olmasından kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo 4-4-2).

Gđir düzeyine göre yapılan karşılaştırmalarda gruplar arasında hem ölçek toplamı hem de alt boyutlarda çok ileri derecede anlamlı fark olduğu ($p<,001$) ve gruplar arasındaki farkların ölçek toplamında geliri giderine denk ya da az olanların, geliri giderinden fazla olanlardan yüksek olmasından kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo 4-4-2).

Katılımcıların meme kanseri tanısı alan yakın sayılarına göre yapılan karşılaştırmalarda ölçek toplamında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı ($p>,05$) ancak önceden belirlenmişlik ve kişisel kontrol alt boyutlarında anlamlı fark olduğu ($p<,05$) saptanmıştır. Sadece bir yakını tanı almış olan katılımcıların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-4-2).

Katılımcıların yakınlarına meme kanseri tanısı konma zamanına göre yapılan karşılaştırmada sadece önceden belirlenmişlik alt boyutunda fark olduğu ve gruplar arasındaki farkın 7-12 ay önce tanı konan hasta yakınlarının puan ortalamasının 6 ay ve daha kısa süre önce tanı konanlardan yüksek olmasından kaynaklandığı ($p<,05$) belirlenmiştir (Tablo 4-4-2).

Katılımcıların meme kanseri ile ilgili eğitim alma durumlarına göre yapılan karşılaştırmalarda eğitim almamış olanların ölçek puan ortalamasının hem ölçek toplamında hem de alt boyutlarda eğitim almış olan katılımcılardan istatistiksel açıdan çok önemli farkla yüksek olduğu ($p<,001$) bulunmuştur (Tablo 4-4-2).

Meme kanserine ilişkin eğitim aldığını ifade eden 236 katılımcının aldığı eğitimin türüne göre yapılan karşılaştırmada gruplar arasında istatistiksel açıdan çok ileri derecede anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<,001$). Ölçek toplamındaki farkın tüm gruplarda olduğu, sadece sağlık çalışanlarından eğitim almış olanların en yüksek puan ortalamasını aldığı saptanmıştır. Alt boyutlarda ise sadece yazılı/görsel kaynaklardan eğitim alanların ya da sadece sağlık çalışanlarından eğitim alanların puan ortalamaları her ikisinden de eğitim alanlardan yüksektir (Tablo 4-4-2).

Yakınına meme kanseri tanısı konan hasta yakınlarının bu durum nedeniyle bilgi alma isteğinin etkilenmesine göre yapılan karşılaştırmalarda hayır yanıtı veren katılımcıların ölçek toplamı ve alt boyutlarında evet yanıtı veren katılımcılardan yüksek puan ortalamasına sahip olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan çok ileri derecede anlamlı ($p<,001$) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-4-2).

Katılımcıların kendi kendine meme muayenesi yapma durumuna göre yapılan karşılaştırmada, kendi kendine muayene yapan katılımcıların ölçek toplamı ve alt boyutlarında düşük puan ortalamasına sahip olduğu ve gruplar arasındaki farkın çok ileri derecede anlamlı olduğu ($p<,001$) saptanmıştır (Tablo 4-4-2).

Katılımcıların mamografi/ultrason çekirme durumlarına göre yapılan karşılaştırma sonuçlarına göre mamografi/ultrason çekirmiş olanların ölçek toplamı ve alt boyutlarında düşük puan ortalamasına sahip olduğu ve gruplar arasındaki farkın çok ileri derecede anlamlı olduğu ($p<,001$) saptanmıştır (Tablo 4-4-2).

4.4. Hasta Yakınlarının Bilgi ve Destek Gereksinimleri ile Kadercilik Eğilimi Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular

Bu bölümde katılımcıların bilgi ve destek gereksinimleri ile kadercilik eğilimi arasındaki ilişkilere yer verilmektedir.

Katılımcıların bilgi ve destek gereksinimleri ile kadercilik eğilimi arasındaki ilişkilerin yönü, gücü ve istatistiksel anlamlılık düzeyi Tablo 4-5-1’de yer almaktadır.

Tablo 4-5-1: Bilgi ve destek gereksinimi ile kadercilik eğilimi arasındaki ilişki (N=400)

		1	2	3	4	5	6	7
1 BDÖ	r	1						
	p							
2 BDK	r	,353**	1					
	p	,000						
3 KE_Top	r	-,343**	-,589**	1				
	p	,000	,000					
4 KE_ÖB	r	-,206**	-,514**	,829**	1			
	p	,000	,000	,000				
5 KE_KK	r	-,316**	-,410**	,611**	,320**	1		
	p	,000	,000	,000	,000			
6 KE_Bİ	r	-,352**	-,382**	,751**	,378**	,373**	1	
	p	,000	,000	,000	,000	,000		
7 KE_Ş	r	-,154**	-,409**	,738**	,531**	,237**	,529**	1
	p	,002	,000	,000	,000	,000	,000	

BDÖ=Bilgi Destek Gereksinimi Önemi; BDK=Bilgi Destek Gereksinimi Karşılanması; KE= Kadercilik Eğilimi; Top=Toplam; ÖB= Önceden Belirlenmişlik Alt Boyutu; KK= Kişisel Kontrol Alt Boyutu; Bİ=Batıl İnanç Alt Boyutu; Ş=Şans Alt Boyutu

Tablo 4-5-1'deki bulgulara göre katılımcıların bilgi ve destek gereksinimlerinin önemine ilişkin puan ortalamaları ile kadercilik eğilimi ölçeğinden elde ettiği puan ortalaması arasında negatif yönlü, zayıf güçte ve çok ileri derecede anlamlı ilişki ($r=-343$; $p<,001$) bulunmuştur, gereksinimlerin karşılanma düzeyi ile ilişki negatif yönlü, orta güçte ve çok ileri derecede anlamlıdır ($r=-589$; $p<,001$).

5. TARTIŞMA

Yakınında meme kanseri olan kadınların öğrenim gereksinimleri ile kadercilik eğilimi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen araştırmada elde edilen bulgular;

- Hasta yakınlarının sosyo-demografik ve meme kanserine ilişkin özellikleri,
- Hasta yakınlarının bilgi ve destek gereksinimleri,
- Hasta yakınlarının kadercilik eğilimleri,
- Hasta yakınlarının bilgi-destek gereksinimlerinin ve kadercilik eğilimlerinin sosyo-demografik özelliklerine göre karşılaştırılması,
- Hasta yakınlarının bilgi ve destek gereksinimleri ile kadercilik eğilimleri arasındaki ilişki olmak üzere dört başlık altında tartışılmıştır.

5.1. Hasta Yakınlarının Sosyo-demografik ve Meme Kanserine İlişkin Özellikleri

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının yaşları 18-73 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 41,28; SS=13,55'tir. Hasta yakınlarının çoğunluğu evli, ev hanımı, ilkokul mezunudur ve gelirleri giderlerine denktir (Tablo 4-1-1). Katılımcıların %95'inin birinci derece yakınlarından yalnızca bir kişiye meme kanseri tanısı konduğu ve tanı konan yakınlarının çoğunlukla anne ya da kardeşi olduğu ve tanı konan kişilerin çoğunluğunun kanser tanısının bir yıldan uzun süre önce konduğu saptanmıştır. Katılımcıların çoğunluğunun meme kanseri ve korunma yollarına ilişkin eğitim aldığı ve bilgi almak amacıyla en sık internetten yararlandığı belirlenmiştir. Katılımcıların çoğunluğu, birinci derece yakınında meme kanseri olmasının konuyla ilgili bilgi alma isteğini etkilediğini ve yılda birkaç kez KKMM yaptıklarını ifade etmişlerdir. Her beş kişiden biri düzenli olarak ayda bir kez KKMM yaptığı ifade ederken, çoğunluğu mamografi ya da meme ultrasonu çektirmediğini belirtmiştir. Bununla birlikte mamografi ya da meme ultrasonu çektirenlerin çoğunluğu 12 ay veya daha fazla sürede hiçbir işlem yaptırmadığını ifade etmiştir (Tablo 4-1-2). Katılımcıların yüksek riskli

grupta yer almasına rağmen bilgi kaynağı olarak interneti kullandıkları, tarama yöntemlerini etkili bir şekilde kullanmadıkları dikkat çekmektedir.

5.2. Hasta Yakınlarının Bilgi ve Destek Gereksinimleri

Araştırmada katılımcıların en önemli olduğunu belirttiği bilgi ve destek gereksinimleri; meme kanseri olan yakınının yaşadığı acıyı azaltmak için neler yapabileceği ve yakınına nasıl destek olabileceği ile ilgili bilgi ve yakınının hastalığı ile ilgili endişelerinde kendisine destek olunması şeklindedir (Tablo 4-2-1). Andıç (2011)'ın aynı ölçek ile yaptığı çalışmada hasta yakınlarının en önemli olduğunu düşündükleri gereksinimler; meme kanseri tedavisi ve nedenleri ile ilgili bilgi, KKMM'nin nasıl yapıldığını öğrenirken bir sağlık personelinin kendisini izlemesi ve doğruluğunu kontrol etmesidir. Aynı ölçeğin orijinalini geliştirip geçerlik güvenirlik çalışmasını yapan Chalmers ve ark. (2003)'nin yaptığı çalışmada katılımcıların, KKMM hakkında bilgi verilmesi, KKMM'nin nasıl yapıldığının gösterilmesi ve konu ile ilgili bilgi sahibi olan bir sağlık profesyonelinin düzenli olarak memelerini muayene etmesinin en önemli olduğunu düşündüğü bulunmuştur. Tunin ve ark. (2010)'nin yine aynı ölçek ile İsrail'deki kadınlar ile yaptığı bir çalışmada kadınların kendileri için mamografi taramasını, KKMM olma riski ve meme kanseri nedenleri ile ilgili bilgi almayı en önemli olarak gördüğü belirlenmiştir. Araştırmada hasta yakınlarının bilgi ve destek gereksinimleri önem sıralaması diğer çalışmalara göre farklılık göstermektedir. Genellikle diğer çalışmalarda kadınların en önemli buldukları konular; korunma, erken tanı ve uygulamaları, meme kanseri tedavisine ilişkin bilgidir. Ancak araştırmada riskli grupta olan hasta yakınlarının daha çok meme kanseri olan yakınının üzüntüsünü nasıl azaltabileceği ve ona nasıl destek olabileceği, yakınının hastalığı ile ilgili endişelerinde kendisinin nasıl başedebileceği hakkındaki konulara önem verdikleri görülmektedir. Chalmers ve ark. (2003)'nin çalışmasında katılımcıların meme kanseri olan yakınının yaşadığı acıyı azaltmak için neler yapabileceği ve yakınına nasıl destek olabileceği ile ilgili bilgi, yakınının hastalığı ile ilgili endişelerinde kendisine destek olunması gereksinimini az önemli olarak buldukları ve yeterince karşılanmadığı saptanmıştır. Bu sonuç, acının değişik kültürlerde farklı yorumlanması ve yaşanmasına bağlı olarak kültürel farklılıklara bağlanabilir. Araştırmada katılımcıların önem verdikleri konuların karşılanma durumu incelendiğinde, yakınının hastalığı ile ilgili kendi endişeleriyle baş etme konusunda kendisine hiç destek olunmadığını ($1,10 \pm 0,43$), yakınının yaşadığı üzüntüyü azaltmak için neler yapabileceği ($1,33 \pm 0,65$) ve yakınına nasıl destek

olabileceği (1,34±0,69) hakkında hiç bilgilendirilmediklerini ifade ettikleri görülmüştür. Bu sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde hasta yakınlarının en çok önem verdikleri konuların yeterince karşılanmadığı görülmektedir. Andıç (2011)'ın çalışmasında bu konulara önem verildiği halde yeterince karşılanmadığı tespit edilmiştir. Bu sonuçlar hasta yakınlarının psikolojik destek gereksinimlerinin yeterince karşılanmadığını göstermektedir.

