



**T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ PROGRAMI**

BİREYLERİN KANSER HASTALIĞINA İLİŞKİN ALGILARI

**Ash KAYA
1440232003**

DOKTORA TEZİ

**DANIŞMANLAR
Doç. Dr. Erdal EKE
Doç. Dr. Gökhan ABA**

ISPARTA - 2021

TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI





T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



YEMİN METNİ

Doktora tezi olarak sunduğum “**BİREYLERİN KANSER HASTALIĞINA İLİŞKİN ALGILARI**” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadar ki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin bibliyografyada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim.

Aslı KAYA
06/09/2021



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU
BEYAN BELGESİ



SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ	
Adı-SOYADI	ASLI KAYA
Öğrenci Numarası	1440232003
Enstitü Ana Bilim Dalı	SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ-SAĞLIK YÖNETİMİ
Programı	SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ
Programın Türü	() Tezli Yüksek Lisans (X) Doktora
Danışmanın Unvanı, Adı-SOYADI	DOÇ.DR.ERDAL EKE
Tez Başlığı	BİREYLERİN KANSER HASTALIĞINA İLİŞKİN ALGILARI
Turnitin Ödev Numarası	1665806934

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışmasının a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana Bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 143 sayfalık kısmına ilişkin olarak, 05/10/2021 tarihinde tarafımdan Turnitin adlı intihal tespit programından Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönergesininin 14 üncü maddesinde yer alan filtrelemeler uygulanarak alınmış olan ve ekte sunulan rapora göre, tezin/dönem projesinin benzerlik oranı;

Kaynakçalar hariç, alıntılar dahil, 10 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç;

% ...15..... 'tür.

Danışman tarafından uygun olan seçenek işaretlenmelidir:

() Benzerlik oranları belirlenen limitleri aşmıyor ise;

Yukarıda yer alan beyanın ve ekte sunulan Tez Çalışması Orijinallik Raporu'nun doğruluğunu onaylarım.

() Benzerlik oranları belirlenen limitleri aşıyor, ancak tez/dönem projesi danışmanı intihal yapılmadığı kanısında ise;

Yukarıda yer alan beyanın ve ekte sunulan Tez Çalışması Orijinallik Raporu'nun doğruluğunu onaylar ve Uygulama Esasları'nda öngörülen yüzdelik sınırlarının aşılmasına karşın, aşağıda belirtilen gerekçe ile intihal yapılmadığı kanısında olduğumu beyan ederim.

Gerekçe:

Benzerlik taraması yukarıda verilen ölçütlerin ışığı altında tarafımda yapılmıştır. İlgili tezin orijinallik raporunun uygun olduğunu beyan ederim.

05/10/2021

(İmza)

Danışman

DOÇ.DR.ERDAL EKE

ÖZET

Kronik hastalıklar arasında yer alan kanser, görülme sıklığı olarak dünyada kalp ve damar hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır. Hücrelerin anormal çalışması ve çoğalmasının sonucu olarak ortaya çıkan kanser, bireyleri psikolojik, ekonomik ve sosyo-kültürel açıdan etkilemektedir. Bu sebeple, kanser hastalığı incelenirken, tıbbi yönü ile birlikte, bireyi ve toplumu etkileyen yönleriyle ele almak hastalığın sürecinin anlaşılmasında daha kapsamlı bilgilere ulaşılması açısından önem taşımaktadır.

Bu çalışmanın amacı, bireylerin kanser hastalığı ile ilgili algılarının değerlendirilmesidir. Bu amaçla yapılan alan araştırması kapsamında Bursa il merkezinde kanser hastası ve yakını 502 birey, kanser hastası olmayan 508 birey olmak üzere toplam 1010 bireye ulaşılmıştır. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan ‘Kanser Algısı Anketi’ uygulanmıştır. Anketin birinci bölümünde katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ilişkin 8 soru; ikinci bölümde kanser hastalığına ilişkin 8 soru ve üçüncü bölümde 5’li likert ölçeği üzerine yerleştirilen 30 ifade yer almıştır. Araştırmanın verileri 1 Şubat - 31 Mayıs 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma verileri faktör analizine tabi tutularak bireylerin kanser hastalığı ilişkin algıları ‘hekimlere güven duyma’, ‘umutsuzluk ve güvensizlik’, ‘kanser farkındalığı’, ‘hastalık bilinci’, ‘moral ve desteğin önemi’ ve ‘tedaviyi mümkün görme’ alt boyutları üzerinden değerlendirilmiştir.

Araştırma sonucunda katılımcıların, kanser algısı ölçeğinde yer alan 30 ifadeye ilişkin toplam Cronbach’s alfa katsayısının 0,744 olduğu görülmektedir. Bu alt boyutlar; ‘hekimlere güven duyma’ (0,799), ‘umutsuzluk ve güvensizlik’ (0,749), ‘kanser farkındalığı’ (0,732), ‘hastalık bilinci’ (0,782) ve ‘tedaviyi mümkün görme’ (0,728) olup; bu alt boyutlarda Cronbach’s alfa katsayısının değerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Kanser hastası ve yakınları ile kanser hastası olmayanların alt boyut puanları karşılaştırıldığında; kanser hastası ve yakınlarının ‘hekimlere güven duyma’, ‘umutsuzluk ve güvensizlik’, ‘kanser farkındalığı’, ‘hastalık bilinci’, ‘tedaviyi mümkün görme’ alt boyutlarında kanser hastası olmayanlara göre daha yüksek puan aldıkları tespit edilmiştir. Her iki grupta da ‘moral ve desteğin önemi’ (0,707) alt boyutunda farklılık bulunamamıştır. Araştırma sonucunda ayrıca cinsiyet, medeni durum, eğitim ve çalışma durumları demografik değişkenlere göre karşılaştırılmış ve bazı değişkenlerde anlamlı farklılıklar belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre bireylerin kanser hastalığı ile ilgili algıları yukarıda yer alan boyutlar çerçevesinde incelenmeye çalışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kanser, Kanser Algısı, Kanser Farkındalığı, Sağlık Yönetimi.

(KAYA, Aslı, *Individuals' Perceptions of Cancer Disease*, Ph.D Thesis, Isparta, 2021)

ABSTRACT

Cancer, which is among the chronic diseases, ranks second after cardiovascular diseases all over the world. This disease, which is the result of abnormal functioning and proliferation of cells, affects society psychologically, economically and socio-culturally. For this reason, or this reason, while examining the cancer disease, it is important to consider the aspects that affect the individual and society, together with its medical aspect, in order to reach more comprehensive information in understanding the process of the disease.

The aim of this study is to evaluate the perceptions of individuals about cancer. Within the scope of the field research conducted for this purpose, a total of 1010 individuals, 502 individuals with cancer and their relatives, and 508 individuals without cancer, were reached in the city center of Bursa. As a data collection tool, the 'Cancer Perception Questionnaire' prepared by the researcher was applied. In the first part of the questionnaire, 8 questions about the sociodemographic characteristics of the participants; In the second part, there were 8 questions about cancer and in the third part, 30 statements on a 5-point Likert scale. The data of the research were collected between 1 February - 31 May 2019. The research data were subjected to factor analysis and individuals' perceptions of cancer disease were evaluated through the sub-dimensions of "trust in physicians", "hopelessness and insecurity", "cancer awareness", "awareness of the disease", "importance of morale and support" and "seeing treatment possible".

As a result of the research, it is seen that the total Cronbach's alpha coefficient for the 30 expressions in the cancer perception scale of the participants is 0.744. These sub-dimensions are; 'confidence in physicians' (0.799), 'hopelessness and insecurity' (0.749), 'cancer awareness' (0.732), 'disease awareness' (0.782) and 'seeing treatment as possible' (0.728); Cronbach's alpha coefficient was found to be high in these sub-dimensions. When the sub-dimension scores of cancer patients and their relatives and non-cancer patients were compared; cancer patients and their relatives in the sub-dimensions of 'trust in physicians', 'hopelessness and insecurity', 'cancer awareness', 'disease awareness', and 'seeing treatment possible'. When the sub-dimension scores of cancer patients and their relatives and non-cancer patients were compared; It has been determined that cancer patients and their relatives have higher scores in the sub-dimensions of "trust in physicians", "hopelessness and insecurity", "cancer awareness", "awareness of the disease", "seeing treatment possible" than those who do not have cancer. No difference was found in the 'importance of morale and support' (0.707) sub-dimension in both groups. As a result of the research, gender, marital status, education and employment status were compared according to demographic variables and significant differences were determined in some variables. According to the results of the research, the perceptions of individuals about the cancer disease were tried to be examined within the framework of the above-mentioned dimensions.

Key Words: Cancer, Cancer Perception, Cancer Awareness, Healthcare Management

TEŞEKKÜR

‘İnsanlığa hizmet, Hâkk’a hizmet’ anlayışıyla topluma faydalı olma yolunda büyük bir inançla tezime başladım. Bu çalışmanın gerçekleştirilmesi sırasında farklı disiplinlerden, alanında uzman, tecrübe, bilgi ve deneyime sahip bireylerden yardım aldım.

Tezime akademik anlamda önemli derecede katkı sağlayan, yardımlarını esirgemeyen ve tezimin gelişmesine yön veren danışmanlarım Sayın Doç. Dr. Erdal EKE hocama ve ikinci tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Gökhan ABA’ya, tez sürecimde desteğini esirgemeyen Prof. Dr. Ramazan ERDEM hocama, değerli jüri üyeleri hocalarım Doç. Dr. Aygen OKSAY’a, Doç. Dr. Arzu YİĞİT’e, Dr. Öğretim Üyesi İzzet ERDEM ve Dr. Öğretim Üyesi Nurdan ORAL KARA’ya, Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi Başhekimleri Sayın Opt. Dr. Oktay ÇELİK ve Sayın Uzm.Dr.Halil KARAHAN’a, yüksek Lisans tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Bülent TOKAT’a ve eş zamanlı iki doktora yürütmenin zorluğunu ve heyecanını yaşarken desteğini esirgemeyen Muhasebe ve Finansman Anabilim Dalı doktora tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Yusuf Cahit ÇUKACI’ya, Dr. Öğretim Üyesi Kenan BİNNETOĞLU’na, Doç. Dr. Tarık KIVRAK’a, Doç. Dr. Ejder AYÇİN’ne, Doç. Dr. Taşkın KILIÇ’a, Dr. Öğretim Üyesi Semiha KILIÇASLAN’a, Arş. Görv. Muhammed Kürşad DURSUN’a, Bilim Uzmanı Talat ÖZER’e, Abdullah İpek, mesai arkadaşlarım Şükran GENÇ ve Turgut ÇAYLI’ya, Deniz YÜKSEL’e, Sevim YAKICI’ya, Aynur DİDİR’e, Hande ANIL’a, Evrim AKSAKAL’a, Hasan-Asuman ÖZHAN’a, Emine BAYPARA’ya, Aslı ŞAHİN’e, Bursa Dernekler Federasyonu yönetimi ve Necmettin TAVUKCU’ya, Harun BAYALAN ve İskender ÇETİNTÜRK’e, Bursa Ördekli Kültür Merkezi, Kozahan ve Emirhan tarihi mekânlarının yönetimine, Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi ekibi, çalışma arkadaşlarıma, sekiz yıl boyunca çalıştığım sağlık tecrübemi taçlandırdığım Fırat Üniversitesi Hastanesi çalışma arkadaşlarıma, yoğun bakım ekibime ve yönetimine, araştırmaya katkı sağlayan kanser olmayan bireyler, kanser yakınları ve gönüllü olarak çalışmaya destek veren kanser hastalarımıza,

Ve en büyük teşekkürlerimi kelimelere sığdıramayacağım çok değerli aileme; canım annem Süreyya KAYA’ya ve biricik kız Kardeşim Yâsemi Nurbanu KAYA’ya,

Sonsuz teşekkürler ederim.

‘Hastayı önce psikolojik olarak rahatlatmalısın, sonra muayene etmelisin.’ diyerek ‘hekimliğin topluma hizmet etmek’ olduğunu yıllarca dile getiren ve varlığını yanımda hissettiğim tıp hekimi merhum babam Dr. Necmi KAYA’ya addediyorum.

‘Sizler olmasaydınız, bu tez olmazdı.’

Aslı KAYA

Bursa, 2021

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI	i
YEMİN METNİ	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar DİZİNİ	ix
GRAFİK DİZİNİ	x
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xi
GİRİŞ	1

1. BÖLÜM

SAĞLIK VE HASTALIK ÜZERİNE KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1. SAĞLIK VE HASTALIK KAVRAMLARI.....	4
1.1. Hastalık ve Toplumsal İlişkiler	7
1.2. Hastalık Sürecinin; Kültürel, Ekonomik ve Siyasal Süreçlerle İlişkisi	9
1.3. Hastalık ve Birey Psikolojisi.....	11
1.4. Sağlık ve Hastalıkta Devletin ve Bireyin Görev ve Sorumlulukları	12
1.4.1. Devletin Görev ve Sorumlulukları.....	12
1.4.2. Bireyin Görev ve Sorumlulukları.....	14
2. SAĞLIK VE HASTALIK İLİŞKİSİNE YÖNELİK SAĞLIK POLİTİKALARININ GELİŞİMİ VE DEĞİŞİMİ	16
2.1. Küresel Sağlık Politikaları	16
2.2. Ulusal Sağlık Politikaları	22

2. BÖLÜM

KANSER HASTALIĞI İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

1. KANSER HASTALIĞI.....	29
1.1. Dünyada ve Türkiye’de Kanser Hastalığının Tarihi.....	29
1.2. Kanser Hastalığının Tanımı ve Belirtileri.....	34
1.3. Türkiye’de ve Dünyada Kanser Hastalığı ile İlgili İstatistikler	35
1.4. Kanser Hastalığıyla İlgili Tedavi Yöntemleri	42
1.4.1. Modern Yöntemler.....	43
1.4.1.1. Kanser Tedavisinde Radyasyon (Radyoterapi)	45
1.4.1.2. Kanser Tedavisinde Kemoterapi	45
1.4.1.3. Kanser Tedavisinde Cerrahi Yöntem.....	46

1.4.1.4. Kanser Tedavisinde Kullanılan Diğer Yöntemler	47
1.4.2. Alternatif Tedavi Yöntemleri.....	49
2. KANSER TEDAVİSİNİN BAŞARISINDA ETKİLİ OLAN BOYUTLAR .52	
2.1. Kanserin Ekonomik Boyutu.....	52
2.2. Kanserin Psikolojik Boyutu	55
2.3. Kanserin Sosyal Boyutu.....	59

3. BÖLÜM

KANSER HASTALIĞI ALGISI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

1. ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ.....	63
1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	63
1.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	64
1.3. Araştırmanın Veri Toplama Aracı	65
1.4. Araştırmanın Problem Cümlesi	67
1.5. Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	67
1.6. Araştırmanın Kısıtları	67
1.7. Araştırmanın Etik Boyutu	68
1.8. Analiz ve Yöntem.....	69
2. ARAŞTIRMANIN BULGULARI.....	70
2.1. Sosyodemografik Bulgular	70
2.2. Boyutların Psikometrik Özellikleri.....	80
2.2.1. Kanser Algısı Ölçeğine İlişkin Faktör Analizi	80
2.2.2. Faktörlere Göre Özdeğerlerin Belirlenmesi	81
2.2.3. Açıklayıcı Faktör Analizi	82
2.2.4. Toplam Varyansın Açıklanma Derecesi.....	85
2.2.5. Kanser Algısı Alt Faktörlerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	87
2.2.6. Araştırma Hipotezinin Oluşturulması	88
2.2.7. Kanser Algısı İfadelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	90
2.2.8. Kanser Algısı Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Analizi	92
2.3. Kanser Algısıyla İlgili Boyutların Seçilmiş Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	94
2.3.1. Kanser Hastası Yakınları ve Hasta Olmayanlar Açısından Kanser Algısıyla İlgili Boyutların Karşılaştırılması	94
2.3.2. Kanser Algısı Boyutlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	97
2.3.3. Kanser Algısı Boyutlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması.....	98
2.3.4. Kanser Algısı Boyutlarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	99
2.3.5. Kanser Algısı Boyutlarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	103

SONUÇ.....	109
KAYNAKÇA.....	120
EKLER.....	138
ÖZGEÇMİŞ.....	143



TABLolar DİZİNİ

Sayfa

Tablo 1. Kötü Huylu Tümörlerden Kaynaklı Ölümünün Alt Gruplara Göre Dağılımı	42
Tablo 2. Sosyodemografik Bulgular (n:1010).....	71
Tablo 3. Kansere Hastalığı ile İlgili Bilgiler (n=1010)	73
Tablo 4. Kansere İlgili Bilginin Kaynakları	75
Tablo 5. Kansere Sebep Olan Faktörler	76
Tablo 6. Kansere Tanısı Olan Katılımcıların Kansere Türleri.....	78
Tablo 7. Katılımcıların Tanı Yöntem Süreçleri.....	79
Tablo 8. KMO ve Bartlett Testi Sonuçları	80
Tablo 9. Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları	82
Tablo 10. Toplam Varyansın Açıklanma Derecesi.....	85
Tablo 11. Ortak Varyans Tablosu.....	86
Tablo 12. Kansere Algısı Alt Faktörlerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri	87
Tablo 13. Güvenilirlik Analizi Sonuçları	88
Tablo 14. Kansere Algısı İfadelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	90
Tablo 15. Korelasyon Analizi Sonuçları	92
Tablo 16. Kansere Algısı ve Alt Faktörlerinin Kansere Yakını ve Kansere Yakını Olmayanlara Göre Farklılığını İnceleyen t Testi Sonuçları	95
Tablo 17. Kansere Algısı Boyutlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	97
Tablo 18. Kansere Algısı Boyutlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması	98
Tablo 19. Kansere Algısı Boyutlarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması	100
Tablo 20. Kansere Algısı Boyutları Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması	103
Tablo 21. Araştırmaya Ait Hipotezlerin ve Alt Hipotezlerin Test Edilmesi.....	117

GRAFİK DİZİNİ

	Sayfa
Grafik 1. Dünyada Kanser İnsidansı ve Prevalansı	37
Grafik 2. Dünyada Erkeklerde En Sık Görülen Kanser Türleri	37
Grafik 3. Dünyada Kadınlarda En Sık Görülen Kanser Türleri	38
Grafik 4. Dünyada Kanser Türlerine Bağlı Ölüm Hızı	38
Grafik 5. Dünyada Erkeklerde Kanser Türlerine Göre Ölüm Dağılımı.....	39
Grafik 6. Dünyada Kadınlarda Kanser Türlerine Göre Ölüm Dağılımı	39
Grafik 7. Türkiye’de Erkeklerde En Sık Görülen Kanser Türleri	40
Grafik 8. Türkiye’de Kadınlarda En Sık Görülen Kanser Türleri.....	40
Grafik 9. Çocukluk Çağı Kanserleri	41
Grafik 10. Türkiye’de Ölüm Nedenleri	41
Grafik 11. Faktörlere Göre Özdeğerler	81

KISALTMALAR DİZİNİ

DNA	: Deoksiribo Nükleik Asit
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO)
GDO	: Genetiği Değiştirilmiş Organizma
IARC	: Uluslararası Kanser Ajansı (The International Agency for Research on Cancer)
KETEM	: Kanser Erken Teşhis Tarama Ve Eğitim Merkezi
KHO	: Kanser Hastası Olmayanlar
KHY	: Kanser Hastası Ve Kanser Hastası Yakınları
KMO	: Kaiser-Meier-Olkin Testi
KVKK	: Kişisel Verilerin Korunması Kanunu
LÖSANTE	: Lösemili Çocuklar Kenti ve Multidisipliner Hastanesi
LÖSEV	: Lösemili Çocuklar Sağlık ve Eğitim Vakfı
MSS	: Merkezi Sinir Sistemi Tümörleri
NCI	: Ulusal Kanser Enstitüsü (National Cancer Institute)
PET CT	: Pozitron Emisyon Tomografisi Bilgisayarlı Tomografi
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SPSS	: Sosyal Bilimler için İstatistiksel Program
Std. Sapma	: Standart Sapma
TEPAV	: Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı
TÜBA	: Türkiye Bilimler Akademisi
TÜSEB	: Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı
UICC	: Uluslararası Kanser Savaş Örgütü (UICC-Union for International Cancer Control)

GİRİŞ

Hastalık olgusu günümüz toplumlarının korkulu rüyası haline gelmiştir. Teknolojinin iletişim ağlarını zenginleştirmesi paralelinde hastalıkların olası çevresel etkileri insan üzerinde daha baskılayıcı bir halde görünür olmaya başlamıştır. Günümüzde hastalıkların arkasından gelen pozitif ve negatif etkilerin hastalığın üzerinde oluşabilecek gelecek kaygısıyla şekillenmesiyle beraber, hastanın sağlık beklentisinin daha fazla arttığı malumdur. Özellikle toplum sağlığını daha fazla etkileyen, ölüm oranlarının daha fazla olduğu hastalıkların insanlar üzerinde daha fazla etkiye sahip olduğu bilinen bir gerçektir.

Günümüzde adından en çok söz ettiren hastalıkların başında kanser gelmektedir. Kanser hastalığı Kanser Dairesi Başkanlığı'nın yapmış olduğu basit tıbbi söylem ile insan organizmasını oluşturan hücrelerin kontrolsüz çoğalmasıdır. İnsan vücudunun dengesini marazi şekilde bozan bu değişimin, yapılan bilimsel çalışmalara rağmen tam olarak önüne geçilememesi ise hastalığın arkasından gelen rehabilitasyon uygulamalarının daha da karmaşıklaşmasına neden olmaktadır. Özellikle kanser gibi medikal tedaviye tam manasıyla olumlu cevap alınamayan hastalıklarda iyileşme faktörlerinin farklı şekillerde standartlaştığı dikkat çekmektedir. Hastalıkların tıbbi tedavi sürecinde destekleyici tedavilerdeki artış paralelinde insan bünyesinin sadece fiziksel olarak değil psikolojik olarak da güçlendirilmesinin amaçlandığı gerçeği daha açık bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Kanser ani ve evreler halinde gelişimi kadar hasta bireylerdeki algısal gelişimi de tedavi sürecinin evrim noktasında önemli pozisyona gelmektedir. Bunun sadece kanser hastasıyla kısıtlı olduğunu düşünmek yanlıştır. Çünkü kanser hastası da belirli bir sosyal çevrenin içinde yaşamını sürdürmektedir. Hastanın etkileşimde bulunduğu sosyal çevrenin ise hastaya bakış açısı farklı algısal değişimleri oluşturmaktadır. Böylece bir tarafında hastalık bir tarafında sağlık olan bu sistemin iki yakasında olan insanların zıt tarafa bakış açıları önem kazanmaktadır. Bu çalışmanın amacı, bireylerin kanser hastalığı ile ilgili algılarının değerlendirilmesidir.

Her araştırmada olduğu gibi bu araştırma da bir problem cümlesinin etrafında çerçevelenmiştir. Bu bağlamda: “Kanser hastası ve yakınları ile hasta olmayanlar için

kanser hastalığı ile ilgili algıları arasında farklılık var mıdır?” sorusu araştırmanın temelini oluşturmaktadır. Araştırmada kullanılan ölçeğin alt boyutları çerçevesinde kanser hastası ve yakınları ile kanser hastası olmayan bireylerin kanser hastalığı ve tedavi süreci hakkındaki algıları değerlendirilmiştir.

Araştırmanın birinci bölümünde geniş bir bakış açısı sağlamak amacıyla hastalık ve sağlık kavramları üzerinde durulmuştur. Bu bölümde hastalık genelinde kanser özelinde bir yaklaşım izlenmiş, hastalık kavramının sosyal, ekonomik, siyasi boyutu paralelinde bireyin psikolojik yaklaşımına varıncaya değin hastalık kavramının etkileri incelenmiştir. Günümüz toplumlarının genelinde sağlık sisteminin devlet kontrolünde olduğu gerçeğinden hareketle birey-toplum-devlet ilişkileri yüzeysel bir şekilde dile getirilmiştir. Yine sağlık politikalarının üretici konumundaki devletin ulusal ve küresel ölçekteki fonksiyonları üzerinde durulmuştur. Son olarak bölüm genelden özele doğru bir hareketle bireyin sağlığı üzerine odaklanılan birey ve toplum sağlığı ile yapılan çalışmaların özeti ile tamamlanmıştır.

Araştırmanın ikinci bölümünde kanser hastalığı üzerine odaklanılmıştır. Kanser tarihsel gelişimi ve hastalık hakkındaki genel bilgilerle konunun geçmişi netleştirilmeye çalışılmıştır. Geçmişten günümüze gelinceye değin hastalığın genel tarihinin ortaya koyulması geleceği üzerinde söz söyleyebilmek açısından fikir verebilmektedir. Yine her hastalıkta olduğu gibi kanser de belirli bir tanı tedavi sürecine haiz bir hastalık olup, tanı ve tedavi metotlarının dile getirilmesi, hastalık hakkındaki genel bilgilendirmenin boyutlarını genişletir. Bu nedenle bu bölümde hastalığın tanısının nasıl koyulduğu, tedavi yöntemlerinin ne olduğu üzerinde durulmuştur. Tedavi belirli faktörlerin gölgesinde şekillendiği için bu faktörler üzerinde durma zarureti ortaya çıkmış, kanserin ekonomik, sosyal ve psikolojik boyutu üzerinde durularak bölüm tamamlanmıştır.

Araştırmanın üçüncü bölümünde, araştırma metodolojisi ve bulgularına yer verilmiştir. Bu kısımda, araştırmanın amacı ve önemi, evren ve örnekleme, veri toplama aracı, problem cümlesi ve hipotezleri, yapıldığı yer, karşılaşılan kısıtlar, etik boyutu vb. etmenler farklı başlıklar altında ele alınmıştır. Bölümün başındaki genel istatistiki bilgiler ile oluşturulan dayanaklarla çalışmamız desteklenmiştir. Ele alınan

karşılaştırma metodu iki önemli grup üzerinde şekillenmiştir: Kanser hastaları, kanser hastalarının yakınları ve kanser hastası olmayanlar. Bu iki grubun algı durumu istatistiksel olarak dile getirdikleri verilerle saptanmıştır. Araştırmamızın ana noktaları bu şekilde dile getirdikten sonra eldeki verilerin paralelinde bulgular bu kısımda bir araya getirilmiştir. Eldeki veriler ortaya koyulduktan sonra karşılaştırmalı bir yaklaşımla veriler mukayese edilmiştir. Demografik verilerden hareketle seçilmiş değişkenlerin cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu ve çalışma durumu gibi parametreler kullanılarak kanser algısının boyutları netleştirilmeye çalışılmıştır. Araştırmanın analiz sonuçları ile ilgili değerlendirmeler yapılarak tartışma, sonuç ve öneriler kısımları ile araştırma sonlandırılmıştır.



1. BÖLÜM

SAĞLIK VE HASTALIK ÜZERİNE KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1. SAĞLIK VE HASTALIK KAVRAMLARI

Sağlık, her dönemde insanların ve toplumların önceliği olmuştur. İnsanoğlunun birinci amacı, hayatta kalmak iken, ikinci amacı ise hayatını sağlıklı bir şekilde sürdürmektir (Alu, 2017: 33).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yaptığı tanımlamaya göre 'Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halidir.' (WHO, 1981) olarak tarif edilmiştir. DSÖ sağlığı, bireylerin fiziksel iyi olma hallerinin dışında sosyal ve ruhsal yönden de kendilerini iyi hissetmesi, hayatından memnun bir şekilde yaşaması, onun ruhsal ve sosyal açıdan da iyi olması gerektiğini vurgulamıştır.

Tıbbi açıdan sağlıklı olmama, diğer bir deyişle hastalık hali, nesnel (objektif) anlamdadır ve bu anlamıyla, belirli işaret ve semptomlarla kendini gösteren patolojik bir anormalliği ifade etmektedir. Birey açısından hastalık hali ise sağlıksızlığın veya patolojik sürecin sonuçlarının, öznel (sübjektif) deneyim içinde bireylerce algılanması, bireyin acı, rahatsızlık vb. duyma durumudur (Bolsoy ve Sevil, 2006: 80). İbn-i Sina, "El Kanun Fi't-Tıb" adlı kitabında hastalığı "*İlkin ve müstakil olarak, fakat ikinci dereceden olmaksızın, normal fonksiyonları rahatsız edilmiş olan insan vücudunun anormal durumu*" (Kahya, 2014: 127) olarak tanımlamıştır. Modern tıpta ise hastalık, bireyde görülen fiziksel ve fizyolojik değişiklikler şeklinde ifade edilmekte hastalık hali insan organizmasındaki bozulmalar olarak görülmektedir (Adak, 2015: 11).

İnsan organizmasında bulunan bütün organlar bir bütün halinde işlemektedir. Bu işleyiş mükemmel bir uyum içinde süreklilik göstermektedir. Bağışıklık sistemi bu uyumu titizlikle muhafaza etmektedir. Bu uyuma zarar verebilecek veya uyumu değiştirebilecek her tür maddeyi düşman olarak kabul etmekte ve buna göre savunma programı geliştirmektedir. Sağlığa uygun olmayan doğal besinler, yapay katkılı hazır ürünler, bazı tıbbi ilaçlar ve kimyasal maddeler zararlı maddeler kategorisine

girmektedir. Bu antijenlerden herhangi biri sindirim, solunum ya da cilt yoluyla organizmaya girdiğinde bağışıklık (savunma) sistemi savunma refleksi göstererek mücadele etmektedir (Salih, 2017: 12). Bağışıklık sisteminin zarar görmesi ve vücut bütünlüğünün bozulması hastalık durumunu oluşturmaktadır. Hastalık nedenleri incelendiğinde bağışıklık sisteminin zayıflaması, bazı bakterilerin ve virüslerin sebep olduğu enfeksiyonlar, genlerin mutasyona uğraması, yaşanan ortamın gün geçtikçe değişikliğe uğraması ve çevreyle uyumsuzluk gibi birçok faktörün hastalığa sebep olduğu görülmektedir (Nesse ve Williams, 2015: 8-9).

Sağlık ve hastalık olguları, çeşitli dönemlerde farklı biçimlerde algılanmış, eski dönemlerde hastalıklar doğa üstü güçlere sahip olduğu inanılan kişilerce tedavi edilmeye çalışılmıştır. Hastalık insan vücudunda daha çok fiziksel farklılıklarla ortaya çıkan anormallikler olarak tanımlanmıştır. Tarihi süreç içerisinde, doğaüstü gücü olan bireylerin yerini din adamları almış, teknolojinin ve pozitif bilimlerin gelişmesi ile birlikte ilkel tedavi süreçlerinin etkisi azalmıştır. Günümüzde ise hastalıkların tedavisi, alanında yeterliliği olan hekimler tarafından, çağın imkânları da etkin bir şekilde kullanılarak modern bir şekilde ve hastanın yaşam öyküsü de dikkate alınarak yapılmaktadır (Tekin, 2007: 47; Alptekin, 2005: 41).

Sağlık ve hastalık kavramlarının algılanmasına ilişkin değişikliklerden dolayı sağlık hizmetleri de farklılaşmış, sağlık ve hastalık kavramları ruhsal ve sosyal boyutları ile de değerlendirilmeye başlanmıştır. Bu sebeple gerek birey gerekse toplumun genel olarak sağlığını korumaya yönelik olarak tedavi hizmetleri geliştirilmeye çalışılmıştır. Tedavi hizmetleri, şahısların veya toplulukların hastalıklardan korunmasını, sağlıklı olma hâlinin korunarak geliştirilmesini, hastalıkların oluşumunun önlenmesini, sakatlık hâllerinin tıbbî hizmetin yanında ruhsal anlamda iyi olma hâlini de sağlayan rehabilitasyon hizmetleri ile ilgili olarak sunulan hizmetlerin tümünü kapsar hale gelmiştir (Çoban, 2009: 11). Buradan hareketle modern tıp, hastalıkların sadece sonuçları üzerinde durmamakta, aynı zamanda hastalıklara sebep olan etkenleri inceleyerek hastalıklardan korunma yöntemlerini de ortaya koymaktadır. Bireyin beslenme alışkanlıklarından elbise seçimine, çalışma şartlarından sosyal yaşam koşullarına kadar birçok etken bireyin sağlığını tehdit edici yönde etkiler doğurabileceği için hastalık tanısından sonra bireyin ve çevresindekilerin hastalığa karşı olan algısı, hastalığın tedavi şekli,

hastanın toplum içinde bulunduğu statü, hasta bireyin toplum fertleriyle kurduğu sosyal ilişkiler, hastanın toplum tarafından kabul gören veya görmeyen alışkanlıkları geleneksel ve kültürel değerlerle birlikte ele alınmaktadır. Bireyin hastalıkla mücadelesini ve tedavi aşamalarını etkileyebilecek kültürel ve sosyal unsurlar arasında, hastanın ekonomik durumu, aile yapısı, inançları, medeni durum, genel vücut yapısı, beslenme kalitesi, kişisel hijyen, yaşadığı ortam, barınma durumu gibi unsurlar, tıbbi tedavi sürecinin başarısı için bir bütün halinde ortaya konulup değerlendirilmektedir (Çetin, 2012: 8-25-26).

Hastalık, hasta ve çevresi olmak üzere iki yönlüdür ve bu yönler birbirlerini etkileyebilmektedir. Bu sebeple bireylerin hastalık durumu, gerek tıbbî açıdan gerekse toplumsal-kültürel içerikli bir kavram olması sebebiyle bir bütün halinde incelenmesi gerekmektedir. Bireylerin yaşam tarzları toplumun bütününün yaşam tarzını oluşturması dolayısıyla bireyin sağlığını bozucu unsurlar, aynı zamanda toplumun geneline de yansımaktadır. Bu sebeple toplumun genelinin sağlık durumu incelenirken birey sağlığından hareket etmek gerekmektedir (Aytaç ve Kurtdaş, 2015: 321).

Birey sağlığı, bireyin bedensel ve ruhsal yönden iyi olma halini ifade etmektedir. Her bireyin başından hastalık süreci geçmiş ve her bireyin hastalığa karşı deneyimi farklı olmuştur. Bireyler geçirdikleri hastalıkla ilgili olarak bilgileri, deneyimleri, inançları ve değerleri doğrultusunda hastalığa karşı olan algılarını kendi tutum ve davranışlarıyla açıklamaya çalışmışlardır. Yaşam, doğum öncesinden ölüme kadar bir bütün olduğu için bireyin yaşamındaki dönemler ilerleyen zamanlarda hastalığa zemin hazırlayabilmektedir. Her birey kendi sağlığından sorumludur. Bireyin sağlık sorunlarının oluşmasında temel etkenler kendi davranışları ve yaşam tarzıdır. Bireyin bedensel ve ruh sağlığının yerinde olmasında sadece kendisinin değil, çevresinin etkisini görmek mümkündür. Bireyin ve ailesinin ekonomik durumu, sosyal statüleri gibi unsurlar birey sağlığı üzerinde etkilidir (Güngörmüş, 2016: 355).

Toplum sağlığı, toplumun genelinin iyi olma halini ifade etmektedir. Toplumun sağlık ve hastalık hakkındaki bilgisi, hastalıkların tedavisi hakkındaki görüş ve düşünceleri, hastalığa karşı tutumları, toplum genelinin sosyo-ekonomik ve

sosyo-kültürel yapısı, inançları, yönetim şekli, yaşanan coğrafya, uygulanan sağlık politikaları gibi unsurlar toplum sağlığında belirleyici rol oynamaktadır. Sayılan bu unsurlar toplumdan topluma farklılık göstermektedir. Toplumsal sağlık durumunu ortaya koymak ve topluma sunulacak sağlık hizmetlerini planlayabilmek için toplumdaki sağlık sorunlarının ve nedenlerinin bilinmesi; hastalıkla ilgili etkenlerin neler olduğu, hastalık yayılım hızları ve risk gruplarına ilişkin bilgilerin değerlendirilmesi gerekmektedir (Kılıç, 2016: 69).