Araştırmada hasta yakınlarının en fazla karşılandığı bilgi ve destek gereksinimleri; mamografi taraması, KKMM hakkında bilgi verilmesi ve uygulananın gösterilmesi, meme kanseri tedavisi ile ilgili bilgilendirme. En az karşılandığı belirtilen gereksinimler ise; kendisine destek olacak bir gruba katılmak, mamografi ve KKMM randevularının hatırlatılmasıdır (Tablo 4-2-1). Chalmers ve ark. (2003) çalışmasında en çok karşılandığını belirttiği konular; KKMM hakkında bilgi verilmesi ve KMMM yapılışının gösterilmesi, mamografi taraması ile ilgili bilgi verilmesidir. Tunin ve ark. (2010), çalışmaya katılan kadınlarda mamografi taraması ve meme kanseri olma riski ile ilgili bilgilendirilmelerin tamamen karşılanmış olduğunu saptamıştır. Aynı çalışmada katılımcıların kızlarının meme kanseri olma riskleri ve çocuklarının meme kanseri olma riskleri hakkında nasıl konuşacağı ile ilgili bilgilendirmelerin hiç yapılmadığı, bir destek grubuna katılmadığı, KKMM yapmasının kendisine hatırlatılmadığı belirlenmiştir. Araştırmanın sonuçları bu çalışmalar ile kıyaslandığında en fazla ve en az karşılanan bilgi-destek gereksinimleri sıralamalarının genellikle araştırma ile benzer olduğu görülmüştür. Araştırmada tarama, tanı ve tedavi ile ilgili bilgilendirilmelerin daha fazla olduğu; ancak mamografi ve KKMM randevu hatırlatmalarının, destek gruplarına katılımın en az karşılananlar arasında olduğu görülmektedir. Araştırmada hasta yakınları, destek gruplarına katılımı en az önemli olarak görmektedir. Araştırmada hasta yakınlarının hastalıkla ilgili endişelerinde kendisine destek olunması ve yakınına destek olmayı istedikleri halde destek gruplarına katılmayı önemsememektedir. Bu sonuç hasta yakınlarının destek grupları hakkında bilgilendirme gereksinimlerinin olduğunu düşündürmektedir. Erken tanı yöntemi randevularının hatırlatılması gereksiniminin karşılanmaması, buna yönelik sistemin olmamasından ya da katılımcıların bu gereksinime verdikleri önemin daha az olmasından kaynaklanabilir.

Schmid-Büchi ve ark. (2011) hasta yakınının hasta ile birlikte zor bir süreçten geçtiğini, bilgi ve destek gereksinimlerinin değerlendirilerek eğitim ve danışmanlık verilmesinin oldukça önemli olduğunu vurgulamaktadır. Hasta yakınlarının bilgi-destek gereksinimlerine verdikleri önem ve karşılanma durumları genel olarak değerlendirildiğinde gereksinimin önemine ilişkin puan ortalamalarının, karşılanma düzeyine ilişkin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir (Tablo 4-2-1). Bu sonuç hasta yakınlarının bilgi ve destek gereksinimlerinin verdikleri önem düzeyinde karşılanmadığını göstermektedir.

5.3. Hasta Yakınlarının Kadercilik Eğilimi

Hasta yakınlarının kadercilik eğilimi incelendiğinde ölçekten en düşük 24, en yüksek 120 puan alınabileceği dikkate alındığında puan ortalamasının (68,18±10,72) ortanın üzerinde olduğu görülmektedir, katılımcıların kadercilik eğiliminin ortanın üzerinde olduğu söylenebilir. Önceden belirlenmişlik alt boyutundan en düşük 8, en yüksek 40 puan alınabileceği dikkate alındığında puan ortalamasının (31,18±5,24) ortanın üzerinde olduğu; kişisel kontrol ve batıl inanç alt boyutlarından en düşük 6, en yüksek 30 puan alınabileceği dikkate alındığında puan ortalamalarının kişisel kontrolde (14,75±2,92) ve batıl inançta (11,37±3,66) ortanın üzerinde olduğu; şans alt boyutundan en düşük 4, en yüksek 20 puan alınabileceği dikkate alındığında puan ortalamasının (10,88±2,50) bu boyutta da ortanın üzerinde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-3-1). Çarkoğlu ve Kalaycıoğlu (2009) Türkiye’de yaptığı bir çalışmada araştırmaya katılanların %50’si hayatının gidişatını değiştirebilmek için çok az şey yapabileceği görüşüne katılırken, % 18’i bu konuda kararsız kalmış, sadece %28’i değiştirebileceği düşüncesine inanmıştır. Çalışmanın sonuçları Çarkoğlu ve Kalaycıoğlu (2009)’nun çalışmasının sonuçları ile benzerdir. Ayrıca çalışmalara göre kadınlarda çevresindeki olay ve durumları kontrol edemeyeceğine inanma eğilimi yüksek ve erkeklere oranla kişisel kontrolleri düşüktür (Orhan, 2017; Espiritu Olmos ve Sastre-Castillo 2015). Benzer olarak Kaya ve Bozkur (2017)’un 428 üniversite öğrencisi ile yaptığı bir çalışmada kadınların erkeklere göre daha fazla kadercilik eğilimlerinin olduğu belirlenmiştir. Kadınların batıl inanç durumunun erkeklerden daha fazla olduğu yönünde çalışmalar mevcuttur (Çalışkan ve İltir 2016; Tunçel ve Tayfun 2013). Kadınların erkeklere oranla olay ve durumları şans faktörüne bağlayarak açıklama eğilimleri daha yüksektir (Orhan,2017). Araştırmada kaderciliğin ortalamanın üzerinde çıkması, katılımcıların kadın olmasına bağlanabilir. Bu sonuçlar, katılımcıların sağlık kontrolünün kendinde olmadığı, kendinden daha üstün

bir güç tarafından önceden belirlenmiş ya da amaçlanmış olduğu inancına sahip olduğu (Sharrief ve ark. 2017), sağlık ya da hastalıkta güçsüz olduklarına inandıkları (Ramirez ve Carmona 2018) şeklinde yorumlanabilir. Katılımcıların yüksek riskli grupta olmalarına rağmen bu düşüncelere sahip olması oldukça endişe vericidir ve konuya ilişkin eğitimlerde bu özelliğin dikkate alınması gerektiğini göstermektedir.

5.4. Hasta Yakınlarının Bilgi-destek Gereksinimlerinin ve Kadercilik Eğiliminin Sosyo-demografik Özelliklerine göre Karşılaştırılması

Hasta yakınlarının bilgi-destek gereksinimleri ve kadercilik eğilimi yaşa göre karşılaştırıldığında; araştırmada yaş grupları arasında gereksinimin önemi boyutunda anlamlı fark olduğu ($p<,01$) ve bu farkın 31-40 yaş arasındakilerin 51 yaş ve üzerinde olanlardan yüksek puan almasından kaynaklandığı, 51 yaş ve üzerindeki hasta yakınlarının gereksinimlerinin karşılanma düzeyinin 30 yaş altındakilere göre anlamlı olarak düşük olduğu ($F=4,168$; $p=,006$) belirlenmiştir (Tablo 4-4-1). Ayrıca kadercilik eğilimi açısından yaş grupları arasında anlamlı fark olduğu ($p<,001$) ve bu farkın 51 yaş üzerindeki katılımcıların diğer gruplardan daha fazla puan ortalamasına sahip olduğundan kaynaklandığı bulunmuştur ($F=9,842$ $p<,001$) (Tablo 4-4-2). Powe ve ark. (2006), Afrika kökenli Amerikalı kadınların kanser kaderciliğinin ve kanser bilgi düzeyinin yaş gruplarına göre karşılaştırdığı bir çalışmada yaşı daha fazla olan kadınların daha yüksek kanser kaderciliğine ve daha düşük kanser bilgisine sahip olduğunu belirlemiştir. Leung ve ark. (2017) Hong Kong'da 60 yaş ve üzeri 224 birey ile yaptığı çalışmada, kadınların kanser tarama davranışlarının yetersiz olduğunu ve kaderci inançların artması ile sağlık bilgisi arama davranışının azaldığını tespit etmiştir. Araştırmanın bulguları Powe ve ark. (2006) ve Leung ve ark. (2017)'nin çalışmalarının sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlar, katılımcıların kadercilik eğilimi içinde oldukları bulgusuyla birlikte değerlendirildiğinde 51 yaş üzerindeki grubun gereksinimlerini yeterince önemsememelerini yaşadıkları sağlık sorununun kendinden üstün bir güç tarafından önceden belirlendiği düşüncesi içinde oldukları için gereksinimlere yeterince önem vermediklerine ve bunu karşılamak için isteksiz olmalarına bağlanabilir.

Hasta yakınlarının medeni durumuna göre bilgi-destek gereksinimi ve kadercilik eğilimi karşılaştırıldığında; araştırmada evli ve bekar kadınlar arasında gereksinimlere verdikleri önem boyutunda fark olmadığı, bekar kadınların gereksinimlerin karşılanma

düzeıyі açısından evlııere göre daha yüksek puan ortalamasıyla anlamlı fark yarattığı (t=2,480; p=,014) tespit edilmiştir (Tablo 4-4-1). Ayrıca evlııelerin kadercilik eğilimi ve alt boyutlarında bekarlara göre yüksek puan ortalamasına sahip olduğu ve bu farklılığın kadercilik eğilimi toplam puanı (t=-4,784 p<,001), önceden belirlenmişlik (t=-7,206 p<,001) ve kişisel kontrol (t=-2,148 p=,032) alt boyutlarından daha yüksek puan alınmasından kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 4-4-2). Benzer olarak Orhan (2017) alışmasında evlııı bireylerin bekar olanlara göre daha fazla kadercilik eğilimi gösterdiklerini belirlemiştir. Araştırmanın sonuçları Orhan (2017) alışmasının sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlar evlııı kadınların kadercilik eğilimlerinin yüksek olması nedeniyle bilgi arama davranışında isteksiz olabileceklerini ve bekarlara göre bilgi aramaya yeterince zaman ayıramadıklarını düşündürmektedir.