1.1. Hastalık ve Toplumsal İlişkiler

Sağlık ve hastalık kavramları açıklanırken bütüncül bir yaklaşımla bedensel ve sosyal yapılar birbirinden ayrı değerlendirilmemelidir. İnsan davranışlarının arkasında yatan anlam ve nedenlerin tıp biliminin yanında sosyolojik olarak da incelenmesi gerekmektedir. Bu bağlamda insan sağlığını etkileyen faktörlerin araştırılması sosyolojik bir bakış açısını gerekli kılmaktadır. Hastalık ve sağlık kavramları, tıbbi terimler olmalarının yanında sosyal yaşam içerisinde de kullanılmakta olan terimlerdir. Hastalık ve sağlık kavramları açıklanırken, tıbbi yaklaşımın yanında kavramlara sosyolojik açıdan da yaklaşmak uygun olacaktır (Aytaç ve Kurtdaş, 2015: 233-234). Bu şekilde bir bakış açısının oluşmasında ele alınması gereken faktörler arasında;

1. Hastalık etkeni (hastalığa neden olan etken, bakteri, besin vb.)
2. Fiziksel ve sosyal çevre (sıcaklık, coğrafya, yaşanan yer, sınıf vb.)
3. Bireysel özellikler (yaş, cinsiyet, yaşam stili vb.) gibi maddeleri göstermek mümkündür. Bu faktörler hastalıkların sadece bireysel bir boyutunun olmadığını, aynı zamanda bireyin çevresini de kapsayacak toplumsal yönlerinin olduğunu göstermektedir.

1960'lı ve 1970'li yıllarda yapılan araştırmalarda, işini, yaşadığı yeri ve hayat koşullarını değiştiren insanların hastalıklara daha fazla yakalandıkları saptanmıştır. Syme (1964)'e göre, çiftlikte çalışan birisinin şehirde çalışmaya başlamasıyla beraber, çok daha ciddi bir kalp hastalığına yakalanma olasılığı bulunmaktadır. Aynı şekilde kırdan kente göçen birinin hastalığa yakalanma riski de artmaktadır. 2000'li yıllarda ise iş değiştirme, yaşanan yer ve yaşam koşullarının değiştirilmesi bireyin

yaşadığı psikolojik sorunların azalmasına sebep olduğu görülmüştür (Cirhinlioğlu, 2017: 30). Bu veriler ışığında toplum sağlığını bozucu etkenlerin zamana karşı değişikliğe uğradığını söylemek mümkündür.

Toplumsal olgu olan boşanmanın da sağlık üzerinde etkileri olduğuna dair çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalarda boşanmış ve dul insanların ölüm oranı evli çiftlere kıyasla daha yüksek olduğu belirlenirken, bu oranın kadınlara kıyasla erkeklerde daha yüksek olduğu saptanmış, evli çiftlerde sosyalleşmenin daha fazla oluşunun sağlığı olumlu yönde etkilediği görülmüştür (Cirhinlioğlu, 2017: 30-31). Boşanma, kadın ve erkek arasında yasal, duygusal ve cinsel bağların bitirilme kararını içermektedir. Boşanma ile aile yapısının dağılması da psikolojik yıkım ve strese neden olmaktadır (Demirkan vd, 2009: 3-4). Boşanmanın, sosyal ve duygusal etkilerinin yanında davranışsal sonuçlara da yol açtığı bilinmektedir. Boşanmayı takip eden yıllarda hem kadınlar hem de erkekler endişe, depresyon, tükenmişlik, tedirgin, düşük benlik saygısı ve sosyal yaşama uyumsuzluk vb. gibi duygusal ve bireysel problemler yaşamaktadırlar (Battal, 2008: 8; İlgar, 2009: 235). Dolayısıyla, boşanmanın sonucunda her iki tarafta ruhsal yıkıntı, depresyon, özgüven kaybı, endişe gibi psikolojik çöküntü yaşamakta ve bu durum sağlığa olumsuz bir şekilde yansyarak hastalıklara sebep olmaktadır.

Hastalık ve sağlık durumunu etkileyen önemli faktörlerden biri de cinsiyet faktörüdür. Kadın ve erkeğin içinde bulunduğu toplum koşullarına göre davranış ve tutumları, rol ve statüleri, tercihleri, yönelimleri, yaşam biçimleri, alışkanlıkları, yetiştirilme tarzları, sosyalleşme süreçleri gibi etkenlerin farklı olmasından dolayı hastalıklarla karşı verdikleri tepkiler de farklı olmaktadır. Dinç (2013: 2535)'e göre sağlık hizmetlerine ulaşma sırasında yapılacak cinsiyet ayrımcılığı, toplum içerisindeki bütün bireylerin sağlık hizmetlerine etkin bir şekilde ulaşmalarının önünde engeldir. “Toplumsal cinsiyet ayrımcılığı”, kadınların sağlık haklarından faydalanmalarını kısıtlamaktadır. Bu duruma özellikle geri kalmış ülkelerde rastlanırken, Türkiye'nin bazı kırsal bölgelerinde de bu tür tutumlara rastlanmaktadır. Güncel yaşamda içinde bulundukları toplumsal statü ve rollerden dolayı kadınlar daha çok stres altındadırlar. Kadınlar sosyal güvencesi olmadan ve düşük ücretle çalıştırılmakta, sadece ev ile ilgili işleri yaparak çocukların bakımından sorumluymuş gibi görünmektedir. Bu da kadınlarda stres yükünün artmasına sebep

olmaktadır. Bunun yanında özellikle maddi açıdan yoksul durumdaki ailelerde kadınlar da tıpkı erkekler gibi aile bütçesine katkı sağlamak amacıyla çalışmak durumunda kalmaktadırlar. Cirhinlioğlu (2017: 31), kadınların kronik hastalıklı olanlar dışında daha fazla hastalandıklarını, bu yüzden sağlık sisteminden erkeklerden daha fazla yararlandıklarını, hastaneye daha fazla gittiklerini, hastanede daha fazla yattıklarını, farklı bir anlatımla erkeklere göre daha çok hastalandıkları ve durumdan dolayı sağlıklarına daha fazla dikkat ettiklerini saptamıştır. Buna karşın erkeklerin kadınlara kıyasla daha fazla ölüm oranına sahip oldukları, yani daha az yaşadıkları ortaya çıkmıştır.

Sosyal sınıflar arasındaki farklılıklar arttıkça bireylerin sağlıklı yaşam olanaklarında ve tedavi şartlarında dalgalanmalar görülmektedir (Aytaç ve Kurtdaş, 2015: 234). Ekonomik güçlükler içerisinde çalışan bireyin hastalık durumunda tedavi olasılığı daha zordur. Toplumdaki sınıflar arasında eşitsizlikler olması sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda da eşitsizliklerin yaşanmasına sebep olabilmektedir. Gelişmemiş ve işçi sınıfının olduğu bölgelerde de yine sağlık imkânları ve hastane olanakları kısıtlıdır (Browne, 2014: 492-494).

Sağlık/hastalık olgusuna karşı davranış ve tutumu belirleyen diğer bir faktör de etnik ve ırksal farklılıklardır. Aytaç ve Kurtdaş (2015: 237) tarafından epidemiyolojik çalışmalar çerçevesinde toplumlarda sağlık problemlerinin dağılımı ırka ve gen yapılarına göre farklılıklar gösterebildiği belirlenmiştir. Örnek olarak Afrika kökenli bir bireyin kan hastalığı olan hücre anemisi olma ihtimali ortalamadan fazla olmakla birlikte hipertansiyon ve inme geçirme ihtimalleri de yüksektir. Asya kökenli bir bireyin ise kalp krizi geçirme ve diyabete yakalanma olasılığı ortalamanın üzerinde bulunmaktadır. Son 20 yıllık dönem baz alındığında kalp krizi geçiren siyahların beyazlardan 20 kat daha fazla olduğu görülmektedir. Irk ve etnik köken hastalık türünde önem arz etse de sağlık ve sosyal eşitsizliklerde hastalık ve ölüm oranlarında oldukça büyük bir etkiye sahiptir (URL 1).

1.2. Hastalık Sürecinin Kültürel, Ekonomik ve Siyasal Süreçlerle İlişkisi

Toplumsal şartlar, ekonomideki kalkınmışlık durumu gibi unsurlar, yaşamsal farklılıklar ve kültürel özellikler hastalıkla mücadelede farklılıkların ortaya

ıkmasına neden olmaktadır (Kaplan, 2010: 227). Bu açıdan bakıldığında hastalıklara karşı olan algının toplumun sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel yapısının yansıması olduğunu söylemek mümkündür.

Kültür, kişinin sahip olduğu bilgisi, inancı, ahlakı, gelenek ve göreneklere karşı tutumu gibi birçok faktörü içerisinde barındıran bir kavramdır. Toplum kültürü bireylerde genel bir karakter yapısının ve değer yargısı sisteminin oluşmasını sağlamaktadır. Toplumun değer yargıları, kendine ait tutum ve inançları hastalık hakkındaki düşünce yapısı üzerinde etkili olmaktadır. Bu yönden incelendiğinde hastalıklar toplumun ve bireyin kendi kültür kalıplarına göre anlam ve değer kazanmaktadır (Aytaç ve Kurtdaş, 2015: 238).

Sağlık ve kültürel yapı arasındaki bu ilişki farklı bilimsel disiplinlerde incelenmiştir. Antropolog, epidemiyolog ve sosyologların çalışmalarında ortaya çıkan kültürel faktörleri/değişkenleri aşağıdaki şekilde sıralamak mümkündür (zen, 1994: 133-145; Bolsoy ve Sevil, 2006: 82):

- *Ekonomik Durum*
- *Aile Yapısı*
- *Cinsiyet Roller*
- *Evlilik rntleri*
- *Cinsel Davranış*
- *Önleyici rntler*
- *Nüfus Politikası*
- *Hamilelik ve Doğum Pratikleri*
- *Kişisel Hijyen*
- *Vücut İmajındaki Değişmeler*
- *Konut Düzenlemeleri*
- *Beslenme*
- *Genel Sağlık Düzenlemeleri*
- *Meslekler*

- *Giyim Tarzı*
- *Din*
- *Madde Kullanımı*
- *Alışkanlıklar*
- *Boş Zaman Alışkanlıkları*
- *Ev Hayvanları*
- *Kültüre Bağlı Stres*
- *Göçmen Statüsü*
- *Kendi Kendini Tedavi Stratejileri ve Terapiler*
- *Siyasal İlişkiler.*

Yukarıda bahsedilen unsurlar birey sağlığının korunması ve hastalıkla mücadele açısından önemlidir. Bu unsurlar dikkate alınarak oluşturulacak sağlık politikaları ile toplum sağlığını koruyucu önlemler almak mümkün olmaktadır (Deppe, 2011: 43; Coburn, 2011: 59).

1.3. Hastalık ve Birey Psikolojisi

Her hastalığın akut ve kronik olmasına göre birey üzerindeki etkisi farklılık göstermekte ve her bireyin hastalığa verdiği tepki farklı olmaktadır. Hastalık durumunda, bireyde duygusal ve davranışsal değişimler yaşanmaktadır. Bu dönem birey için kendisi ile hesaplaşma dönemi olmakta ve bireyin tedavi sürecinde, tedaviye ve hastalığa farklı cevap verebilmektedir. Bireyin gösterdiği bu davranış farkları; hastalığın doğasına, bireyin hastalığa uyumuna, sosyal çevrenin tepkilerine ve hastalık sürecinin değişimine bağlıdır. Akut hastalıklar bireyin hayatında önemli değişiklikler yaratmazken, kronik hastalıklar bireyin hayatında yıkıma sebep olabilmektedir. Özellikle yaşamı tehdit eden uzun süreli kronik hastalıklar bireyde depresyon, şok, kızgınlık, öfke, içe kapanma, uyumsuzluk, çaresizlik, stres, psikolojik buhran gibi duygu durumların yaşanmasına sebep olmaktadır (Erol ve İşeri, 2014: 134-140).

1.4. Sağlık ve Hastalıkta Devletin ve Bireyin Görev ve Sorumlulukları

Bireylerin karşılaştıkları sağlık sorunları ile ilgili olarak devletler tedavileri için gerekli desteklerde bulunmaktadır. Tedavi sürecinde ortaya çıkan finansman ve gerekli malzeme tedarikini devletler karşılamaktadırlar. Türkiye’de ve dünya ülkelerinde sağlık hakkı anayasal bir haktır. Devletlerin sağlık konusunda belirli hak ve sorumlulukları bulunmaktadır.

1.4.1. Devletin Görev ve Sorumlulukları

Sosyal devlet anlayışı içerisinde her insanın eşit sağlık hakkına sahip olması gerekliliği bulunmaktadır. Devletin sağlık sistemi içerisindeki görevi, sağlık hizmeti sunumunu gerçekleştirmesi ve finansman giderlerini üstlenmesidir. Devlet, sağlığı koruma, hastalık halinin oluşması halinde tedavi ve tedavi sonrasındaki rehabilite hizmetlerini içeren sağlık politikalarını oluşturmaktadır. Devletin ayrıca, sağlık sisteminin en verimli şekilde işleyebilmesi için denetleyici ve düzenleyici görevi de bulunmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018: 26).

Sağlık hakkı, DSÖ tarafından 1946 yılında ortaya konan DSÖ Anayasası’nda açıklanmıştır. Buna göre bireylere olabilecek en yüksek sağlık standardının sağlanması gerekmektedir. Aynı zamanda bireyler her koşulda sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeliler. 6-12 Eylül 1978’de toplanan Uluslararası Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı’nda Alma Ata Bildirgesi dile getirilmiş, bu bildirgede; yalnızca hastalık ve sakatlık yaşanması değil, tam anlamıyla bedeni, ruhsal ve sosyal iyilik durumunun bireyler için bir hak olması gerektiği, temel sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve geliştirilmesi vurgulanmıştır. Bildirgede ayrıca sağlık standartlarının olabildiğince yüksek tutulması ve bunun bütün ülkeler için bir amaç edinilmesi gerektiği de belirtilmiştir (Zengin, 2010: 45-46).

İnsan Hakları Evrensel Bildirisi’nin 25. maddesinde de bireyin sağlık hakkı vurgulanmış, her bireyin ve ailesinin yaşamını sürdürebilmeleri için gerekli olan sağlık hizmetlerinden yararlanması gerektiği açık bir şekilde ifade edilmiştir (URL 2).

İktisadî, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi'nin 12. maddesinin 1. fıkrası, herkese beden ve ruh sağlığı standardından yararlanma hakkını tanımasını öngörmektedir (URL 3). Aynı maddenin 2. fıkrasında ise, bu hakkın sağlanmasının gerektirdiği belli başlı tedbirler sayılmakta ve devletlere buna uygun davranma yükümlülüğü getirilmektedir. Devletlerin alacağı tedbirler arasında (URL 4);

- a) Var olan doğum oranının ve bebek ölümlerinin düşürülmesi ile çocukların sağlıklı gelişmelerinin sağlanması,
- b) Çevre sağlığının ve sanayi temizliğinin her yönüyle iyileştirilmesi,
- c) Yöresel, mesleki ve salgın hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve kontrolünün sağlanması,
- d) Hastalık hâlinde her türlü sağlık hizmetinin ve bakımının sunulması için gerekli şartların oluşturulması gibi önlemler bulunmaktadır.

Bu sözleşme ile insanların daha kaliteli yaşamalarına imkân sağlanması hedeflenmektedir. Sözleşmede insan sağlığı evrensel bir değer olarak düşünülmüş ve insan ömrünün uzatılmasına yönelik adımların atılması teşvik edilmiştir.

Bireyin sağlıklı yaşama hakkının bulunduğu Türkiye’de dâhil olmak üzere birçok ülkenin anayasasında ve uluslararası sözleşmelerde sosyal bir hak olarak yer almaktadır. Türkiye Cumhuriyeti 1982 Anayasa’nın 56. Maddesinde “*Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlama; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.*” şeklinde düzenlenmiştir. 1987 yılında yayınlanan Sağlık Hizmetleri Temel Yasası’nda sağlık hizmetlerinin temel amacının ülke bütününde etkin ve kaliteli sağlık hizmeti sunulmasının planlanması, sağlık hizmetlerinin maddi olarak desteklenerek her bireye eşit sağlık hizmetinin sunulması gerektiği vurgulanmıştır. Bu yasayla insanların; gelir durumu, yaşadığı

coğrafya, dini, dili, ırkı ne olursa olsun bireyler, eşit olarak sağlık hizmetlerinden yararlanması amaçlanmıştır (Alu, 2017: 33).

Türkiye’de sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kuruluşları, Sağlık Bakanlığı’nın denetimindeki özel sağlık kuruluşları ve Yüksek Öğretim Kuruluna bağlı hastaneler tarafından yürütülmektedir. Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kuruluşları ve özel sektör tarafından verilmekteyken, Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversite hastaneleri tarafından üçüncü basamak sağlık hizmetleri verilmektedir. Sağlık kuruluşlarının hizmet kalitesi, hijyen koşullarının sağlanıyor olması ve sağlık çıktılarının verimliliği gibi çalışmalar devletin denetleme görevleri içerisinde bulunurken, ilaç fiyatlarının belirlenmesine ilişkin usul ve esaslar belirlenmesi ise düzenleyici işlemler arasında yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018: 26).

1.4.2. Bireyin Görev ve Sorumlulukları

Hastalık hali, toplumdan topluma farklılık gösterirken, aynı toplum içerisindeki sınıflar arasında da çeşitli farklılıklar gösterebilmektedir (Aytaç ve Kurtdaş, 2015: 234). Bu farklılığın ana nedeni toplumu oluşturan bireylerin kendilerine ait özellikleridir. Başka bir anlatımla bireyin sağlığının bozulması kendi alışkanlıklarından kaynaklanmaktadır.

Tıp bilimi, sağlıklı beslenmenin yararları ve zararları üzerinde çalışmalar yapmakta, bireyi düzensiz beslenmeye yönelten etkenleri belirleyerek etkilerini azaltmak için araştırmalar devam etmektedir. Bu uygulama sağlığın korunması açısından tek taraflı bir uygulamadır. Örneğin, aşırı yemek yeme ve buna bağlı olarak obezite sonucunun ortaya çıkması bireyin kendisi ile ilgili bir durumdur. Tıp bilimi obezite sonucu ile ilgilenip, obezitenin tedavisine yoğunlaşmakta, bireyin bu davranışa neden yöneldiği üzerinde durmamaktadır. Oysa bireyin alışkanlıkları bu sağlık sorununu yaşamasına sebep olmaktadır. Bireyin obezite sorunu yaşamasının sebepleri arasında yetersiz meyve sebze tüketimi, besin temini ile ilgili yaşanan sorunlar, gelir düzeyi, ailesel sorunlar, ailede hastalık öyküsü, metabolik bozukluk, beslenmenin öneminin farkındalığının olmayışı gibi sebeplerdir. Bütün bu sebepler bireyin hastalık halinin kendine ait sebepleridir. Hastalık hali ile ilgili bireyin kendisi

ile ilgili sebeplere farklı bir örnek ise, bireylerin sürekli olarak ilişkide bulunduğu çevreyi değiştirmesidir. Böylesi bir değişikliğin bireyde fiziksel ve ruhsal rahatsızlıklara yol açabildiği yapılan çalışmalarda saptanmıştır (Cirinlioğlu, 2017: 30). Bireyler hayata gözlerini açmış oldukları çevre ve insanlarla birlikte yaşamak isterler. Bireyin çevresi değiştiğinde (örneğin, eğitim ya da iş için bir ilden başka bir ile gittiğinde) hastalanma sebebinin oluşacağı düşünülmektedir. Çünkü alışmış olduğu çevreden ve ilişkide bulunduğu insanlardan uzak olma bireyde hem fiziksel hem ruhsal yıkıma sebebiyet verebilecektir. Birey gittiği yerde yalnız kalacak, zor durumlarda destek alacağı insanların yanında olamayacak, sorunlarla baş başa kalarak çözüm yolu bulmaya çalışacak olmasının bireyin hem fiziksel hem ruhsal yıkımına sebebiyet verebilmektedir.

Bireylerin hastalıklardan korunmaları için kendilerine ait birtakım görev ve sorumlulukları vardır. Bunlar (Erer, 2010: 33-38; URL 5; Çetin, 2019:1-197):

- Birey, devletin kendisine sunmuş olduğu birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmalıdır. Sağlık taramaları, aşılama, sağlık kontrolleri gibi hizmetleri ihmal etmemeli ve hastalıkların erken teşhisi açısından düzenli olarak kontrollerini yaptırmalıdır.
- Birey, alışkanlıklarını tekrar gözden geçirmeli, uyku düzenine, giyimine, beslenmesine dikkat etmeli, spor ve egzersiz yapmalı, sigara, alkol gibi kötü alışkanlıklarından vazgeçmelidir.
- Birey, gerek kendi gerekse çevre temizliğine, hijyenine özen göstermelidir. Bireysel temizliğe ve bakıma, aynı zamanda temiz bir çevrede yaşamaya özen göstermelidir.
- Birey, hastalıklara karşı korunmaya yönelik hususlara dikkat etmelidir. Bireyler sağlık bilgisine sahip olmalı, “akut” ve “kronik” hastalıklar hakkında bilgi sahibi olmalı ve korunma tedbirlerini elden bırakmamalıdır.
- Birey, çalışma ortamında mesleki hastalıklara karşı bilgi sahibi olmalı ve dikkatli çalışmalıdır.
- Birey, hatalıklarla ilgili olarak “erken teşhis hayat kurtarır” felsefesini benimsemelidir. Hastalık belirtileri başladığında mutlaka ihmal etmemelidir ve hemen bir sağlık kuruluşuna gitmelidir.

2. SAĞLIK VE HASTALIK İLİŞKİSİNE YÖNELİK SAĞLIK POLİTİKALARININ GELİŞİMİ VE DEĞİŞİMİ

2.1. Küresel Sağlık Politikaları

Dünya nüfusunun artmasıyla birlikte salgın hastalıklar çoğalmaya başlamış, bundan dolayı sağlık bakım hizmetleri yetersiz kalmıştır. Buna bağlı olarak dünya sağlık politikalarının yeniden gözden geçirilmesi gerekmiştir. 20. yüzyılın başlarından itibaren devletler öncelikle bulaşıcı hastalıklara karşı başlatmış oldukları mücadele faaliyetlerine ilişkin sağlık politikaları geliştirilmiştir (Aba, 2018: 197-198). II. Dünya Savaşı sonrasında devletin rolü; müdahaleci olma yerine yönlendirici olmaya başlamıştır. 1970’li yıllar Avrupa’ında devlet kültürü, artık sağlıktan eğitime birçok hizmetin halka sunumunu sağlayan sosyal bir kurum olma özelliğine bürünmüştür. 1980’li yıllardan itibaren ise kapitalist bir serbest düzen hâkim olmaya başlamış, küreselleşme artık kaçınılmaz bir hal almıştır. Küreselleşmenin de etkisiyle neoliberal politikalar her alanda kendini gösterir hale gelmiş, bu durum diğer alanlarda olduğu gibi sağlık politikalarında da önemli değişimlerin yaşanmasına sebep olmuştur (Eke ve Eroymak, 2019: 390-391).

Küresel anlamda sağlıkla ilgili en temel prensip, sağlığın sınır tanımayacağıdır. Bu prensip tüm ulus devletler tarafından kabul görmüş ve dünya genelindeki sağlık sorunları, tüm dünya devletlerinin sorunu olarak kabul edilmiştir. Küreselleşme ile birlikte sağlık alanında yaşanan önemli dönüm noktası, Dünya Sağlık Örgütü’nün kurulması olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü’nün kurulmasıyla birlikte sağlık politikaları bütüncül bir yaklaşım içinde ele alınır hale gelmiş, sağlık alanında ulaşılmak istenen amaçlar ve yerine getirilmesi gereken görevler ön plana çıkmıştır. Küresel anlamda sağlık politikalarının gelişmesine hız veren faaliyetler aşağıda yer almaktadır (Aba, 2018: 190-198):

Lalonde Raporu: Bu rapor, bir toplumun sağlığını geliştirip güçlendirmeyi içeren küresel ilk politika belgesidir. Raporda bireylerin kendi sağlıklarına ilişkin bireysel bir sorumluluk alması gerektiği vurgulanmıştır.

Alma-Ata Bildirgesi: 1970’li yıllarda DSÖ tarafından sağlık hizmetlerindeki gelişmelerin nitelik ve nicelik bakımından toplumun gerisinde kaldığı, yeterli sağlık

hizmetlerinin sağlanamadığı vurgulanmıştır. Buradan hareketle “Herkes İçin Sağlık” hedefi belirlenmiş ve sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde millet ya da grup farkı gözetilmeksizin bütün insanların sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyini yükseltmeye yönelik çalışmalar yapılmıştır. Bu bildirmede, bütün insanların sağlığını korumak için ülke yönetimleri ile işbirliği içerisinde uygulanması gereken sağlık politikaları ile ilgili öneriler geliştirilmiştir.

Sağlık politikalarının geliştirilmesinde 2000’li yıllara kadar olan süreçte herkes için sağlık planı ile DSÖ ve hükümetler bütün bireylerin sosyal ve ekonomik açıdan sağlıklı bir yaşam sürmelerini sağlayacak kararlar alınmışlardır. Ancak alınan bu kararlar pek de başarılı olmamıştır. Bu başarısızlığının temelinde sağlık hizmetlerinde eşitliğin sağlanamaması, sağlığa ayrılan kaynaklarının yetersiz oluşu ve bu kaynakların akılcı kullanılmaması gibi sebepler bulunmaktadır.

Sağlık politikalarının gelişimi için atılan diğer bir adım da 1998 yılında Kopenhag’da düzenlenen toplantıda atılmış, sağlık uygulamalarının daha etkin hale gelebilmesi için 2020 yılına kadar gerçekleştirilmek üzere hedefler ortaya konmuştur. Bu hedeflerin temelinde herkese ulaşılabilir en iyi sağlık hizmetini sunma, tüm insanların yaşamları boyunca sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi, temel hastalıkların ve yaralanmaların insidansları ile birlikte sebeplerinin de azaltılması gibi amaçlar bulunmaktadır (DSÖ, 1998).

2000 yılında toplanan Birleşmiş Milletler Genel Kurulunda “Küresel düzeyde insan onuru, eşitlik ve esenlik ilkelerinin güçlendirilmesi için topluca taşıdıkları sorumluluğu” ilkesi kabul edilerek bildirge yayımlanmıştır. Bu ilkelerin hayata geçirilmesi için sekiz yıllık bir kalkınma hedefi belirlenmiştir. Bu hedef ile her bir ülke için 2015 yılına kadar sürdürülebilir kalkınma ve yoksullukla mücadele alanında sağlanan ilerleme, ölçülebilir ve izlenebilir bir biçimde gösterilecek şekilde geliştirilmiştir. Hedefler çerçevesinde sağlık ve hastalığa ilişkin oluşturulan politikaların temelinde sağlık sorunlarının sadece ulus devletlerin kendilerine ait olmadığı; tüm dünya devletlerinin, dünya genelindeki sağlık sorunlarıyla ilgilenmeleri gerektiği ortaya konmuştur (Çakır, 2020: 167).

Günümüzde başta salgın hastalıklar olmak üzere, halk sağlığının korunmasına ilişkin çalışmalar, teknolojik gelişmelere paralel olarak, daha yoğun hâle gelmiş ve

bu konuda çözümler üretilmektedir. Dünya genelinde düzenlenen sağlık konferanslarında da yine bulaşıcı ve salgın hastalıklarla mücadeleler ön plana çıkmaktadır.

Türkiye’de kanser hastalığı ile sağlık reformları ve yukarıda sayılan çalışmalara benzer uygulamaların sayısı teknolojik gelişmeler de dikkate alınarak gün geçtikçe arttırılmaktadır. Türkiye’de kanserle daha iyi mücadele etmek, riskleri ve risklerin etkilerini en aza indirmenin yollarından biri de Avrupa Birliği içerisinde yer alan gelişmiş ülkelerdeki gibi kanser ile mücadeleyi yönlendirecek kurumsal bir yapının kurulmasıdır. Bu durumlar kapsamında kanser ile mücadeleye yönelik kurulacak yapının özerk olması ve tüzel kişilik verilmesinin gerekliliği ön görülmektedir. Kuruma verilecek destek ve kendi mali yapısının sağlanması gerekliliği, daha verimli çalışmalar yapmasına neden olacaktır. Gelişmiş ülkeler de kanser ile mücadele ile kurulan yapılar ve özellikleri aşağıda belirtilmiştir.

- Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Kanser Enstitüsü; 1937 yılında kurulan ABD Ulusal Kanser Enstitüsünün, 1971 yılında çıkarılan yasa ile kapsamı genişleterek yetkisi arttırılmıştır. Buraya yıllık 30 milyar dolar bütçe ayrılmıştır. Bu enstitünün giderleri direkt olarak hükümet tarafından finanse edilmektedir¹.
- Kanada Ulusal Kanser Enstitüsü; kanser üzerinde araştırmalar yapmak için 1947 senesinde kurulmuş, 1988 senesinde ise gerekli yasal ve işlevsel donanımları düzenlenmiş, 2000 senesinde ise kanser ile birlikte bünyesinde 13 farklı enstitü bulunan “Kanada Ulusal Sağlık Araştırma Enstitüleri”

¹ Ulusal Kanser Enstitüsü’nün (NCI) 1971 yılındaki yasa ile yetki kapsamı geliştirilerek şu görevleri yerine getirmektedir.

- Üniversiteler, hastaneler, araştırma geliştirme yapan özel kuruluşların çalışmalarına maddi destek vererek projelerini ve araştırmalarını geliştirmelerine yardımcı olmak,
- Laboratuvarlarda ve hastanelerde araştırma projelerine istekleri doğrultusunda destek sağlamak,
- Sağlık, hastalık ve klinik çalışmalarında verilecek olan eğitimlerine destek olmak,
- Kanser hastalıklarının tedavisi ve araştırılması konusunda yapılan çalışmalara destek vermek, kanser merkezlerinin aralarında ki bağları geliştirmek,
- Hastalıklar üzerinde yapılan bütün çalışmaları desteklemek ve eğitimde eksik kalınan noktaların tamamlanmasını sağlamak,

yasası ile yeniden kurulmuştur. Gelirinin yıllık bazda ortalama 1 milyar dolar olduğu bilinmektedir².

- Fransa Ulusal Kanser Enstitüsü; 9 Ağustos 2004 yılında “Fransa Ulusal Kanser Enstitüsü” kansere karşı mücadele etmek için çalışmalar ve araştırmalar yapması için kurulmuştur³(URL 6)..
- Kore Kanser Enstitüsü; 2001 yılında devlet bütçesi ile desteklenerek Kore Ulusal Kanser Merkezi kanser ile mücadele için gerekli çalışmaları yapması amacıyla kurulmuştur⁴(URL 7).
- Japonya Ulusal Kanser Merkezi; 1962 yılında Ulusal Kanser Merkezi kanser ile mücadele etmek ar-ge çalışmalarının yapılması için kurulmuştur⁵(URL 8).

² Kanada Kanser Derneğinin görevleri şunlardır;

- Kanser hastalığının önüne geçmek amacıyla her türlü çalışmayı yapmak,
- Kanser hastalığına yakalanan Kanadalı vatandaşları güçlendirmek, desteklemek ve bilgilendirmek,
- Kanadalı vatandaşların sağlığını korumak için siyasal politikaları geliştirmek,
- Kanadalı vatandaşları kansere karşı mücadeleye katılmasını sağlamak (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013: 81).

³ Bu kuruluşun görevleri şunlardır;

- Genomik çalışmaları, deneysel çalışmaları, biyoloji ve immünoloji çalışmalarını desteklemek;
- Yapılan çalışmaları insanların yararına olacak ve bireysel yaşam kalitelerini arttıracak şekilde geliştirilmesini sağlamak,
- Ar-Ge çalışmaları yapan klinik ve kuruluşlara destek vermek,
- Klinik testler, hedefe yönelik tedaviler ve daha geniş anlamda ilaçlar veya teknolojilerdeki yeniliklere göre uyarlanmış yeni moleküler temelli denemeler yapmalarını sağlamak

⁴ Kore Ulusal Kanser Merkezi: kanser hastalığı hakkında araştırma yapmak, hastaların bakımlarını geliştirmek, kanser hastalığıyla mücadele etkinliklerine destek sağlamak ve kanser alanında uzmanların eğitim almalarını sağlayarak ülke de kanser hastalığının ve kansere bağlı ölüm oranlarının düşmesini amaçlamaktadır. Kanser merkezi 3 ana bölümden oluşmaktadır. Bunlar; Araştırma Enstitüsü, Bağlı Hastane (Hastane) ve Ulusal Kanserle Savaş Araştırma Enstitüsü. Araştırma Enstitüsü araştırmalarını kendi olanakları ile sağlamaktadır (Gültekin, 2014:22-25).

⁵ Japonya'nın başkenti Tokyo'da 1962 yılında kanser hastalığına karşı ulusal bir politika geliştirmek için kurulmuştur. Bu merkezin etkinliklerinin artması ve gelişmesi ile Kashiwa'da Ulusal Kanser Merkezi Hastanesi açılmıştır. 1994 yılında hastaneye araştırma konularında destek vermesi amacıyla Ulusal Kanser Merkezi Araştırma Enstitüsü kurulmuştur. 2005 yılında araştırma ve hastanenin bazı bölümleri birleştirilerek Klinik Araştırmalar Merkezi açılmıştır.

- Macaristan Ulusal Onkoloji Enstitüsü; 1952 yılında kanserle mücadele etmek amacıyla Ulusal Onkoloji Enstitüsü kurulmuş, tedavi ve araştırmalar yaparak kanserle mücadelesini devam ettirmektedir⁶(URL 9).

Kanser çok eski dönemlerden beri bilinmesine rağmen, tıptaki gelişmelerin paralelinde hastalığın önlenmesi ve yeni tedavi metotlarının geliştirilmesi üzerine yapılan çalışmaların geçmişinin pek eski tarihlere uzandığını söylemek mümkün değildir (Bolinger, 2018: 122). Hastalıklarla ilgili ilk çalışmalar 18.yüzyılda yapılmaya başlanmıştır. İlk olarak 1713 yılında İtalyan bilim adamı Bernard Ramazzini serviks Kanserin üzerinde çalışarak hastalığın hayat tarzıyla ilgili olup olmadığını araştırmıştır (Bilir, 2007: 243). 1775 yılında ise İngiliz bilim insanı Doktor Pervical Pott Skrotum kanserinin mesleki bir hastalık olduğunu kanıtlamıştır. Çünkü Skrotum Kanseri İngiltere’de baca temizleyicilerinde sıkça görülmüş olup, bu hastalık-iş ilişkisi dönemin şartları düşünüldüğünde kanserle ilgili önemli bir araştırma hükmündedir (Saraçoğlu, 2017:10-20). Bu yönde araştırmaların artması paralelinde hızlı sanayileşen dünyada kanserin yaş, cinsiyet, coğrafi bölge, uğraşı alanı, sosyo-ekonomik durum gibi kriterlerle doğrudan ve dolaylı ilişkisi olabileceği ortaya çıkmıştır. Sanayileşmenin etkisiyle, kentlerde kanser vakalarında yaşanan artışla birlikte, hastalık-iş ilişkisine yönelik çalışmalar da artmıştır. Ülkelerin hastalığa bağlı iş gücü kayıplarının önüne geçme isteği oluşabilecek hukuki sıkıntıları önleme paralelinde yeni sorunları beraberinde getirmiştir. Yine kanserin bazı bölgelerde ani yükselişler göstermesi üretilecek yeni bölgesel sağlık politikaların önünü açmıştır.