Hasta yakınlarının mesleki durumlarına göre bilgi-destek gereksinimi ve kadercilik eğilimi karşılaştırıldığında; meslek grupları arasında anlamlı farklılık olduğu, bu farkın ev hanımı olan hasta yakınlarının gereksinimin önemi boyutunda memurlardan, gereksinimin karşılanması boyutunda ise hem memur hem de işçilerden düşük puan almasından kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 4-4-1). Ayrıca ev hanımı olanların diğer gruplara göre önceden belirlenmişlik (KW=-2,338 p=,019) ve kişisel kontrol (KW=-2,268 p=,023) alt boyutlarından anlamlı olarak yüksek puan aldığı görülmüştür (Tablo 4-4-2). Orhan (2017)'ın çalışmasında profesyonel bir mesleğe sahip olan bireylerin kadercilik eğiliminin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca bir iş fikri olan bireylerin daha az kadercilik eğilimine sahip olduğu belirtilmiştir (Orhan, 2017). Bu sonuçlar, ev hanımlarının toplumsal normlardan daha fazla etkilenecek kadercilik eğilimi içinde olabileceğini düşündürmektedir.

Katılımcıların eğitim durumlarına göre bilgi-destek gereksinimi ve kadercilik eğilimi karşılaştırıldığında; bilgi-destek gereksinimine verilen önem ve karşılanma dzeıyі açısından gruplar arasında anlamlı fark olduğu (p<,05) belirlenmiştir. Sadece okuyazar olanların diğer katılımcılardan, ilkokul mezunlarının da lisans ve üzeri eğitim düzeyinde olanlara göre gereksinimlere daha az önem verdiği (KW=30,954 p<,001), eğitim düzeyinin artmasıyla gereksinimin karşılanma durumunun da arttığı (KW=64,470 p<,001) saptanmıştır (Tablo 4-4-1). Ayrıca tüm gruplar arasında kadercilik eğilimi ve alt boyutlarında anlamlı fark olduğu (p<,001) ve bu farkın düşük eğitim düzeyindekilerin daha yüksek eğitim düzeyinde olanlara göre daha fazla puan

almasından kaynaklandığı görülmüştür (Tablo 4-4-2). Orhan (2017), eğitim ile kadercilik eğilimi arasında bir ilişki olduğu ve eğitim düzeyinin artması ile kadercilik eğiliminin azaldığı sonucuna varmıştır. Powe ve ark. (2006), eğitim seviyesi düşük olan bireylerin, kanser kadercilik puanlarının daha yüksek ve meme, serviks kanseri bilgi düzeylerinin daha düşük olduğunu saptamıştır. Niederdeppe ve Levy (2007) çalışmasında, kanser önleme ile ilgili kaderci inançların, daha düşük eğitim düzeyine sahip olan kişiler arasında daha fazla olduğu belirlemiştir. Emanuel ve ark. (2016)'ın kanser kaderciliğinde eğitim farklılıklarını araştırdığı bir çalışmada, düşük eğitim düzeyinin yanlış sağlık bilgisi erişimine ve daha yüksek kanser kaderciliğine neden olduğu belirlenmiştir. Çoğunluğu kadın olan, lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip örneklem grubundan oluşan farklı bir çalışmada, katılımcıların kansere yakalanma konusunda daha fazla endişe duyduğu ve kansere yakalanma ihtimallerinin yüksek olduğunu düşündükleri, aktif olarak kanser hakkında bilgi aradıklarına ulaşılmıştır (Amuta ve ark. 2017). Bu sonuç, eğitim düzeyi yükseldikçe kadercilik eğiliminin azaldığını, dolayısıyla öğrenim gereksinimlerine verilen önemin arttığını ve gereksinimleri karşılayacak davranışlar sergilendiğini göstermektedir ve beklenen bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Katılımcıların gelir düzeyi algılarına göre karşılaştırma yapıldığında; bilgi-destek gereksinimi önem ve karşılanma boyutlarında gelir düzeyi grupları arasında fark olduğu ($p<,001$) ve bu farkın gereksinimin önemi boyutunda giderleri gelirlerinden fazla olan katılımcıların daha düşük puan almasından ($F=10,231$ $p<,001$), gereksinimin karşılanması boyutunda ise geliri giderinden fazla olan grubun diğer gruplardan yüksek puan ortalamasına sahip olmasından ($F=17,039$ $p<,001$) kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 4-4-1). Ayrıca gruplar arasında kadercilik eğilimi ve alt boyutlarında anlamlı fark olduğu ($p<,001$) ve bu farkın kadercilik eğilimi toplam puanının geliri giderine denk ya da az olanların, geliri giderinden fazla olanlara göre yüksek olmasından kaynaklandığı saptanmıştır ($F=26,299$ $p<,001$) (Tablo 4-4-2). Lo ve ark. (2013)'nın çalışmasında sosyoekonomik olarak daha yoksun olan grupta servikal, kolorektal ve meme taramalarına katılımın daha düşük olduğu bulunmuştur. Gelir durumunun az olmasının, sağlık taramalarının yeterli olarak yapılamamasına, destek alınan kurumların maliyetlerinin karşılanamamasına neden olacağı için gelir durumu az olan bireylerin bilgi-desteğe erişimi azalmış ve kadercilik eğiliminin artmış olacağı düşünülmektedir.

Katılımcıların meme kanserli yakın sayısına göre bilgi-destek gereksinimi ve kadercilik eğilimi karşılaştırıldığında; gruplar arasında bilgi-destek gereksinimine verilen önemde farklılık olmadığı, birden fazla yakınına kanser tanısı konan katılımcıların gereksinimin karşılanma durumunun yalnızca bir yakınında meme kanseri olan hasta yakınlarından yüksek olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu ($z=2,984$; $p=,003$) bulunmuştur (Tablo 4-4-1). Ayrıca gruplar arasında önceden belirlenmişlik ($z=-2,338$ $p=,019$) ve kişisel kontrol ($z=-2,268$ $p=,023$) alt boyutlarında anlamlı fark olduğu ($p<,05$) ve sadece bir yakını tanı almış olan katılımcıların bu boyutlarda daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir (Tablo 4-4-2). Birden fazla yakınında kanser olması, hasta yakınlarının bireysel risk algısının artmasına ve bilgi alma davranışlarına daha fazla yönelmesine, dolayısıyla öğrenim gereksinimleri karşılandıkça kanserin önlenebileceğine olan inançlarının artmasına yol açtığı şeklinde yorumlanabilir.

Meme kanseri açısından yüksek risk grubunda bulunan kadınların erken tanı ve tarama yöntemleri hakkında eğitilerek sağlıkla ilgili davranışsal değişimlerin oluşturulması, özellikle bireysel risk algısından dolayı yaşadıkları endişe, korku, çaresizlik, belirsizlik vb. duyguların yönetilmesi için gerekli desteğin sağlanması oldukça önemlidir (Andıç, 2011). Katılımcıların meme kanserine ilişkin eğitim alma durumları bilgi-destek gereksinimi ve kadercilik eğilimine göre karşılaştırıldığında bilgi-destek gereksinimi önemi ve karşılanma düzeyi açısından gruplar arasında anlamlı fark olduğu ($p<,001$) ve bu farkın meme kanseri eğitimi alanların yüksek puan ortalamasına sahip olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 4-4-1). Ayrıca eğitim almamış olan hasta yakınlarının kadercilik eğilimi ve alt boyutlarında eğitim alanlara göre anlamlı fark olduğu ($p<,001$; Tablo 4-4-2) ve puan ortalamasının yüksek olduğu bulunmuştur. Araştırmaya göre, meme kanserine ilişkin eğitim almayanların bilgi-destek gereksinimlerine verdikleri önem ve karşılanma durumu eğitim alanlara göre düşük iken kadercilik eğilimi, eğitim almamış olanlara oranla yüksektir. Meme kanserine ilişkin eğitim almama durumu eğitim programlarının ya da mevcut eğitimlere yönlendirmelerin yetersiz olduğunu düşündürmektedir.

Yakınına meme kanseri tanısı konan hasta yakınlarının meme kanserine ilişkin bilgi alma isteğinin etkilenme durumunun bilgi-destek gereksinimi ve kadercilik eğilimine göre yapılan karşılaştırmalarda; evet yanıtı veren katılımcıların bilgi-destek

gereksinimine verdikleri önem ve karşılanma durumunun hayır yanıtı veren katılımcılara göre daha yüksek olduğu ve gruplar arasında anlamlı fark ($p<,001$) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-4-1). Ayrıca hayır yanıtı veren hasta yakınlarının kadercilik eğilimi ve alt boyutlarında evet yanıtı veren hasta yakınlarından yüksek puan aldığı ve gruplar arasındaki farkın anlamlı ($p<,001$) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-4-2). Miles ve ark. (2008)'in Londra'da 50-70 yaş arası bireylerde yaptığı bir çalışmada yüksek kanser korkusu ile yüksek düzeyde kanser bilgisinden kaçınma arasında pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu çalışmada; kanser korkusu yüksek olan kişiler, hastalığa karşı daha kaderci olma eğiliminde olduğu ve kanserin önlenmesi için daha az şey yaptığı bulunmuştur. Bu sonuç, yakınında meme kanseri olma ve kaderci eğiliminin bilgi alma isteğini etkileyen önemli bir faktör olduğunu göstermektedir.

Meme kanserine ilişkin eğitim almış olan katılımcıların aldıkları eğitim türüne göre bilgi-destek gereksinimi ve kadercilik eğilimi karşılaştırıldığında; sadece yazılı/görsel kaynaklardan ya da sadece sağlık çalışanlarından eğitim alanların bilgi-destek gereksinimlerinin karşılanma durumunun her ikisinden de eğitim almış olanlardan düşük olduğu ($F=4,074$; $p=,018$), sadece sağlık çalışanlarından eğitim alanların, gereksinimlere verdikleri önemin her iki şekilde de eğitim almış olanlardan düşük olduğu ($F=49,148$; $p<,001$) belirlenmiştir (Tablo 4-4-1). Ayrıca kadercilik eğilimi ve alt boyutlarında gruplar arasında anlamlı fark olduğu ($p<,001$), sadece sağlık çalışanından eğitim almış olanların hem yazılı/görsel kaynaklar hem de sağlık çalışanının her ikisinden eğitim alanlara göre daha yüksek kadercilik eğilimi puan ortalamasına sahip olduğu ($F=24,440$; $p<,001$) belirlenmiştir (Tablo 4-4-2). Birden fazla duyu organına hitap eden araç-gereçlerin kullanımı ile zenginleştirilmiş eğitimde öğrenme kolaylaşmakta ve kalıcı hale gelmektedir (Kuşçu, 2017). Bundan dolayı tek bir kaynaktan eğitim alanların bilgi-destek gereksinimlerinin daha az karşılanmış olabilir. Bunun yanı sıra araştırmada yalnızca sağlık çalışanlarından eğitim alanlar en yüksek kadercilik eğilimi puan ortalamasına sahiptir. Bu durum sağlık çalışanlarının (hekim, hemşire) verdiği eğitimin yetersiz ve etkin olmamasından kaynaklanabilir.