Kanserin sosyal ve ekonomik gelişmişlik düzeyiyle ilişkili olduğu gerçeği ise günümüze yakın dönemlerde açık ortaya çıkmıştır. Örneğin kansere bağlı ölümlerin yüzde yetmiş gibi büyük bir oranı düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmüştür. Gelişmişlik düzeyi düşük ülkelerin ürettiği sağlık politikalarının ne derece başarılı olduğundan ziyade ekonomik açıdan ülkelerin sosyal refah düzeyi

⁶ Macar Ulusal Onkoloji Enstitüsü epidemiyoloji, yöntem, tedavi, araştırma- geliştirme ve eğitim merkezi olarak etkinlik yürütmektedir. 1987 yılına kadar enstitünün idari yönetimi Sağlık Bakanlığına bir müdürlük tarafından yürütülürken, ileriki yıllarda Yönetim Kurulu’nca yürütülmeye devam etmiştir. Bu durum yönetim, maddi ve entelektüel açılardan araştırma hürriyetinin artmasını sağlamıştır. 1992 yılında eğitim amaçlı kurulan Klinik Onkoloji Merkezi, Patoloji Merkezi ve Araştırma Merkezi olmak üzere üç merkezle yeniden yapılandırılmıştır.

paralelinde hastalığa karşı daha iyi bir mücadele yürüttüğü gerçeği günümüzde oldukça belirgin bir hal almıştır. (Ersöz, 2008: 96). 2000’li yıllara kadar bu türdeki çalışmalar artmış, 2008 yılında yayınlanan Dünya Kanseri Bildirgesi ile kanserle ilgili politikalar ve hedefler belirgin bir şekilde ortaya konmuştur. 2008 yılı Dünya Kanseri Bildirgesi’ne göre kanserle ilgili küresel politikaların 2020 yılına kadar olan politika süreci aşağıda maddeler hâlinde verilmiştir. Bunlar (URL 10):

- Yerel ve ulusal düzeyde kanser planlamaları yapılmalıdır.
- Bütün ülkeleri kapsayacak kontrol programları oluşturulmalıdır.
- Dünya genelinde obezite ve tütün tüketiminin önüne geçilmelidir. HPV ve HBV virüslerine karşı aşılama programları oluşturulmalıdır.
- Halkın kansere yönelik kulaktan dolma abartılı anlatımlarına son verilmelidir.
- Kanserin oluşma öncesi, kanser süreci hakkında halk bilgilendirilmelidir.
- Kanserin teşhisi, kanserle mücadele ve rehabilite süreçleri üst düzeyde olmalıdır.
- Kanseri hastalarıyla ilgili mücadelede personellerin eğitilmesine önem verilmelidir. Bu durum kanserle mücadele eden hastanelerde personel yer değişikliklerini azaltacaktır.

Kanser hastalığına dair gerek küresel gerekse ulusal düzeyde öneriler 2013-2018 yıllarını kapsayan süreçte Kanseri Ulusal Kontrol Planı’nı çerçevesinde alkolle mücadele edilmesi, alkolde bağımlılığın bilinmesi önemsenmiştir. 2013-2018 Kanseri Ulusal Kontrol Planı’nda (2013-2018: 37-38) DSÖ Avrupa Bölgesi, 1992’de ve 2000 yıllarında alkol eylem planını onaylayan ilk bölge olmuştur. 2006 yılında Avrupa Komisyonu, gençleri, çocukları ve doğmamış bebekleri korumaya odaklanmıştır. İş yerlerinde olumsuz etmenler ortadan kaldırılmak istenmiştir. Alkolle mücadele yöntemleri geliştirilmiştir. Kanseri mücadelede planlamalara ödenek ayrılması istenmiştir. Farklı ülkelerdeki kanser araştırma merkezleri kolektifleştirilmeli ve birlikte çalışmalar yapılmalıdır. Olan fonlar bu yönde kullanılması gerekmektedir (URL 11).

2.2. Ulusal Sağlık Politikaları

Bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşmaları onların doğumla birlikte kazanmış oldukları haklardan biridir. Sağlık hizmetleri tüm kamuya sunulan bir hizmettir ve bu hizmetten bütün bireylerin yararlanması gerekmektedir. Ülkeler sağlık alanında yapmış oldukları yatırımlar ve uyguladıkları sağlık politikaları ile toplumun tamamına eşit ve etkin bir şekilde sağlık hizmeti sunma amacındadırlar (İleri vd., 2016: 176-186).

Türkiye’de de sağlık hizmetlerinin birinci derece sorumlusu devlettir ve devlet bu sorumluluğunu Sağlık Bakanlığı aracılığıyla yürütmektedir (İleri vd., 2016: 176-186). Sağlık Bakanlığının yaptığı çalışmalarla hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin eşit bir şekilde, etkin ve verimli olarak sunulması ile birlikte sağlık hizmetlerine ayrılacak finansmanın ne şekilde sağlanacağı belirlenmiştir. Sağlık politikalarının bu şekilde bir düzenleme ile belirlenmiş olması, sağlık hizmetlerinin günlük uygulamalardan uzaklaşarak, uzun soluklu uygulamalar haline gelmesi sağlanmıştır (Akdağ, 2008: 23).

Sağlıkta dönüşüm programı ile sağlık hizmetlerinin öncelikle koruyucu sağlık hizmetlerine dönüştürülmesi, hastalık hali yaşanmadan önlem alınması yoluna gidilmiştir. Koruyucu sağlık hizmetleri, sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi için verilen hizmetler ile yapılan düzenlemeler koruyucu sağlık hizmetleridir. Koruyucu sağlık hizmetleri şu şekilde sıralanabilir (T.C. Sağlık Bakanlığı Yönergesi, 2005):

- Primordial Koruma (Temel Koruma): Hastalık riskini arttırdığı bilinen her türlü sosyal, çevresel, ekonomik, kültürel ve davranışsal etkenlerin ve yaşam koşullarının saptanarak sağlığa uygun hale getirilmesi.
- Primer Koruma (Birincil Koruma): Kişisel ya da toplumsal düzeyde sağlığı geliştirmek amacıyla, aşılama, dengeli beslenme, çevrenin güvenli hale getirilmesi, fiziksel ve duygusal yönden iyi durumda olmak için gereken önlemlerin alınmasıdır.
- Sekonder Koruma (İkincil Koruma): Sağlığın bozulma olasılığı karşısında erken tanı ve tedavi önlemlerinin kişisel ve toplumsal düzeyde alınmasıdır.

- Tersiyer Koruma (Üçüncül Koruma): Hastalığa bağlı olarak gelişebilecek sakatlık ve kalıcı bozuklukların en aza indirgenmesi, hastanın yeni duruma uyumunun sağlanarak yaşam kalitesinin artırılması için alınması gereken önlemlerdir. Bir anlamda rehabilite edici hizmetlerin alanına girmektedir.

Fiziksel etkenler, doktor kontrolleri ve hastalığın olası sonuçları üzerinde alınacak önlemler bireyin hastalıklara yakalanmasını en aza indirmekte ve önlem alınmasını sağlamaktadır. Programının bir başka boyutu da sağlıkta maliyet ve verimlilik dengesinin kurulmasıdır. Bu bağlamda, sağlık hizmetlerinin maliyetleri de göz önüne alınarak bu hizmetlerin verimli bir şekilde toplumun tamamına ulaştırılması kararlaştırılmıştır (Başol ve Işık, 2015: 1-26).

Hastalıktan korunma için yapılan düzenlemeler çerçevesinde özellikle ilk basamak sağlık hizmeti herkes için ücretsiz hale getirilmiş, zengin, fakir, ırk, cinsiyet ayrımı olmaksızın herkesin sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanabilecekleri vurgulanmıştır. Reform kapsamında çeşitli hastalıklarla mücadele için özel birimler oluşturulmuştur. Bunlardan biri KETEM (Kanser Erken Teşhis Tarama Ve Eğitim Merkezi)'dir⁷.

Türkiye'deki çalışmalar; kanserle mücadele edebilmek için, Sağlık Bakanlığı Kanser Daire Başkanlığı tarafından Ulusal Kanser Enstitüsü kurulması çalışmaları devam etmektedir. Avrupa Birliği ve Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı (TEPAV) ile ortak çalıştaylar yapılarak gerekli analiz ve kuruluş gereksinimleri belirlenmiştir. 2008-2009 yıllarında konusunda uzman bilim insanları ile Ulusal Kanser Enstitüsü'nün kurulması için tasarılar hazırlanmış, gerekli analizler yapılmıştır. 2010 senesinde Türkiye Büyük Millet Meclisi kanser hastalığı konusunun araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla komisyon kurularak araştırmalar yapılmıştır. Yapılan araştırmalar ve hazırlanan tasarılar sonucunda Türkiye'nin kanser tedavisi ve kontrolünün uluslararası belirlenen standartların üzerinde olduğu, araştırma – geliştirme ve inovasyon için ulusal bir merkez kurulması gerekliliği düşünülerek kabul edilmiştir. Yapılan toplantılarda ülke modelleri değerlendirilerek öngörülen Ar-Ge çalışmalarına dair çözümleri için TÜSEB yasası içerisine eklenmiştir (URL 12).

⁷ KETEM ile ilgili detaylı bilgilere sayfa 33'de yer verilmiştir.

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB), Sağlık Bilimi ve Teknolojisi alanında bilgi üreterek, insanlığa hizmet etmek amacıyla 2015 yılında kurulmuştur. Üniversite ve sanayi işbirliği modeli ile bilginin ürüne dönüştürülerek, planlı ve sürdürülebilir kalkınmaya destek sağlanması TÜSEB'in amaçları arasındadır. Bilim insanları, fikri mülkiyet haklarını takip etme konusunda destekleyerek, patent başvuruları, lisans alma, bilgi aktarımı konularında girişimlerde bulunulması ve insan kaynaklarının geliştirilmesi amacı ile araştırmacı yetiştirilmesi, ödüllendirilmesi ve gençlerin desteklenmesi hedeflenmiştir. Bu çerçevede TÜSEB, sağlık bilim ve teknolojileri alanında ülke ihtiyaçları doğrultusunda Türkiye Kanser Enstitüsü, Türkiye Biyoteknoloji Enstitüsü, Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü, Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü, Türkiye Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Enstitüsü, Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü ve Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü'dür. TÜSEB bünyesinde ilk kurulan Türkiye Kanser Enstitüsü Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı bünyesinde 19/11/2014 tarihli ve 6569 sayılı kanun ile kurulmuştur⁸. TÜSEB ve alt yapısında bulunan birimler görevlerini yerine getirmeye başlamışlardır. TÜSEB'in belirtilen faaliyetlerde yer almak ve işbirliğini sağlamak gibi görevlerinin yanında ⁹ diğer yaptığı çalışmalar da şunlardır (TÜSEB, 2019-2023 Stratejik Planı):

- Ulusal kanser Epidemiyoloji ve Preventif (koruyucu tedavi) Onkoloji programları hazırlamak ve geliştirmek,
- Uluslararası kuruluşlar ile işbirliklerini sağlamak ve ortak çalışmalar gerçekleştirmek,

⁸ Türkiye Kanser Enstitüsü Dokümantasyon (Veri) ve İstatistik ile Çalışma İzlem Birimi, Kanser Epidemiyolojisi ve Preventif Onkoloji Birimi, Klinik Onkoloji ve Klinik Araştırmalar Birimi, Temel Onkoloji, Kanser Genetiği ve Kanser Moleküler Biyolojisi Ar-Ge Birimi ile Tümör İmmünolojisi, Kanser Aşısı, Kanser Tedavisinde Hücresel Tedaviler ve Transplantasyon Biriminden oluşmaktadır.

⁹ Ulusal kanser programlarını ve politikalarını paydaş işbirlikleri ile hazırlamak ve geliştirmek,

➤ Ulusal kanser tedavi standardizasyonu için tedavi kılavuzları oluşturmak ve güncellemek,

➤ Kanser Tedavi standardizasyon programı kapsamında standardizasyon süreçlerine yönelik tüm iş ve işlemleri, tüm paydaşlar ile uyumlu biçimde yönetmek,

➤ Klinik Araştırmalara ilişkin alt yapı, bilimsel ve ekonomik destek ve koordinasyon mekanizmalarının kurulmasına yönelik süreçleri planlamak ve uygulamak.,

➤ Klinik onkoloji ve Klinik Araştırmalar ile ilgili toplantı, eğitim, seminer, kurs, sempozyum ve benzeri bilimsel faaliyetleri planlamak,

- Diğer ülke kuruluşlarının ve programlarının oluşturulmasına katkı sağlamak ve işbirlikleri geliştirilmek,
- Diğer ülkelerde uygulanan epidemiyoloji ve preventif onkolojiye yönelik olarak düzenlenen programları takip etmek,
- Konsorsiyumlarda yer almak,
- TÜSEB tarafından yapılacak proje destek çağrılarında Enstitü Birimi ile ilgili konu başlıklarını belirlemek,
- TÜSEB bünyesindeki diğer enstitüler ve Kanser Enstitüsü Birimleri ile koordineli olarak çalışmak, görev alanı ile ilgili gerekli kayıtları ve dokümanları oluşturmak, saklamak ve güncelliğini korumak,
- Türkiye Kanser Gen Projesini gerçekleştirmek, Temel onkoloji, kanser genetiği ve kanser moleküler biyoloji alanında Enstitü tarafından finanse edilen makro projeleri planlamak.

TÜSEB yukarıda belirtilen görevleri yerine getirme ve öncelikle bünyesindeki birimlerin birbirleri ile olan koordinasyonlarını sağlamaktadır (Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, 2015). Ayrıca, Türkiye’de yapılan kanser ile mücadele de çocuklar için Lösemili Çocuklar Sağlık ve Eğitim Vakfı (LÖSEV) kurulmuştur. Bu vakıfta, 1998 yılında lösemili ve kan hastası çocukların, sağlık ve eğitim hizmetleri başta olmak üzere diğer bütün ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlamak amacıyla çalışmalar yürütülmektedir¹⁰(URL 13). Türkiye Bilimler Akademisi (TÜBA) Ulusal Kanser Politikaları Çalıştayı 2014 yılı Raporu’na göre kanser ile ilgili ulusal politikalar aşağıda verilmiştir (TÜBA, 2014: 46):

¹⁰ 1998 yılında LÖSEV(Lösemili Çocuklar Sağlık ve Eğitim Vakfı); SGK Ankara çocuk Hastanesi’nde “Ankara Lösemili Çocuklar Sağlık ve Eğitim Vakfı” adı altında kurulmuştur. Kuruluşun amacı; lösemili ve kan hastası çocukların, sağlık ve eğitim başta olmak üzere diğer bütün ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlamak, kalıtsal ve edinsel kan hastalıkları konusunda ulusal düzeyde tedavi, eğitim ve araştırma kurumları kurmaktır. Vakıf, 2000 yılında, LÖSANTE (Lösemili Çocuklar Hastanesi), 2008 yılında lösemili çocukların ücretsiz kolej eğitimi alabilecekleri “Lösemili Çocuklar Okulu’nu”, 2010 yılında ise tedavileri için Ankara dışından gelen lösemi çocukların tedavi süresi içinde ailelerinin konaklaması için “Lösemili Çocuklar Köyü’nü”, 2015 yılında “Lösemili Çocuklar Kenti ve multidisipliner hastanesi LÖSANTE’yi” kurmuştur .

- Tüm bilgi sistemleri birleştirilmelidir. Hastaya yönelik tüm kayıtlar bir arada olmalıdır. Veriler ve terimler sade, anlaşılır hâlde hastaya sunulmalıdır. Gelecekteki verilerin nasıl olacağı yönünde birleştirilmelidir.
- Kanser kayıt elemanlarının kurumlara dağılımı en doğru şekilde yapılmalıdır. Verisel durumlarda tek yükümlü, doktor olmamalıdır. Tıbbî sekreter yetiştirilmeli ve bu bireylere kanser veri girişi de öğretilmelidir.
- Hasta ve hastalıkla ilgili bilgi aktarımları doğru yapılmalıdır. Hastanın ölüm nedeni doğru tespit edilmelidir.
- Uluslararası Kanser Savaş Örgütü (UICC-*Union for International Cancer Control*) tarafından yayınlanan bildirgelerde kanserle mücadele konusunda yapılması gerekenler ve öne çıkan noktalar şöyle sıralanmıştır (URL 14):
- *Sağlıklı Bir Çevre:* Her çeşit iş yeri sağlıklı yaşamı benimsemeye yönelik olarak çalışanlarını motive edici programlar ve politikalar uygulayabilir. Dumansız iş yeri politikası ve sigarayı bırakmaya yönelik bilgilendirmeler yapabilir. Sağlıklı gıdaya erişim sağlanması, ofis içi fiziksel aktiviteye teşvik programlarının oluşturulması gibi uygulamaları kurgulayabilir.
- *Kanserden Korunma:* Kanser, çevresel ve genetik faktörlere bağlı oluşabilmektedir. İlgili çevresel faktörler arasında davranışsal ve yeme alışkanlıkları; vücut kitle indeksinin yüksek olması, yetersiz meyve ve sebze tüketimi, hareketsiz yaşam tarzı, sigara ve alkol kullanımı kanser riskini ciddi oranda artırabilmektedir. Bu çevresel risk faktörlerinin en aza indirgenmesine yönelik kararlar, hayati önem taşımaktadır.
- *Erken Teşhis:* Kanser türlerinin verebileceği fiziksel uyarıların farkına erkenden varmak, ilgili bulguları araştırmak ve tetkik için bir uzmandan destek almak, erken tanı şansını arttırmaktadır. Bu nedenle, kanser ile ilgili olarak oluşturulacak olan erken teşhis programları, bu olanaklar hakkındaki farkındalığı artırmayı hedeflemelidir. Sağlık Bakanlığı ve diğer özel kurum ve kuruluşların oluşturduğu toplum tabanlı kanser taramalarına yönelik çalışmaların desteklenmesi önemlidir. Bunun dışında, bireyler de kendi vücutları hakkında bilgi sahibi olmalı ve olası bir değişikliği zamanında fark edebilmek için gerekli farkındalığa erişmiş olmalıdırlar. Bilindiği üzere,

erken teşhis, bir tedavinin başarılı olması yolunda atılabilecek ilk ve en önemli adımdır.

Sağlık Bakanlığı'nın kansere ilişkin çalışmalarının biyopsikososyal modelle uyum içinde olduğu görülmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın biyopsikososyal modellemelerinin geliştirilmesi için de farklı çalışmalar yürütmektedir¹¹(Kasapoğlu, 2008: 44-46).

Türkiye'de kanser kaydı konusunda aktif ve pasif olmak üzere iki sistem Kanser Dairesi Başkanlığı tarafından yürütülmektedir. 1983 yılında ihbarı zorunlu olan kanser hastalığı ile ilgili o yıldan bu yana veriler toplanmaktadır. Ancak yürütülen pasif sistemle veri kalitesi ve güvenilirliği sağlanamamıştır. Kanser verilerinin kalite ve güvenilirliğinin artırılabilmesi amacıyla 13 ilde Aktif Kanser Kayıt Merkezleri kurulmuştur. Bu iller arasında Ankara, Antalya, İzmir, Edirne, Samsun, Trabzon, Erzurum ve Eskişehir öncelikli iller olarak belirlenmiş ve bu illerde yerinde eğitim ve denetim faaliyetleri yürütülmüştür. Kanserle mücadele için ulusal danışma merkezleri kurulmuştur. Bu merkezler kendi içlerinde on ayrı birim şeklinde sistem ağlarıyla birbirlerine bağlanmışlardır. Bölgesel sağlık kompleksleri oluşturulması ve aile hekimliği sistemi içerisinde kanser tanı, teşhis ve kayıt çalışmalarının entegrasyonu çalışmaları yürütülmektedir. Ulusal kanser enstitüsü

¹¹ Kanser tedavisinde erken teşhis merkezleri kurularak hastalığın önüne geçme çalışmaları yapılmıştır. Toplum tabanlı kanser tarama faaliyetlerine bazı Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezlerinde başlanmış olmasına rağmen bir kısım tarama merkezlerinde faaliyetler yürütülmekte olup bir kısmında ise faaliyetler gerçekleştirilememiştir. Sosyal güvenlik kurumları tarafından tarama programı kapsamında hiçbir tetkik ödenmemektedir. Toplum tabanlı tarama programları, birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde yer almaları nedeniyle ücretsiz olarak karşılanması gereken hizmetlerdendir. Bu nedenle meme ve serviks kanseri taramalarının ücretsiz gerçekleştirilmesi ile ilgili Bakanlar Kurulu kararı yayınlanmıştır. Ancak hâlen sosyal güvenlik kurumları tarafından bu sorun çözülmüş değildir. Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezlerinde çalışan pratisyen hekimler tarafından yazılan tetkikler geri ödeme kurumları tarafından ödenmemekte, uzman hekimler tarafından yazılan tetkikler ödenmektedir.

Meme kanseri tarama programı ulusal standartları oluşturulmuş ve yayınlamıştır. Toplum fertlerine kendi tedavilerini yapmalarına yönelik dokümanlar hazırlanmıştır. Ulusal serviks kanseri tarama standartları hazırlanmış olup yayın aşamasındadır. Bakanlık tarafından hazırlanmış olan Personel Dağılım Cetveli çalışmalarında bu merkezlerde görev yapacak olan personelin kadro sorunları görüşülmüş ve sorunların çözümü konusunda Bakanlığın diğer birimleri ile ortak görüşe varılmıştır.

Türkiye'de başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere diğer kurum ve kuruluşların yürüttüğü bu çalışmalar, sağlığın sadece tıbbî açıdan değerlendirilmediğini, sağlığın toplumsal süreç ile iç içe yürütüldüğünü göstermektedir.

kurulması amaçlanmıştır. Düzenleyici etki analizi çalışması yürütülmektedir. Bu çerçevede Kansere Dairesi Başkanlığı'nın düzenleyici etki analizi çalışması çerçevesinde aşağıdaki hususlara yer verilmiştir (Kansere Dairesi Başkanlığı, 2020);

- Kanserle yönelik mücadelede ulusal çözüm önerileri ve çocuk onkoloji hekimlerine ihtiyaç vardır. Hekimlerin yetiştirilmeleri, ihtisaslaşmaları konusunda destek verilmelidir.
- Türkiye'de aktif olarak çalışan Bursa ve Ankara Onkoloji hastanelerinin yanı sıra her ilde açılmış, ancak faaliyette bulunmayan onkoloji hastanelerini aktif hâle getirmek ve toplumun hizmetine sunmak gerekmektedir. Kanserle ilgili eğitim faaliyetlerinin okul, iş yerleri gibi kurumlarda anlatılması, iş hayatında mevcut istihdamın bilinçlendirilmesi ve farkındalık yaratılması gerekmektedir.
- Kanser tedavisi sürecinin tamamının finansmanı devlet tarafından karşılanmalıdır. Kanser hastalıklarının yanı sıra kanser hastalığından korunma yollarına (beslenme, yaşam tarzı vb.) dair halka eğitimler verilmelidir. Kanser farkındalık çalışmaları kadın, erkek ve genç ayrımı yapılmaksızın her yaş grubuna yönelik olarak yapılmalıdır. Kanser hastaları kadar kanserli hasta yakınlarının da psikolojik desteğe ihtiyaçları vardır. Bu sebeple kanserli hasta yakınlarına moral ve motivasyon artırıcı destek verilmelidir.
- Gerek Türkiye, gerekse dünyada kanser ile ilgili tedavi olanaklarına nerelerden ulaşacağımız ve hizmet alımı konusunda bilgi edinme eksikliği vardır. Kanser ile ilgili hekim ve hastaneler hakkında topluma bilgiler verilmelidir.
- Kanser hastalığının tedavisinde yaşam tarzı ve beslenme önemli bir yere sahiptir. Kanser öncesi, kanser hastalığı süreci ve sonrası için beslenme ile ilgili halka yönelik bilgilendirmeler yapılmalıdır. İller bazında beslenme enstitüsü kurularak besinleri saklama ve pişirilme koşulları ile kullanılacak malzemeler konusunda bilgiler verilmelidir.

2. BÖLÜM

KANSER HASTALIĞI İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

1. KANSER HASTALIĞI

Bu bölümde modern tıp çerçevesinde kanser hastalığının tanımı yapılmış, kanser hastalığının tarihsel gelişimine değinilmiş, Türkiye’de ve dünyada kanser hastalığı ile ilgili istatistiksel veriler incelenerek, kanser hastalığının modern ve alternatif tedavi yöntemleri açıklanmış ve kanser hastalığına dair yeni gelişmelerden bahsedilmiştir.

1.1. Dünyada ve Türkiye’de Kanser Hastalığının Tarihi

Kanser kelimesi terminolojik olarak ilk defa Yunan medeniyetinde kullanılmıştır. İlk tanımlamalar tıp tarihinde önemli yeri olan Hipokrat tarafından belirtilmiştir. Belgelerde mide ülserine neden olan tümörler “carcinos” olarak ifade edilmiştir. Bu terimin Latince karşılığı “karkinos”tur ve Latince “kanser” anlamına gelmektedir. Kanseri oluşturan tümörleri Galen, ‘onkos’ yani şişkinlik olarak belirtmiştir. Hipokrat, iki türlü kanser çeşidi olduğunu, birincisinin çoğalabilen kötü huylu; ikincisinin ise durdurulabilen kötü huylu kanserler olduğunu belirtmiştir (Bayık, 1989: 58). Yengeç ısırması olarak bilinen bu rahatsızlığın benzerlik yönü, yengece benzeyen görünümüne sahip olmasıdır. Hem görüntüsel hem de ağrının benzerliği bu durumun ifadesini oluşturmaktadır (URL 15).

Kanser hastalığı hakkında ilk yazılı kaynak Edwin Smith Papirüsü’dür. Tahmini olarak M.Ö. 3000-2500’ lü yıllarda yazıldığı tahmin edilmektedir. Kaynak içeriği meme kanserinin ameliyatları hakkında bilgi vermektedir. Mısır da bulunan parşömenlerde, M.Ö. 1600’lü yıllarda kanser tedavisi için dağlama (koterizasyon) yönteminin kullanıldığı belirtilmektedir. Yunanistan’ da ise M.Ö. 400’lü yıllar da Hipokrat, kanserin vücutta salgılanan belirli sıvalardan kaynakladığını belirtmiştir. M.S 1. Yy. da İskenderiyeli Aziz Leonidas meme kanserlerinin ameliyat yapılarak dağlama işleminin nasıl yapılacağını detaylı bir şekilde açıklamıştır. M.S. 500- 1500 yılları arasında kanser hastalığı tedavisinde belirgin bir ilerleme yaşanmamıştır.

Bunun nedeni ise, halk arasında cerrahi yöntemlerin barbarlık olarak görülmesinden kaynaklanmaktadır (URL 16)

Kötü huylu (malign) tümörlerle ilgili ilk tanımlamalar birçok medeniyetin eski yazılı belgelerinde görülmektedir. Mısır, Hint, Babil yazmaları bunların ilk örnekleridir. Bu belgelerde tümöre dokunulmaması gerektiği bilgisi de yer almaktadır (Sigerist, 1932: 645). Rönesans ile birlikte Avrupa’da hem sağlık hem de kanser hastalığı tanımına yönelik yeni gelişmeler olmuştur. Yener (1973: 5-13)’e göre alanında uzman ve devrin önemli cerrahı Ambroise Paré (1510-1590), malign tümörlerini, meydana gelen hücrede normalden fazla büyüme olarak ifade etmiş, kadınlarda görülen kanserlerin daha fazla olabileceğini ve bu kanserlerin koltuk altı bölgelerindeki hücrelerin misyonlarının bozulmasıyla gerçekleştiğini belirtmiştir.

17. yüzyıla kadar kanser hücresine müdahale edilmezken bu dönemden sonra kanser hücrelerine müdahale fikri ortaya çıkmıştır. DNA (Deoksiribo Nükleik Asit) yapısının incelenmesi ve 1743’de lökositler ve lenfositler gibi kan hücrelerinin tanımlanması ile birlikte kanserle mücadele fikri olgunlaşma göstermiştir (Atıcı, 2007: 198).

Bir çalışmada, Marie François ve Xavier Bichat tarafından 19. yüzyılın başlarında patolojik anatomi temellerinin atıldığını belirtmiştir. Bu iki bilim adamı malign tümörler için “normal örgülere benzer iğreti örgü” ifadesini kullanmaktadır. Bu aşamadan sonra tümöral yapıda parankim ve strumayı tanımlanmaktadır. Parankim ve strumayı mikroskop ile ilk defa anatomik olarak gösterilerek bugünkü kanser araştırmalarına zemin hazırlanmıştır (Yener, 1973: 5-13; Atıcı, 2007: 197-198).

19. yüzyıla kadar yapılan çalışmalarda kanser hücresi tanımlanmış ve bilim adamları tarafından çalışmalar sürdürülmüştür. 19. yüzyılda lenfatik sistem bulunmuş ve kanser ile arasındaki ilgi araştırılmaya başlanmıştır. Edinilen tespitlerde lenf sıvısı tümörlerin toplanmasından sorumlu tutulmuştur. John Hunter ile birlikte, lenf bezlerindeki bulgusal yöntemler kanserin tedavisinde uygulanmaktadır. Laönnec tarafından (aktaran Yener, 1973: 7) 1781-1826 yılları arasında organizmanın normal yapısına benzeyen tümörlere “homolog” denilirken farklı olanlarına ise “heterolog” ifadesi kullanılmaktadır.

Mikroskobun bulunmadığı dönemlerde kanser, hücrel ve bozulan yapılar olarak tespit edilmiştir. Fakat doğru tespitlerin gerçekleşmesi mikroskobun icadıyla oluşmaktadır. Böylelikle hücrel yapılar incelenmeye başlanmış ve kan kanserine yönelik bulgular da önem arz etmiştir. Çeşitli kanser oluşum tespitleri ortaya atılmasına rağmen ilgi çeken tanımlamalar Broussai ve Johannes Peter Müller tarafından yapılmıştır. Broussai tarafından kanser, humoral patolojiden hareketle örgüler içerisinde albümin toplanması olarak düşünülmüştür. Johannes Peter Müller ise kanser hakkında mikroskopla anatomik çalışmalar yapan ilk bilim adamı olarak tarihte yerini almıştır (Atıcı, 2007: 197-198).

Günümüze gelindiğinde ise kanser oluşumunda önemli bilgilerin kaydedilmesiyle kanserin tanı ve tedavisinde büyük adımlar atılmıştır. Sigerist (1932: 651) tarafından yapılan çalışmada İngiltere’de çeşitli sorular etrafında kanser üzerine araştırmalar yapılmıştır. Bunlar tespit ve tedaviye yönelik sorulardır. Bu soru metodunda primer bir hastalık olup olmadığı incelenmiştir. Kanser üzerine birçok dernek kurulmuş ve bu dernekler tarafından kanserin oluşumu üzerine yönelik çalışmalar günümüze kadar devam ettirilmiştir. Bugün kanser hastalığının araştırılmasına yönelik olarak, kanser epidemiyolojisini, kanser olgularının toplumdaki sıklığını inceleyen, kanserlerin ortaya çıkış nedenlerini bulmaya çalışan ve halk sağlığı disiplininin içinde yer alan bir araştırma ve uygulama alanı ile araştırmalar devam etmektedir. Dünyada kanser ile ilgili çalışmalar DSÖ bünyesinde Uluslararası Kanser Ajansı (IARC-International Agency of Research on Cancer) tarafından yürütülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011: 18).

Sonuç olarak, günümüzde, patoloji, histoloji, biyokimya, genetik biliminin ve cerrahî tekniklerinin gelişmesiyle kanserin teşhisi, hastanın tedavi sürecinin planlanması ve bu doğrultuda tedavi yöntemleri daha spesifik olarak uygulanmaya çalışılmaktadır. Teknoloji ve tıp biliminin gelişmesi ile birlikte kanser alanında günden güne araştırmalara hız verilmiştir. Mevcut hastalığın seyrine göre yaşam yılı uzarken insanlara umut kaynağı olmuştur.

Türkiye’de kanser tarihine bakıldığında ise, Türk tıp tarihinde kanser ilk olarak “seretan” adı ile anılmaktadır. Seretan daha sonra, fındık ya da küçük yumru

büyükluğünde ifade edilmiş ve ağırlı, etrafı yumrularıdan oluşmuş damar şeklinde adlandırılmıştır (Yıldırım, 2011: 25).

Tarih boyunca kanser tedavi ve tespit yöntemlerinin olduğı görölmektedir. Seretan hastalığına karşı günü gününe çizelgeler tutulması gerektiğı İbn-i Sina tarafından önemle belirtilmiştir. Seretanın çevresinin ateşle dağlanarak seretan kitlenin kesilmesi bir ameliyat olarak önerilmiştir. Fakat olgunlaşan seretan kitlesinin dağlanmaması ve tedaviye kurşun ya da tutya merhemi sürölerek devam edilmesi gerektiğı belirtilmiştir. Tedavideki fark yalnızca kuru seretan yönündedir. Bu durumlarda tudri adındaki siyah tohumların doğıal balla karıştırılarak yaranın üzerine sürölmesi şeklinde tedavi sağlanarak kanser tedavisinde ilaç üretiminde kurşun dioksit ve cıva sülfür kullanılması da yazılanlar arasındadır. Bu madenler doğıal olan gülyacı ile karıştırılarak seretan hücrelerine sürölmesi ile farklı ölçülerde kullanılan diğler malzemeler ise ak mum, çam sakızı, cavaşir otu, çadıruşacı otu, zincâr, mürrüsafi, boru elmasının da kanser tedavisinde karıştırılıp bir merhem hâline getirilerek yaranın üzerine sürölmesinden bahsedilmiştir (Atıcı, 2007: 198).

1947 yılında Türkiye’de kanser hastalığı ile mücadele için “Türk Kanser Araştırma Ve Savaş Kurumu’nun” kurularak hastalığa karşı ilk adım atılmıştır¹². 1982 yılında 14.09.1982 tarih ve 5621 sayılı Bakanlık genelgesi gereğince Kanser vakaları 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunun 57.maddesinde belirtilen ihbarı mecburi hastalıklar arasına alınması ile kanser hastalığı ile mücadelenin öneminin artması amaçlanmıştır. 1983 yılında 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı tarafınca “Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı” tarafından çalışmalara devam edilmiştir (Kutluk ve Kars, 1992: 43). Sağlık bakanlığı tarafından

¹² 1962 yılında Ahmet ANDİÇEN onkoloji hastanesi Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. Kanser hastalarının tedavileri bu döneme kadar genel hastanelerde diğler hastalarla birlikte yapılmıştır. Kanser hastalarının tedavilerinin ayrı bir sağlık kuruluşunda olması gerektiğı bakanlıkça karar alınarak 1967 yılında Ankara Etimesgut’ta onkoloji hastanesi açılmıştır. Resmi olarak ilk kanserle mücadele adımı 1962 yılında temel sağlık hizmetlerinde şube şefliği kurularak atılmıştır. Şube şefliğinin kurulması sonrasında koordinasyonun sağlanması, çalışmaların daha etkin olması, çalışma programlarını yürütmek ve denetlemek amacıyla şube şefliği 1970 yılında kanser savaş müdürlüğü olmuştur.

1983 yılında ülke çapında “pasif kanser kayıt sistemi” oluşturulmuş ancak istenilen veri düzeyine ulaşılamamıştır¹³.

Kanser hastalığında olduğu gibi erken teşhis konulabilmesi amacıyla kurulan KETEM merkezlerinde bireylere ücretsiz tarama ve kontrol muayene imkânı sağlanmaktadır. Bu kapsamdaki bir başka düzenleme ise, hastalıkların akut ve kronik ayırımı çerçevesinde yataklı tedavilerde tüm tıbbi ürünlerin hastane tarafından sağlanması mecburiyetidir. Uzun süreli yatan hastalar için kullanılan tıbbi ürünler gerek hastanede gerekse ev bakımında devlet tarafından sağlanmaktadır. Örneğin; oksijen cihazına bağlı hastalarda oksijen makinesi devlet tarafından verilmektedir. Yine kanserli hastaların evlerinde kemoterapi alabilmeleri için port (kateter) cihazları hastaneler tarafından bireye takılmaktadır. Ayrıca kronik ve uzun süren hastalıkların sürekliliğinden dolayı kanser tedavisi, acil bakım ve yoğun bakım hizmetlerinden ücret alınmamakta, kanserli hastaların radyoterapi dönemlerinde ışın tedavi planları düzenlenmektedir. Bireyin sağlık durumuna göre bu plan uygulanmakta ya da süreç sonlandırılarak iyileşme duruma göre yeniden planlanmaktadır. Bu gibi durumlarda hasta mağduriyetini gidermek için tedavinin yeniden uygulanması devlet tarafından karşılanmaktadır. Bir başka gelişme de uzun süreli tedavi gerektiren hastalıklarda hastaya 2 yıl geçerliliği olan rapor ve reçete verilerek söz konusu ilaçların 3'er aylık olarak alınmasına imkân verilmektedir. Bu hizmet ile kanserli bireyler yeşil ve kırmızı reçeteli ilaçlarını devlet güvencesi altında alma imkânı bulabilmektedir. Hizmetin sürekliliği kapsamında devlet tarafından kanserli hastalara evde bakım hizmetleri sunularak tedavilerine kesintisiz devam edilmektedir (Erdem vd, 2017: 2).

Kanser taramalarının yapılması amacı ile 1966 yılında Kanser Erken Teşhis Ve Tarama Merkezleri (KETEM) projesi hayata geçirilmiştir. KETEM projesi son yıllar da her ilimizde uygulanmakta olup tüm kanser hastalıkları ile ilgili veriler kayıt altına alınmaktadır. Proje ile ilgili ilk veriler İzmir Kanser Kayıt Merkezi'nin kurulması ile oluşmaya başlamıştır. 1993-1994 yılları arasında ki kanser hastalarının

¹³ Aynı zamanda yapılan çalışmalara ek olarak ayrı bir ihtisas dalı olarak kanser cerrahisi ve medikal hizmetler vermeye başlanmıştır. 1988-89 senelerinde ise ilk olarak kanser hastalığı ile ilgili danışma kurulları oluşturulmaya başlanmış, uluslararası kanser savaş birliğine üye olunmuştur. Türkiye’de kanser hastalarının sayısını belirlemek ve kanser ile ilgili verileri kaydetmek amacıyla 1992 yılında kanser kayıt ve insidans projesi çalışmalarına başlanarak veriler kayıt altına alınmaya başlamıştır. Ülke genelinde alınan veriler coğrafi sınırları ve nüfusu belirlenen bir alanda aktif olan illerinde kurulan merkezlerden alınmıştır.

verileri 2001 yılında paylaşılmıştır. Elde edilen verilere göre kanser hastalarının oranları yüzbinde, kadınlar için 94 erkekler için 157.5 olarak bildirilmiştir. Erkek kanser hastalarında; yüzbinde 11 mesane hastalığı, larinks 10.6, akciğer kanseri 61.6 olurken, kadınlarda ise; yüzbinde korpus uteri 6.4, meme kanseri 24.4, over 5.9 en çok karşılaşılan kanser türleri olmuştur. Alınan verilerin dışında rapor edilen hastalıklar da ile beklenen sonuçlarda büyük farklılıkların olduğu belirlenmiştir. 1993 yılında Kanser Savaş Dairesi'nin raporlanan kanser vakalarının değerlendirilmesi sonucunda Türkiye kanser insidans oranının yüzbinde 36.7 olarak belirlenmiştir. Araştırmacıların beklentilerine göre yüzbinde 100-150 olması gereken kanser insidans oranına ulaşmamıştır. 1976-1977 yıllarında yürütülen araştırmalara göre 10 büyük şehirde bulunan 39 hastanede ve laboratuvarında 1 yıl içerisinde 14696 kanser tanısı konulan hasta belirlenmiş, bu belirlen kanser vakalarının türlerine göre inceleme yapıldığında, melanom haricinde 1. sırada deri kanserinin %14.9 olduğu 2. sırada ise %9.1 oran ile meme kanserinin olduğu belirlenmiştir. Akciğer ve meme kanserini izleyen kanser türleri sırasıyla larinks kanseri, lenfomalar ve mide kanseridir. Akciğer ve meme kanseri diğer kanser türlerinin toplamının 1/4'ünü oluşturmaktadır (Akhoro, 2012:27-36).

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü bünyesinde ve Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı'nda kanser araştırmaları devam etmektedir. Yıllar itibariyle Türkiye'nin 13 ilinde oluşturulan kanser kayıt merkezlerinde istatistiksel veriler toplanmakta, kansere dair çalışma ve araştırmalar yapılmakta ve Türkiye'de kanserin seyri izlenmektedir.

1.2. Kanser Hastalığının Tanımı ve Belirtileri

Kanser, bağışıklık sisteminin zayıflamasıyla ortaya çıkan bir hastalıktır (Wheeler, 2003: 119). İnsidansı kanserin türüne, hastanın yaş ve cinsiyetine, yaşadığı coğrafyaya göre farklılık göstermekle birlikte (Kılıç vd., 2004: 115) toplumda her beş ölümden birine kanser sebep olmaktadır (TUIK, 2017). Kanser, çağın vebası olarak tanımlanmaktadır. Her ne kadar fizyolojik bir hastalık olarak ifade edilse de ruhsal ve sosyal olarak da insanlarda yıpranmalara neden olmaktadır. Sürecin belirsizliği hem fiziksel hem de psikolojik olarak değişiklikler meydana getirmektedir (Tuncay, 2009: 70).

Kanser Daire Başkanlığı'nın kanser terim olarak, bir organ veya dokudaki hücrelerin düzensiz olarak bölünüp çoğalmasıyla beliren kötü urlara denir. Genel anlamda ise kanser vücudumuzun çeşitli bölgelerindeki (vücutta herhangi bir organda ya da dokuda) hücrelerin kontrolsüz çoğalması ile oluşan hastalıkları olarak ifade edilmektedir. Kanser hücreleri insanlara doğuştan gelen ve vücudun kendi yapısı içerisinde bulunan hücrelerin çeşitli faktörlerde türemesidir. Pal ve Nayak (2010: 1-6)'a göre de kanser hücrede meydana gelen bozukluklardır. Aydemir (2018: 1-256)'e göre ise yukarıdaki tanımlardan ayrı olarak kanser, oksijen solunumu yapamayan hücreler ve hücre yapısı olarak ifade edilmiştir.

Schreiber (2017: 57-67), 'Hiç iyileşmeyen yara' olarak adlandırdığı kanserin çevre kirliliğinin yarattığı zararlar, beslenme, duygusal yaşam ve fiziksel etkinliklerin bedenin hastalığa karşı kendisini savunmasında ve bağışıklık sistemi üzerinde önemli bir etkisi olduğunu vurgulamaktadır. Kanserde hücreler kontrolsüz şekilde çoğalmaktadır. Çoğalma sırasında kanser hücresinde yapısal ve işlevsel farklılıklar gözlenmektedir. Bu değişimler normal ve anormal şekilde çoğalmaya başlayabilmektedir. Kanser tablosunun oluşumunda kanser türü ve evrensel durumu da önem arz etmektedir (Yıldırım, 2015: 3).

Her organda kanserin değişim ve gelişim aşaması farklıdır. Ayrıca aynı kanser bireyin vücut ve genetik yapısından dolayı farklılıklar da gösterebilmektedir (Kutluk ve Kars, 1992: 20-21). Kanser hastalığının bireye göre özellikleri değişmekle birlikte ortak belirtileri de bulunmaktadır. Bunlar, vücudun herhangi bir yerinde şişlik, iyileşmeyen veya iyileşmesi geciken yara, olağan dışı kanama, yutma güçlüğü, sürekli öksürük ve ses kısıklığı, idrar ve dışkılama alışkanlıklarında değişiklik vb. durumlar olarak açıklanabilmektedir. Bu durum hastalığın olduğu bölgede görülmektedir (URL 17).

1.3. Türkiye'de ve Dünyada Kanser Hastalığı ile İlgili İstatistikler

Kanser, her coğrafyada, her ülkede görülen bir hastalıktır. Sağlık Bakanlığı bünyesindeki halk sağlığı raporlarında, kanser hastalığının ile ilgili verilerin insidans¹⁴,

¹⁴ İnsidans, belirli bir nüfusta belirli bir zaman dilimi içerisinde belirli bir hastalık veya hastalıkların yeni olgularının sayısıdır.

prevalans¹⁵ ve mortalite¹⁶ üzerinden incelenmesi gerektiği belirtmiştir (Beaglehole vd., 1998: 18).

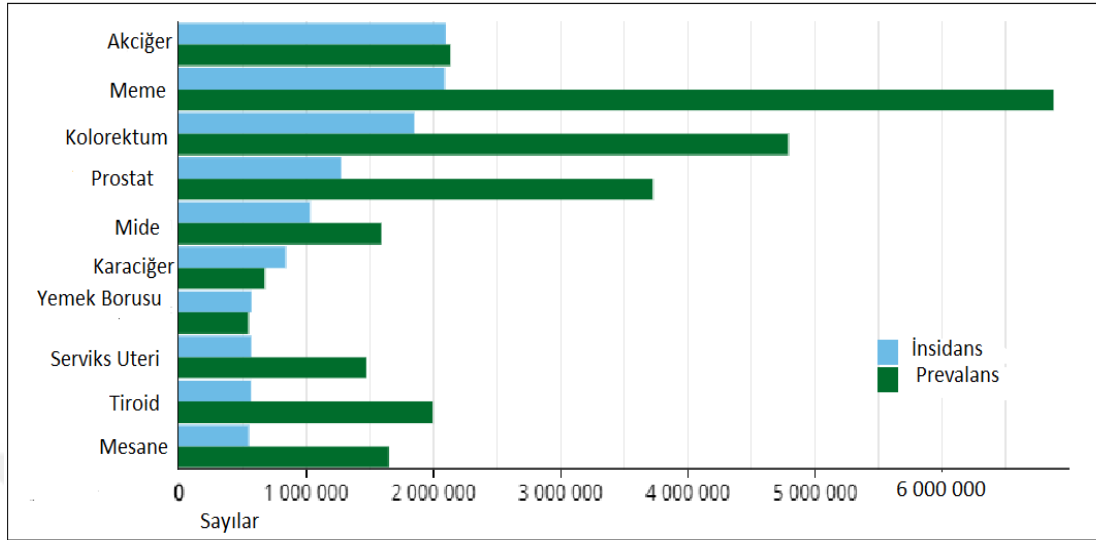
II. Dünya Savaşı sonrasında kanser hastalığında artış görülmüş, her yıl milyonlarca insana kanser tanısı konmuş ve tanı konan hastaların yarısından fazlası kanser hastalığından yaşamını yitirmiştir (Xiaomei and Herbert, 2006: 85; URL 18). Her ülkede kanser ölümleri kanser çeşitliliğine bağlı olarak farklılık göstermekle birlikte, son 30 yılda dünyada kanserin neden olduğu ölümler yüz binde 20'den, yüz binde 45'e yükselmiştir (Özkahraman vd., 2006: 2). Ülkeler arasındaki bu farklılıklar bireysel özellikler, hastalığın tedavisindeki ön yargılar ve çevresel özellikler kanser tedavisiyle mücadele etme konusunda önem arz eden etmenlerdir. Bu etkenler kimi zaman insanları kanserle mücadelede güçlü kılarken, kimi zaman da insanları kanserle mücadele edemez hâle getirebilmektedir (Elbi, 2001: 5-6). Gelişmiş ülkelerde akciğer kanserine bağlı ölümler kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada gelmektedir (Sigerist, 1932: 59-65). Kronik hastalıklar sınıflamasında geçen kanser vakalarının (%56.8), kanserden kaynaklanan ölümlerin (%64.9) yarısından fazlası az gelişmiş ülkelerde olduğu görülmektedir (Çevik ve Pirinççi, 2017: 1). Yapılan tahminler önümüzdeki yıllarda gelişecek olan kanser olgularının da önemli bir bölümünün az gelişmiş ülkelerde ortaya çıkacağını göstermektedir (URL 19).

Dünya genelindeki (GLOBACAN, 2020a) veriler incelendiğinde dünyada kadınlar ve erkekler arasında akciğer ve meme kanserinin insidansının 2.000.000 bireyde, tüm hastalıklar içerisindeki birey sayısı 600.000'den fazla olduğu görülmektedir. Dünyada erkeklerde en sık rastlanan kanser türü akciğer kanseri iken kadınlarda en sık rastlanan kanser türü meme kanseridir. Kanser türüne bağlı ölüm hızında ilk sırada akciğer kanseri gelmektedir. Bu veriler aşağıdaki tablolarda son güncel şekilde ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

¹⁵ Prevalans, bir hastalığın belli bir popülasyon içinde belli bir süre aralığında eski ve yeni olguların birlikte görülme oranı veya yaygınlığıdır.

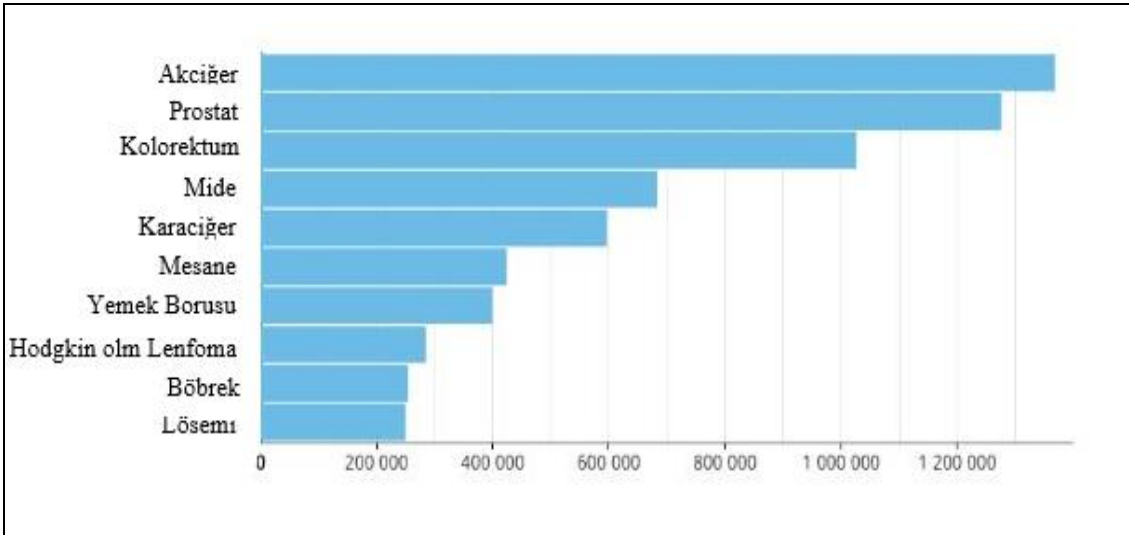
¹⁶ Mortalite, ölüm hızını ifade etmektedir.

Grafik 1. Dünyada Kanser İnsidansı ve Prevalansı (2018) (Kaynak: GLOBACAN, 2020a)



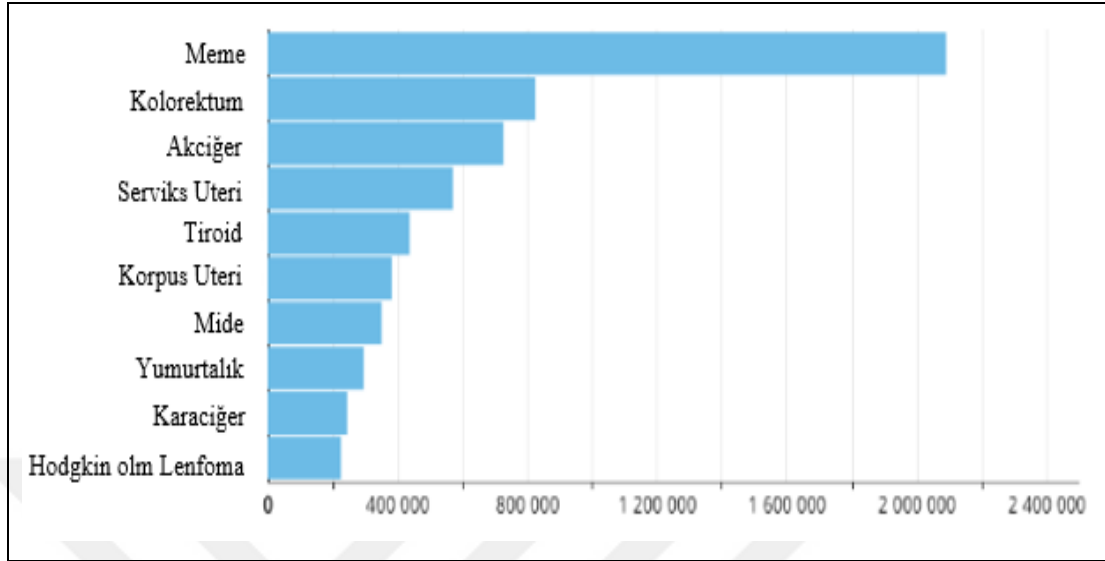
Grafik 1’de verilen bilgilere göre dünyada kadınlar ve erkekler arasında akciğer kanserinin 2.000.000 bireyde, meme kanserinin ise insidansı 2.000.000 birey iken tüm hastalıklar içerisindeki birey sayısı 6.000.000’den fazladır.

Grafik 2. Dünyada Erkeklerde En Sık Görülen Kanser Türleri (2018) (Kaynak: GLOBACAN, 2020b)



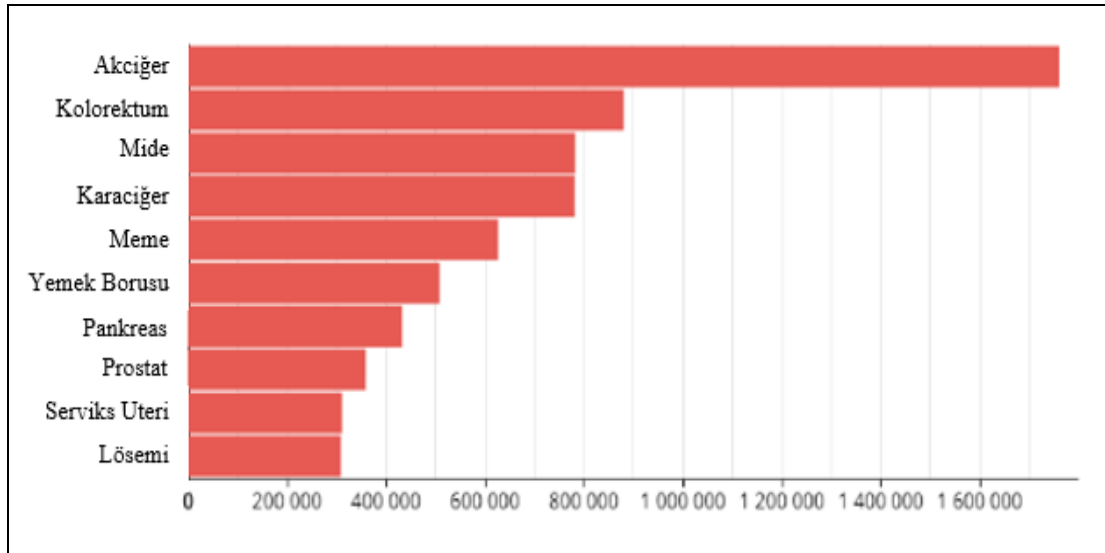
Grafik 2’de yer alan bilgilere göre dünyada, erkeklerde görülen ilk üç sıradaki kanser türleri akciğer kanseri, prostat kanseri ve kolon kanseridir. En az görülen türler ise böbrek kanseri ve lösemidir.

Grafik 3. Dünyada Kadınlarda En Sık Görülen Kanser Türleri (2018)
(Kaynak: GLOBACAN, 2020c)



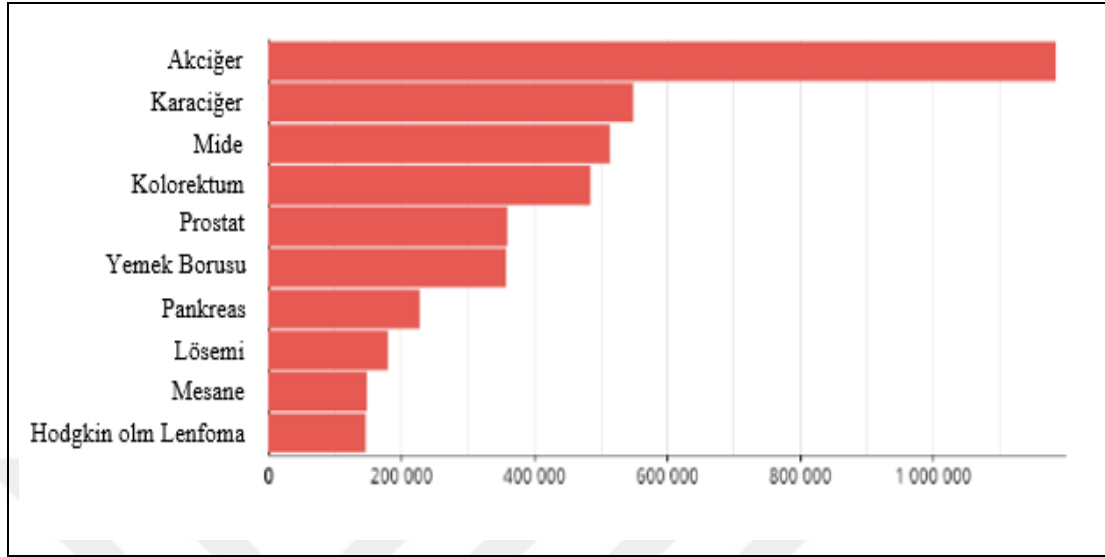
Grafik 3'e göre dünyada, kadınlarda görülen ilk üç sıradaki kanser türleri meme kanseri, kolon kanseri ve akciğer kanseriyken en az görülen kanser türleri ise karaciğer kanseri ve lenfomadır.

Grafik 4. Dünyada Kanser Türlerine Bağlı Ölüm Hızı (2018) (Kaynak: GLOBACAN, 2018)



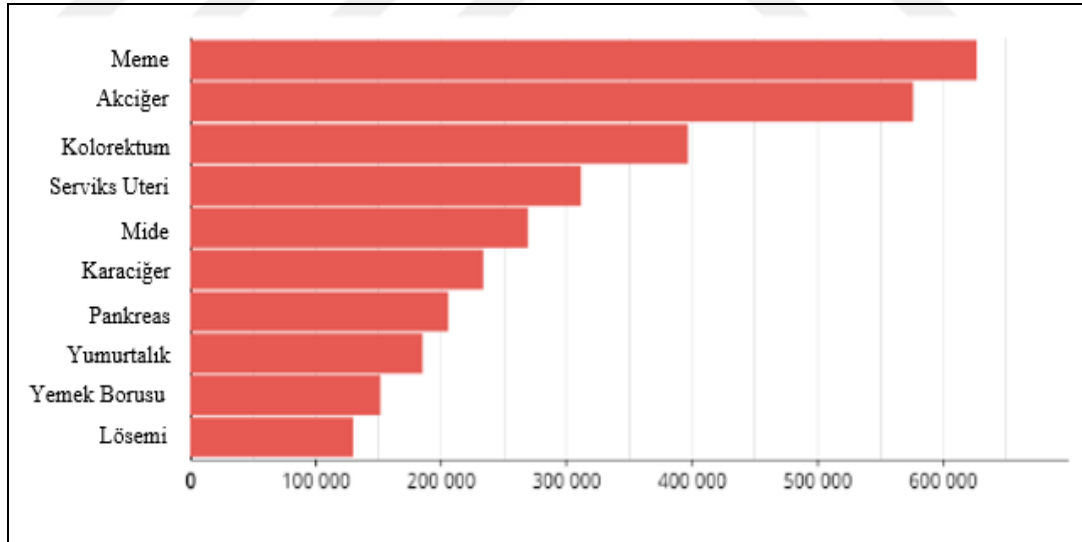
Grafik 4'e göre dünyada kadın, erkek ayrımı olmaksızın en çok ölüm akciğer kanseri sebebiyle olmaktadır. Kolorektum kanseri, mide kanseri, karaciğer kanseri yüksek oranda ölüme sebebiyet verirken en az ölüm hızı olan kanser türü ise lösemidir.

Grafik 5. Dünyada Erkeklerde Kanser Türlerine Göre Ölüm Dağılımı
(Kaynak: GLOBACAN, 2018)



Grafik 5'e göre dünyada erkeklerde en çok ölümün akciğer, karaciğer ve mide kanser türlerinde olduğu görülmektedir.

Grafik 6. Dünyada Kadınlarda Kanser Türlerine Göre Ölüm Dağılımı
(Kaynak: GLOBACAN, 2018).

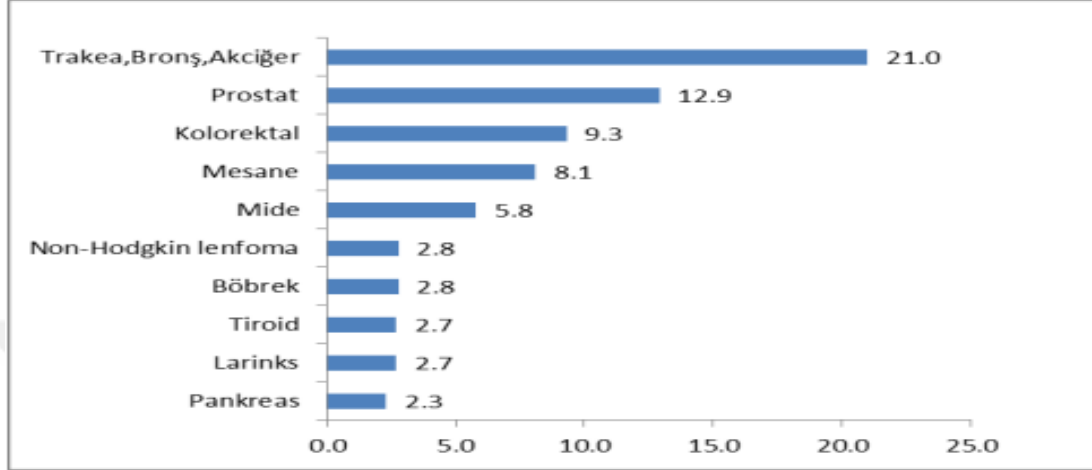


Grafik 6'ya göre dünyada kadınlarda ölüme sebebiyet veren kanser türünün başında meme kanseri ve akciğer kanserinin geldiği, kadınlarda ölüme en az sebep olan kanser türlerinin ise yemek borusu kanseri ve lösemi olduğu görülmektedir.

Türkiye'deki veriler incelendiğinde en sık görülen kanser türünün akciğer kanseri, kadınlarda en sık meme kanseri, çocuklarda ise en sık lösemiye rastlandığı

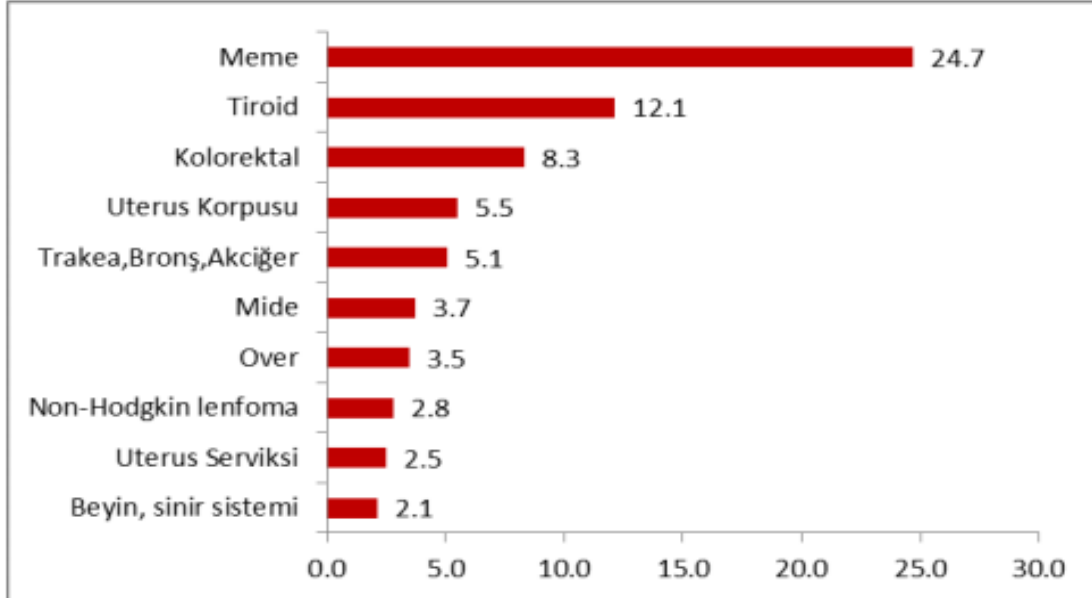
görülmektedir. Türkiye’de kanser hastalığına bağlı ölümler ise kalp hastalıklarına bağlı ölümlerden sonra ikinci sırada yer almaktadır.

Grafik 7. Türkiye’de Erkeklerde En Sık Görülen Kanser Türleri (Kaynak: TÜİK, 2020)



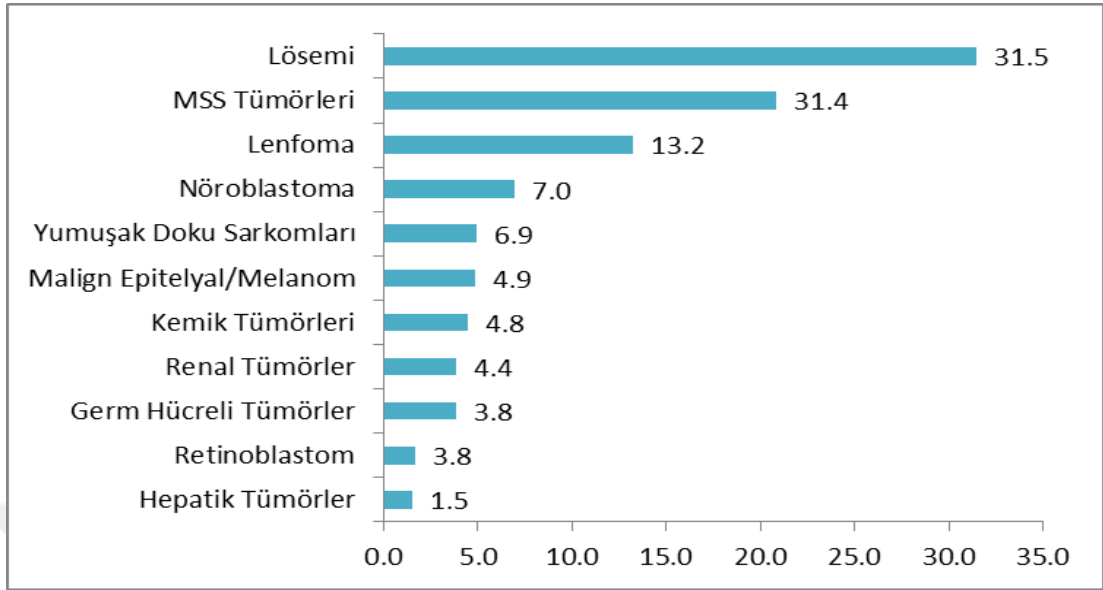
Türkiye’de erkeklerde en sık görülen kanser türü akciğer kanseri iken, akciğer kanserini prostat kanseri ve kolorektal takip etmektedir.

Grafik 8. Türkiye’de Kadınlarda En Sık Görülen Kanser Türleri (Kaynak: TÜİK, 2020)



Türkiye’de kadınlarda en sık görülen kanser türleri arasında ilk sırada meme kanseri yer alırken, arkasından tiroid ve kolorektal türleri gelmektedir.

Grafik 9. Çocukluk Çağı Kanseri (Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2015)



Türkiye’de çocuklarda en sık rastlanan kanser türü lösemi iken bu kanser türünü Merkezi Sinir Sistemi Tümörleri (MSS) tümörleri ve lenfoma türleri takip etmektedir.



Grafik 10. Türkiye’de Ölüm Nedenleri (Kaynak: TÜİK, 2019)

Grafik 10’a göre Türkiye’de rastlanan ölüm sebepleri arasında birinci sırada kalp hastalıklarının, ikinci sırada ise kanser hastalığının olduğu görülmektedir. Kanser hastalığının sebep olduğu ölüm hızında 2019 yılından itibaren belirgin bir düşüş görülse de kanser hastalığına bağlı ölüm hızı halen ikinci sıradadır.

Tablo 1. Kötü Huylu Tümörlerden Kaynaklı Ölümün Alt Gruplara Göre Dağılımı

	2015 ^r (**)		2016	
	n	%	n	%
Kötü Huylu Tümörler*	77.464	100,0	78.931	100,0
Gırtlak ve Soluk Borusu/Bronş/Akciğerin kötü huylu tümörü	24.154	31,2	24.558	31.1
Midenin Kötü Huylu Tümörü	6.700	8,6	6.821	8,6
Lenfoid ve Hematopoetik Kötü Huylu Tümör	6.368	8,2	6.384	8,1
Kolonun Kötü Huylu Tümörü	5.741	7,4	5.742	7,3
Pankreasın Kötü Huylu Tümörü	4.571	5,9	4.738	6,0
Diğer	29.930	38,6	30.688	38,9

*Tablodaki rakamlar, yuvarlamadan dolayı toplam vermeyebilir.

** (r) 2015 yılı verileri idari kayıtların güncellenmesi sebebiyle revize edilmiştir.

Kaynak: (TÜİK 2020)

Kötü huylu tümör nedeniyle gerçekleşen ölümlerin toplam sayısı 2016 yılında 78.931 birey olarak gerçekleşmiştir. Bu ölümlerin %31,2'si gırtlak ve soluk borusu/bronş/akciğerin kötü huylu tümöründen kaynaklanmaktadır. Ölüm nedeni istatistikleri yaş gruplarına göre incelendiğinde; iyi ve kötü huylu tümörlerin en fazla (22.460 birey) 65-74 yaş grubunda olduğu görülmektedir. İkamet edilen ile göre ölüm nedenleri incelendiğinde; iyi ve kötü huylu tümörler nedeniyle gerçekleşen ölümlerin oranının en yüksek olduğu ilk beş il ise sırasıyla; Tekirdağ (%24,1), İstanbul (%23,8), Kırklareli (%23,3), Eskişehir (%23,3) ve Van (%23,3) olmuştur (TÜİK, 2020).