Erken teşhis, meme kanseri mortalitesini azalttığı için meme kanseri açısından riskli grupta bulunan kadınların tarama yöntemlerini ihmal etmemeleri gerekmektedir (Monticciolo ve ark. 2018). Araştırmada düzenli olarak KKMM yapan ve mamografi/ ultrason çektiren hasta yakınlarının, bilgi-destek gereksinimine verilen önem

ve karşılanma boyutunda muayene yapmayan ve yaptırmeyenlere göre yüksek puan ortalamasına sahip olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4-4-1). Ayrıca KKMM yapan ve mamografi yaptıran katılımcıların kadercilik eğilimi ve alt boyutlarında düşük puan ortalamasına sahip olduğu ve gruplar arası farkın anlamlı çıktığı bulunmuştur (Tablo 4-4-2). Monteros ve Gallo (2011) yaptığı sistematik derlemede çalışmalarının çoğunda (%64) kanser kaderciliği ile kanser tarama hizmetlerinin kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu tespit etmiştir. Jun ve Oh (2013)'un kanser kaderciliği ve kolon kanseri taraması üzerine yaptığı bir çalışmada Asyalılarda sigmoidoskopi, kolonoskopi vb. kolon kanseri tarama uygulamalarına katılanların sayısının düşük olduğu, bu kişilerin kolon kanserine yakalanma olasılığını azaltmak için yapabilecekleri fazla bir şeyin olmadığı gibi kötümser algılara sahip olduğu saptanmıştır. Çalışmada ele alınan bu grupta kadercilik ile tarama davranışları arasında anlamlı ilişki çıkmıştır (Jun ve Oh 2013). Polek ve Hardie (2016), Asya kökenli Amerikanlarda kanser teşhisi konmuş bir aile üyesine sahip olma ile kaderci inançlara sahip olma arasındaki ilişkiye baktığı bir çalışmada kaderciliği; tarama oranlarının azaltılması, tanısız izlemde gecikmeler, tedavinin başlaması ve kötü tedavi sonuçları ile ilişkilendirmiştir. Emanuel ve ark. (2016), kanser kaderciliğinin birincil ve ikincil kanser önleme önerilerine uymama ile ilişkili olduğunu bulmuştur. Kawar (2013) Ürdün ve Filistinli Amerikalı kadınlar arasında meme kanseri taramasına katılımın önündeki engelleri araştırdığı bir çalışmada kadercilik inancının taramayı etkilediğini saptamıştır. Bu çalışmadaki bazı katılımcıların meme kanserinin Allah'ın iradesine bağlı olduğuna ilişkin kaderci inançlara sahip oldukları tespit edilmiştir. Meme kanseri taramalarına katılmanın geleceklerini değiştirmeyeceğine ya da onları kansere karşı korumayacağına inandıkları belirlenmiştir. Herşey Allah'ın iradesi ile geliştiği için, meme kanserini durdurmak için mamografi vb. tarama programlarına katılmak gibi herhangi birşey yapmaması gerektiğine inanmışlardır (Kawar, 2013). Kadercilik ve sağlığı geliştirme davranışlarına bakıldığı bir çalışmada Çinli göçmenlerin Kafkasyalılara göre daha yaygın kadercilik inançları olduğu ve onlara göre daha az tıbbi tarama programlarına katıldıkları görülmüştür (Heiniger ve ark., 2015). Çalışmaların sonuçlarının araştırmaya benzer olduğu görülmektedir. Sonuçlar değerlendirildiğinde; katılımcıların birinci derece yakınına kanser tanısı konması, riskli grupta olma farkındalığını artmasına yol açmış, kanser önlemeye yönelik taramaları etkilemiş olabileceğini düşündürmektedir.

5.5. Hasta Yakınlarının Bilgi ve Destek Gereksinimleri ile Kadercilik Eğilimi Arasındaki İlişki

Hasta yakınlarının bilgi-destek gereksinimlerine verdikleri öneme ilişkin puan ortalamaları ile kadercilik eğilimi puan ortalaması arasında negatif yönlü, zayıf güçte ve çok ileri derecede anlamlı ilişki ($r=-343$; $p<,001$; Tablo 4-5-1) bulunmaktayken, gereksinimlerin karşılanma düzeyi ile ilişki negatif yönlü, orta güçte ve çok ileri derecede anlamlıdır ($r=-589$; $p<,001$; Tablo 4-5-1). Ramirez (2014), orta gelirli Latinlerin katılımıyla yapılan bir çalışmada kanser kaderciliğinin yaygın olduğu, kanser risk faktörleri hakkında yetersiz bilgi sahibi olduğu ve kaderci inançların kanser bilgisi ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Leung ve ark. (2017)'in kadınlar ile yaptığı çalışmada, kaderci inançlar ile sağlık bilgisi arama davranışı arasında negatif yönlü bir ilişki olduğunu saptanmıştır. Çalışmaların sonuçları araştırmanın sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlar, kadercilik eğiliminin artması ile kansere ilişkin öğrenim gereksinimlerine verilen önemin azalması dolayısıyla, öğrenmeye yönelik çabaların azalması ile gereksinimlerin karşılanamamasına yol açtığı şeklinde yorumlanabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yakınında meme kanseri olan kadınların öğrenim gereksinimleri ile kadercilik eğilimi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda sıralanmıştır:

Hasta yakınlarının en önemli bulduğu bilgi ve destek gereksinimleri;

- Meme kanseri yakınının üzüntüsünü azaltmak için neler yapabileceği ve nasıl destek olabileceği ile ilgili bilgi edinmesi, yakınının hastalığı hakkındaki endişeleri ile baş etmesi konusunda kendisine destek olunmasıdır.

En az önemli bulduğu bilgi ve destek gereksinimleri;

- Kendisine destek olabilecek bir gruba katılması, KKMM'nin posta veya telefon ile hatırlatılması ve meme kanseri tanısını yeni alan kadınların neler hissedebilecekleri ile ilgili bilgilendirmelerdir.

En fazla karşılanan bilgi ve destek gereksinimleri;

- Mamografi taraması ve KKMM ile ilgili bilgilendirme yapılması, KMMM'nin yapılışının gösterilmesi ve meme kanseri tedavisine ilişkin bilgilendirilmedir.

En az karşılanan bilgi ve destek gereksinimleri;

- KKMM yapılışının ve mamografi randevularının telefon veya posta ile hatırlatılması, kendisine destek olabilecek bir gruba katılmasıdır.
- Katılımcıların bilgi ve destek gereksinimine ilişkin 29 maddenin tamamında gereksinimleri önemli buldukları, ancak önem verdikleri düzeyde karşılanmadığı bulunmuştur.
- Katılımcıların kadercilik eğiliminin toplamında ve alt boyutlarında ortanın üzerinde eğilime sahip oldukları bulunmuştur.
- Katılımcıların 51 yaş ve üzerinde olanların bilgi ve destek gereksinimlerine daha az önem verdikleri, gereksinimlerinin daha az karşılandığı ve kaderci eğilim içinde oldukları bulunmuştur.

- Katılımcıların bekar olanların bilgi-destek gereksinimlerine daha çok önem verdikleri ve gereksinimlerin daha çok karşılandığı, kadercilik eğiliminin evli olanlardan daha düşük olduğu bulunmuştur.
- Katılımcıların eğitim düzeyi yüksek olanların bilgi-destek gereksinimlerini daha önemli buldukları ve daha çok karşılandığı, aynı zamanda diğer gruplara göre daha düşük kadercilik eğilimi içinde oldukları bulunmuştur.
- Katılımcılardan gelirleri giderlerini karşılamayan grubun bilgi-destek gereksinimlerine daha az önem verdikleri, gereksinimlerin daha az karşılandığı, aynı zamanda daha fazla kadercilik eğilimi içinde oldukları bulunmuştur.
- Birden fazla yakınına kanser tanısı konmuş katılımcıların kaderin daha önceden belirlendiğine ve kişisel kontrolün mümkün olmadığına inancının daha yüksek olduğu, aynı zamanda bilgi-destek gereksinimine verdikleri önemin daha fazla olduğu saptanmıştır.
- Katılımcıların eğitim alanların bilgi-destek gereksinime daha fazla önem verdikleri ve gereksinimlerin daha çok karşılandığı, kadercilik eğiliminin daha düşük olduğu bulunmuştur.
- Katılımcıların hem yazılı/görsel, hem de sağlık çalışanlarından eğitim alanların bilgi-destek gereksinimine daha fazla önem verdikleri, bilgi-destek gereksiniminin daha fazla karşılandığı, kadercilik eğiliminin düşük olduğu saptanmıştır.
- Ev hanımı olan katılımcıların bilgi-destek gereksinimlerine daha az önem verdikleri ve daha az karşılandığı, kadercilik eğiliminin daha fazla olduğu saptanmıştır.
- Katılımcıların meme kanserli yakınlarına tanı konma tarihine göre bilgi-destek gereksinimlerine verdikleri önem ve karşılanma durumunda fark olmadığı, yakınına en az 7-12 ay önce tanı konanların önceden belirlenmişlik inancının diğer gruplara göre yüksek olduğu bulunmuştur.
- Yakınına meme kanseri tanısı konmasının meme kanserine ilişkin bilgi alma isteğini etkileyen katılımcıların gereksinimlere verdikleri önem ve karşılanma durumu daha yüksek, kadercilik eğiliminin daha az olduğu belirlenmiştir.

- KKMM yapan ve mamografi/ultrason çektirmiş olan hasta yakınlarının gereksinimlere verdikleri önem ve karşılanma durumu daha fazla iken, kadercilik eğilimi daha azdır.
- Kadercilik eğilimi ile bilgi-destek gereksinimlerine verilen önem arasında negatif yönlü, zayıf güçte ve çok ileri derecede anlamlı ilişki bulunmaktayken, gereksinimlerin karşılanma düzeyi ile negatif yönlü, orta güçte ve çok ileri derecede anlamlı ilişki bulunmaktadır. Kadercilik eğilimi arttıkça, meme kanserine ilişkin öğrenim gereksinimlerine verilen önem ve karşılanma düzeyi azalmaktadır.

Araştırmanın sonuçlarına dayanarak geliştirilen öneriler;

- Hasta yakınlarının hastasının kanser endişelerini gidermesine yardımcı olmak, kanserli yakınının üzüntüsünü gidermek ve ona destek olması amacıyla eğitim programlarını hazırlamalı, uygulamalı ve değerlendirmelidir.
- Özellikle riskli grupta bulunan kadınlarda kanserden korunmaya yönelik farkındalık programlarını hazırlamalı, uygulamalı ve değerlendirmelidir.
- Gelir düzeyi düşük olan bireylerin kanserle ilgili yararlanabileceği hizmetler konusunda farkındalık eğitimlerinin yapılmalıdır.
- Kanserle ilgili eğitim programları hazırlanırken kadercilik eğilimi dikkate alınmalıdır.
- Meme kanserine ilişkin öğrenim gereksinimlerinin neden karşılanmadığına ilişkin çalışmalar yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

Abraido-Lanza, A.F., Martins, M.C., Shelton, R.C. ve Florez, K.R. (2015). Breast cancer screening among dominican Latinas: A closer look at fatalism and other social and cultural factors. *Health Education & Behavior*, 42(5): 633-641.