1.4. Kanser Hastalığıyla İlgili Tedavi Yöntemleri

Birey hangi yaşta olursa olsun, kanser tedavisi süresince ortaya çıkan çeşitli sorunlarla baş edebilmesi, kendisinin potansiyel güçlerini harekete geçirmesine bağlıdır. Askheim'in (2003: 229-240) güçlendirme yaklaşımına göre, insanların hastalıkla mücadele yaklaşımları birbirinden farklı olarak karşımıza çıkmaktadır. Her insan aynı oranda ve aynı motivasyonu sergileyememektedir. Bu dönemde hastanın diğer bireylerle, ailesiyle ve çevresiyle ilişkileri farklılıklar gösterebilmektedir. Bu sebeple gerek kanser hastaları için gerekse aile ve yakın çevresine psikologlar tarafından destek sağlanmalıdır. Bireyin gerek kişisel gerekse çevresel alanında yer

alan kişilerin kanserli hastaya birlikte destek verilmesiyle tedavi yönteminin başarısının bir bütün içinde güçlendirilmesi gerekmektedir.

Günden güne kanserli birey sayısında artış gösteren kanser etiyolojisinde, bireysel özelliklerin yanında kansere etki eden iç ve dış etkenler olarak ayırmakla birlikte kansere neden olan risk faktörleri davranışsal, biyolojik, çevresel ve genetik risk faktörleri olarak dört grupta toplanabilmektedir (URL 20). Bu risk faktörlerinin en önemlisi davranışsal faktörler olup ölümlerle sonuçlanabilmektedir. Kanser ölümlerinin üçte birine neden olan beş temel davranışsal risk faktörü; yüksek vücut kitle indeksi, yeterli meyve ve sebze tüketmeme, fiziksel aktivite eksikliği, tütün ve alkol kullanımı olarak bildirilmektedir (Erdem vd., 2017: 2).

Kanser tanısı, hastanın hastalığı ile ilgili haberlerine uyum sağlamasını gerektiren bir kriz süreci yaratmaktadır. Bir yandan ciddi tedavi kararları verilirken diğer yandan duygusal stres düzeyi kontrol edilmeye çalışılmaktadır. Hastanın bu stres ile başa çıkabilmesi, hastalığın türü, süresi, yeri, belirtileri, ön görülen gidiş gibi tıbbî faktörlere; hastanın daha önceki hastalıklara uyum sağlayabilme derecesine, hastanın fiziksel ve psikolojik rehabilitasyon kapasitesine, hastanın kendi kişiliği ve sorunları ile başa çıkma yöntemlerine, ego kuvvetine, yaşamın gelişimsel evresi ve kanserin o evredeki anlamı gibi psikolojik faktörlere; kültürel ve dinî tutumlara; çevrede duygusal destek veren bireylerin olup olmamasına; sağlık ekibinin etkisi gibi bireyler arası faktörlere bağlıdır (Tatlı, 2015: 1-3).

1.4.1. Modern Yöntemler

Hipokrat'ın, hastalık tanımını 'tanrıların insanları cezalandırması' kavramından uzaklaştırıp insan vücudunun işlevlerinin bozulmasıyla açıklamaya başlaması önemli bir gelişmedir. Modern tıbbın ve eğitimin babası William Osler'in tıp eğitiminin sadece hocaları izleyerek ve seminerlere katılarak alınamayacağını vurgulaması ve eğitimin merkezinde 'hasta' bireyin olması gerektiği fikrini yerleştirmesi de önemli bir gelişmedir. Osler'in eğitiminde hastanın sadece hastalığı ve buna ait hikâye, yakınma ve bulgularıyla değil, bir insan olarak hayatının tüm detaylarıyla da değerlendirilmesi gerektiğinin üzerinde durulmaktadır (Şenocak, 2018: 75).

Kanser hastasının silahı modern tıptır. Bireyin hastalığı süresince hekim, ilaçlar, cerrahi yöntemler, ışın tedavileri gibi etmenler hastalıkta yol göstericidir. Hastanın yapması gerekense olayı beyinde yenmesidir. Bunun için de kendisiyle barışık olması, kendisini sevmesi gerekmektedir (Erözenci, 2013: 63).

Yapılan çalışmalarda kanser ve stres arasında bir ilişkinin olduğuna dikkat çekilmiştir. 1982 yılında varlığı keşfedilen *Helicobacter Pylori*-Peptic ülserin kanser ile ilişkisinin olduğu açıklanmış, hastalıkta stres sürecinin, önüne geçilmesi gereken bir dönem olduğu ifade edilmiştir (Güleç ve Büyükkınacı, 2011: 344). Kanser tedavisi süresince fiziksel ve psikolojik yıkım içinde olan bireyin onkolojik rehabilitasyon ile hastalığını hem kabullenebilmesi hem de hastalığının diğer hastalıklar gibi iyileşebileceğini düşünerek moral ve motivasyonunun sağlanması gerekmektedir (Keser vd., 2017: 19).

Kanser tedavisinde tedaviyi yönlendirmek için kanser evrelerinin bilinmesi büyük önem taşımaktadır. Bu evreler, kanser tespiti ve miktarı için önem ifade etmekte. Tedavi, süreç ve kanserin türü hakkında bilgilere ulaşılabilmesini sağlamaktadır. Doğru evreleme, tedavi sonuçlarını ve klinik araştırmaları değerlendirme, merkezler arası bilgi alışverişini ve karşılaştırmayı sağlama, klinik ve ürüne dönüştürebilmektedir. Kanser evrelerinin derecesi arttıkça kanserin yoğunluğu da artmaktadır (Yorulmazoğlu, 2012: 41). Hastalığın boyutu arttıkça kanserle savaş da azalmaktadır. Kanserde erken teşhis hayat kurtarmaktadır. Kanserinin ilk evrelerde farkına varılırsa, sonuçların olumlu olması beklenmektedir.

Kanser tedavi yöntemlerini uygulamadan önce ayrıca kanserin çeşidini ve kaynağını bilmek gerekmektedir. Her kanserin evresi, tedavi süreci ve tedavi yöntemleri farklı olmakla birlikte kanser, her bireyde farklı bir kimlik kazanmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün teşhis kitapçığında tam 14.000 tarifi yapılmış hastalık ve bu hastalıkların tedavisinde kullanılacak 6000 değişik ilaç ve cerrahi girişim yer almaktadır (Şenocak, 2018: 33). Kanser hastalığı bunlardan yalnızca biri olup çeşitli tedavi yöntemleri bulunmaktadır. Bunların bir kısmı ilaç ile gerçekleşirken bir kısmı da ışın tedavisi şeklindedir. Kemoterapi, radyoterapi, cerrahi yöntemleri en sık başvurulan yöntemlerdir. Bunların dışında birçok tedavi yöntemi

olsa bile dünyada bu tedavilerin uygulanmasına pek yer verilmemektedir (Baykara, 2016: 156).

1.4.1.1. Kanser Tedavisinde Radyasyon (Radyoterapi)

Radyoterapi, X-ışınları ve bu ışınlar gibi iyonlayıcı radyasyonun biyolojik etkisine dayalı olarak yapılan tedavi yöntemlerini konu edinmektedir. Radyasyonun canlı dokular üzerindeki öldürücü etkisinden yararlanılmaktadır. Bu yöntemle vücuttaki zararlı hücrelerin çoğalması ve vücudun diğer yerlerine yayılması durdurulmaktadır. Bu hücreler öldürülerek sağlam dokular korunabilmektedir. Bu yöntem, en çok kanserli dokulara uygulanmaktadır ve kanser hücrelerinin vücudun belirli kısımlarında yer almaktadır. Bu yöntem başarılı olmazsa, “metastaz” (metastasis) denilen yayılma olayı ortaya çıkmaktadır (Kumaş, 1996: 7).

Kanserin radyasyon tedavisi bu asrın başlarında Röntgen ve Becquerel’in iyonize radyasyonu deri kanserlerinin tedavisinde kullanmasıyla başlamıştır. İyonize radyasyon tıpta elektromanyetik radyasyon (X ışını ve Gama ışını olarak) ve elektron (negatif yüklü korpuskular radyasyon) tarzında kullanılmaktadır (Sipahioğlu, 1981: 28). X-ışınları, gama ışınlar, elektronlar gibi iyonize ışınlar ile kanser tedavisi yapılmaktadır. Bu yöntem hücrenin gelişimine dur diyebilmektedir (Yıldırım, 2015: 10).

Radyoloji biliminde son gelişmelerden birisi ve teknoloji ürünü olan tomoterapide¹⁷ kullanılmaya başlanan ‘nokta atış’ tekniği ile kanserli hücreler hedef alınmaktadır. Bu yöntemle birlikte her hasta için kişiselleştirilmiş ışın tedavileri uygulanmaktadır.

1.4.1.2. Kanser Tedavisinde Kemoterapi

Kemoterapi, kanser hücrelerini ortadan kaldırmak veya kanser etkisi taşıyan hücresel yapıyı kontrol altına alma işlevidir. Bu ilaçlar kanser etkisi taşımayan ilaçlardır. Kemoterapi, kanser tedavisinde tek başına kullanıldığı gibi radyoterapi ve genel cerrahi yöntemi ile birlikte de kullanılmaktadır (Nehru ve Singh, 2008: 45-50).

¹⁷ Tomoterapi, tek bir sistem içerisinde 3 fonksiyonu birleştirerek radyasyon ile kanser tedavisinin yapılmasıdır.

Kemoterapistin faaliyetleri, neoplazik hastalığı kemoterapi, hormon tedavisi ve immünoterapi yoluyla tedavi etmektir (Matematik Araştırma Enstitüsü, 1977: 1).

İlk kez 1940 yılında Nitrojen Mustard isimli ilaç, kemoterapi yönteminde lenfomaların tedavisinde kullanılmıştır. Daha sonra C.P Rhoads, Nitrojen Mustard isimli ilacın önemli bir anti kanser etkisinin bulunduğunu görülmüştür. Bugün tıpta bilinen 80'i aşkın antineoplastik ajandan 50 kadarı kemoterapi alanında kullanılmaktadır. 1948'de antimetabolitler, 1950'de kortikostereoidler, 1953'de busulfan, 1959'da cyclophosphamide ve arkasından kullanmakta olunan çeşitli anti kanser ilaçlar bulunup kanserin kemoterapisi alanına girmiştir (Sipahioğlu, 1981: 46).

Kemoterapi tedavisinde korku, vücut bütünlüğünün bozulması ve yan etkilerin oluşması şeklinde iki yönlü olarak karşımıza çıkmaktadır. Günümüzde kemoterapinin yan etkilerini aza indirmek için kullanılan ilaçlara ve doza bağlı olarak hastada bu yan etkilerin görülmesi kaçınılmazdır. Bu durumda gerek hekimin gerekse yakınlarının söz konusu olayların geçici olduğunu vurgulamaları, sonuçta hastanın çektiklerinin iyileşme yönünde birer adım olduğuna dair güvence vermeleri, yan etkileri ortadan kaldırmaya da hastayı biraz olsun rahatlatacaktır. Bu sebeple kemoterapinin ve diğer tedavi yöntemlerinin vücut bütünlüğünde yaratacağı olumsuz endişe, onkoplastik bölümlerin açılmasına imkân tanımıştır.

Kanser hastalığının erken safhalarında kemoterapi kullanma eğilimi eskiye kıyasla artmıştır. Bütün kanser hastaları, ekonomik, sosyal ya da coğrafi şartları ne olursa olsun optimal bir tedavi görme hakkına sahip olduklarına göre, yeni sağlık bakım servislerinin geliştirilmesi ve genç hekimlerin iç hastalıkları eğitim programlarını tamamlamaları gayesi ile medikal onkoloji alanında yetiştirilmeleri gerekmektedir (Matematik Araştırma Enstitüsü, 1977: 1).

1.4.1.3. Kanser Tedavisinde Cerrahi Yöntem

Cerrahi tedavi yöntemi çok eski zamanlardan beri kullanılmaktadır. 'Tıbbın Babası' olarak bilinen Horasanlı İbn-i Sina, apse ve ırları bugün kullanılmakta olan, kendisi tarafından yapılmış bisturi ve penslerle boşaltmış ve çıkartmıştır (Kuzu, 2017: 40).

Cerrahi yöntem, kanserde değişik amaçlar için de kullanılmaktadır. Bunlar tanısal cerrahi olarak karşımıza çıkmaktadır. İkinci aşamada kanserin evrelerini önlemek amacıyla ortaya çıkmıştır. Cerrahi yöntemle hastalığın diğer alanlara yayılması önlenmektedir. Son aşamada hastalığın radikal seviyelere gelmesiyle tam iyileşmeyi sağlamak amaçlanmaktadır (Kutluk ve Kars, 1992: 26-27).

Tanısal cerrahinin ilk uygulama aşamasında, kanserin kesin tanısından sonra kanser hücrelerinden örnek alınmaktadır. Bu aşamada kanserin cinsine ve yaygınlığına göre hastalığın bulunduğu bölgeden kontrol parçası alınmakta ya da kanser hücrelerinin tümü operasyonla çıkartılmaktadır. Önleyici cerrahinin amacı ise kansere yönelik bulgular olduğu düşünülen hücrelerin vücuttan çıkarılmasıdır. Örneğin, bir organda kanser olduğu düşünülen polipler hücreden mutlaka çıkarılmalıdır. Radikal cerrahi ise yayılma riski olan hücrenin vücuttan çıkartılmasıdır (Kutluk ve Kars, 1992: 26-27). Palyatif cerrahi ise uzmanlık isteyen ve iletişim yetisi gerektiren bir alandır. Palyatif cerrahide operasyon başarısının, risk oranından yüksek olması gerekmektedir (Aydoğan ve Uygun, 2017: 7).

Cerrahi yöntemi, bazı koşullarda oldukça etkili ve vazgeçilmez bir metottur. Bu yöntemde kanser kitlesi ile birlikte komşu organlarda kanserin yayılmasıyla oluşan büyük bir kısım tümüyle temizlenmekte. Kanser bir lokal hastalık olup kanser kitlesi yok edildiği takdirde hasta kurtulmuş demektir. Aynı zamanda tedavi yöntemleri içerisinde en korku veren yöntemdir. Kısacası bıçağın erişebildiği alanlarda sınırı aşmayan cerrahi, güvenilir bir yöntemdir (Güneral, 2005: 82-84).

Son yıllarda hızla gelişen cerrahi bilimi çağın kaçınılmaz gereği olarak kendi alt birimlerini oluşturmuştur. Bu konularda uzmanlaşma gereksinimi ortaya çıkmıştır. Hastalık sürecinde genel cerrahi yöntemine çok sıcak bakılmasa da klinik tedavisinde zorunlu olarak kullanılmıştır (Mark ve Frederick, 2007: 4).

1.4.1.4. Kanser Tedavisinde Kullanılan Diğer Yöntemler

Tıp bilimindeki gelişmelere paralel olarak kanser türlerine yönelik tedavi yöntemlerinde de yeni gelişmeler yaşanmaktadır. Geleneksel tedavi yöntemlerine ek olarak ortaya çıkan bu yöntemleri şu şekilde sıralayabiliriz:

Hormonal Tedavi: Vücutta doğal olarak üretilen proteinler veya ihtiyaca göre dışarıdan vücuda verilen kimyasal maddelere *hormon* denmektedir. Üretim sırasında bu hormonlar vücuda girip kanser hücrelerinin gelişim göstermesini engellemektedir. Birtakım hormonlar kanser tedavisinde ilaç olarak da kullanılabilirler. Prostat, meme ve endometriyum kanserlerinin tedavisinde seks hormonları kullanılmaktadır. Hormonlar kemoterapiden farklı olarak, vücutta üretilen hormonların vücuda yeniden bağlanmasını sağlamaktadır (Baykara, 2016: 158-159).

Biyolojik Tedavi: Biyolojik tedavi bağışıklık sisteminizle birlikte çalışmakta ve kanserle savaşmak üzere vücudun doğal savunmasına katkıda bulunmaktadır. Biyolojik tedavilerin amacı kanserin önlenmesidir. Bu tedavi sürecinde biyolojik iğneler vardır. Damarlarının büyümesi önlenmektedir (Kanser Dairesi Başkanlığı).

İmmünoterapi: İmmünoterapi, bağışıklık sisteminin güçlendirilmesini ifade etmektedir. Vücuttaki immün sistemin direnç kazanması amaçlanmaktadır. Kanserde en önemli özellik, vücut direncinin yüksek olmasıdır. Bu tür tedavilerde vücudun tedaviye yanıt vermesi beklenmektedir. Burada amaç, bağışıklık sisteminin kanser hücresi ile müdahale etmesini ve bu hücrelerin yok edilmesini sağlamaktır (Özlük vd., 2017: 21-23).

Kök Hücre Tedavisi: Kök hücreler diğer hücrelerden farklılık gösterebilmektedirler. Bu hücreler diğer hücrelerden farklı olarak kendi içlerinde bölünebilmektedir. Bu bölünme sonucunda yeni bir hücre ortaya çıkmaktadır. Bu hücrelerin genç ve aktif hücreler olması gerekmektedir (Baykara, 2016: 159). Son zamanlarda kök hücre tedavisi ile kanser hücreleri yeniden üretilmiştir (Şahin vd., 2015: 7).

Kanser Büyüme Baskılayıcıları: Kanser hücreleri hızla yayılım gösterir. Bu hücrelerin metabolizmadaki yapısını ve hızlı yayılımını durdurmanın en önemli yolu hücre baskılama yöntemidir (Burotto vd. 2015: 20).

Kanser Aşıları (Hücre Bazlı Tedaviler): Kanser aşıları metabolizmayı yeniden diriltici özelliğe sahiptir. Bu, geleneksel aşı olarak görülse de kanser tedavisine faydası vardır (Baykara, 2016: 160). Kanser hücreleriyle mücadele için üretilen aşılar, virüsler ile kullanılan aşılarından çok farklıdır. Bu aşılar immün sistemi mücadele yönünde desteklemektedir (Özlük vd., 2017: 22).

Gen Terapi: Genler, mutasyonlar nedeniyle fiziksel değişikliklere uğramaktadır. Bu değişiklikler asetillenme, metillenme ve buna benzer epigenetik değişikliklerdir. Bu tedavide fiziksel yapılarda fiziksel yönde değişme görölmektedir. Bu durumda hücre metabolizması ve döngüsü bozulabilmektedir. Gen tedavisi işlevsel olarak olumluluklar göstermektedir (Baykara, 2016: 1). Gen tedavisi klinik ortamında defalarca gerçekleştirilse de geri dönüş, beklendiği gibi alınamamıştır (Özcan, 2007: 49).

1.4.2. Alternatif Tedavi Yöntemleri

Tamamlayıcı tıp, çağdaş tıp biliminde hastalık sebeplerini önlemede kanıtlanmış bir tedavi yöntemi olmadığı halde; hasta isteğiyle çağdaş tıp tedavilerinin yanında, onlara destekleyici olarak hastanın rahatlaması, bağışıklık sisteminin güçlenmesi, psikolojisinin düzelmesi gibi amaçlarla uygulanabilen alternatif tıp yöntemleridir. Birçok alternatif tedavi yöntemi bulunmaktadır.

Kanser hastalarının semptom kontrolünde sıklıkla başvurduğu alternatif tedavi yöntemleri incelendiğinde; biyolojik temelli tedaviler (bitkiler, diyet destek ürünleri, tıbbi bitki çayları, sakadat), beden-zihin müdahaleleri (müzik terapi, spiritual iyileşme, psikolojik görüşmeler, dua), gevşeme (relaksasyon), hipnoz, akupunktur, yoga, meditasyon vb. yöntemlerin yaygın olarak uygulandığı görölmektedir. (Arslan ve Özdemir, 2015: 83)

Alışılmış kanser tedavi yöntemlerinin yanında kullanılması önerilen yöntemler de bulunmaktadır. Tedavi yöntemlerinde bütüncül yaklaşım çerçevesinde alışılmış kanser tedavi yöntemleri yanında önerilen tedavi yöntemleri arasında psikolojik, davranışsal, besinsel, bitkisel, farmakolojik ve biyolojik tedavi yöntemlerine de ihtiyaç olduğu vurgulanmaktadır (Irmey, 2008: 252). Kanser tedavi yöntemleri, kullanılan mevcut modern tıp kapsamındaki yöntemlerin yanında bir bütün olarak diğer yöntemleri de içine almaktadır.

Artık günümüzde kanser tedavisinde, kanserin ilerlemesine sebep olan belirli genleri ve proteinleri hedef alan bir tedavi yöntemi olarak “hedefe yönelik tedavi yöntemi” uygulanmaktadır. Kara ve Akdoğan (2013: 184), günümüze kadar yapılan çalışmalardan derledikleri makalelerinde metastatik renal hücreli karsinom

tedavisinde kullanılan hedefe yönelik tedavi sonuçlarını ve muhtemel yan etkilerini ortaya koymuşlardır, fakat önlem ve tedavi adına daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu da açıkça ortada. Bu bağlamda hasta odaklı eğitimin; hasta ile olan iyi iletişim; tedavi sırasında ortaya çıkabilecek yan etkilerin farkındalığı, önlenmesi ve tedavisi; ilacın uygulanabilirliği ve hastanın artmış hayat kalitesiyle beraber yaşam süresini uzatabilmesi açısından önemli olduğu belirtilmiştir.

Alternatif tıbbi ek olarak son zamanlarda biofeedback (baş ve kas ağrılarında uygulanan ağrıyı kesen metod) ve neurofeedback (bireyin beyin dalgalarının değiştirilmesine yönelik metod), sinir sistemi gibi geniş bir çerçevede uygulama olarak literatür de yer almaktadır. Kanseri tedavisi sürecinde izlenebilen biofeedback ve neurofeedback uygulamaları vardır. Hastanın moral ve motivasyonunun sağlanması amaçlanmıştır. Hastayı endişe ve sıkıntıdan uzak tutan bu uygulamaların yanı sıra düşünceleri görüntüleme yöntemi adı verilen ve hastaları kendilerine özgü mutluluk yolculuklarına çıkaran *Guided Imagery* (sağlık problemleriyle başa çıkabilmek için bireysel çabalar) kullanılmakta ve kanser tedavisi üzerine sonuçları araştırılmaktadır (URL 21).

Son yıllarda kanserle mücadelede nanoteknoloji yöntemine dayalı kemoterapi de uygulanmaktadır. Bu durum kemoterapinin olumsuz etkilerini önlemiştir (Oylar ve Tekin, 2011: 153). Dolayısıyla nanoteknolojideki nanoteknoloji ile atomların ve moleküllerin en küçük parçalarının moleküler yapısını değiştirmeye yönelik gelişmelerin, kanser teşhis ve tedavisi açısından önemli imkânlar sunması beklenmektedir.

Kanser tedavi süreçlerinde akıllı ilaç sistemi ile yeni bir döneme geçilmiştir. Bu süreçte kemoterapinin acı veren ve fiziksel çöküntüye sebep olan tedavi yöntemi yerine daha etkili olan ilaç tedavisi kullanılmaya başlanmıştır. Angiogenesis yöntemiyle üretilen ilaçlar geleceğe umut olmuştur. Bu yeni yaklaşımla, mevcut ilaçların etkinliğinin artırılması ve toksisitelerinin azaltılması ihtimali üzerinde durulmaktadır (Ölgen vd., 2002: 193).

Kanser tedavisinde kullanılan modern tıbbın yardımcı yöntemlerinden birisi de adjuvan yöntemidir. Bu yöntem de aşı ve hücresel tedavi yöntemlerine göre daha fazla kullanılmaktadır. Kanser hücrelerinde yüksek miktarda doku ve spesifik olarak

Üretilen reseptörler ile büyüme faktörlerini hedef almaktadır. Monoklonal antikorlar klinik uygulamalarda en fazla geçerliliği olan ve kullanılan tedavi Őeklidir (Şakalar vd., 2013: 105).

Akciğer kanserlerinde hastalığın belirleyicilerle ilgili birçok çalışma gözlemlenmektedir. Modern tıp yöntemlerinin yanında bitkisel tedavilerin yanı sıra yaş kupa ve hacamat gibi destekleyici tedaviler de kullanılmaktadır (Sert vd., 2015: 26-30).

‘İnsan Genom Projesi’ kapsamında insan DNA’sı üzerinde çalışmalar yapılmaktadır. “Gen haritası” sayesinde kalp ve kanser hastalığına çözüm bulunmasına ve insan yaŐamının kalitesinin artırılmasına olanak sağlanacaktır. Bu kapsamda üzerinde çalıŐılmakta olan ‘İnsan Genom Projesi’ insanlara umut ışığı olmuştur. ‘Genom projeleri yaşamın Őifresi olarak tanımlanabilecek olan ve bir organizmanın genomunu oluşturan DNA dizisinin deŐifre edilmesini’ hedeflemektedir (Fidanoğlu vd., 2014: 45). Genlerin Őifresinin çözülmesiyle kistik fibrozis, hemofili, akdeniz anemisi, çeşitli kanser türleri (meme, kolon, ovaryum) gibi hastalıkların ve 4000'den fazla olduğu düşünülen genetik hastalıkların tedavisinde yeni bir dönüm noktasına kavuŐulacaęı mit edilmektedir (AŞıkoğlu vd., 2018: 1).

Kanser tedavisinde gerek psikolojik gerekse sosyal açıdan uygulanan tedaviler de çeŐitlilik göstermektedir. Renk terapisi, renk soluma testi, soyağacı terapisi, sarılma terapisi, resim ve plastik sanatlarla uęraŐılar, müzik, dans ile uęraŐılar, okuma ve yazma terapisi, releasing terapisi, Bach bitki terapisi gibi terapiler ile kanser tedavi yöntemlerine destek verilmektedir (İrmey ve Jordan, 2008: 186-211).

Günümüzde kanser araştırmaları disiplinler arası bir hal almış, verinin çözümlenmesinde geleneksel yöntemlerin dışında daha etkin olduğuna inanılan farklı yaklaŐımlara gereksinim duyulmuŐtur. Bunların başında makine öğrenmesi veya bir başka deyişle yapay zeka yöntemleri sayılabilir. Kanser araŐtırmalarında klinik ve genetik verilerden yararlanılarak hastalıkların tanısı ve risk faktörlerinin belirlenmesinde yapay zeka algoritmalarına baŐvurulmaktadır. Görüntü iŐleme

açısından bakıldığında yapay zeka algoritmalarının oldukça gelişkin bir tanı aracı olabilmektedir (Büyükgöze ve Dereli, 2020:6-7).

Kısaca, modern tıbbın uygulandığı kanser tedavi yöntemlerinin yanı sıra, uygulanan tedavilerin etkisini artırmak için psikolojik, ekonomik, sosyal ve dinî açıdan bazı destek programları uygulanabilmektedir. Bu destek programları da tedavi sürecinin başarılı olmasında etkileyici bir öneme sahiptir.

2. KANSER TEDAVİSİNİN BAŞARISINDA ETKİLİ OLAN BOYUTLAR

Platon'un 'Bütün iyi olmadan parça iyi olmaz' (Akderin, 2017: 45) sözünden hareketle, hastalık ve sağlık birlikte düşünüldüğünde, kanser hastalığının tedavisinde sadece uygulanan tedavi yöntemleri ve kullanılan ilaçlar tek başına düşünülmemelidir. Hastalığın tedavisinde, bireyin içinde yaşadığı toplum, sınıfsal koşullar, yaşadığı mahalle, gelir düzeyi, mesleği, yaşı, cinsiyeti, toplumun kültürü, eğitim durumu gibi etkenlerin önemli bir rol oynadığı kabul edilmelidir. Bu ve benzeri etkenlerden hareketle kanser tedavisinin ekonomik, psikolojik ve sosyal boyutunu incelemek gerekmektedir.

2.1. Kanser Ekonomik Boyutu

Gün geçtikçe sağlık bilinç düzeyinin, farkındalığının ve okuryazarlığının artması, ortalama yaşam süresinin uzaması, tıp alanında teknolojik gelişmelerin olması, kronik hastalıkların çoğalması ve tüm dünyada sağlık sorunu hâline gelmesi sağlık harcamalarının artmasına sebep olmuştur.

Tedavi sürecinin korkularından olan parasızlık ve olanaksızlık bireyin hastalığın başındayken ilk aklına gelen olgudur (Ergöktaş, 2013: 33). Çünkü hastalık sürecinde tedavinin nasıl olacağına, masraflarının nasıl karşılanacağına dair birçok soru bireyi meşgul etmektedir. Tedavi süreci masraflı ve pahalıdır. Bu sebeple sağlık hizmeti alımında birey ödeme güçlüğüne düşünmemelidir. Gelir ve sağlık arasındaki ilişkiler genellikle yoksulluk kavramı üzerinden tartışılmakla birlikte biyolojik varlığı sürdürmek için gerekli materyal şartlar üzerindeki etkisi ile sosyal katılım ve yaşam döngüsü üzerinde kontrol sağlama etkisi yönünden değerlendirilmektedir.

Örneğin, ülkelerin yaşadıkları kriz, doğal afet vb. durumlar sağlık hizmetlerinin ödenek ayırımını da etkilemektedir. Bu olumsuz hayat şartları hastalıklara yatkınlığı artırmaktadır. Yaşam kalitesinin düşüklüğü de bu durumu etkilemektedir (Tekin, 2007: 68).

Dünya genelinde düşük gelirli ülkelerde sağlık problemlerinin büyük olduğu, yapılan araştırmalarda ortaya konulmuştur. Latin Amerika’da, Asya’nın ve özellikle Afrika’nın birçok yerinde yüz milyonlarca yetişkin ve çocuk yalnızca tıbbî müdahaleden değil, aynı zamanda yeterli beslenme ve temiz içme suyundan yoksun olarak büyümektedir. Dünyadaki en yoksul toplumlarda sağlığın gelişmesi bizim için önümüzdeki yıllarda girişilecek bir mücadeledir (Macionis, 2015: 561).

Türkiye’de herkese eşit sağlık sisteminin sunulması ilkesiyle bireyin sağlık güvencesinin Sağlık Bakanlığı tarafından güvence altına alınması öngörülmüştür. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu’nun 1961 yılında kabul edilmesiyle sağlık hizmetlerinde yasa gereği iyileşmeler gerçekleşmiştir. Bu iyileşmeler il, ilçe ve beldeleri de kapsayarak çok yönlülük kazanmıştır (Çavmak ve Çavmak, 2017: 50). Bu kazanımlar bireyin sağlık hizmetlerinin güvence altına alınması ve belli bir kısmının devlet tarafından karşılanmasını sağlamaktadır. Bir nebze de olsa kanser hastalığının tedavi sürecinin güvence altına alınması, bireyin moralini olumlu yönde etkileyen bir unsur olmuştur.

Kanser hastalığının koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinde bakanlık tarafından Türkiye’nin tüm illerinde kurulan Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) ile ücretsiz kanser taraması yapılmaktadır. Bu tarama programları ile kanser için ‘erken tanı ve erken teşhis’ bilinciyle Sağlık Bakanlığı tarafından birinci basamak hizmeti verilmektedir. Kanser tedavisinde sağlık güvencesi ayırt edilmeksizin herkese, sağlık sisteminden eşit fırsatlarda yararlanma imkânı sağlanmıştır. Bu imkânlar çerçevesinde ücretsiz muayene ve ilaç alımı mümkün hâle gelmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012: 22).

Türkiye’de sağlık yatırımlarına büyük önem verilmektedir. Her geçen gün sayısı artan şehir hastanelerinin yanında onkoloji hastanelerinin de kurulmasına destek verilmeye başlanmıştır. 2013 yılından itibaren Türkiye’de 250 medikal onkolog, 100 pediatrik onkolog ve 750 radyasyon onkolog bulunmaktadır. Ancak

sağlık hizmetlerinin daha üst seviyede yürütülebilmesi için bu sayıdan çok daha fazla uzmana ihtiyaç olduğu bir gerçektir. Kapsadığı nüfus sayısı dikkate alınarak sayıları değişmekle birlikte tıbbi onkoloji ekibinde en az 3, ideali 5 tıbbi onkoloji uzmanı, 2 iç hastalıkları uzmanı, en az 2, ideali 3 eğitim hemşiresi, 1 psikolog, 5 tıbbi sekreter, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen günlük kemoterapi yapılan hasta sayısı ve ilaç hazırlama koşulları dikkate alınarak en az 10 kemoterapi hemşiresi ve 2 klinik eczacı olmalıdır. Bu rakamlara bakıldığında insan kaynaklarına daha fazla yatırım yapılması gerektiği görülmektedir. Türkiye’de kanser için tedavi hizmeti sunan uzman ve yardımcı personel sayısı için yatırıma ihtiyaç vardır. Ayrıca arka planda kanserde sahip olduğumuz planlayıcı, yönetici kadronun ötesinde bir kadroya da ihtiyaç duyulmaktadır (Kutluk, 2013: 37).

Türkiye’de kanser hastalığı için yapılan harcamalara bakıldığında TÜİK (2019) verilerine göre 2019 yılında bir önceki seneye göre %17,5 oranla artış göstererek 165 milyar 234 milyon TL’ye ulaştı. Genel devlet sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payı, 2017 yılında %78 iken, 2018 yılında %77,5 olarak gerçekleşti. Hane halkları tarafından tedavi, ilaç vb. amaçlı yapılan cepten sağlık harcamaları, 2018 yılında %19,4 artarak 28 milyar 655 milyon TL oldu. Hane halkları tarafından cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcaması içindeki payı, 2018 yılında %17,3 olarak gerçekleşti. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından sadece ilaç harcamalarına yapılan ödeme 458 milyon TL’dir (Kutlar ve Torun, 2017: 123). Kanser harcamaları tüm tıbbî harcamaların %5-%10’unu oluşturmaktadır. Onkoloji sağlık hizmetlerinde yılda %10’lara varan artış ile ileri teknoloji ve sağlık hizmetleri üretimine bağlı olarak kanser ekonomisi günden güne artış göstermektedir (Arıcan, 2010: 4).

Literatürde kanser türlerine ilişkin kanser tedavisi için yapılan harcama ve maliyetlere yönelik yeterli sayıda çalışma yapılmadığı görülmektedir. Maliyet ve harcama kavramları aynı olmayıp kanser maliyeti ve harcamalarının ayrı ayrı incelenmesi ve birbirleriyle ilişkisi ortaya konulmalıdır. Yazıhan ve Yılmaz (2014: 379)’ın çalışmalarında kadın kanser sağlığı için yapılan meme kanseri testleri ve kontrolleri, kanserin hem maliyeti hem de tespit oranı açısından önem arz etmektedir. Balçık ve diğerleri. (2015: 55-64) yaptığı bir başka çalışma da; kök hücrelerde maliyet etkililik analizi sonucu akciğer kanserinin maliyetli olduğudur. Yine tüm

kanser çeşitleri içerisinde %20'lik çok sık rastlanma payı olan akciğer kanserinin tedavisinde kullanılan kemoterapi ilaçlarının içerikleriyle ilgili maliyet değerlendirmesi yapılmıştır. Kısacası, kanser tedavisi bireye özeldir ve maliyeti de bireyin tedavi sürecine göre şekillenmektedir. Dolayısıyla kanser tanısı konulduğu andan itibaren bireyin kanser tedavisi sağlık güvencesi tarafından karşılanmaktadır.

Ayrıca bireye has bir hastalık olan kanserin tedavisinde hastalık süreci gibi, kullanılan ilaçlar da farklılık göstermektedir. Bu durum, ilaç dozajları hususunda da farklılık göstermektedir. O'Donnell ve arkadaşlarının (2009) çalışmasına göre belli genotiplerde faydalı olmayan ilaçlar kullanılmaktan kaçınılmıştır. Bu tutum, hastalığın ilacını ve medikal tedavi sürecini önemsemekte, bireyin maliyetini düşürmektedir (İzmirli, 2013: 7).