Açıkgöz, A., Çehreli, R. ve Ellidokuz, H. (2015). Hastanede çalışan kadınların meme kanseri konusunda erken tanı yöntemlerine yönelik bilgi ve davranışlarının belirlenmesi, uygulanan planlı eğitimin etkinliğinin incelenmesi. *J Breast Health*, 11: 31-38.

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

Açıkgöz, A. (2010). *Meme ve serviks kanseri risk düzeyleri ve erken tanı hizmetleri kullanımı ilişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Akyolcu, N. ve Uğraş, G.A. (2011). Breast SelfExamination: How important is it in early diagnosis? *The Journal of Breast Health*, 7(1): 10-14.

Alaofi, R.K., Nassif1, M.O. ve Al-Hajeili, M.R. (2018). Prophylactic mastectomy for the prevention of breast cancer: Review of the literature. *Avicenna Journal of Medicine*, 8(3): 67-77.

Al-Meer, F.M., Aseel, M.T., Al-Khalaf, J., Al-Kuwari, M.G. ve Ismail, M.F.S. (2011). Knowledge, attitude and practices regarding cervical cancer and screening among women visiting primary health care in Qatar. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 17(11): 855-861.

Alpteker, H., Gümüş, D., Doğan, S., Bilir, S. ve Önal, M. (2011). Kız öğrencilerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi bilgi ve uygulamalarının incelenmesi. *The Journal of Breast Health*, 7(3), 176-181.

Altıntaş, H.K., Ayyıldız, T.K., Veren, F. ve Topan, A.K. (2016). Kadercilik algısının kadınların meme kanserine yönelik tutum ve davranışlarına etkisi. *1. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresi*, Kocaeli.

American Cancer Society. (2017). *Breast Cancer Facts & Figures 2017-2018*. Erişim 02.09.2018, Atlanta: American Cancer Society (ACS), Inc. 2017: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/breast-cancer-facts-and-figures-2017-2018.pdf>.

Amuta, A.O., Chen, X. Ve Mkuu, R. (2017). The effect of cancer information seeking on perceptions of cancer risks, fatalism, and worry among a U.S. national sample. *American Journal of Health Education*, 48(6): 366-373.

Anderson, K.N., Schwab, R.B. ve Martinez, M.E. (2014). Reproductive risk factors and breast cancer subtypes: a review of the literature. *Breast Cancer Research and Treatment*, 144: 1-10.

Andıç, S. (2011). *Birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların bilgi ve destek gereksinimlerinin saptanması*. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Angahar, L.T. (2017). An overview of breast cancer epidemiology, risk factors, pathophysiology, and cancer risks reduction. *MOJ Biology and Medicine*, 1(4): 92-96.

Aydoğdu, S.G.M., ve Karapelit, Z. (2017). Ebelik öğrencilerinin kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve tutumlarının belirlenmesi. *Androloji Bülteni*, 19(3): 78-85.

Azaiza, F., Cohen, M., Awad, M. ve Daoud, F. (2010). Factors associated with low screening for breast cancer in the Palestinian authority. *Cancer*: 4646-4655.

Bader, C.D., Molle, A., Gurrentz, B. ve Coyle, J.J. (2017). For the wrath of God: Fatalism and images of God in violent regions of the world. *Sociology of religion*, 78(2): 173-191.

Baron-Epel, O., Friedman, N. ve Lernau, O. (2009). Fatalism and mammography in a multicultural population. *Oncology Nursing Forum*, 36(3): 353-361.

Baskan, S., Atahan, K., Arıbal, E., Özaydın, N., Balcı, P. ve Yavuz, E. (2012). Meme kanserinde tarama ve tanı (İstanbul meme kanseri consensus konferansı). *The Journal of Breast Health*, 8(3): 100-125. Erişim 10.09.2018, <http://www.thejournalofbreasthealth.com/sayilar/28/buyuk/2981.pdf>.

Başak, F. (2016). Konya ili, bozkır ilçesinde meme kanseri tarama ile ilgili bilgi ve davranışların değerlendirilmesi, kesitsel anket çalışması. *Bezmialem Science*, 1: 19-24.

Befort, C.A., Nazir, N., Engelman, K. and Choi, W. (2013). Fatalistic cancer beliefs and information sources among rural and urban adults in the United States. *Journal of Cancer Education*, 28(3): 521-526.

Chalmers, K.I., Luker, K.A., Leinster, S.J., Ellis, I. ve Booth, K. (2001). Information and support needs of women with primary relatives with breast cancer: development of the Information and Support Needs Questionnaire. *Journal of Advanced Nursing*, 34: 497-507.

Chalmers, K.I., Marles, S., Tataryn, D., Scott-Findlay, S. ve Sefas, K. (2003). Reports of information and support needs of daughters and sisters of women with breast cancer. *European Journal of Cancer Care*, 12: 81-90.

Cirilo, D.J., Silva, M.M., Fuly, P.S.C. ve Moreira, M.C. (2016). Nursing care management for women with breast cancer in palliative chemotherapy. *Texto Contexto Enferm*, 25(3): 1-9.

Cohn, L. ve Villar, O.E. (2015). Fatalism and health behavior: a meta-analytic review. Erişim 01.12.2018:file:///C:/Users/User/Downloads/FatalismandHealthBehaviorAMetaAnalyticReview.pdf.

Costa, M. ve Saldanha, P. (2017). Risk reduction strategies in breast cancer prevention. *European Journal of Breast Health*, 13: 103-112.

Çarkoğlu, A. ve Kalaycıoğlu, E. (2009). Türkiye’de dindarlık: uluslararası bir karşılaştırma. İstanbul: Sabancı Üniversitesi İstanbul Politikalar Merkezi. Erişim 01.11.2018, <https://core.ac.uk/download/pdf/11741582.pdf>.

Çalışkan, N. ve İlter, P. (2016). Psikolojik danışmanlık ve rehberlik bölümü öğrencilerinin batıl inanç eğilimlerinin analitiği. *International Journal of Eurasia Social Sciences*, 7(23): 206-218.

Daştan, N.B. ve Buzlu, S. (2010). Meme kanseri hastalarında maneviyatın etkileri ve manevi bakım. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(1): 73-78.

De Santis, C.E., Bray, F., Ferlay, J., Lortet-Tieulent, J., Anderson, B.O. ve Jemal, A. (2015). International variation in female breast cancer incidence and mortality rates. *American Association for Cancer Research*, 10: 1495-1506.

Dönmez, A.A. ve Özdemir, L. (2016). Lenfödemde cilt bakımı ve koruyucu yaklaşımlar. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 54-64.

Emanuel, A.S, Godinho, C.A., Steinman, C. ve Updegraff, J.A. (2016). Education differences in cancer fatalism: The role of information-seeking experiences. *Journal of Health Psychology*, 1-12.

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

Eroğlu, K. ve Koç, G. (2014). Jinekolojik kanser kontrolü ve hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 77-90.

Ersin, F. ve Bahar, Z. (2012). Sağlığı Geliştirme Modelleri’nin meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi: bir literatür derlemesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 5(1): 28-38.

Espíritu-Olmos, R., ve Sastre-Castillo, M. (2015). Personality traits versus work values: comparing psychological theories on entrepreneurial intention. *Journal of Business Research*, 68(7).

Fairchild, R. (2015). Fatalism and health behaviors: Exploring the context for clinician-patient interactions. *Annals of Nursing and Practice*, 2(4): 1032.

Hacıaloğlu, N. (2016). *Hemşirelikte Öğretim Öğrenme ve Eğitim*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

Hall, A.G., Khoury, A.J., Lopez Ellen, D.S., Lisovicz, N., Avis-Williams, A. ve Mitra., A. (2008). Breast Cancer Fatalism: The Role of Women’s Perceptions of the Health Care System. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 19: 1321-1335.

Hamed, D.H. (2014). *The influence of fatalism on health beliefs in diabetic patients in Khartoum*. Yüksek lisans tezi, Bergensis Universitas Faculty of Psychology.

Harri, A.M. (2014). Nursing Interventions in Female Breast Cancer Patients. Bachelor’s Thesis, Lapland University of Applied Sciences School of Health Care and Social Services Degree program in Nursing.

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

He, T. (2012). *Nursing Interventions for Breast Cancer Patients with Postoperative Anxiety*. Degree Thesis, Degree Programme in Nursing.

Heiniger, L.E., Sherman, K.A., Shaw, L.K.E. ve Costa, D. (2015). Fatalism and health promoting behaviors in Chinese and Korean Immigrants and Caucasians. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17: 165-171.

Howell, A., Anderson A.S., Clarke, R.b., Duffy., S.W., Evans, D.G., Garcia-Closas, M. ve ark. (2014). Risk determination and prevention of breast cancer. *Breast Cancer Research*, 16(446): 1-19.

Işık, I. (2014). Meme kanseri hastalarında tedavi sonrası dönemde gelişen psikososyal sorunlar ve destekleyici hemşirelik girişimleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 11(3): 58-64.

Jun, J. ve Oh, K.M. (2013). Asian and Hispanic Americans' cancer fatalism and colon cancer screening. *American Journal of Health Behavior*. 37(2): 145-154.

Kaminska, M., Ciszewski, T., Lopacka-Szatan, K., Miotla, P. ve Staroslawska, E. (2015). Breast cancer risk factors. *Menopause Review*, 14(3): 196-202.

Kasapoğlu, A. (2008). Kur'an açısından fatalizm. *Hikmet Yurdu*, 1(1): 87-107.

Kawar, L.N. (2013). Barriers to breast cancer screening participation among Jordanian and Palestinian American women. *European Journal of Oncology Nursing*, 17: 88-94.

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

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

Kaya, A.A. (2014). *Pamukkale Üniversitesi Honaz Organize Sanayi Bölgesi Semt Polikliniğine Başvuran 20-70 Yaş Arası Kadınların Meme Kanseri ve Tarama Yöntemleri Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı.

Kobayashi, L.C. and Smith, S.G. (2016). Cancer fatalism, literacy, and cancer information seeking in the American public. *Health Education & Behavior*, 43(4): 461-470.

Koçak, S., Çelik, L., Özbaş, S., Sak, S.D., Tükün, A. ve Yalçın, B. (2011). Meme kanserinde risk faktörleri, riskin değerlendirilmesi ve prevansiyon: İstanbul 2010 konsensus raporu. *The Journal of Breast Health*, 7(2): 47-67.

Kolak, A., Kaminska, M., Sygit, K., Budny, A., Surdyka, D., Kukielka-Budny, B. ve ark. (2017). Primary and secondary prevention of breast cancer. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 24(4): 549-553.

Korkmaz, M. ve Yangöz, Ş.T. (2013). Hastanın kanser tanısına uyumunun sağlanmasında hemşirenin rolü. *Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi*, 8(3): 77-86.

Kulakçı, H., Ayyıldız, T.K., Yıldırım, N., Öztürk, Ö., Topan, A.K., Veren, F. ve ark. (2015). Effects of breast cancer fatalism on breast cancer awareness among nursing students in Turkey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 16(8): 3565-3572.

Kuşçu, E. (2017). Yabancı dil öğretimi/öğreniminde görsel ve işitsel araçları kullanmanın önemi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 5(43): 213-224.

Kyu, H.H., Bachman, V.F., Alexander, L.T., Mumford, J.E., Afshin, A., Estep, K. ve ark. (2016). Physical activity and risk of breast cancer, colon cancer, diabetes, ischemic heart disease, and ischemic stroke events: systematic review and dose-response meta-analysis for the Global Burden of Disease Study. *British Medical Journal*, 1-10.

Leah, W., Kaitlyn, C., Casey, C. ve Adegoke, A. (2018). Bilateral mastectomy for breast cancer prevention. *Global Journal of Pharmaceutical Sciences*, 4(4): 555-643.

Leysen, L., Beckwee, D., Nijs, J., Pas, R., Bilterys, T., Vermeir, S. ve ark. (2017). Risk factors of pain in breast cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer*, 25: 3607-3643.

Leyva, B., Allen, J.D., Tom, L.S., Ospino, H., Torres, M.I., ve Abraido-Lanza, A.F. (2014). Religion, fatalism, and cancer control: A qualitative study among Hispanic Catholics. *American Journal of Health Behavior*, 38(6): 839-849.

Leung, D.Y.P., Chow, T.T. ve Wong, E.M.L. (2017). Cancer-related information seeking and scanning behaviors among older Chinese adults: Examining the roles of fatalistic beliefs and fear. *Geriatrics*, 2(38).

Lo, S.H., Waller, J., Wardle, J. ve Wanger, C. (2013). Comparing barriers to colorectal cancer screening with barriers to breast and cervical screening: a population-based survey of screening-age women in Great Britain. *Journal of Medical Screening*, 20(2).

Lyratzopoulos, G., Liu, M.P., Abel, G.A., Wardle, J. ve Keating, N.L. (2015). The association between fatalistic beliefs and late stage at diagnosis of lung and colorectal cancer. *American Association for Cancer Research*, 3: 1-24.

Macit, M. (2014). *Boyun Eğme-Başa Çıkma Sarkacında Kadercilik*. İstanbul: Ötüken Neşriyat.

Miles, A., Voorwinden, S., Chapman, S. ve Wardle, J. (2008). Psychologic predictors of cancer information avoidance among older adults: The role of cancer fear and fatalism. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 17(8).

Monteros, KE. ve Gallo L. (2011). The relevance of fatalism in the study of Latinas' cancer screening behavior: A systematic review of the literature. *International Journal of Behavioral Medicine*, 18: 310-318.

Monticciolo, D.L., Newell, M.S., Moy, L., Niell, B., Monsees, B. ve Sickles, E.A. (2018). Breast cancer screening in women at higher-than-average risk: recommendations from the ACR. *Journal of the American College of Radiology*, 15: 408-414.

Ngueutsa, R. ve Kouabenan, D.R. (2017). Fatalistic beliefs, risk perception and traffic safe behaviors. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 67: 307–316.

Niederdeppe, J. Ve Levy, A.G. (2007). Fatalistic beliefs about cancer prevention and three prevention behaviors. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 16(5): 998-1003.

Oldenmenger, W.H., Smitt P.S., Montfort, C., Raaf, P., Rijt, C. (2011). A combined pain consultation and pain education program decreases average and current pain and decreases interference in daily life by pain in oncology outpatients: A randomized controlled trial. *Pain*, 152: 2632-2639.

Orhan, K. (2017). Girişimci kaderini yener mi: Girişimci eğilimine kaderciliğin etkisi. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 143-159.

Ordu, Ç. ve Saip, P. (2011). Kanserde kemoprevansiyon. *Klinik Gelişim*, 24:40.

Özen, B., Zincir, H., Erten, Z.K., Özkan, F. ve Elmalı, F. (2013). Knowledge and attitudes of women about breast cancer, self breast examination and healthy life style behaviours. *Journal of Breast Health*, 9: 200-204.

Öztürk, R., Güner, Ö. ve Sevil, Ü. (2016). Meme kanseri ve over riskinin azaltılmasında profilaktik ooferektomi gerekli midir? Is prophylactic oophorectomy necessary to reduce the risk of breast and ovarian cancer? *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*; 13(2): 88-94.

Padela, A.I., Murrar, S., Adviento, B., Liao, C., Hosseinian, Z., Peek, M. ve ark. (2015). Associations between religion-related factors and breast cancer screening among American Muslims. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17: 660-669.

Paşalak, Ş.İ. ve Seven, M. (2017). Onkolojide genetik gelişmeler ve hemşirenin rollerine etkisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14(3): 212-217.

Polek, C. ve Hardie, T. (2016). In Asian Americans, is having a family member diagnosed with cancer associated with fatalistic beliefs? *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 3(2): 192-198.

Powe, B.D., Hamilton, J. ve Brooks, P. (2006). Perceptions of Cancer Fatalism and Cancer Knowledge: A Comparison of Older and Younger African American Women. *Journal of Psychosocial Oncology*, 24(4): 1-13.

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

Ramirez, A.S. ve Arellano Carmona, K. (2018). Beyond fatalism: Information overload as a mechanism to understand health disparities. *Social Science & Medicine* 219, 11-18.

Rougier, C. (2011). Cultural values religiosity and spirituality as predictors of professional psychological help- seeking behavior of black adults in the United States. Doktora tezi, Columbia University, Newyork.

Savage, M., Dumas, A., ve Stuart, S.A. (2013). Fatalism and short-termism as cultural barriers to cardiac rehabilitation among underprivileged men. *Sociology of Health & Illnes*, 35(8): 1211–1226.

Schmid-Büchi, S., Halfens, R.J.G., Dassen, T. ve Borne, B. (2011). Psychosocial problems and needs of posttreatment patients with breast cancer and their relatives. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(3): 260-266.

Schmidt, C. (2007). Fatalism may fuel cancer-causing behaviors. *Journal of the National Cancer Institute*, 99(16): 1222-1223.

Serel, S.; Alpat, S.E., Çerkez, C., Can, Z. ve Gültan, S. (2013). Profilaktik mastektomide meme rekonstrüksiyonu. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası; 66(3): 119-123.

Shah, R., Rosso, K. ve Nathanson, S.D. (2014). Pathogenesis, prevention, diagnosis and treatment of breast cancer. *World Journal of Clinical Oncology*, 5(3): 283-229.

Sharif F., Ansari H., Mosalae A., Jafaree P. ve Zinat M. (2012). The effect of pain management education on the intensity of pain and quality of life of patients with cancer. *Journal of Palliative Care and Medicine*, 2: 114.

Sharrief, A.Z., Sanchez, B.N., Lisabeth, L.D., Skolarus, L.E., Zahuranec, D.B., Baek, J. ve ark. (2017). The impact of pre-stroke symptoms, fatalism, and social support on disability after stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 26(11): 2686-2691.

Shulman, L.P. (2013). *Genetic and genomic factors in breast cancer*. Erişim 02.09.2018, file:///C:/Users/User/Downloads/9781461458906-c1.pdf.

Siegel, R.L., Miller, K.D., ve Jemal, A. (2018). Cancer statistics, 2018. *A Cancer Journal for Clinicians*, 68: 7-30.

Sobol-Kwapinska, M. (2013). Hedonism, fatalism and ‘carpe diem’: profiles of attitudes towards the present time. *Time & Society*, 22 (3): 271–290.

Sohbet, R. ve Karasu, F. (2017). Kadınların meme kanserine yönelik bilgi, davranış ve uygulamalarının incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4): 113-121.

Somayaji, D. ve Cloyes, K.G. (2015). Cancer fear and fatalism. *Cancer Nursing*, 38(2): 133-144.

Sukkarieh-Haraty, O., Egede, L.E., Kharma, J.A. ve Bassil, M. (2018). Predictors of diabetes fatalism among Arabs: a cross-sectional study of lebanese adults with type 2 diabetes. *Journal of Religion and Health*, 57: 858-868.

Sullivan, D.O. ve Mansour, M. (2015). The Nurse’s role in managing the psychological and emotional impact on women diagnosed with breast cancer. *Clinical Nursing Studies*, 3(4): 29-35.

Şahin, Z.A. ve Özdemir, F.K. (2015). Kars’ta yaşayan kadınların kendi kendine meme muayenesi uygulamasına yönelik bilgi, inanç ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 13(2): 54-61.

Şentürk, S, Bıçak, D. ve Akça, D. (2018). Kanserli hasta yakınlarının yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(1): 35-39.

Taşocak, G. (2012). *Hasta Eğitimi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları; 5067. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Yayınları; 12.

Tunçel, C. (2013). *Cinsiyet, Meslek Grubu, Yaş ve Eğitim Düzeyi Değişkenlerinin, Bireylerin Batıl İnançlara Sahip Olma Düzeyleri Üzerindeki Etkileri*. Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. Recep Tayfun).

Tunin, R., Uziely, B. ve Woloski-Wruble, A.C. (2010). First degree relatives of women with breast cancer: who's providing information and support and who'd they prefer. *Psychooncology*; 19: 423–430.

TÜİK. *Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2017*. Türkiye İstatistik Kurumu (İnternette) 2018, 26 Nisan. Erişim 01.09.2018, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27620>.

TÜİK. *2015 Türkiye Kanser İstatistikleri*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu (İnternette) 2018. Erişim 09.10.2018, https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2015.pdf.

WHO. *Cancer-Key Facts September 2018*. Erişim 10.10.2018, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>.

WHO. *Cancer*. Erişim 12/10/2018, <http://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/breast-cancer/en/>.

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

Yıldırım, A.D. ve Özaydın, A.N. (2014). Sources of breast cancer knowledge of women living in Moda/ İstanbul and their attendance to breast cancer screening. *J Breast Health*, 10: 47-56.

Zorukoş, S. (2008). *Birinci Derece Yakınlarında Meme Kanseri Olan Kadınlar için Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması*. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Özgül Karayurt).

http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/per/belge/meme_kanseri.pdf. Erişim, 01.09.2018.

FORMLAR**EK-1: BİLGİ FORMU**

Bu form meme kanserine yönelik öğrenim gereksinimleri ile kadercilik eğilimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla oluşturulmuştur. Formdaki sorulara vereceğiniz cevaplardan elde edilen veriler sadece araştırma amacıyla kullanılacaktır. Araştırma sonuçlarının verimli olabilmesi için soruları samimi ve doğru olarak yanıtlamanız beklenmektedir. Katılımınız için teşekkür ederim.