Engin ve Özyardımcı (2000: 16) tarafından hazırlanan 'Akciğer Kanseri Tanı ve Tedavide Temel İlkeler ve Uygulamalar' kitabında sosyo-ekonomik durum ile akciğer kanseri gelişim riski arasındaki ilişkiden söz edilmektedir. Mesleklerin, gelirin ve eğitimin, sigara kullanımı üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Örneğin, sigara kullanımı kol emeğine dayanan işlerde çalışanlarda ve eğitim düzeyi düşük olan bireylerde daha yaygındır.

2.2. Kanser Psikolojik Boyutu

Kanser, halk tarafından negatif bir algıya sahiptir. Korku üzerine kurulu düzen içerisinde insan negatif etkiyle ölümü, tedavisi olmayan bir hastalık olarak ifade etmektedir. Kanserde panik ve korku gibi duygular yüksek yoğunluk içerisinde gerçekleşmektedir. Kanser beraberinde getirdiği fiziksel yükün yanı sıra, kanser tedavisi görmüş bireylerin hastalığa karşı olumsuz duygular beslemesi, sosyal izolasyonla sonuçlanabilmekte, sosyal tutumlarla bütünleşince hastalıkla baş etmek daha da güçleşmektedir (Korkmaz, 2010: 6).

Bireyin korkularının asıl nedeni, kanserin ölümcül bir hastalık olmasıdır. Levinas (2014: 119)'a göre ölüm korkusu, bir eseri yarım bırakma korkusudur. Bu hastalık süresince ölüm ve zaman sürekli yarışmaktadır. Erken tanı, teşhis, hayat kurtarır, derken bu felsefi yaklaşımın temel amacından bahsetmektedir. Kanser

hastasında ölüm oranlarının fazla olması ve hastanın ölüm hakkında bilgi eksikliklerinin olması da korku ve endişe etkisine sahiptir¹⁸.

Kanser hastalığı bireyin önce bedenini, sonra psikolojik alanını etkilemekte ve çeşitli sorgulamalarla iç dünyasında hesaplaştığı bir döneme yönlendirmektedir. Tam bu aşamada hastalığın getirmiş olduğu çeşitli baskılara maruz kalan birey için yoğun bir biçimde güç kaynaklarını keşfetme çabası öne çıkmaktadır (Tuncay, 2009: 75). Birey, çevre kontrolünü sağlayacağı bir sarkacın içinde zamanını geçirme çabası içine girmektedir.

Gerek aile bireylerinin gerekse kanserli hastanın psikolojik sağlığı bir bütün olarak ayrılmaz bir parçadır. Bu sebeple ailenin, çocuğu topluma yetiştirme sürecinde etkisi büyüktür. Bireyin çocukluktan itibaren başlayan eğitim ve öğrenim süreci hastalıklara karşı davranış biçimini etkileyecektir. Bireylerin çocukluktan ölüme kadar ki süreç içerisinde psikolojik değişimi de gelişim süreciyle doğru orantılı olarak devam etmektedir. İnsanın bu durumu, gelişim sürecini ve patolojik durumunu da etkilemektedir. Birey ve toplum karşılıklı etkileşim içerisinde bulunmaktadır (Önder, 2014: 33).

Kanser, toplum içerisinde tedavisi olmayan ve ölümle sonuçlanan bir hastalık olduğu, kanser hastalığına yakalanıp iyileşen insanların fiziksel ve ruhsal yönden de kalıcı hasarlar bıraktığı düşüncesi yaygındır. Toplum arasında ekonomik ve sosyal açıdan getirdiği yükler bakımında da olumsuz algıların ve davranışların artmasına neden olmaktadır. Kanser hastalığına yakalanan bireyler için olumsuz algıların ve davranışların başında damgalanma (stigmatizasyon) gelmektedir. Damgalanma, diğer bireylerden farklı bir özelliği olanların olumsuz yönde etkilendiği ve diğer bireylerden ayrılmaya başladığı süreçtir. Bu süreç birey için statü kaybına ve olumsuz yönde ayrımcılığa neden olmaktadır. 1963 yılında damgalama hakkında yapılan tanımla “daha az değer verme davranışı, bu etiketi taşıyan insanların daha az istenebilir olması, itibarsızlaştırılması ve toplum tarafından reddedilmesi” şeklindedir (Yıldız ve Dedeli Çaydam, 2020: 9-10).

¹⁸ Kanser korku boyutunu oluşturmamasının sebeplerinden birisi isim olarak Yunanca kökenli olan ve ‘kitle’ anlamına gelen kanserin toplum arasında ‘amansız hastalık’ olarak ifade edilmesidir. Kanser, organizmalarımızın birinde olağandışı yoğunlaşmanın, ‘tümör’ denilen kitleleşmenin ürünü olarak ölüm gibi ağır travma yaratan bir olgu olduğu için korku kaçınılmazdır.

Diğer bir tanımlamaya göre ise “bireyin adını kötüye çıkaran, yüz kızartıcı durum” olarak tanımlanmıştır. Kanseri hastalar için damgalanma bireyin psikolojisini ve sosyal durumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Hastalar, damgalanmayı bir süre sonra içselleştirmeye başlamaktadırlar ve bu durum hastalarda, suçluluk duygusu, utanç ve sosyal izolasyon olarak ortaya çıkmaktadır. (Öcel, 2017:116) Kanseri hastaların da damgalanma tedavilerinin olumsuz yönde etkilenmesine, semptom sıklığının artmasına ve yaşam kalitelerinin düşmesine neden olmaktadır.

Elisabeth Kübler Ross, “Ölüm ve Ölmek Üzerine” (1969) isimli kitabında, kanseri tanısı konan bir hastanın yok sayma ya da reddetme ve kendini tecrit etmeyle başlayan; kızgınlık, pazarlık, depresyon evreleriyle devam edip hastalığı kabullenmesiyle sonlanan bu beş evrenin beraberinde getirdiği hastalığa boyun eğmeyi anlatmaktadır (Şenocak, 2018: 81). Bireye kanseri tanısı konulduktan sonra ilk olarak ‘Neden ben?’, ‘Bu ceza mı bana?’, ‘Niye bir başkası değil de ben?’ gibi sorularla karşılaşmaktadır. Bu süreç hastalığın kabullenme sürecini oluşturmaktadır. Bu süreç sancılı bir dönem olsa da hastalığı kabullenmek zor olacaktır. Bu aşama Tuncay’a (2009: 75) göre ‘kriz aşaması’ olarak kabul edilmektedir ve kayıp aşamasıdır. Bu süreç bireyin fiziksel aktivitelerini kaybettiği, yaşam kalitesinin düşüş gösterdiği, aynı zamanda kendisiyle yüzleştiği, psikolojik baskılar yaşadığı, kendisini duygusal karmaşanın içinde boğduğu dönemdir. Depresyon, korku, kaygı, düş kırıklığı ve kızgınlık gibi duygular bu aşamada yoğun olarak yaşanmaktadır.

Kanseri, kronik ve ciddi bir hastalık olmanın ötesinde, belirsizlikler içeren, ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran, suçluluk, terk edilme, kargaşa, panik ve kaygı uyandıran bir hastalık olarak algılanmaktadır (Kelleci, 2005: 41). Kanserde tedaviye olumlu cevap verilmediği takdirde sonucun ölümle neticelenmesi, bireyi çaresizliğe itmektedir. Kanseri tanısı, tedavi yöntemleri ve bunların anlamı, hastada şiddetli kaygı ve çaresizlik duyguları yaratmakla kalmayıp bireyi psikolojik bir buhrana sürüklemektedir.

Kanseri tanısı alan birey, hastalık karşısında güçsüzleşmektedir (Tuncay, 2009: 70-71). Hastalık tanı ve teşhisi konulduktan itibaren kızgınlık, öfke nöbetleri, bağırma, ağlama, depresif davranışlar vb. durumlar içerisine girebilmektedir

(Yastıbaşı ve Dirik, 2018: 376). Hasta birey, güçsüz, çaresiz, yetersiz, karamsar hisler içinde boğulmaktadır. Çevresine karşı kırıncı, üzücü bir şekilde hareket edebilmektedir. Bu duyguların oluşumunda hastalığın getirdiği ruhsal bunalımdan dolayı direnç gösterememektedir. Kemoterapi tedavisi sürecinde saçların dökülmesi, zayıflama, sürekli kusmalar, ciltte morarmalar gibi fiziksel değişikliklerin getirdiği moral bozukluğu sebebiyle endişe, kaygı ve korku devam etmektedir.

Bireyin hastalığı ile ilgili korku yenmesi ve endişeden kurtulması için hekimin bireyi hastalığı hakkında bilgilendirmesi önem taşımaktadır. Hekim hastasına geçireceği ameliyatı (veya ışın veya ilaç tedavisini), bu tedavi esnasında ve sonrasında olabilecekleri, hastanın vücudunda meydana gelecek değişiklikleri ne kadar ayrıntılı ve anlayabileceği şekilde anlatırsa, hastanın da korkuları o oranda azalmaktadır. Hastalığın neden olduğundan başlayıp tedavi seçeneklerini; her seçeneğin artı ve eksi yönlerini, yan etkilerini, bu yan etkilerin görülme olasılık ve sıklığını, yan etkilerle savaşım yollarını, tedavinin ne zaman sonlanacağını, uzun dönemde neler olabileceğini, hastanın dikkat etmesi gereken noktaları, kontrollerin ne zaman yapılacağını, kontrollerde ne gibi tetkikler isteneceğini bildirmesinin yanı sıra hekim, sadece tedavinin ilk aşamasında yapılacaklarla da anlatımını sınırlayabilmektedir (Irmak vd., 2008: 169).

Kanser, ölümle sonuçlanabileceği gibi bireylerin ağırlara dayanamayıp intihar etmeleri de söz konusudur. İlk tanı-teşhis konulduğunda hastalığı kabul edemezken terminal dönemde artık kanserin birey üzerindeki dindirilemez ağırları nedeniyle bu sefer de birey, intihar etmeyi düşündüğü bir sürece girmektedir. Kanser hastalığının sebep olduğu kontrolsüz ağırlar, hastanın yakın zamanda teşhis alması, hastalığın seyri intihar için önemli risk faktörü oluşturmaktadır (Leung vd., 2013; 2537). Kanser sürecinde ağırların olması hastayı psikolojik yönden de yormaktadır. Bu yorgunluk süreci insanın, ‘Ne olacağım?’ sorusunu ortaya çıkarmaktadır. Bu durum akla intiharı da getirmektedir. Kısacası, bireye kanser tanısı konduktan sonra başlayan süreç, hastanın kanser tedavisi seyrine yönelik olarak yaşamla ölüm arasındaki çizgide ilerleyecektir. Bu süreçte bireyin kendisiyle iç hesaplaşmasının yanında bir de çevresiyle hesaplaşması söz konusu olacaktır.

Tedavi sürecinde hastalığa dair detaylı anlatımın yapılması hasta ile doktorun birbirine olan güven kavramına yönelik olarak hasta hekim ilişkisinin yaklaşımını belirlemektedir. Kısacası tanı konulmasıyla tedavinin belirlenmesi arasındaki süreç ile tedavi sürecindeki hekim ve hasta iletişimi, tedavi yöntemlerine olan güvenin artmasına ve korkunun yenilmesine yardımcı olacaktır (Erözenci, 2013: 38). Ameliyat sonucu oluşacak organ kaybı da ayrı bir kaygı nedenidir. Yaşamına tüm organlarıyla tutunan bir bireyin organ kaybı da hastanın moralini bozmaktadır. Bu moral bozukluğu hastanın psikolojisini etkilemektedir. Bu etkilenme sürecinde ise kendisine karşı nefret duygusu besleyecek ve kendisinde eksiklik hissedecektir (Irmak vd., 2008: 169).

Kanser hastalığının tekrar edeceği düşüncesi ve kanser hücrelerinin yayılımı konusu en büyük kaygıyı oluşturmaktadır. O acılı ve sancılı süreç bir organdan bir organa geçerken kanser hiç bitmemektedir. Kanser, hastanın algı dünyasında negatif bir şekilde düşünülürse düşünsel etkinlikler o yönde etkilenmektedir. Bu durum hastanın kendine olan güvenini ve iyileşme azmini kırmaktadır. Olumlu etkilerde ise mortaliteden uzak bir yükseliş ivmesi kazanmaktadır (Karabulutlu ve Karaman, 2015: 271-277).

2.3. Kanserın Sosyal Boyutu

Birey tek başına yaşayan bir varlık olmadığından içinde bulunduğu toplumla sürekli ilişki içinde bulunmaktadır. Kanserli hasta, içinde yaşadığı hastalıktan dolayı çevresiyle geçimsizliğe, anlaşmazlığa gitmektedir. Çünkü hastalığın verdiği şokun etkisiyle inanamama, kısmî inkâr, kaygı, kızgınlık, isyan, suçlayıcı duygular, kabullenememe ve depresif mizaçlı uyum süreci yaşanmaktadır (Ülger vd., 2014: 88). Bu sebeple bireyin, içinde yaşadığı çevre ile karşılaşabileceği güçlükler vardır (Dedeli ve Karadeniz, 2009: 21).

Bu süreçte; kanser hastalığı bireyde kriz ve stres ortamı yaratmaktadır. Agus (2013: 368)'a göre sağlıkta işbirliği sağlanarak dünya ile eş zamanlı olarak tedavi yöntemlerinden yararlanılması sağlanmalı ve sağlık sunucularına yatırımlarının artırılması gerekmektedir. Sağlığı korumaya yönelik olarak 1. basamak hizmetlerine ağırlık ve önem verilmelidir. Hekimler bu süreçte en büyük role sahiptir. Hekimler

özellikle hastaların olumsuz düşüncelerini olumluya çevirmeli, olumlu inanç ve tavırları üzerinden tedavi yöntemlerine yönlendirerek olumsuz düşüncelerinin ön plana çıkmasını engellemeye çalışmalıdır. Hasta bireyin olumlu düşünmesi sağlanarak hastalığın başarılı tedavi süreci geçirmesine yönelik olumlu adımlar atılacaktır (Blair, 2014: 117).

Her bireyin, kendi toplum kültürüne uygun yaşadığı bir yaşam tarzı vardır. Bireyin nasıl yaşadığı da kanser tedavi sürecinde etkilidir. Bireyin yaşamı içerisindeki durum, tavır ve etki sosyal ortamdan etkilenmektedir. Kanser hastalığı bireye daha önceki yaşam tarzından farklı bir yaşam tarzı sunmaktadır. Yeni bir yaşam tarzında birey öncelikle kendisinin değerini anlamaktadır. Kendisinin birey olarak ne kadar önemli olduğunu anlamaktadır. Kanser hastalığıyla ilgili yaşam artık hayatı boyunca yol arkadaşı olmaktadır. Çünkü bireyin beslenmesinden, çevresindeki insanlara kadar, sosyal yaşamından günlük yaşamına kadar tüm yaşamı artık yeni bir düzen içerisinde olmakta, yeni bir yaşamla devam etmektedir.

Kanser tedavi sürecinde ameliyat sonrasında veya ilaç tedavisine ara verildiği dönemlerde hastanın kendisini iyi hissetmesi, olayların kendi kontrolünde olduğunu algıladığı dönemde; yan etkiler veya enfeksiyon riski nedeniyle yaşam hareketliliği sınırlanmış olan hasta evinden çıkmaya, sosyal çevresiyle yeniden görüşmeye başlamaktadır. Bu süreç aynı zamanda çoğu hasta tarafından kendisiyle hesaplaştığı, yaşamda neler yaptım, nereden nereye geldim ve geriye anımsanacak ne bıraktım, sorgulamasının yapıldığı dönemdir. Yakınlarının desteğiyle bu sorgulama sürecinden pişmanlık duyguları yerine, o ana dek yaptığı muhasebeden memnun olmasa bile, önümde daha yaşanacak yıllar var, düşüncesiyle çıkan hasta; kendisine yeni hedefler koyabilir veya olduğu konumdan daha ileri nasıl gidebileceğini belirlemektedir. Buradan bakıldığında kanser, öğrenmesini bilene yaşam felsefesi olarak çok şey öğretebilen bir hastalıktır (Erözenci, 2013: 30).

Sosyal yaşamın bir başka destekleyicisi; resmî kurum ve kuruluşlar ile yasal bir çerçeve içerisinde hizmet veren sivil toplum kuruluşları olup gönüllü kuruluşlarca yapılan desteklerdir (Duyan, 2001: 11). Zihinsel ve fiziksel sağlığın önemli bir göstergesi sosyal destektir. Hastalara sağlanan sosyal destek, hastalığa karşı olan

kaygı durumu üzerinde hastalığın iyileşmesine pozitif bir etki yaratabilmektedir (Işıkhah, 2007: 27).

Sağlık hakkı, bireyin yaşamını sürdürmesinde önem ifade etmektedir (Doğah, 2009: 342). Bu çerçevede sağlık hizmet sunumuna tüm dünya ülkeleri ve Türkiye’de eşit haklarla ulaşılabilmesi için Sağlık Bakanlığı tarafından çalışmalar yapılmalı ve önemli adımlar atılmalıdır.

Aile ve çevrenin kanserli hastaya desteği kadar tedavisini gördüğü sağlık hizmet sunucusunda çalışan sağlık personelinin güler yüzü ve desteği de önemlidir. Kanserli hasta sürekli olarak ailesi ve hastane arasında zamanını geçirecektir. Tedavi sürecinde en büyük moral ve motivasyonu ailenin vermesinin yanında hekiminden tutun da hastabakıcısına kadar hastanedeki personel güler yüzlü olması, tedavinin başarılı olmasında önemli bir etkidir. Hasta-hekim ilişkisi, hasta-hemşire ilişkisi, hasta-sağlık personeli (sekreter, tıbbî sekreter, hasta bakıcı, temizlikçi, yardımcı personel vs.) iletişim süreçleri ve bu süreçte hastanın moral ve motivasyonunun yüksek tutulması tedaviye en büyük destektir.

Üzüntü ve stres, her hastalığın başı olduğu gibi kanser hastalığının oluşmasında da risk faktörü durumundadır. Kanserli hastaların aile yakınları, özellikle tedavi süreçlerinde hastalarının üzüntü ve stresten uzak durması için çevresiyle olan iletişimine dikkat etmektedirler. Hastalığın son evresinde aileler ve hastalar yaşamlarının büyük bir bölümünü onkoloji araştırma merkezlerinde geçirmektedir. Bu safha boyunca ailelerin meşgul oldukları şey hastaların fiziksel ihtiyaçlarının giderilmesinin yanı sıra manevî desteklerini son ana kadar hissettirmeleridir (Uğur, 2006: 59).

Sağlık sisteminin kanserli hastalar için sağlık hizmetlerinin sosyal güvence çerçevesinde karşılanması hastaların moral ve motivasyonun güçlenmesinde büyük önem taşımaktadır. Bireyin tedavi sürecinde ilaçlarının, tetkik ve tahlillerinin sosyal güvence tarafından karşılanması rahatlatıcı bir etki yaratmaktadır. Pahalı olan kanser tedavi sürecinde sosyal güvencenin yanında gönüllü sağlık sisteminin desteklediği kuruluşlar ile de kanserli hastalara destek verilmektedir.

Kanserli hastaya evde bakımda bulunan aile bireyleri kendi sağlıklarını garantiye aldıktan sonra hastaya, doğru bir şekilde yönelmelidir. Ağrı metodolojisi,

septemik durumlar, hastanın hastane ve ev arasında ulaşımı sağlanmalıdır. Kansere hastalarının bakımı üzerinde hayatın müştereklik ilkesi de dikkate alınmalıdır. Bu durumlarda empati yoluyla hastanın psiko-dinamik moral sistemi kontrol edilmelidir (Yakar ve Pınar, 2013: 2-3).

Ailenin ve çevrenin desteği ile birey, hastalığı daha çabuk kabullenebilecek ve tedavi sürecine uyum sağlayabilecektir. Aile desteğiyle ayakta kalmaya çalışan hasta birey, kanser hastalığı süresince manevî değerleri daha yoğun yaşamaktadır. Kanser tedavi süresince sadece kanser hastasının değil, aynı zamanda hasta yakınlarının da psikolojik destek almaları; kanser hastalığı hakkında eğitim programlarına alınmaları ve bu yönde çalışmaların yapılması gerekmektedir (Gemalmaz ve Avşar, 2015: 97; Çivi ve Çelik, 2011: 248-249). Kısacası, kanser hastalığı hem kanser olan bireyi hem de kanserli hastaya bakan aile bireylerini etkilemektedir. Her iki grubun da bu hastalığı yaşama yükleri farklı olmakla beraber her iki gruba da psikolojik destek verilmelidir.

3. BÖLÜM

KANSER HASTALIĞI ALGISI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

1. ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

Bu bölümde araştırmanın amacı, önemi ve özgün değeri, problem cümlesi, yöntemi, katılımcıları, mekânı, zamanı, karşılaşılan güçlükler, etik boyutu, varsayımları, veri toplama aracı ve analiz teknikleri ile ilgili bilgilere yer verilmiştir.

1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Psikolojik ve sosyolojik araştırmalara konu olan tutum, kişilik, zekâ, psikopatoloji gibi değişkenler genellikle doğrudan gözlenemez. Örtük değişkenler adı da verilen bu tür yapıların araştırılabilmesi için kuramsal olarak sağlam temellere dayanan, geçerli ve güvenilir ölçme araçlarına ihtiyaç vardır. Psikolojik ve sosyolojik alan yazınında hâlihazırda kullanılan çalışmalar bulunmaktadır (Güngör, 2016: 104-105). Bu nedenle bir anket geliştirmeye ya da uyarlamaya karar verilen bu çalışmada literatürde yapılacak çalışmaya benzer özellikte hazırlanmış çalışmalar ile karşılaşılmaktadır. Bu çalışmanın amacı, bireylerin kanser hastalığı ilgili algılarının değerlendirilmesidir. Bu genel amaç çerçevesinde hastalıkla ilgili algıların kanser hastası ve yakınları ile kanser hastası olmayan bireyler arasında farklılık gösterip göstermediği de incelenmiştir. Ayrıca demografik değişkenlerden cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve çalışma durumuna göre bireylerin kanser hastalığı ile ilgili algılarına yer verilmiştir.

Sağlık yönetimi, başta klinik ve hastalık yönetimi olmak üzere sosyoloji, sosyal psikoloji, sosyal hizmetler, tıp ve halk sağlığı gibi pek çok disiplinde de bu hastalık üzerine çalışmalar yapılmış ve yapmaya devam etmektedir. Kanser hastalığına dair yerli ve yabancı çalışmalarda yaşam kalitesi, tıp içerikli kanser hastalığını anlatan makale ve kitaplar ile kanser hastalığına dair yaşam öyküleri, kanserden korunma yollarını konu alan birçok çalışmalarla karşılaşmak mümkündür. Bu çalışmada ise kanser hastalığı sosyolojik bir olay olduğundan dolayı konuya farklı bir yaklaşımla katkı sağlanması amaçlanmıştır. Ayrıca bu alanda yapılacak

araştırmalara temel oluşturabilmek, çalışmalar yapılmasına vesile olabilmek ve bu konuda ileride yapılması gerekli olduğu düşünülen çalışmalara da örnek teşkil etmesi açısından bu araştırmanın literatüre önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Kanser hastası olan bireyler ve yakınları, bir yandan hastalık ile mücadele ederken diğer taraftan da içinde bulundukları sosyal ve psikolojik durum ile mücadele etme durumunda kalmaktadırlar. Hastanın ve yakınlarının yaşadıkları sorunlar medikal tedavi sürecini de olumsuz yönde etkilemektedir. Medikal tedavinin yanında hasta ve yakınlarının yaşadığı sosyal ve psikolojik sorunların da belirlenerek, bu dış etkenlerin tedavi sürecine dahil edilmesi medikal tedavinin başarısını arttırabileceği öngörülebilir. Bu sebeple kanser hastası olan bireylerin yanı sıra hasta yakınlarının da kanser hastalığı ile ilgili algı durumlarının tespit edilmesi önem arz etmektedir. Hasta bireylerin gerek fiziksel gerek ruhsal olarak hastalığın vermiş olduğu güçsüzlük sebebiyle hasta yakınları tedavi süreçlerini yakından takip edebilmektedir. Bundan dolayıdır ki; bu çalışmada bireylerin kanser hastalığı ile ilgili algılarının değerlendirilmesinin daha sağlıklı sonuçlar elde edileceği düşünülmüştür.

1.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Bursa il merkezi Osmangazi ilçesinde yaşayan on sekiz (18) yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Bursa Nüfus Müdürlüğü'nün 2017 yılı verilerine göre araştırmanın evreni 2 milyon 936 bin 803 bireyden oluşmaktadır. Mevcut sayı dikkate alındığında bu evrenden hata toleransı %5, güvenilirlik düzeyi %95 aralığında yaklaşık 384 bireye ulaşan bir örneklem yeterli görülmektedir (Özdemir, 2013: 122). Ayrıca saha çalışmalarının örneklem büyüklüğü açısından değerlendirildiğinde Comrey ve Lee (1992) 300 kişilik örneklemi “iyi”, 500 kişilik örneklemi “çok iyi” ve 1000 kişilik örneklemi ise “mükemmel” olarak nitelendirmiş (Uyumaz vd., 2016: 662) ve nüfus sayıları dikkate alındığında çalışmanın özgünlüğünü desteklemesi düşünülmüştür.

Araştırmanın örneklemi rastlantısal yöntemle seçilmiş ve katılımcılar bu şekilde belirlenmiştir. Ancak çalışmanın sonucunu daha güçlendirmek için hedef sayı 500 kanser hastası/yakını ve 500 kanser hastası olmayan bireyler olarak

belirlenmiştir. Her iki kategoriden en az 500 bireylik katılımcı olmak üzere 1000 bireye ulaşılması hedeflenmiştir. Bu çalışma kanser hastası veya yakınları ile kanser hastası olmayan bireyler olmak üzere iki grup üzerinde dizayn edilmiştir.

01 Şubat - 31 Mayıs 2019 tarihleri arasında kanser hastası ve yakınlarından 502 bireye, kanser hastası olmayanlardan ise 508 bireye ulaşılmış ve toplam 1010 birey çalışmaya dâhil edilmiştir. Gerek kanser yakınları gerekse kanser hastası olmayan bireylere ve çalışmaya gönüllü katılan kanser hastalarına Osmangazi ilçesinde açık ve kapalı mekânlarında bireylere kanser algısına yönelik yapılacak çalışmanın anketine katılıp katılmayacakları sorularak çalışmaya destekleri istenmiştir. Araştırmanın Ördekli Kültür Merkezi, Ulucami çevresi, Kozahan, Emirhan tarihi merkezler ile Tahtakale İl Dernekleri Federasyonu fiziki mekânlarında bireylerle yüz yüze öncelikle ‘kanser yakınınız var mı?’ sorusu yöneltilerek anketlere gönüllü katılımları sağlanmaya çalışılmıştır.

1.3. Araştırmanın Veri Toplama Aracı

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntemi kullanmanın amacı daha kolay bilgi toparlayabilmek için katılımcıların fazla vakitlerini almaması göz önünde tutularak bu yöntem seçilmiştir. Böyle bir çalışmaya karar vermede amaç, Bakır, (2013) ve Karadağ (2010) tarafından belirtildiği üzere yurt içinde ve yurt dışında anket yöntemi üzerinde zengin bir literatür bulmanın mümkün olmasıdır. Özellikle bilgi teknolojilerinin çok gelişmiş olması ve buna bağlı olarak büyük ölçekli anketler ve mega analizler yapabilmenin imkânın olması sebebiyle kaynak ulaşımında zorlukla karşılaşılmayacağı düşüncesi hakim olmuştur.

Literatür incelemesinde araştırma amacına uygun, uygulamada kullanılabilecek bir ölçeğe rastlanmamıştır. Bu sebeple bu çalışmada literatüre kazandırılmak üzere ‘Kanser Algısı Anketi’ oluşturulması hedeflenmiştir. Kanser Algısı anketi yazar tarafından hazırlanırken kanserle ilgili literatür taranmış, kanser hastası ve yakınları ile görüşülmüştür. Bu esnada konuya dair anket sorularını oluşturacak ifadeler not edilmiştir. Akabinde anket soruları, literatür taramasından elde edilen kavramsal çerçeveye uygun şekilde araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

Anket soruları oluşturulurken; kanser hastası ve yakınları, kanser hastası olmayan bireylerle hazırlanan sorular hakkında genel görüş istenmiş ve mülakat şeklinde görüşmeler yapılmıştır. Uzman Görüşü (Kapsam Geçerliliği) kapsamında madde havuzunda yer alan maddeler, belirlenen uzmanların (kanser hastası ve yakınları, kanser hastası olmayan bireylerle, hekim, hemşire, akademisyenler) görüşüne sunulurken maddelerin öncelikle kapsam geçerliliği sağlanmaya çalışılmıştır. Uzman görüşleri doğrultusunda taslak maddeler bir ön elemeye tabi tutularak madde sayısı 30 ifadeye düşürülmüştür. Söz konusu havuzdaki ifadeler, araştırmacı ve uzman kişiler tarafından literatürdeki kavramsal çerçeve, çalışmanın amaç ve hipotezleri doğrultusunda derlenerek eklenmiştir. Ankete son şekli verilmeden önce, taslak anket danışman ve diğer öğretim üyelerine sunulurken anket üzerinde görüş bildirmeleri istenmiştir. Hastane başhekim, alanlarıyla ilgili öğretim üyeleri, tıp hekimleri olmak üzere on kişiden oluşan uzman kişiler tarafından değerlendirilmeye alınmıştır. Yapılan incelemeler sırasında ankette yer alan ifadeler yetkin ve anlaşılır bulunmuştur. Bu süreç sonucunda anketin bazı soruları ve açıklamaları yeniden yazılmış, ankete son biçimi verilerek asıl çalışma olan saha çalışmasına hazır duruma getirilmiştir.

Anketin birinci bölümünde, katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ilişkin 8 soru; ikinci bölümde, kanser hastalığına ilişkin 8 soru ve üçüncü bölümde 30 ifade bulunmaktadır. 5’li likert ölçeği kullanılarak katılımcılardan ifadelere 1 (Hiç Katılmıyorum) ile 5 (Tamamen Katılıyorum) puan aralığında değerlendirmede bulunması istenmiştir. Anket formunda ‘Hayatımı doktorların eline teslim etmekten hiç endişe duymam.’, ‘Doktorlar sağlıkla ilgili her konuda dürüsttür.’, ‘Doktorların kanser türü için en iyi tedavi yöntemini belirleyeceğini düşünüyorum.’, ‘Kanser tedavi yöntemleri hakkında yeterli bilgiye sahibim.’, ‘Kanser hastalığında psikolojik destek alınması gerekir.’, ‘Her kanserin tedavi yöntemi farklıdır.’, ‘Kanser tedavi yöntemleri birbirinden farklı etkiye sahiptir.’ ve ‘Kanser tedavi sürecinde doktorun hastanın moralini yüksek tutması gerekir.’ gibi ifadeler yer almaktadır.

Örneklem sayısının çok olması ve araştırmanın planlanan zaman süreci içerisinde tamamlanabilmesi için anket uygulama ekibi oluşturulmuştur. Uygulamadan önce, anketörlere çalışma ve anketin içeriği hakkında eğitim verilmiştir. Anketörlerin anketi farklı biçimlerde uygulamasını engellemek için

anketin bireyler tarafından doldurulduğuna dair kişisel bilgiler istenmiştir. Katılımcılardan, “Bu form tarafımdan doldurulmuştur” ibaresini el yazısı ile yazmaları istenmiş, iletişim bilgileri ve imzaları alınmıştır. 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) esaslarına uygun olarak kişisel bilgilerin korunması, saklanması açısından tarafımızdan bilgilendirme yapılmış ve bu çalışmanın kişisel verilerin korunması açısından gizli tutulacağına dair beyan verilmiştir.

1.4. Araştırmanın Problem Cümlesi

Bu araştırma “Kanser hastası ve yakınları ile kanser hastası olmayanlar arasında kanser hastalığı farkındalık algıları ile ilgili farklılık var mıdır?” problem cümlesi çerçevesinde incelenmiştir.

1.5. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, Bursa ili Osmangazi ilçesinin açık ve kapalı mekânlarında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın yapıldığı mekânlar şu şekildedir: Ördekli Kültür Merkezi, Ulucami çevresi, Kozahan, Emirhan gibi tarihi merkezler olmak üzere Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi kantini, bekleme salonları, şehir içi Emine Şöhret Kafesi, Tahtakale İl Dernekleri Federasyonu binası. Çalışmanın bu alanda yapılmasının sebebi adını Osmanlı Devleti’nin kurucusundan alan, Bursa’nın en büyük ve merkez ilçesi olan Osmangazi, üzerinde yaşayan 3 medeniyetin derin izlerini taşıyan tarihi bir ilçedir. Ayrıca bu ilçede insan nüfusunun gerek yaşam gerekse çalışma imkanları bakımından en yoğun olduğu bölgedir ve tüm ilçelerin merkezi konumundadır.

1.6. Araştırmanın Kısıtları

Araştırma değerlendirilirken aşağıdaki kısıtların dikkate alınması gerekmektedir.

- Araştırma Bursa il merkezinde yer alan Osmangazi ilçesinde yapılmıştır.
- Çalışmaya 18 yaş altı bireyler dahil edilmemiştir.

- Bursa ilinde üç veya daha fazla nesil ikamet eden aile ya da insanlara ulaşılamamıştır. Araştırma Bursa ilinde ikamet eden bireyleri kapsamıştır.
- Kanserli hastaların gönüllü olarak katılımı olmuştur. Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi'ndeki kanser hastaları, hasta yakınları tarafından izin verilmediğinden çalışmaya katkı sağlayamamışlardır. Çalışmaya katılan kanserli hastalar hastane dışından olup, alışveriş yaparken, gezerken, sohbet ederken rastgele karşılaşılmış ve kendileri gönüllü katılım sağlamışlardır.
- Anket sorularının her bir ifadesinde katılımcıların tamamen duygu ve düşüncelerine yönelik değerlendirilmesi istenmiştir. Analizlere ilişkin her değerlendirmede katılımcıların kendi görüşleri ölçülmüş olup; objektif veriler kullanılmamıştır.
- Bulgular sadece ankete cevap veren kanser hastaları ve yakınları ile kanser olmayan bireylerin belirli bir zaman dilimindeki kesitsel bir çalışmanın sonuçlarıdır.

1.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma anketine veri toplanabilmesi için Bursa ilinin merkez ilçesi olan Osmangazi Kaymakamlığı ve İlçe Emniyet Müdürlüğü'ne başvurulmuştur. Araştırma hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Hasta yakınları ve hasta olmayan bireyler üzerinde araştırma yapılmıştır. Kanser hastalarından gönüllü olarak katılmak isteyenlerden de onayları alınarak anket formunu doldurmaları istenmiştir. Ayrıca anket formları gönüllülük esasına göre katılımcılara verilmiş ve formun sonunda imzalatılarak katılımcıların onayları alınmıştır. Hastane dışında bir mekânda yapılması planlanan çalışma için Bursa İl Emniyet Müdürlüğü ve Kaymakamlığı kurumlarına başvurulmuş, araştırmanın hastane dışı mekânlarda yapılması uygun görülmüş, ilgili kurumdan (34779337-78214-(91244)-E.2019121010360120745) sayılı izin belgesi alınmıştır. Araştırmaya katılan kanser hastaları gönüllü olarak çalışmaya katılmak istemişlerdir. Kendi istekleri doğrultusunda ise anket üzerinde yer alan ve gönüllü olarak katıldıklarına dair kısmı imzalamışlardır.