Aşkın Selvi
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Hemşirelikte Eğitim Yüksek Lisans Öğrencisi
İletişim: askin.selvi05@gmail.com

1) Yaşınız:

2) Medeni durumunuz

1.Bekar 2.Evli

3) Mesleğiniz

1.İşçi 2.Memur 3.Serbest Meslek 4.Emekli 5.Ev hanımı 6.Diğer.....

4) Eğitim durumunuz

1.Okur-yazar 2.İlkokul 3.Ortaokul 4.Lise 5.Lisans
6. Lisansüstü (Yüksek lisans, Doktora)

5) Gelir durumunuz

1.Gelir giderden fazla 2.Gelir gidere denk 3.Gelir giderden az

6) Meme kanseri olan yakınınızın (anne, baba, kardeş, çocuk) sayısı

1.Bir 2.İki 3.Üç 4.Dört ve üzeri

7) Meme kanseri olan birinci derece yakınınız/yakınlarınız

1.Annem 2.Babam 3.Kardeşim 4.Çocuğum

8) Yakınınız meme kanseri tanısını ne zaman aldı?

- 1.Son bir ay içinde 2.Son altı ay içinde
3.Son bir yıl içinde 4.Bir yıldan uzun süredir

**9)Meme kanseri ve korunma yollarına yönelik herhangi bir eğitim aldınız mı?
(Yanıtınız 'Evet' ise 10. soruyu cevaplandırınız)**

- 1.Evet 2.Hayır

**10) Meme kanseri veya meme kanseri korunma yollarına yönelik eğitimi kimden,
nereden aldınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

- 1.Kitap/Broşürler
2.Hastane
3.Televizyon
4.İnternet
5.Seminer/Sempozyum
6.Gazete
7.Hekim
8.Hemşire
9.Diğer...

11) Yakınınızda meme kanseri olması meme kanserine ilişkin bilgi alma isteğinizi etkiledi mi?

- 1.Evet 2.Hayır

12) Kendi kendinize düzenli aralıklarla meme muayenesi yapıyor musunuz?

- 1.Hayır
2.Evet ayda bir kez
3.Evet yılda bir kez
4.Evet yılda birkaç kez

13) Mamografi veya meme ultrasonu yaptırdınız mı?

- 1.Hayır
2.Evet ise en son ne zaman yaptırdınız?.....

Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği (Devamı):

	Gereksinimin Önemi					Gereksinimin Karşılama Düzeyi				
	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
	Çok önemli	Biraz önemli	Az önemli	Hiç önemli değil	Uygulanabilir değil	Tamamen	Biraz	Az	Hiç	Uygulanabilir değil
13. Meme kanseri olan yakınım nasıl destek olabileceğim hakkında bilgi.										
14. Meme kanserine yakalanma riskini yaratan durumlar hakkında bilgi (örn; yüksek yağ içeren diyet, hormon destek tedavisi vs).										
15. Kendi kendine meme muayenesi konusunda bilgi verilmesi ve nasıl yapıldığının gösterilmesi.										
16. Mamografi taraması (meme filmi) hakkında bilgi (örn; ne sıklıkta yapmalıyım).										
17. Daha sağlıklı olabilmek için davranışlarımı değiştirmem gerektiği hakkında bilgi.										
18. Kendim ve çocuklarım için genetik (ailesel geçişli hastalıklarla ilgili) danışmanlık hakkında bilgi.										
19. Mamografi (meme filmi) randevularımın bana hatırlatılması (posta ya da telefon ile).										
20. Kendi kendine meme muayenemi yapmamın bana hatırlatılması (posta ya da telefon ile).										
21. Konu hakkında bilgisi olan bir sağlık personeli düzenli olarak memelerimin muayene edilmesi (örn; doktor, hemşire vs)										
22. Kendi kendine meme muayenesini düzenli olarak yapmam için bana destek olunması.										
23. Yakınımın hastalığı ile ilgili endişelerimle baş etmem için bana destek olunması.										
24. Kendi kendine meme muayenesini yapmayı öğrenirken konu hakkında bilgili bir sağlık personelinin beni izlemesi ve doğru yapıp yapmadığımı kontrol etmesi.										
25. Meme kanseri olan yakınım ile ilgili endişelerimi konuşabileceğim birinin olması.										
26. Bana destek olabilecek bir gruba katılmam.										
27. Meme kanseri olma riskim ile ilgili duygularıyla baş etmemde bana destek olunması.										
28. İleride bir gün meme kanseri olursam uygulayabileceğim bir plan yapmamda bana yardımcı olunması.										
29. Meme kanseri ile ilgili endişelerimi azaltmak için bana destek olunması.										

Yukarıdaki ifadelerde yer almayan başka bilgi ya da destek gereksinimleri var mı? Varsa lütfen aşağıdaki boş alana yazınız.

EK-3: KADERCİLİK EĞİLİMİ ÖLÇEĞİ

Madde	AÇIKLAMA: Değerli katılımcılar; Aşağıda yer alan ifadeleri dikkatlice okuyunuz ve düşüncelerinizi yansıtan en uygun seçeneği işaretleyiniz. Bu düşüncelerin doğrusu ya da yanlışı yoktur, önemli olan kendi düşüncenizi samimi bir biçimde ifade etmenizdir.	1-Kesinlikle Katılmıyorum	2-Katılmıyorum	3-Kararsızım	4-Katılıyorum	5-Kesinlikle Katılıyorum
1	Hayatımızda olacak şeyler önceden belirlenmiştir.					
2	Yaşadığım her şeyin kendi davranışlarımın bir sonucu olduğunu düşünürüm					
3	Bazı nesnelerin (nazar boncuğu, tütsü, şans yüzüğü vb.) koruyucu olduğuna inanırım.					
4	Başıma gelecek şeylerin kaderim olduğuna inanırım.					
5	Bazı nesnelerin uğursuzluk getirdiğine inanırım.					
6	Geleceğimin gösterdiğim çabaya göre şekilleneceğine inanırım.					
7	İnsanların yaşamlarındaki mutsuzluklar kötü şanslarına bağlıdır.					
8	Yaşadığımız şeyler seçimlerimizin bir sonucudur.					
9	Kötü şeylerin gelip beni bulduğuna inanırım.					
10	Bazı sözleri söylersem (cin, vb.) çarpılacağıma inanırım.					
11	Kendi irademle bazı şeylere yön verebileceğime inanırım.					
12	Kaderimde varsa hastalığa yakalanırım.					
13	Bazı insanların doğuştan şanslı olduklarına inanırım.					
14	Hayatımın kontrolü benim elimdedir.					
15	Hiç kimse yazgısını değiştiremez.					
16	Kaderimin zaman zaman bana oyun oynadığını düşünürüm.					
17	Bazı ritüellerin (tahtaya vurmak, sağ ayakla odaya girmek vb.) koruyucu olduğuna inanırım.					
18	İstedğim bir şey olmayınca “kısmet değilmiş” derim.					
19	Kaderimiz bizi nereye savursa oraya gideriz.					
20	Bazı davranışlarda bulunursam çarpılacağıma inanırım.					
21	İnsan kendi tercihlerini kendisi yapar.					
22	Kaderimin hayatıma yön vermesine razı olurum.					
23	Bazı durumların (kara kedi görmek, gece tırnak kesmek, vb.) uğursuzluk getireceğine inanırım.					
24	Her iş olacağına varır diye düşünürüm.					

EK-4: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Aşkın Selvi tarafından yürütülen “Yakınında Meme Kanseri Olan Kadınların Öğrenim Gereksinimleri ile Kadercilik Eğilimi Arasındaki İlişki” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı yakınında meme kanseri olan riskli gruba giren kadınların meme kanserine yönelik öğrenim gereksinimleri ile kadercilik eğilimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesidir. Araştırmada sizden tahminen 5-10 dk. ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 399 kişi katılacaktır. Veriler; kurum izni ve etik kurul onayı alınarak yüz yüze görüşme yöntemi ile Bilgi Formu, Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği ve Kadercilik Eğilimi Ölçeği kullanılarak toplanacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece iznimize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için “ortak katılımcı havuzuna” aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya ‘askin.selvi05@gmail.com’ e-posta adresi ve ‘0537 577 75 57’ numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:

Adı-Soyadı:

İmzası:

İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için “ortak araştırma havuzuna” aktarılmasını; kabul ediyorum kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Araştırmacının

Adı-Soyadı:

İmzası:

Sahidin:

Adı-Soyadı:

İmzası

EK-5: BİLGİ ve DESTEK GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEK İZİNİ

szorukos@mynet.com

Alıcı: ben ▾

22 Kas 2017 Çar 13:44



Geçerlik güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğum "Birinci Derece Yakınlarında Meme Kanseri Olan Kadınların Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği"ni tez çalışmanızda kullanabilirsiniz. Saygılarımla.

Sedefnur Zorukoş TOKKAYA

Denizli Devlet Hastanesi

Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı



EK-6: KADERCİLİK EĞİLİMİ ÖLÇEK İZİNİ

Binaz Bozkur <b.bozkur@hotmail.com>

@ 22.10.2017 ☆

Alıcı: bana, Alim

Merhabalar,

Geliştirdiğimiz ölçeğin formu ektedir. Referans gösterme kuralları çerçevesinde olması ve ölçeğin yapısının bozulmaması şartı ile ölçeğimizi kullanabilirsiniz. Çalışmanız sonuçlandığında sonuçlar hakkında bizi bilgilendirirseniz seviniriz. Yine yardımcı olacağım bir durum olursa çekinmeden yazabilirsiniz. Kolaylıklar diliyorum

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



EK-7: KURUM İZİNLERİ

Tarih ve Sayı: 26/04/2018-121384



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
Onkoloji Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı :70973125-604.01.01-
Konu :Aşkın SELVİ'nin, çalışması hk.

Sayın Aşkın SELVİ

"Yakınında meme kanseri olan kadınların öğrenim gereksinimleri ile kadercilik eğilimi arasındaki ilişki" başlıklı tez çalışmasını Enstitümüzde görevli Doç.Dr.Seden KÜÇÜCÜK ile birlikte Enstitümüzde yapmanız Akademik Koordinasyon Kurulumuzca uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Ahmet KIZIR
Enstitü Müdürü

Doğrulamak için:<http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BENDCA708>

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Gülşay ALAGÖZ Dahili : 0212 414 24 34-34150

İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Çapa – 34093 İstanbul


Tel : 0212 414 24 34 Faks : 0212 534 80 78

e-posta : iuonkoloji@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.onkoloji.istanbul.edu.tr

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununu Gereğince E-İmzalıdır.
Doğrulamak için : <http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BENDCA708>

26.04.2018 Tarihli Akademik Koordinasyon Kurulu (AKK) Toplantı Kararı:

- 1) İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr.Hülya KAYA'nın danışmanlığında Yüksek Lisans eğitimi almakta olan Aşkın SELVİ'nin üstleneceği "**Yakınında meme kanseri olan kadınların öğrenim gereksinimleri ile kadercilik eğilimi arasındaki ilişki**" başlıklı tez çalışmasını Enstitümüz öğretim üyesi Doç.Dr. N.Seden KÜÇÜCÜK gözetiminde Enstitümüzde yapabilmesi için Akademik Koordinasyon Kurulumuzca uygun görülmüştür.