1.8. Analiz ve Yöntem

Araştırmada veri toplama araçları ile elde edilen bilgilerin çözümlenmesi için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 21.0 kullanılmıştır. Toplanan veriler üzerinden istatistiki bilgiler edinmek için aritmetik ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde hesaplamaları yapılmıştır. Bu hesaplar üzerinden elde edilen puan ortalamalarıyla araştırmanın istatistiksel değerlendirmeleri yorumlanmıştır.

Analizde öncelikle araştırmaya katılan kanser hastası yakınları ve kanser hastası bireyler ile kanser hastası olmayan bireylerin özelliklerine ait demografik bulgulara yer verilmiştir. Araştırmaya katılan 1010 katılımcının yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni ve çalışma durumu vb. bilgiler Tablo 2’de gösterilmiştir. Daha sonra veri setinin normal dağılım sergileyip sergilemediği ve varyansların homojenliği kontrol edilmiştir. Araştırma değişkenlerinin analiz yapılabilmesi açısından uygun olduğu sonucuna Grafik 11’de gösterilmiştir.

Güvenilirlik testi kanser algısı ölçeği için de uygulanmıştır. Bu ölçeğin boyutları, boyutlarda kaç ifade olduğu ve Cronbach alfa değeri de Tablo 13’de açıklanmıştır. Kanser algısı ölçeğinde yer alan 30 soruya ilişkin Cronbach’s alfa katsayısının 0,744 olduğu görülmektedir. Ayrıca altı adet alt faktöre ilişkin alfa katsayılarının tümünün 0,70’den daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Tüm bu katsayıların 0,70’ten yüksek olduğu ve verilerin güvenilirliğinin yüksek olduğu görülmektedir.

Veriler normallik testine tabi tutularak her bir boyutun basıklık ve çarpıklık değerleri bulunmuştur (Tablo 12). Araştırmanın altı boyutundan tümünün basıklık ve çarpıklık değerleri (-1.96 ile +1.96) aralığın arasında kaldığından verilerin normal dağılım gösterdiği sonucuna varılmıştır (Can, 2014: 85). Bu doğrultuda tüm boyutların demografik değişkenlere göre karşılaştırmaları yapılırken parametrik testler kullanılmıştır.

Kanser algısı ölçeğinin yapı geçerliliğini ortaya koymak amacıyla açımlayıcı faktör analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz yapılmadan önce araştırmada yer alan 30 değişkenin faktör analizine uygun olup olmadığının belirlenmesi gerekmektedir. Bunun belirlenebilmesi için öncelikle Kaiser-Meier-Olkin (KMO) testi sonuçlarına bakılmıştır. KMO test değeri Tablo 8’de (0,841) olarak bulunduğu için, araştırma

değişkenlerinin faktör analizine uygun oldukları tespit edilmiştir. İkinci olarak da korelasyon matrisinin birim matris olup olmadığını belirlemek için Bartlett testi sonuçlarına bakılmıştır. Bartlett testi sonuçlarının da istatistiki olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Kanser algısı ölçeğinde yer alan altı faktörün toplam varyansın açıklanma derecesi Tablo 10'da, kanser algısı alt boyutları arasındaki korelasyon analizine ilişkin sonuçlara Tablo 15'de yer verilmiştir. Çalışmanın araştırma sonucu bulgularının yer aldığı kanser algısı ve alt faktörlerinin kanser yakını ve kanser yakını olmayanlara göre farklılığını İnceleyen t testi sonuçları Tablo 16'da, kanser algısı boyutlarının cinsiyete göre sonuçları Tablo 17, kanser algısı boyutlarının medeni duruma göre sonuçları Tablo 18, kanser algısı boyutlarının eğitim durumuna göre sonuçları Tablo 19, kanser algısı boyutlarının çalışma durumuna göre sonuçları Tablo 20, çalışmanın hipotezlerinin kabul ve red tablosu Tablo 21'de gösterilmiştir.

Çalışmanın Kanserle İlgili Bilginin Kaynakları Tablo 4'de, Kansere Sebep Olan Faktörler Tablo 5'de, Kanser Tanısı Olan Katılımcıların Kanser Türleri Tablo 6'da, Katılımcıların Tanı Yöntem Süreçleri Tablo 7'da gösterilmiştir.

Araştırmadaki hipotezler (0.05) anlamlılık düzeyi için kurgulanmıştır. Dolayısıyla ileri sürülen hipotezler (0.05) anlamlılık düzeyinden küçük olduklarında kabul, (0.05)'den büyük olduklarında reddedilmişlerdir (Kartal, 2006: 11).

2. ARAŞTIRMANIN BULGULARI

Bu bölümde, araştırma sonucunda elde edilen verilerin analizleri neticesinde ulaşılan sosyo-demografik değişkenlere ilişkin bulgular ve istatistiksel analizlere ait yorumlar yer almaktadır.

2.1. Sosyodemografik Bulgular

Araştırmaya katılanların cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, sağlık güvencesi ve en uzun süre yaşanan yer gibi demografik özelliklere göre dağılımı incelenmiştir. Bu dağılım kanser hastası, kanser hastası yakını ve kanser hastası olmayan üç farklı grup için ayrı ayrı olacak şekilde Tablo 11'de özetlenmiştir. Çalışmaya 91 kanserli hasta katılım göstermiştir. Çalışmanın ilerleyen

kısımlarında kanserli hastaların anketlere verdikleri cevaplar kanser hastası yakını grubu içinde değerlendirilmiştir.

Tablo 10. Sosyodemografik Bulgular (n:1010)

Sosyodemografik Özellikler	Kanser Hastaları*		Kanser Hastası Yakınları		Kanser Hastası Olmayanlar	
	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet						
Kadın	63	69,2	256	62,3	291	57,3
Erkek	28	30,8	155	37,7	217	42,7
Eğitim Durumu						
İlkokul	28	30,8	46	11,2	38	7,5
Ortaokul	11	12,1	34	8,3	44	8,7
Lise	29	31,9	107	26,1	109	21,5
Ön Lisans	9	9,9	45	10,9	69	13,6
Lisans	10	11	151	36,7	204	40,2
Lisansüstü	4	4,4	28	6,8	44	8,7
Medeni Durum						
Evli	70	76,9	188	45,7	195	38,4
Bekâr	21	23,1	223	54,3	313	61,6
Çalışma Durumu						
Emekli	18	19,8	27	6,7	42	8,3
Ev Hanımı	35	38,5	72	17,5	55	10,8
Öğrenci	3	3,3	91	22,1	147	28,9
Çalışan	35	38,5	221	53,7	264	52,0
Sağlık Güvencesi						
SGK	91	100	374	91	447	88
Özel	-	-	15	3,6	21	4,1
Yok	-	-	22	5,4	40	7,9
En Uzun Yaşanılan Yer						
Kent	73	80,2	328	79,8	392	77,2
İlçe	10	11	55	13,4	86	16,9
Köy	8	8,8	28	6,8	30	5,9
Toplam	91	100	411	100	508	100
Yaş	%		Gelir	%		
Kanser hastası ve yakınlarının yaş ortalaması	38,48		Kanser hastası ve yakınlarının gelir düzeyi ortalaması	2.721,27 TL		
Kanser hastası olmayanların yaş ortalaması	33,80		Kanser hastası olmayanların gelir düzeyi ortalaması	2.690,24 TL		
Toplam katılımcıların yaş ortalaması	36,12		Toplam katılımcıların gelir düzeyi ortalaması	2.706,57 TL		

* Çalışmanın bundan sonraki kısımlarında, kanser hastaları ve kanser hastası yakınları birlikte değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan kanser hastası ve yakınlarından 502 bireyin cinsiyetlerine göre dağılımlarına bakıldığında; kanser hastası yakınlarının %62,3'nün kadın, %37,7'nin ise erkek olduğu; kanser hastası olan bireylerin %69,2'sinin kadın, %30,8'inin ise erkek olduğu görülmektedir. Kanser hastası olmayan 508 bireyin ise cinsiyetlerine göre dağılımlarında bu yüzdeler kadınlarda %57,3; erkeklerde ise %42,7 olarak tespit edilmiştir.

Bireylerin eğitim düzeylerine göre dağılımları; kanser hastası yakınlarının %11,2'sinin ilkokul ve %6,8'inin ise lisansüstü bir öğrenim mezunu olduğu görülmektedir. Kanser hastalarının eğitim düzeylerine göre dağılımlarına bakıldığında; %30,8'ini ilkokul ve %4,4'ünü yüksek lisans mezunlarının oluşturdukları görülmektedir. Kanser hastası olmayan 508 bireyin ise eğitim durumlarına göre dağılımlarında bu yüzdeler ilkokul mezunlarında %7,5 ve lisansüstü bir öğrenim mezunlarında %8,7 olarak tespit edilmiştir.

Bireylerin medeni durumlarına göre dağılımları; kanser hastası yakınlarının %45,7'sinin evli, %54,3'nün ise bekâr olduğu görülmektedir. Kanser hastalarının %76,9'u evli, %23,1'i bekârdır. Kanser hastası olmayan 508 bireyin ise medeni durumlarına göre dağılımlarında bu yüzdeler, evlilerde %38,4; bekârlarda ise %61,6 olarak tespit edilmiştir.

Çalışma durumlarına göre dağılım ele alındığında; kanser hastası ve yakını olan 502 bireyin kanser hastası yakınlarının %6,7'sinin emekli, %53,7'nin ise çalışan olduğu görülmektedir. Kanser hastalarının %19,8'ini emekliler, %38,5'ini ev hanımları ve %38,5'ini çalışanlar oluşturmuştur. Kanser olmayan 508 bireyin ise çalışma durumlarına göre dağılımlarında bu yüzdeler; emeklilerde %8,3 ve çalışanlarda %52 olarak tespit edilmiştir.

Bireylerin sağlık güvencelerinin dağılımları; kanser hastası yakınlarından %91,6'nın SGK, %3,6'sının özel sağlık sigortası bulunmakta; %5,4'ünün ise herhangi bir sağlık güvencesi olmadığı görülmektedir. Kanser hastası olan bireylerin %100'ü SGK'lıdır. Kanser hastası olmayan 508 bireyin ise sağlık güvencesi durumlarına göre dağılımlarında bu yüzdeler SGK'lılar da %88, özel sağlık sigortası olanlarda %4,1; herhangi bir sağlık güvencesi olmayanlarda ise %7,9 olarak tespit edilmiştir.

Bireylerin ikamet yerlere göre dağılımları; kanser hastası yakınlarının %79,8'inin kent merkezinde ve %6,8'sinin köyde yaşadığı görülmektedir. Kanserli hastaların %80,2'si kentte ve %8,8'i köyde yaşamaktadır. Kanser hastası olmayan 508 bireyin ise yaşadıkları yerlere göre dağılımlarında bu yüzdeler; kent merkezinde yaşayanlarda %77,2 ve köyde yaşayanlarda %5,9 olarak tespit edilmiştir.

Çalışmada yer alan yaş ve gelir durumu herhangi bir kategorik düzey belirlemediğinden, açık uçlu olarak sorularak ortalama yönünde değerlendirilmiştir. Kanser hastası yakınlarının yaş ortalaması 38,48, kanser hastası olmayanların 33,80; toplam katılımcıların yaş ortalaması ise 36,12'dir. Kanser hastası olmayanların gelir düzeyi ortalaması 2.690,24 TL'dir. Kanser yakınlarının gelir düzeyi ortalaması 2.721,27 TL'dir. Toplam katılımcıların gelir düzeyi ortalaması 2.706,57 TL'dir. Görülmektedir ki çalışmanın yaş ve gelir düzeyleri birbirine yakın bir grafik çizmektedir. Gelir ve yaş düzeyinin birbirine yakın olması çalışmanın sonucunu etkilememiştir.

Tablo 3. Kanser Hastalığı ile İlgili Bilgiler (n=1010)

	Kanser hastalığı ile ilgili bilginiz var mı?				Sağlıkla ilgili herhangi bir şikâyetiniz olmadan sağlık kontrolüne gidiyor musunuz?			
	EVET		HAYIR		EVET		HAYIR	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kanser hastası olmayan	397	78,15	111	21,85	152	29.09	356	70,91
Kanser hastası ve yakınları	487	97,02	15	2,98	191	38.66	311	61,34
	Sağlık kontrollerine ne sıklıkla gitmektedirsiniz?							
	Kanser hastası ve yakınları			Kanser hastası olmayan				
	Süre	n	%	n	%			
Aylık	92	49,72	2	1,65				
Yıllık	58	31,35	70	57,85				
*Ayda bir kez	27	14,59	6	4,95				
*Altı ayda bir	74	40	39	32,23				

Çalışmada kullanılan anketin **ikinci bölümünde** yer alan kanser bilgisine dair soruların değerlendirmesine göre; *'Sağlıkla ilgili herhangi bir şikâyetiniz olmadan sağlık kontrolüne gittiniz mi?'* sorusuna kanser hastası yakınlarından 311 birey (%61,34) ve kanser olmayan 356 birey (%70,91) “hayır” cevabı vererek gitmediğini belirtmiştir. Sağlık kontrollerine ne sıklıkla gidildiği sorulduğunda; kanser hastası olmayan 2 birey (%1,65) aylık, 6 birey (%4,95) ayda bir, 39 birey (%32,23) altı ayda bir ve 70 birey (57,85) yıllık kontrollere gittiğini belirtmiştir. Sağlık kontrollerine ne sıklıkla gidildiği sorulduğunda; kanser hastası yakınlarından 92 birey (%49,72) aylık, 27 birey (%14,59) ayda bir, 74 birey (%40) altı ayda bir ve 58 birey (%31,35) yıllık kontrollerine gittiğini belirtmiştir.

'Kanser hastalığı ile ilgili bilginiz var mı?' diye sorulduğunda kanser hastası olmayan bireylerden 111'i (%21,85) kanserle ilgili bilgisi olmadığını söylemiş, 397'si (%78,15) kanserle ilgili bilgisi olduğunu söylemiştir. Kanser hastası yakınlarından kanserle ilgili bilgisi olmadığına dair “hayır” cevabı verenler 15 birey (%2,98) olup; 487 birey (%97,02) kanserle ilgili bilgisi olduğuna dair “evet” cevabı vermiştir. Anketi cevaplayan katılımcılardan 91'ine (%9,01) kanser teşhisi konulmuştur. 919 katılımcı (%90,99) ise kanser hastası yakınları ile kanser hastası olmayan bireylerden oluşmaktadır.

Kanser hastası ve yakınlarının kanser hakkında bilgilerinin nasıl sağlandığına ilişkin verilerde ise 444 birey (%59,42) ailesinden öğrendiğini ve 1 birey (%0,20) de araştırma yapılırken öğrendiğini belirtmiştir. Kanser hastası olmayan bireylerin %81,56'sı televizyondan ve %0,25'i ailesinden öğrenmiştir. Kanserle ilgili bilgileri kanser hastası ve yakınlarının %59,42'si aileden ve %0,20'si anket esnasında öğrenmiştir. Kanser hastalığı hakkında bilginin kaynağı ile ilgili bilgiler Tablo 13'de verilmiştir.

Tablo 4. Kansere İlgili Bilginin Kaynakları

Kanser Hastası ve Yakınları (n=502)			Kanser Hastası Olmayan (n=508)		
Bilgi Kaynakları	n	%	n	%	Bilgi Kaynakları
Aile	444	59,52	323	81,56	Televizyon
İnternet	199	40,52	248	62,62	İnternet
Gazete, Dergi ve Broşür	180	36,65	209	52,78	Gazete, Dergi ve Broşür
Arkadaş, Komşu	145	29,53	175	44,19	Eğitim Programları
Eğitim Programları	123	25,05	145	36,61	Arkadaş, Komşu
Hekim	114	23,21	145	36,61	Kitap
Kitap	99	20,16	68	17,17	Mesleki Bilgi
Televizyon	98	19,95	66	16,66	Hekim
Hemşire	86	17,51	40	10,10	Hemşire
Mesleki Bilgi	34	6,92	17	4,29	Ebe
Ebe	19	3,86	4	1,01	Anket Esnasında
Anket Esnasında	1	0,20	1	0,25	Aile

Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemiştir.

Anket çalışmasının ikinci kısmında yer alan kansere sebep olan faktörlerin işaretlenmesi istendiğinde her iki grubun verdiği cevaplar Tablo 5’de gösterilmiştir.

Tablo 5. Kansere Sebep Olan Faktörler

Kanser Algısı İfadeleri	Kanser Hastası ve Yakınları (n=502)		Kanser Hastası Olmayanlar (n=508)		Kanser Algısı İfadeleri
	n	Yüzde	n	Yüzde	
Sigara İçmek	493	98.20	498	98.03	Sigara İçmek
GDO'lu Besinlerin Kullanımı	460	91.63	455	89.56	GDO'lu Besinlerin Kullanımı
Stresli Yaşam	460	91.63	421	82.87	Stresli Yaşam
Yetersiz Meyve ve Sebze Tüketimi	433	86.25	398	78.34	Aşırı Alkol Tüketimi
Aşırı Alkol Tüketimi	412	82.07	388	76.37	Radyasyon (Röntgen filmi, Bilgisayarlı Tomografi)
Baz İstasyonu	402	80.07	381	75	Yetersiz Meyve ve Sebze Tüketimi
Cep Telefonu+Televizyon +Bilgisayar (Elektrikli Aletler) Kullanımı	395	78.68	381	75	Baz İstasyonu
Radyasyon (Röntgen filmi, Bilgisayarlı Tomografi)	394	78.48	375	73.81	Cep Telefonu+Televizyon +Bilgisayar (Elektrikli Aletler) Kullanımı
Ailede Kanser Öyküsü	385	76.69	328	64.56	Aşırı Güneş Işığına Maruz Kalma
Hazır Dondurulmuş Gıda Tüketimi	361	71.91	328	64.56	Ailede Kanser Öyküsü
Aşırı Güneş Işığına Maruz Kalma	329	65.53	326	64.17	Hazır Dondurulmuş Gıda Tüketimi
Spora Yönelik Faaliyetlerde Bulunmama	225	44.82	287	56.49	Deterjan+Parfüm Kullanımı
Deterjan+Parfüm Kullanımı	323	64.34	196	38.58	Spora Yönelik Faaliyetlerde Bulunmama

Not: Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemiştir.

Kanser hastası yakınlarının kansere sebep olan faktörleri sıralamaları istenmiştir. Tablo 5'deki bulgulara göre birinci sırada sigara içmek (%98.20), ikinci sırada Genetiği Değiştirilmiş Organizmalı (GDO) besinlerin kullanımı ve stresli

yaşam (%91.63), üçüncü sırada ise yetersiz meyve ve sebze tüketimi (%86.25) yer almıştır.

Kanser hastası olmayan bireylerden de kansere sebep olan faktörleri sıralamaları istenmiştir. Tablo 5'deki bulgulara göre; birinci sırada sigara içmek (%98.03), ikinci sırada GDO'lu besinlerin kullanımı (%89.56), üçüncü sırada ise stresli yaşam (%82.87) yer almıştır. Her iki grup da sigarayı kansere sebep olan faktörlerin başında sıralamıştır. Nitekim Kutlu ve arkadaşları (2014: 81) da yapmış oldukları çalışmada sigaranın özellikle akciğer kanserinin gelişiminde önemli rol oynadığını belirtmişlerdir. Şen ve Altınkaynak (2014: 34) tarafından yapılan çalışmalarda ise organik olmayan besinlerin kanserin ilerlemesine sebep olduğu gözlemlenmiştir. Bu besinlerin çeşitli antibiyotiklere karşı direnç kazandığı da yapılan çalışmalarda görülmüştür.

Ankete katılanlardan 91 bireyin kanser hastası olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların yakalandıkları kanser türleri sayısal sıralama yapıldığında ilk üç sıradakiler şunlardır: 27 bireye meme kanseri, 10 bireye akciğer kanseri, 9 bireye kolon kanseri tanısı konulmuştur. Kanser hastalığı ile ilgili 'kansere tanısının konulması' ile ilgili bilgiler Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. Kanser Tanısı Olan Katılımcıların Kanser Türleri

Kanser Türü	Tanı Sayısı	Birey Sayısı
Meme Kanseri	TEK KANSER TANISI OLAN BİREYLER	27
Akciğer Kanseri		10
Kolon Kanseri		9
Tiroid Kanseri		8
Rahim Kanseri		6
Prostat Kanseri		3
Yumurtalık Kanseri		3
Mide Kanseri		3
Lenfoma		3
Rahim Ağzı Kanseri		3
Tümör		3
Böbrek Kanseri		2
Kemik Kanseri		2
Bronş Kanseri		2
İlik Kanseri		2
Larinks Kanseri		1
Karaciğer Kanseri		1
Rektum Kanseri		1
Non Hodgkin Lenfoma Kanseri		1
Lösemi		1
Cilt Kanseri		1
Pankreas Kanseri		1
Akciğer + Bronş Kanseri	ÇİFT KANSER TANISI OLAN BİREYLER	2
Meme + Rahim Kanseri		2
Larinks + Mide Kanseri		1
Akciğer + Meme Kanseri		1
Akciğer + Kemik Kanseri		1
Karaciğer + Kemik Kanseri		1
Meme + Kolon Kanseri		1
Tedavi Yöntemleri*	n=91	%
Radyoterapi	48	52,74
Kemoterapi	37	40,65
Cerrahi Tedavi	77	84,61
Hormonal Tedavi	18	19,78
Biyolojik Tedavi	10	10,98
Alternatif Tedaviden	10	10,98
Diğer	61	67,03

* Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemiştir.

Bir bireye Bursa'da Çekirge Devlet Hastanesi, 7 bireye Özel Bahar Hastanesi, 2 bireye Medicalpark Hastanesi, 12 bireye Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi, 2

bireye Eğitim Araştırma Hastanesi, 7 bireye Uludağ Üniversitesi Hastanesi, 1 bireye Karacabey Devlet Hastanesi, 1 bireye Bursa Devlet Hastanesi, 1 bireye Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, 1 bireye Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, 1 bireye İnegöl Devlet Hastanesi, 1 bireye İstanbul Acıbadem Hastanesi, 1 bireye Bursa Türkan Akyol Göğüs Hastanesi, 1 bireye Mamer Cerrahi Merkezi, 1 bireye Balıkesir Üniversitesi Hastanesi, 1 bireye Şevket Yılmaz Hastanesi, 2 bireye KETEM ve 1 bireye yurtdışında teşhis konulmuştur. 47 birey hastane adı belirtmemiş, anketlerine yalnızca “hastane” ifadesini not etmiştir.

Kanserli hastalardan 48 birey (%52,74) radyoterapi almaktadır. 37 birey (%40,65) kemoterapi tedavisi görmektedir. 77 birey (%84,61) cerrahi tedavi olmuştur. 18 birey (%19,78) hormonal tedavi görmüş, 10 birey (%10,98) biyolojik tedavi almış ve 10 birey (%10,98) alternatif tedaviden yararlanmıştır. 61 birey (%67,03) “her üç tedavi yöntemi olan kemoterapi, cerrahi yöntem ve radyoterapi tedavilerini bir arada aldığını belirtmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların Tanı Yöntem Süreçleri

Tanı Yöntemleri*	n	%
Tam Kan Sayımı Değerleri	75	82,41
Biyopsi (Histopatolojik Tanı)	74	81,31
Fizik Muayenesi	73	80,21
Ultrason Çekimleri	65	71,42
Tomografi Çekimleri	61	67,03
PET Çekimi	55	60,43
Kanser Hikâyesi	55	60,43
Endoskopi Görüntüleri	55	60,43
Biyokimyasal Analiz Sonuçları	53	58,24
Grafik Çekimleri	49	53,84
Manyetik Rezonans-Sintigrafi Çekimleri	47	51,64
Sitoloji Sonuçları	45	49,45
Tüm Tetkikler	34	37,36

* Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemiştir.

Katılımcıların, kanser tanısının belirlenmesinde ‘Hangi aşamalardan geçtiniz?’ sorusuna seçenekler sunularak birden fazla işaretleme yapmaları istenmiştir. 75 bireyin (%82,41) tam kan sayımı değerleri, 74 bireyin (%81,31)

biyopsi sonuçları, 73 bireyin (%80,21) fizik muayenesi, 65 bireyin (%71,42) ultrason çekimleri, 61 bireyin (%67,03) tomografi çekimleri, 55 bireyin (%60,43) Pozitron Emisyon Tomografisi Bilgisayarlı Tomografi (PET CT) çekimi, 55 bireyin (%60,43) kanser hikayesi, 55 bireyin (%60,43) endoskopi görüntüleri, 53 bireyin (%58,24) biyokimyasal analiz sonuçları, 49 bireyin (%53,84) grafik çekimleri, 47 bireyin (%51,64) manyetik rezonans-sintigrafi çekimleri ve 45 bireyin (%49,45) sitoloji sonuçları alınarak yapılan histopatolojik analiz sonucu kanser tanısı kesinleşmiştir. Tüm tanı ve teşhis yöntemlerinin kullanıldığını ise 34 birey (%37,36) de ankette belirtilmiştir.

2.2. Boyutların Psikometrik Özellikleri

2.2.1. Kanser Algısı Ölçeğine İlişkin Faktör Analizi

Kanser algısı ölçeğinin yapı geçerliliğini ortaya koymak amacıyla açımlayıcı faktör analizi yapılmıştır. Analiz yapılmadan önce araştırmada yer alan 30 değişkenin faktör analizine uygun olup olmadığının belirlenmesi gerekmektedir. Bunun belirlenebilmesi için öncelikle Kaiser-Meier-Olkin (KMO) testi ve Bartlett testi sonuçlarına bakılmıştır. Test sonuçları Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8. KMO ve Bartlett Testi Sonuçları

	Ki-kare Değeri	Serbestlik Derecesi	p
Bartlett Testi	6972,916	435	0,000
KMO Test Değeri: 0,841			

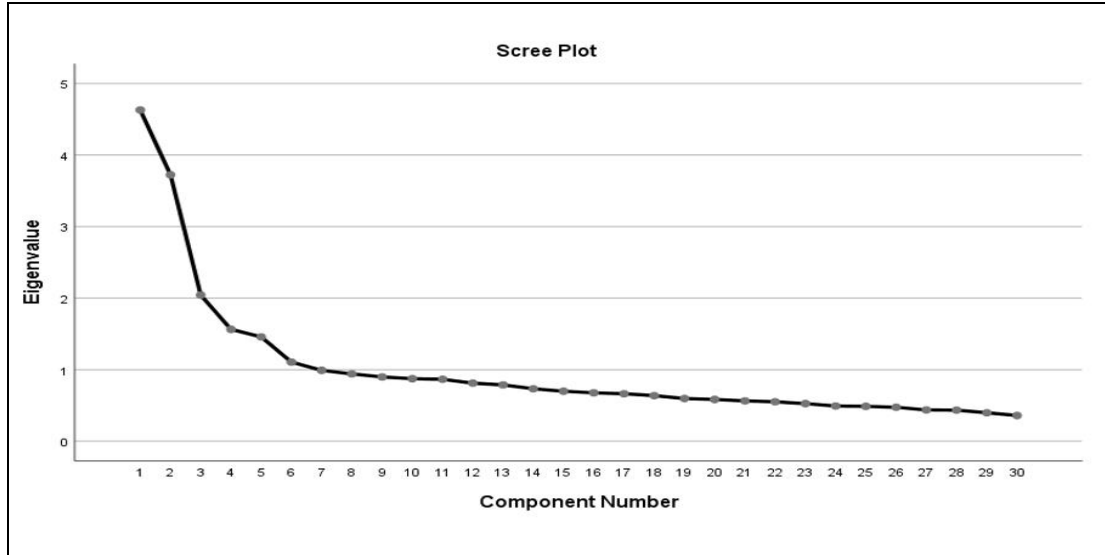
Analizleri yorumlayabilmek için kısaca analiz kavramlarını açıklamak kolaylık sağlayacaktır. Faktör analizi, verileri çok yönlü değerlendiren ve çeşitli bulguların saptanmasını sağlayan bir öneme sahiptir. Çok değişkenlik gösteren bir analiz yöntemidir. Faktör analizi vasıtasıyla aynı özelliğe sahip değişkenler ortak bir faktör altında toplanmaktadır (Kanten ve Kanten, 2009: 128-129). KMO (Kaiser-Meier-Olkin), incelenen kolerasyonun kendi içerisindeki büyüklüğü ile bir kısım kolerasyonların katsayılarının ölçeksel olarak büyüklüğünü karşılayan bir indekstir. Bu değer ne kadar yüksek ise veri seti faktör analizine o kadar uygundur (Kalaycı,

2008: 322). Bartlett testi ise verilerin çok değişkenli normal dağılımdan gelip gelmediğini belirlemede kullanılmaktadır (Eren, 2013: 203).

Field (2000) de Kaiser-Meyer-Olkin testi için 0.50 değerinin alt sınır olması gerektiğini ve $KMO \leq 0.50$ için veri kümesinin faktörlenemeyeceğini belirtmiştir. Bu doğrultuda Barlett Testinin anlamlı ve Kaiser-Meyer-Olkin Testinin ise 0.50'den büyük çıkması beklenmektedir (Kaya, 2013: 180- 181). *KMO test değeri 0,841* olarak bulunduğundan, araştırma değişkenlerinin faktör analizine uygun oldukları tespit edilmiştir. İkinci olarak da korelasyon matrisinin birim matris olup olmadığını belirlemek için Bartlett testi sonuçlarına bakılmıştır. Bartlett testi sonuçlarına göre de $p=0,000<0,05$ olduğundan, korelasyon matrisi birim matris değildir ve faktör analizi araştırma değişkenleri için uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

2.2.2. Faktörlere Göre Özdeğerlerin Belirlenmesi

Kaiser-Meier-Olkin (KMO) testi ve Bartlett testi sonuçlarına göre araştırma değişkenlerinin analiz yapılabilmesi açısından uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Grafik 11'de analiz sonuçları ile hangi sorunun hangi faktörde yer aldığı ve faktör yükleri değerleri gösterilmiştir.



Grafik 11. Faktörlere Göre Özdeğerler

Ancak özdeğerler ile ilgili grafik incelendiğinde (Grafik 11), ilk altı faktörde yüksek ivmeli düşüşlerin olduğu; bu nedenle varyansa bu altı faktörün önemli katkısının bulunduğu; buna karşılık diğer faktörlerdeki düşüşlerin yatay bir hal

almaya başladığı, başka bir ifade ile varyansa katkılarının birbirine yakın olduğu görülmüş ve bu nedenle faktör sayısının altı olarak sınırlandırılmasının uygun olacağına karar verilmiştir.

Temel bileşenler analizi faktör sayısı altı ile sınırlandırılıp yeniden yapılmış ve faktör yükü 0,60'un altında olan ve/veya ayrı faktördeki yükleri arasında en az (0,10) fark olmayan madde bulunmadığı görülmüştür.

2.2.3. Açımlayıcı Faktör Analizi

Tablo 18'de görüldüğü üzere Faktör Analizi sonucunda toplam altı boyut bulunmuştur. Yapılan bu işlemler sonucunda, ölçekte kalan toplam 30 maddenin faktörlere göre döndürülmüş faktör matrisi tablosunda yer alan madde yüklerine ilişkin bulgular Tablo 9'da sunulmuştur.

Tablo 9. Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları

	Faktörler/ İfadeler	1.Faktör	2.Faktör	3.Faktör	4.Faktör	5.Faktör	6.Faktör	Faktör Adı
İ1.	Doktorlara tamamen güvenirim.	0,786						Hekimlere Güven Duyma
İ2.	Hayatımı doktorların eline teslim etmekten hiç endişe duymam.	0,731						
İ3.	Doktorlar sağlıkla ilgili her konuda dürüsttür.	0,729						
İ4.	Doktorlar tedavi için ne gerekiyorsa yaparlar.	0,728						
İ5.	Doktorlar hastalarına tüm tedavi seçeneklerini açıklarlar.	0,605						
İ6.	Doktorların kanser türü için en iyi tedavi yöntemini belirleyeceğini düşünüyorum.	0,596						
İ7.	Doktor bana zarar verdiği takdirde onu Allah'a havale ederim, kimi kime şikâyet edeceksin.		0,728					Umutsuzluk ve Güvensizlik
İ8.	Kanser ve ölüm aynıdır.		0,703					
İ9.	Kanser tedavisinde kullanılan yöntemler yabancılar tarafından bulunmuştur ve dinim açısından uygulanması günahtır.		0,664					
İ10.	Kanser tedavilerinin hiçbiri işe yaramaz.		0,623					
İ11.	Kanser çaresiz bir hastalıktır.		0,561					
İ12.	Doktorum benden tetkik istemezse onun doktorluğundan şüphe duyarım.		0,531					
İ13.	Her kanser tipi için farklı evre tanımlamaları vardır.			0,681				Kanser Farkındalığı
İ14.	Üzüntü ve stres kansere sebep olur.			0,659				
İ15.	Kanser erken teşhis edilirse kurtulma şansı artar.			0,629				
İ16.	Kanser önlenabilir.			0,626				
İ17.	Birey olarak hepimiz kanser hastası adayız.			0,602				
İ18.	Kanser tedavi yöntemlerinin birbirini destekleyici olduğunu söyleyebiliriz.			0,448				

Tablo 9. Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları (Devamı)

	Faktörler/ İfadeler	1.Faktör	2.Faktör	3.Faktör	4.Faktör	5.Faktör	6.Faktör	Faktör Adı
İ19.	Kanserde beslenme önemli bir etkiye sahiptir			0,431				
İ20.	Kanser tedavi yöntemleri hakkında yeterli bilgiye sahibim.				0,768			Hastalık Bilinci
İ21.	Kanser hastalığı ile ilgili Türkiye’deki doktorları takip ediyorum.				0,706			
İ22.	Kanser tedavi yöntemlerinin ne tür sonuçları olacağının bilincindeyim.				0,683			
İ23.	Hasta olmadan da düzenli olarak kontrollerime giderim.				0,614			
İ24.	Hastane çalışanlarının bilgi ve nezaketleri ile güven telkin etme kabiliyetleri iyileşmede etkili olacaktır.					0,679		Moral ve Desteğin Önemi
İ25.	Kanser hastalığında psikolojik destek alınması gerekir.					0,639		
İ26.	Kanser tedavi sürecinde doktorun hastanın moralini yüksek tutması gerekir.					0,595		
İ27.	Kanser tedavi sürecinde ailenin desteği çok önemlidir.					0,593		
İ28.	Kanser tedavi yöntemleri birbirinden farklı etkiye sahiptir.						0,788	Tedaviyi Mümkün Görme
İ29.	Kanserin evresinin bilinmesi, hasta için en uygun olan tedavi metodunun seçilmesinde önemlidir.						0,722	
İ30.	Her kanserin tedavi yöntemi farklıdır.						0,433	

Faktör analizi sonucunda ortaya çıkan altı boyut içerdikleri maddeler göz önünde bulundurularak isimlendirilmiştir. Bu çerçevede, ‘Hekimlere Güven Duyma Boyutu’ adının verildiği faktör altında 6 madde, ‘Umutsuzluk ve Güvensizlik Boyutu’ adlandırılan faktörde 6 madde, ‘Kanser Farkındalığı Boyutu’ şeklinde isimlendirilen faktör altında 7 madde, ‘Hastalık Bilinci Boyutu’ şeklinde isimlendirilen faktör altında 4, ‘Moral ve Desteğin Önemi Boyutu’ şeklinde isimlendirilen faktör altında 4 ve ‘Tedavi Mümkün Görme Boyutu’ adının verildiği faktör altında 3 madde toplandığı belirlenmiştir.