Prof. Dr. Ahmet KIZIR
Başkan


Prof. Dr. Sezai VATANSEVER
Üye

Prof. Dr. Yeşim ERALP
Üye


Prof. Dr. Semra DEMOKAN
Üye


Doç. Dr. Merya SOLUK TEKKEŞİN
Üye


Yard. Doç. Dr. Murat OKUTAN
Üye


Yard. Doç. Dr. Süleyman BADEMLER
Üye



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

İSTANBUL ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ - İSTANBUL ŞİŞLİ HAMİDİYE
ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
05062018 12.31 - 79341859 - 799 - E.0721



Sayı : 79341859-799
Konu : Aşkın SELVİ (Tez Çalışması)

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi : 01/06/2018 tarihli ve 16867222-799-1845 sayılı yazı
İlgide kayıtlı yazı ile İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte
Eğitim Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Aşkın SELVİ "Yakınında Meme Kanseri Olan
Kadınların Öğrenim Gereksinimleri İle Kadercilik Arasındaki İlişki" başlıklı tez çalışmasını,
hastanemizde yapma talebi hastane yönetimi tarafından uygun görülmüştür.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Prof. Dr.H.Mustafa ÖZDEMİR
Başhekim

Halaskargazi cad. Etfal sok. 34371 Şişli/İstanbul
Faks No:2122240772
e-Posta:deniz.sahin5@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.sislietfal.gov.tr

Bilgi için:Deniz ŞAHİN
Unvan:SÖZLEŞMELİ PERSONEL
Telefon No:2123735000

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 66408889-0d09-4a00-8941-71da8345387c kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzlanmıştır.



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
İstanbul Haseki Eğitim Ve Araştırma Hastanesi



Sayı : 30279032-799
Konu : Aşkın SELVİ (Tez Çalışması) Hk.

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
Sağlığın Geliştirilmesi Birimi

İlgi : 01/06/2018 tarihli ve 16867222-799-E1845 sayılı yazı

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Aşkın SELVİ "Yakınımda Meme Kanseri Olan Kadınlarda Öğrenim Gereksinimleri İle Kadercilik Arasındaki İlişki" başlıklı tez çalışmasını, hastanemizde yapma talebi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu (TUEK) kararı ile uygun görülmüş olup, TUEK kararı ekte sunulmuştur.

Bilginize ve gereğini arz ederim.

e-İmzalıdır.
Prof. Dr. Gökhan Tolga ADAŞ
Başhekim

EKLER:
1-TUEK Kararı (1 Sayfa)

Aksaray Mahallesi, Dr. Adnan Adıvar Cd., 34130 Fatih/İstanbul Eğitim Birimi
Faks No:
e-Posta: serpilsefa.pulur@saglik.gov.tr İnt Adresi:

Bilgi için: Serpil Sefa PULUR
Unvan: SÜREKLİ İŞÇİ
Telefon No: 02125294400-1224

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden e14c3367-3e45-4888-a654-f6b6d1f44e55 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI OKMEYDANI MÜHÜRLEME
ARAŞTIRMA HASTANESİ T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
OKMEYDANI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
06072018 13.40 - 48670771 - 771 - E.13562



Sayı : 48670771-771
Konu : Aşkın SELVİ (Tez Çalışması İzni
Hk.)

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi: 01/06/2018 tarih ve 16867222 sayılı yazı

İlgide kayıtlı yazıda belirtilen İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Aşkın SELVİ "Yakınmda Meme Kanseri Olan Kadınların Öğrenim Gereksinimleri İle Kadercilik Arasındaki İlişki" başlıklı tez çalışmasını hastanemizde yapma talebi uygun görülmüştür.

Bilgilerinize ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Prof. Dr. Hakan GÜRBÜZ
Başhekim

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim ve AR-GE Birimi
Faks No:0212 221 78 00
e-Posta:hacer.ozel1@saglik.gov.tr İnt.Adresi: hacerozkulozel@hotmail.com

Bilgi için:Hacer ÖZEL
Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0212 314 55 55

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 47539175-74d6-4eff-8534-8fe51cef24ae kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzlanmıştır.



İSTANBUL İL SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL BAKIRKÖY DR. SADI KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
09062018 14.59 - 71211201 - 771 - E-İLİS21



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 71211201-771
Konu : Aşkın SELVİ (Tez Çalışması)

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'NE

İlgi: 01.06.2018 tarih ve 1845 sayılı yazı

İlgi tarih ve sayılı yazıya istinaden İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Aşkın SELVİ "*Yakınında Meme Kanseri Olan Kadınların Öğrenim Gereksinimleri İle Kadercilik Arasındaki İlişki*" başlıklı çalışması, Hastane Yöneticiliğimizde uygun görülmüş olup;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Yard.Doç.Dr. Mehmet Emin GÜNEŞ
Başhekim

Zuhuratbaba Mah. Dr. Tevfik Sağlam Cad. No:11 Bakırköy/İSTANBUL

Bilgi için:Hakan AKALAN

Faks No:

Unvan:Veri Hazırlama ve Kontrol İşit.

e-Posta:hakan.akalan@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Bilgi-İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü,
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma
Hastanesi - Eğitim ve Ar - Ge Birimi

Telefon No:0212 414 71 71/ 7502

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 203463ee-7d40-4712-ae35-0422be7e5c63 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzlanmıştır.

EK-8: ETİK KURUL KARARI

Tarih ve Sayı: 04/04/2018-108517



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu
Başkanlığı



Sayı :35980450-663.05-
Konu :Aşkın SELVİ

Sayın Aşkın SELVİ

Sorumlu araştırmacılığını üstlendiğiniz 2018/65 dosya numaralı "Yakınında Meme Kanseri Olan Kadınların Öğrenim Gereksinimleri ile Kadercilik Eğilimi Arasındaki İlişki" konu başlıklı çalışma kurulumuzun 02.04.2018 tarih 04 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, karar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. N. Tolga SARUÇ
Başkan

04/04/2018 Sağ.Teknr. : G.ÇELİK

Doğrulamak İçin:<http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BEAMCBE59>

Ayrıntılı bilgi için irtibat : GÜLDANE ÇELİK Dahili : 11816

İstanbul Üniversitesi Merkez Kampüsü
34452 Beyazıt/Fatih-İstanbul
Tel : 0212 440 20 89 Faks : 0212 440 20 88
e-posta : sosyalbilimleretikkurul@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr





T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER
ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU BAŞKANLIĞI



İlgili makama,

I.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Eğitim Yüksek Lisans Öğrencisi **Aşkan SELVİ**'nin "Yakınında Meme Kanseri Olan Kadınların Öğrenim Gereksinimleri ile Kadercilik Eğilimi Arasındaki İlişki" başlıklı, **2018/65** dosya numaralı 22.03.2018 tarih ve **33119** sayılı başvurusu ile I.Ü. Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'na başvurmuştur. 02.04.2018 tarihinde gerçekleştirilen inceleme sonucunda, adı geçen çalışmada etik açıdan bir sorun olmadığına oybirliği ile karar verilmiştir. Gereğini bilgilerinize saygılarımızla sunarız.

Unvanı / Adı / Soyadı	Kurumu	Araştırma ile ilişkisi	Karar	İmza
Prof. Dr. Naci Tolga SARUÇ (Başkan)	İktisat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Doç. Dr. Eray YURTSEVEN (Başkan Yardımcısı)	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Doç. Dr. Çiğdem Börke TUNALI (Başkan Yardımcısı)	İktisat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Prof. Dr. Aydın TOPALOĞLU	İlahiyat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Prof. Dr. Melek Nihal ESİN	Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Prof. Dr. Yasemin İŞIKTAÇ	Hukuk Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input checked="" type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Prof. Dr. Suat GEZGİN	İletişim Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Prof. Dr. Selahattin KARABINAR	İktisat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Prof. Dr. Seyhan NIŞEL	İşletme Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Prof. Dr. Mustafa Hamdi SAYAR	Edebiyat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Prof. Dr. Selim YAZICI	Siyasal Bilimler Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Doç. Dr. Hanife Özlem SERTEL BERK	Edebiyat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input checked="" type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Doç. Dr. İlkay DEMİR	Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input checked="" type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Doç. Dr. Ayşe Esra İŞMEN GAZİOĞLU	Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input checked="" type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Doç. Dr. Rasim İlker GÖKBULUT	Ulaştırma ve Lojistik Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Doç. Dr. Hüseyin Kurtuluş ÖZCAN	Mühendislik Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Doç. Dr. Haluk ZÜLFİKAR	İktisat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Doç. Dr. Funda BÜYÜKYILMAZ	Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Yrd. Doç. Dr. Çare SERTELİN MERCAN	Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Doç. Dr. Enes KABAKCI	Edebiyat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

YAKININDA MEME KANSERİ OLAN KADINLARIN ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ İLE KADERCİLİK EĞİLİMİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

ORIJINALLIK RAPORU

% 8	% 6	% 3	% 3
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikerisim.deu.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
2	toad.edam.com.tr İnternet Kaynağı	% 1
3	Submitted to Okan Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1
4	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	% 1
5	saglikcalisanisagligi.org İnternet Kaynağı	<% 1
6	GÖKTEPE, Nilgün and BAYKAL, Ülkü. "Hemşirelerin Verimliliğe İlişkin Tutumları ile Hastanelerin Örgütsel ve Yönetimsel Yapılarına İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması", Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma, 2012. Yayın	<% 1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Aşkın	Soyadı	Selvi
Doğ.Yeri	Beyoğlu	Doğ.Tar.	17.05.1993
Uyruğu	T.C.	TC Kim No	15418563238
Email	askin.selvi05@gmail.com	Tel	0537 577 75 57

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Yük.Lis.	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa	2019
Lisans	Yeditepe Üniversitesi	2016
Lise	Büyükkçekmece Gürpınar 80. Yıl Lisesi	2011

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Onkoloji/Dahiliye Servis Hemşiresi	Medicana International İstanbul Hastanesi	2016-2018

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	YDS Puanı
İngilizce	İyi	Orta	Orta	50

	Sayısal	Sözel	Eşit Ağırlık
ALES Puanı	66,55366	76,86951	72,19075

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Word	Çok iyi
Microsoft Power Point	Çok iyi
Microsoft Excell	İyi
SPSS	Orta

Bildirileri:

Gür, K., Işık, I., Sardoğan, C., Selvi, A., Ayaz, V. ve Yüksel, H. (2017). İlkokul 4. Sınıf Öğrencilerine Verilen "Temel İlk Yardım Eğitim Programı"nın Etkinliği. 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi Poster Bildiri.