Bu boyutlar: Hekimlere Güven Duyma, Umutsuzluk ve Güvensizlik, Kanser Farkındalığı, Hastalık Bilinci, Moral ve Desteğin Önemi ve Tedaviyi Mümkün Görme boyutlarıdır.

Hekimlere Güven Duyma Boyutu: Bu boyut ankette yer alan 1, 2, 3, 4, 5 ve 6. ifadeler olmak üzere toplam 6 ifadeden oluşmuştur. Hekime olan güveni ve hekimle olan iletişimi kapsamaktadır. Bu boyutta en yüksek puanı 0,786 ile ‘Doktorlara

tamamen güvenirim.’ ifadesi almıştır. En düşük puanı 0,596 ile ‘Doktorların kanser türü için en iyi tedavi yöntemini belirleyeceğini düşünüyorum.’ ifadesi almıştır.

Umutsuzluk ve Güvensizlik Boyutu: Bu boyut ankette yer alan 7, 8, 9, 10, 11 ve 12. ifadeler olmak üzere toplam 6 ifadeden oluşmuştur. Bu boyutta en yüksek puanı 0,728 ile ‘Doktor bana zarar verdiği takdirde onu Allah’a havale ederim, kimi kime şikâyet edeceksin.’ ifadesi almıştır. En düşük puanı 0,531 ‘Doktorum benden tetkik istemezse onun doktorluğundan şüphe duyarım.’ ifadesi almıştır.

Kanser Farkındalığı Boyutu: Bu boyut ankette 13, 14, 15, 16, 17, 18 ve 19. ifadeler olmak üzere toplam 7 ifadeden oluşmuştur. Bireylerin kanser hastalığı hakkında bilgiye sahip olup olmadığını içermektedir. Bu boyutta en yüksek puanı 0,681 ile ‘Her kanser tipi için farklı evre tanımlamaları vardır.’ ifadesi almıştır. En düşük puanı ‘Kanserde beslenme önemli bir etkiye sahiptir.’ 0,431 ifadesi almıştır.

Hastalık Bilinci Boyutu: Bu boyut ankette 20, 21, 22 ve 23. ifadeler olmak üzere toplam 4 ifadeden oluşmuştur. Bireylerin genel olarak hastalıklar hakkında bilgiye sahip olup olmadığını içermektedir. Bu boyutta en yüksek puanı 0,768 ile ‘Kanser tedavi yöntemleri hakkında yeterli bilgiye sahibim.’ ifadesi almıştır. En düşük puanı 0,614 ‘Hasta olmadan da düzenli olarak kontrollerime giderim.’ ifadesi almıştır.

Moral ve Desteğin Önemi Boyutu: Bu boyut ankette 24, 25, 26, ve 27. ifade olmak üzere toplam 4 ifadeden oluşmuştur. Hastalık süresince moral ve desteğin önemini kapsamaktadır. Bu boyutta en yüksek puanı 0,679 ile ‘Hastane çalışanlarının bilgi ve nezaketleri ile güven telkin etme kabiliyetleri iyileşmede etkili olacaktır.’ ifadesi almıştır. En düşük puanı 0,593 ‘Kanser tedavi sürecinde ailenin desteği çok önemlidir.’ ifadesi almıştır.

Tedaviyi Mümkün Görme Boyutu: Bu boyut ankette 28, 29 ve 30. ifadeler olmak üzere toplam 3 ifadeden oluşmuştur. Kanser tedavisi için uygulanan tedavi yöntemlerinin yeterli ve etkili olmasını, yaşam süresini uzatmasını ifade etmektedir. Bu boyutta en yüksek puanı 0,788 ile ‘Kanser tedavi yöntemleri birbirinden farklı etkiye sahiptir.’ ifadesi almıştır. En düşük puanı 0,433 ‘Her kanserin tedavi yöntemi farklıdır.’ ifadesi almıştır.

2.2.4. Toplam Varyansın Açıklanma Derecesi

Faktörlerin toplam varyansa yaptıkları katkı Tablo 10’da gösterilmiştir.

Tablo 10. Toplam Varyansın Açıklanma Derecesi

Faktör Adı	Varyans Yüzdesi
Hekimlere Güven Duyma	10,440
Umutsuzluk ve Güvensizlik	9,730
Kanser Farkındalığı	9,722
Hastalık Bilinci	7,005
Moral ve Desteğin Önemi	6,067
Tedaviyi Mümkün Görme	5,447
Toplam Varyans Yüzdesi	48,411

Altı faktörlü yeni yapının toplam varyansın %48,411’nü açıkladığı saptanmıştır. Hekimlere Güven Duyma boyutu toplam varyansın %10,440’ını, Umutsuzluk ve Güvensizlik boyutu %9,730’unu, Kanser Farkındalığı boyutu %9,722’sini, Hastalık Bilinci boyutu %7,005’ini, Moral ve Desteğin Önemi boyutu %6,067’sini, Tedaviyi Mümkün Görme boyutu ise %5,447’sini açıklamaktadır. Analiz sonucunda belirlenen altı faktörün, toplam varyansın %48,411’ini açıkladığı görülmektedir. Özellikle sosyal bilimler alanında yapılan araştırmalarda toplam varyansın açıklanma derecesinin %40-60 arasında olmasının yeterli olarak kabul edildiği (Tavşancıl, 2002), dolayısıyla mevcut çalışmadaki toplam varyansın açıklanma derecesinin kabul edilebilir seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 11. Ortak Varyans Tablosu

	İfadeler	İlk Özdeğer	Extraction
1.	Doktorlara tamamen güvenirim.	1.010	0.454
2.	Hayatımı doktorların eline teslim etmekten hiç endişe duymam.	1.010	0.408
3..	Doktorlar sağlıkla ilgili her konuda dürüsttür.	1.010	0.515
4.	Doktorlar tedavi için ne gerekiyorsa yaparlar.	1.010	0.496
5.	Doktorlar hastalarına tüm tedavi seçeneklerini açıklarlar.	1.010	0.449
6.	Doktorların kanser türü için en iyi tedavi yöntemini belirleyeceğini düşünüyorum.	1.010	0.340
7.	Doktor bana zarar verdiği takdirde onu Allah'a havale ederim, kimi kime şikâyet edeceksin.	1.010	0.598
8.	Kanser ve ölüm aynıdır.	1.010	0.651
9.	Kanser tedavisinde kullanılan yöntemler yabancılar tarafından bulunmuştur ve dinim açısından uygulanması günahtır.	1.010	0.393
10.	Kanser tedavilerinin hiçbiri işe yaramaz.	1.010	0.568
11.	Kanser çaresiz bir hastalıktır.	1.010	0.535
12.	Doktorum benden tetkik istemezse onun doktorluğundan şüphe duyarım.	1.010	0.378
13.	Her kanser tipi için farklı evre tanımlamaları vardır.	1.010	0.633
14.	Üzüntü ve stres kansere sebep olur.	1.010	0.561
15.	Kanser erken teşhis edilirse kurtulma şansı artar.	1.010	0.568
16.	Kanser önlenabilir.	1.010	0.551
17.	Birey olarak hepimiz kanser hastası adayız.	1.010	0.347
18.	Kanser tedavi yöntemlerinin birbirini destekleyici olduğunu söyleyebiliriz.	1.010	0.386
19.	Kanserde beslenme önemli bir etkiye sahiptir	1.010	0.557
20.	Kanser tedavi yöntemleri hakkında yeterli bilgiye sahibim.	1.010	0.456
21.	Kanser hastalığı ile ilgili Türkiye'deki doktorları takip ediyorum.	1.010	0.494
22.	Kanser tedavi yöntemlerinin ne tür sonuçları olacağının bilincindeyim.	1.010	0.555
23.	Hasta olmadan da düzenli olarak kontrollerime giderim.	1.010	0.449
24.	Hastane çalışanlarının bilgi ve nezaketleri ile güven telkin etme kabiliyetleri iyileşmede etkili olacaktır.	1.010	0.440
25.	Kanser hastalığında psikolojik destek alınması gerekir.	1.010	0.307
26.	Kanser tedavi sürecinde doktorun hastanın moralini yüksek tutması gerekir.	1.010	0.440
27.	Kanser tedavi sürecinde ailenin desteği çok önemlidir.	1.010	0.567
28.	Kanser tedavi yöntemleri birbirinden farklı etkiye sahiptir.	1.010	0.602
29.	Kanserin evresinin bilinmesi, hasta için en uygun olan tedavi metodunun seçilmesinde önemlidir.	1.010	0.510
30.	Her kanserin tedavi yöntemi farklıdır.	1.010	0.316
	Extraction Yöntemi: Temel Bileşenler Analizi		

Çok değişkenli istatistiksel analizin amacı n sayıdaki bireye (nesne) ilişkin p sayıdaki değişken (nitelik)'i açıklamaktır. Söz konusu değişkenin birbiri ile ilişkili ve sayıca büyük olması, nitelikli ve anlaşılır bir değerlendirme yapılmasını güçleştirir. Bu tür durumlarda başvurulacak temel bileşenler analizi yöntemi ile çok sayıdaki değişkeni daha az sayıda ve birbirinden bağımsız değişkenler ile açıklamak mümkündür. Her değişkenin bir ortak varyansı bulunmaktadır. Bu değer 0 ve 1 arasında değişir (Toğrul, 2018: 32- 38). Tablo 11’de görüldüğü üzere çıkarım sonrası tüm değerler 0 ve 1 arasında değişmektedir.

2.2.5. Kanser Algısı Alt Faktörlerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Faktör analizi sonucunda belirlenen altı alt faktöre ilişkin bazı tanımlayıcı istatistikler Tablo 12’de gösterildiği gibidir.

Tablo 12. Kanser Algısı Alt Faktörlerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri

	n	Ort.	Std. Sapma	Min. Değer	Maks. Değer	Çarpıklık Katsayısı	Basıklık Katsayısı	Cronbach Alfa Katsayısı	Soru Sayısı
Hekimlere Güven Duyma	1010	3,361	,814	,83	5,00	-,309	-,073	0,799	6
Umutsuzluk ve Güvensizlik	1010	2,379	,904	,67	4,83	,380	-,755	0,749	6
Kanser Farkındalığı	1010	3,991	,678	1,00	5,00	-,756	,653	0,732	7
Hastalık Bilinci	1010	2,824	,931	,25	5,00	,050	-,264	0,782	4
Moral ve Desteğin Önemi	1010	4,281	,696	1,00	5,00	-1,048	1,222	0,707	4
Tedaviyi Mümkün Görme	1010	4,040	,811	,00	5,00	-,961	1,185	0,728	3
Kanser Algısı (Genel)	1010	3,431	,391	1,00	4,63	-,280	1,718	0,744	30

Tablo 12’de yer alan tanımlayıcı istatistikler dikkate alındığında genel kanser algısının 3,431 olarak orta düzeyde olduğu görülmektedir. En yüksek ortalama değerini 4,281 ile moral ve desteğin önemi alt faktöründe görmek mümkündür. Bu faktörü 4,040 ortalama ile tedaviyi mümkün görme alt faktörü takip etmektedir. En düşük ortalama değerine ise umutsuzluk ve güvensizlik alt faktöründe rastlanmıştır. Bu faktörün ortalama değeri 2,379 olarak tespit edilmiştir.

Testin içsel tutarlılık ve güvenilirliği Cronbach Alfa (α) olarak adlandırılan bir istatistikle ortaya konmaktadır. Cronbach alfa katsayısı, olası tüm öge kombinasyonları ile elde edilen korelasyon katsayılarının ortalamasıdır. Cronbach alfa katsayısı 0 ile 1 arasında değerler alır. α değeri 1'e yaklaştıkça ölçeğin güvenilirliği de artmaktadır ve genelde 0,70'den büyük değer alması, istenen bir durumdur (Özdemir, 2013: 80).

Kanser algısı ifadelerinden oluşan ve bir önceki başlıkta belirlenen 6 alt faktörle ele alınan ölçeğe ilişkin güvenilirlik analizi sonuçları Tablo 13'de gösterilmiştir.

Tablo 13. Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Alt Boyutlar	Soru Sayısı	Cronbach Alpha Katsayısı
Hekimlere Güven Duyma	6	0,799
Umutsuzluk ve Güvensizlik	6	0,749
Kanser Farkındalığı	7	0,732
Hastalık Bilinci	4	0,782
Moral ve Desteğin Önemi	4	0,707
Tedaviyi Mümkün Görme	3	0,728
Kanser Algısı (Genel)	30	0,744

Kanser algısı ölçeğinde yer alan 30 soruya ilişkin Cronbach alfa katsayısının 0,744 olduğu görülmektedir. Ayrıca altı adet alt faktöre ilişkin alfa katsayılarının tümünün 0,70'den daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Tüm bu katsayıların 0,70'den yüksek olduğu ve verilerin güvenilirliğinin yüksek olduğu görülmektedir.

2.2.6. Araştırma Hipotezinin Oluşturulması

Faktör analizi sonuçları doğrultusunda bu araştırmanın hipotezlerinin oluşturulmasına öncülük edecek problem cümleleri aşağıdaki gibidir:

- “Kanser hastası ve yakınları ile kanser hastası olmayanlar arasında hekimlere güven duyma algıları ile ilgili farklılık var mıdır?”
- “Kanser hastası ve yakınları ile kanser hastası olmayanlar arasında umutsuzluk ve güvensizlik algıları ile ilgili farklılık var mıdır?”

- “Kanser hastası ve yakınları ile kanser hastası olmayanlar arasında kanser farkındalığı algıları ile ilgili farklılık var mıdır?”
- “Kanser hastası ve yakınları ile kanser hastası olmayanlar arasında hastalık bilinci algıları ile ilgili farklılık var mıdır?”
- “Kanser hastası ve yakınları ile kanser hastası olmayanlar arasında moral ve desteğin önemi ile ilgili algıları farklılık var mıdır?”
- “Kanser hastası ve yakınları ile kanser hastası olmayanlar arasında tedaviyi mümkün görme algıları ile ilgili farklılık var mıdır?”

şeklinde belirlenmiştir.

Bu çerçevede oluşturulan hipotezler aşağıdaki gibidir:

- H₁:** Kanser hastası ve yakınları ile kanser hastası olmayan bireyler arasında *hekimlere güven duyma* alt boyutu ile ilgili algılar farklılık göstermektedir.
- H₂:** Kanser hastası ve yakınları ile kanser hastası olmayan bireyler arasında *umutsuzluk ve güvensizlik* alt boyutu ile ilgili algılar farklılık göstermektedir.
- H₃:** Kanser hastası ve yakınları ile kanser hastası olmayan bireyler arasında *kanser farkındalığı* alt boyutu ile ilgili algılar farklılık göstermektedir.
- H₄:** Kanser hastası ve yakınları ile kanser hastası olmayan bireyler arasında *hastalık bilinci* alt boyutu ile ilgili algılar farklılık göstermektedir.
- H₅:** Kanser hastası ve yakınları ile kanser hastası olmayan bireyler arasında *moral ve desteğin önemi* alt boyutu ile ilgili algılar farklılık göstermektedir.
- H₆:** **H₆:** Kanser hastası ve yakınları ile kanser hastası olmayan bireyler arasında *tedaviyi mümkün görme* alt boyutu ile ilgili algılar farklılık göstermektedir.

Çalışmada ana hipotezler yanında alt hipotezler de araştırılmıştır. Cinsiyete, medeni duruma, eğitim durumuna, çalışma durumuna, sağlık güvencesi durumuna ve uzun süre yaşanan yere göre alt hipotezler de araştırmaya dâhil edilmiştir:

Ha₇: Kanser algısı alt faktörlerinin ortalaması cinsiyete göre farklılık gösterir.

Ha₈: Kanser algısı alt faktörlerinin ortalaması medeni duruma göre farklılık gösterir.

Ha₉: Kanser algısı alt faktörlerinin ortalaması eğitim durumuna göre farklılık gösterir.

Ha₁₀: Kanser algısı alt faktörlerinin ortalaması çalışma durumuna göre farklılık gösterir.

Ha₁₁: Kanser algısı alt faktörlerinin ortalaması sağlık güvencesi durumuna göre farklılık gösterir.

Ha₁₂: Kanser algısı alt faktörlerinin ortalaması en uzun süre yaşanan yere göre farklılık gösterir.

2.2.7. Kanser Algısı İfadelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Kanser algısı ifadelerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 14’de gösterildiği gibidir.

Tablo 14. Kanser Algısı İfadelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Sıra	Kanser Algısı İfadeleri	Kanser Hastası ve Yakınları (n=502)		Kanser Hastası Olmayanlar (n=508)	
		X	SS	X	SS
1	Doktorlara tamamen güvenirim.	3,462	1,042	3,080	1,188
2	Hayatımı doktorların eline teslim etmekten hiç endişe duymam.	3,470	1,157	3,092	1,266
3	Doktorlar sağlıkla ilgili her konuda dürüsttür.	3,280	1,211	3,074	1,190
4	Doktorlar tedavi için ne gerekiyorsa yaparlar.	3,613	1,009	3,435	1,104
5	Doktorlar hastalarına tüm tedavi seçeneklerini açıklarlar.	3,484	1,213	3,322	1,174
6	Doktorların kanser türü için en iyi tedavi yöntemini belirleyeceğini düşünüyorum.	3,645	1,007	3,390	1,139
7	Doktor bana zarar verdiği takdirde onu Allah’a havale ederim, kimi kime şikâyet edeceksin.	2,336	1,433	2,315	1,460
8	Kanser ve ölüm aynıdır.	2,635	1,401	2,555	1,361
9	Kanser tedavisinde kullanılan yöntemler yabancılar tarafından bulunmuştur ve dinim açısından uygulanması günahtır.	1,970	1,327	1,775	1,198
10	Kanser tedavilerinin hiçbiri işe yaramaz.	2,362	1,371	2,133	1,266
11	Kanser çaresiz bir hastalıktır.	2,454	1,368	2,413	1,374
12	Doktorum benden tetkik istemezse onun doktorluğundan şüphe duyarım.	2,860	1,378	2,740	1,336
13	Her kanser tipi için farklı evre tanımlamaları vardır.	4,089	1,041	4,005	1,061
14	Üzüntü ve stres kansere sebep olur.	4,101	1,039	3,876	1,202
15	Kanser erken teşhis edilirse kurtulma şansı artar.	4,306	,91424	4,202	1,132
16	Kanser önlenabilir.	4,035	1,025	4,002	1,101
17	Birey olarak hepimiz kanser hastası adayız.	4,187	1,055	4,059	1,229
18	Kanser tedavi yöntemlerinin birbirini destekleyici olduğunu söyleyebiliriz.	3,571	1,067	3,405	1,224
19	Kanserde beslenme önemli bir etkiye sahiptir.	4,107	1,001	3,929	1,150
20	Kanser tedavi yöntemleri hakkında yeterli bilgiye sahibim.	3,063	1,168	2,509	1,170
21	Kanser hastalığı ile ilgili Türkiye’deki doktorları takip ediyorum.	2,924	1,281	2,563	1,289

Tablo 14. Kanser Algısı İfadelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler (Devamı)

Sıra	Kanser Algısı İfadeleri	Kanser Hastası ve Yakınları (n=502)		Kanser Hastası Olmayanlar (n=508)	
		X	SS	X	SS
22	Kanser tedavi yöntemlerinin ne tür sonuçları olacağının bilincindeyim.	3,420	1,175	2,850	1,354
23	Hasta olmadan da düzenli olarak kontrollerime giderim.	2,764	1,375	2,511	1,421
24	Hastane çalışanlarının bilgi ve nezaketleri ile güven telkin etme kabiliyetleri iyileşmede etkili olacaktır.	4,332	0,883	4,208	1,071
25	Kanser hastalığında psikolojik destek alınması gerekir.	4,434	0,947	4,444	1,059
26	Kanser tedavi sürecinde doktorun hastanın moralini yüksek tutması gerekir.	4,545	0,782	4,614	0,748
27	Kanser tedavi sürecinde ailenin desteği çok önemlidir.	3,858	1,423	3,811	1,491
28	Kanser tedavi yöntemleri birbirinden farklı etkiye sahiptir	4,027	0,984	3,714	1,346
29	Kanserin evresinin bilinmesi, hasta için en uygun olan tedavi metodunun seçilmesinde önemlidir.	4,233	0,970	4,053	1,194
30	Her kanserin tedavi yöntemi farklıdır.	4,189	1,005	4,029	1,060

Tablo 14 incelendiğinde katılımcılardan *kanser hastası ve yakını olanların* verdiği cevaplar sonucunda en yüksek puanı ($4,545 \pm 0,782$) araştırmanın 26. ifadesi ‘Kanser tedavi sürecinde doktorun hastanın moralini yüksek tutması gerekir.’ ifadesinden almıştır. En düşük puanı ise ($1,970 \pm 1,327$) araştırmanın 9. ifadesi olan ‘Kanser tedavisinde kullanılan yöntemler yabancılar tarafından bulunmuştur ve dinim açısından uygulanması günahtır.’ ifadesine aittir.

Tablo 14’de katılımcılardan *kanser hastası olmayanların* verdiği cevaplar sonucunda en yüksek puanı ($4,614 \pm 0,748$) araştırmanın 26. ifadesi ‘Kanser tedavi sürecinde doktorun hastanın moralini yüksek tutması gerekir.’ ifadesinden almıştır. En düşük puanı ise ($1,775 \pm 1,198$) araştırmanın 9. ifadesi ‘Kanser tedavisinde kullanılan yöntemler yabancılar tarafından bulunmuştur ve dinim açısından uygulanması günahtır.’ ifadesine aittir.

Her iki gruptaki katılımcıların almış oldukları en yüksek puana ait ifade ‘Kanser tedavi sürecinde doktorun hastanın moralini yüksek tutması gerekmektedir.’ olan 26.ifadesi olmuştur. Her iki gruptaki katılımcıların almış oldukları en düşük puana ait 9.ifade olan ‘Kanser tedavisinde kullanılan yöntemler yabancılar tarafından bulunmuştur ve dinim açısından uygulanması günahtır.’ ifadesi olmuştur.

Tablo 14 incelendiğinde, *kanser hastası ve yakınları* tarafından verilen cevaplar içerisinde en çok “Hiç Katılmıyorum” seçeneğinin işaretlendiği, ifade karşılığı en düşük düzeyde puana sahip olan (1,775±1,198) araştırmanın dokuzuncu ifadesi ‘Kanser tedavisinde kullanılan yöntemler yabancılar tarafından bulunmuştur ve dinim açısından uygulanması günahtır.’ ifadesi olmuştur.

2.2.8. Kanser Algısı Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Analizi

Çalışmada, kanser hastası ve yakınları ile kanser hastası olmayan bireyler olarak iki gruba ayrılmıştır. Gruplar arasında, ‘hekimlere güven duyma,’ ‘umutsuzluk ve güvensizlik,’ ‘kanser farkındalığı,’ ‘hastalık bilinci,’ ‘moral ve desteğin önemi’ ve ‘tedaviyi mümkün görme’ alt boyutları incelenerek değerlendirme yapılmış gruplar arasında farklılıklar ortaya konmuştur. Ayrıca çalışmanın boyutları arasında ilişki olup olmadığı incelenerek 'Kanser algısı alt boyutları arasında ilişki vardır.' hipotezi çerçevesinde değerlendirmeye çalışılmıştır.

Hipotez: Kanser algısı alt boyutları arasında ilişki vardır.

Kanser algısı alt boyutları arasındaki korelasyon analizine ilişkin sonuçlara Tablo 15’de yer verilmiştir.

Tablo 15. Korelasyon Analizi Sonuçları

	Pearson Korelasyon Değerleri	Hekimlere Güven Duyma	Umutsuzluk ve Güvensizlik	Kanser Farkındalığı	Hastalık Bilinci	Moral ve Desteğin Önemi	Tedaviyi Mümkün Görme
Hekimlere Güven Duyma	r	1					
	p	-					
	n	1010					
Umutsuzluk ve Güvensizlik	r	0,058	1				
	p	0,064	-				
	n	1010	1010				
Kanser Farkındalığı	r	0,167*	0,279*	1			
	p	0,000	0,000	-			
	n	1010	1010	1010			
Hastalık Bilinci	r	0,267*	0,251*	0,248	1		
	p	0,000	0,000	0,000	-		
	n	1010	1010	1010	1010		
Moral ve Desteğin Önemi	r	0,058	0,172*	0,301*	0,029	1	
	p	0,066	0,000	0,000	0,353	-	
	n	1010	1010	1010	1010	1010	
Tedaviyi Mümkün Görme	r	0,128*	0,229*	0,460*	0,079*	0,251*	1
	p	0,000	0,000	0,000	0,012	0,000	-
	n	1010	1010	1010	1010	1010	1010

Tablo 15 incelendiğinde boyutlar arasında anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Hekimlere güven duyma boyutu ile kanser farkındalığı, hastalık bilinci ve tedaviyi mümkün görme boyutları arasında anlamlı korelasyonlar tespit edilmiştir ($p<0,05$). Sırasıyla 0,167, 0,267 ve 0,128 olan korelasyon katsayıları, hekimlere güven duyma boyutu ile kanser farkındalığı, hastalık bilinci ve tedaviyi mümkün görme boyutları arasında pozitif (aynı) yönlü ancak düşük düzeyde ilişkiler olduğunu ortaya koymuştur. Hekimlere güven duyma boyutu ile umutsuzluk ve güvensizlik ve moral ve desteğin boyutları arasında ise anlamlı korelasyonlar tespit edilememiştir ($p>0,05$).

Umutsuzluk ve güvensizlik boyutu ile kanser farkındalığı, hastalık bilinci, moral ve desteğin önemi ve tedaviyi mümkün görme boyutları arasında anlamlı korelasyonlar tespit edilmiştir ($p<0,05$). Sırasıyla -0,279, -0,251, -0,172 ve -0,229 olan korelasyon katsayıları, umutsuzluk ve güvensizlik boyutu ile kanser farkındalığı, hastalık bilinci, moral ve desteğin önemi ve tedaviyi mümkün görme boyutları arasında negatif (ters) yönlü ancak düşük düzeyde ilişkiler olduğunu ortaya koymuştur.

Kanser farkındalığı boyutu ile, hekimlere güven duyma, hastalık bilinci, moral ve desteğin önemi ve tedaviyi mümkün görme boyutları arasında anlamlı korelasyonlar tespit edilmiştir ($p<0,05$). Sırasıyla 0,167, 0,248, 0,301 ve 0,460 olan korelasyon katsayıları, kanser farkındalığı boyutu ile hekimlere güven duyma, hastalık bilinci, moral ve desteğin önemi ve tedaviyi mümkün görme boyutları arasında pozitif (aynı) yönlü ilişkiler olduğunu ortaya koymuştur. Kanser farkındalığı boyutu ile tedaviyi mümkün görme boyutları arasındaki ilişki orta düzeye yakın iken, diğer boyutlarla arasındaki ilişkinin ise düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Tedaviyi mümkün görme boyutu ile hastalık bilinci ve moral ve desteğin önemi boyutları arasında anlamlı korelasyonlar tespit edilmiştir ($p<0,05$). Sırasıyla 0,079 ve 0,251 olan korelasyon katsayıları, tedaviyi mümkün görme boyutu ile hastalık bilinci ve moral ve desteğin önemi boyutları arasında pozitif (aynı) yönlü ancak düşük düzeyde ilişkiler olduğunu ortaya koymuştur.

2.3. Kanser Algısıyla İlgili Boyutların Seçilmiş Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Bu başlık altında kanser algısı boyutlarının demografik özelliklere göre farklılıkları test edilmiştir. Kanser algısı boyutlarına verilen cevapların ortalamalarının demografik özelliklere göre farklılıklarının analizi için Bağımsız Örneklem t Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi yapılmıştır.

Kanser algısı boyutlarına ilişkin bir önceki başlıkta hesaplanan ortalama değerlerin, kanser yakını olanlar ile kanser yakını olmayanlar arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğinin test edilmesi amacıyla Tablo 21’de yer alan altı adet hipotez kurulmuştur (H_{a7} , H_{a8} , H_{a9} , H_{a10} , H_{a11} , H_{a12}).

2.3.1. Kanser Hastası Yakınları ve Hasta Olmayanlar Açısından Kanser Algısıyla İlgili Boyutların Karşılaştırılması

Kanser algısı boyutlarına ilişkin ortalama değerlerin kanser hastası ve yakını ile kanser yakını olmayanlar şeklinde ele alınan iki gruba göre farklılıklarının analizi için Bağımsız Örneklem t Testi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarının anlamlılığı $p=0,05$ önem düzeyine göre değerlendirilmiştir. Analiz sonucunda elde edilen tüm bulgular tablolar halinde gösterilmiştir. Tablo 21’e yer alan altı adet hipotez test edilmiş ve Bağımsız Örneklem t Testi sonuçları Tablo 16’da gösterilip yorumlanmıştır.

Tablo 16. Kanser Algısı ve Alt Faktörlerinin Kanser Yakını ve Kanser Yakını Olmayanlara Göre Farklılığını İnceleyen t Testi Sonuçları

Boyutlar	Grup	n	Ort. (X)	Std. Sapma (SS)	t	Anlamlılık (p)
Hekimlere Güven Duyuma	Kanser Hastası ve Yakınları	502	3,492	0,804	5,146	0,000*
	Kanser Hastası Olmayanlar	508	3,232	0,802		
Umutsuzluk ve Güvensizlik	Kanser Hastası ve Yakınları	502	2,436	0,950	2,011	0,045*
	Kanser Hastası Olmayanlar	508	2,232	0,854		
Kanser Farkındalığı	Kanser Hastası ve Yakınları	502	4,057	0,599	3,095	0,002*
	Kanser Hastası Olmayanlar	508	3,925	0,743		
Hastalık Bilinci	Kanser Hastası ve Yakınları	502	3,043	0,896	7,616	0,000*
	Kanser Hastası Olmayanlar	508	2,608	0,916		
Moral ve Desteğin Önemi	Kanser Hastası ve Yakınları	502	4,292	0,645	0,529	0,597
	Kanser Hastası Olmayanlar	508	4,269	0,743		
Tedaviyi Mümkün Görme	Kanser Hastası ve Yakınları	502	4,150	0,875	4,299	0,000*
	Kanser Hastası Olmayanlar	508	3,932	0,725		

Kanser algısı alt faktörlerinin, kanser hastası ve yakınları ile kanser hastası olmayan iki gruba göre farklılık gösterip göstermediğinin tespiti için yapılan Bağımsız Örneklem t Testi sonuçlarına göre; alt faktörlerden “Hekimlere Güven Duyuma,” “Umutsuzluk ve Güvensizlik,” “Kanser Farkındalığı,” “Hastalık Bilinci” ve “Tedaviyi Mümkün Görme” faktörlerinde anlamlı farklılık bulunmuştur. “Moral ve Desteğin Önemi” faktöründe ise istatistiki olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır.

Hekimlere Güven Duyuma boyutunda kanser hastası ve yakınlarında $3,492 \pm 0,804$, kanser hastası olmayanlar ise $3,232 \pm 0,802$ puan almıştır. Bu farklılık anlamlı bulunmuştur ($t=5,146$; $p=0,000<0,05$). Sonuçlar, kanser hastası ve yakınlarının, kanser hastası olmayanlara göre hekimlere daha fazla güven duyduğunu ortaya koymaktadır.

Umutsuzluk ve Güvensizlik boyutunda kanser hastası ve yakınlarında $2,436 \pm 0,950$, kanser hastası olmayanlar ise $2,232 \pm 0,854$ olarak hesaplanmıştır. Bu farklılık anlamlı bulunmuştur ($t=2,011$; $p=0,045<0,05$). Kanser hastası ve yakınlarının, kanser hastası olmayanlara göre umutsuzluk ve güvensizlik duyduğunu ortaya koymaktadır.

Kanser Farkındalığı boyutunda kanser hastası ve yakınlarında $4,057 \pm 0,599$, kanser hastası olmayanlar ise $3,925 \pm 0,743$ olarak hesaplanmıştır. Bu farklılık

anlamli bulunmuştur ($t=3,095$; $p=0,002<0,05$). Kanseri hastası ve yakınlarının, kanseri hastası olmayanlara göre kanseri farkındalığına sahip olduğunu ortaya koymaktadır.

Hastalık bilincine sahip olma boyutunda kanseri hastası ve yakınları $3,043\pm 0,896$ puan, kanseri hastası olmayanlar $2,608\pm 0,916$ puan almışlardır. Bu farklılık anlamlı bulunmuştur ($t=7,616$; $p=0,000<0,05$). Kanseri hastası ve yakınları, kanseri hastası olmayanlara göre hastalık hakkında daha fazla bilinçliliğe sahiptirler.

Moral ve Desteğin Önemi boyutunda kanseri hastası ve yakınları $4,292\pm 0,645$ puan, kanseri hastası olmayanlar $4,269\pm 0,743$ puan almışlardır. Bu farklılık anlamlı bulunmuştur ($t=0,529$; $p=0,597<0,05$). Moral ve Desteğin Önemi alt faktöründe, karşılaştırma yapılan bu iki gruba göre istatistiki olarak anlamlı farklılıklar elde edilememiştir.

Tedaviyi Mümkün Görme boyutunda kanseri hastası ve yakınları $4,150\pm 0,725$ puan, kanseri hastası olmayanlar $3,932\pm 0,875$ puan almışlardır. Bu farklılık anlamlı bulunmuştur ($t=4,299$; $p=0,000<0,05$). Kanseri hastası ve yakınları, kanseri hastası olmayanlara göre kanseri hastalığının tedavisinin mümkün olduğunu desteklemişlerdir.

Özetlemek gerekirse; anlamlı farklılık bulunan H_{a1} , H_{a2} , H_{a3} , H_{a4} , ve H_{a6} hipotezleri kabul edilmiştir. H_{a5} hipotezleri ise anlamlı farklılık bulunmadığı için reddedilmiştir.

2.3.2. Kanser Algısı Boyutlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Kanser algısı boyutlarından alınan puanların katılımcıların cinsiyetlerine göre karşılaştırılmasına dair sonuçlar Tablo 17’de gösterilmiştir.

Tablo 17. Kanser Algısı Boyutlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Boyutlar	Cinsiyet	n	Ort. (X)	Std. Sapma (SS)	t	Anlamlılık (p)
Hekimlere Güven Duyma	Kadın	610	3,339	0,786	-1,064	0,287
	Erkek	400	3,395	0,854		
Umutsuzluk ve Güvensizlik	Kadın	610	2,411	0,910	1,408	0,160
	Erkek	400	2,329	0,893		
Kanser Farkındalığı	Kadın	610	4,025	0,683	1,981	0,048*
	Erkek	400	3,938	0,668		
Hastalık Bilinci	Kadın	610	2,875	0,946	2,120	0,034*
	Erkek	400	2,748	0,905		
Moral ve Destegin Önemi	Kadın	610	4,303	0,673	1,269	0,205
	Erkek	400	4,246	0,728		
Tedaviyi Mümkün Görme	Kadın	610	4,091	0,805	2,456	0,014*
	Erkek	400	3,903	0,816		

Kanser algısı boyutlarının cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğinin tespiti için yapılan Bağımsız Örneklem t Testi sonuçlarına göre; kanser algısı boyutlarından *Kanser Farkındalığı*, *Hastalık Bilinci* ve *Tedaviyi Mümkün Görme* boyutlarında anlamlı farklılık bulunmuştur.

Kanser farkındalığı ortalaması kadınlarda 4,025 iken, erkeklerde 3,938 olarak görülmektedir. Test sonuçlarına göre kadınlarla erkekler arasında çıkan bu farklılık, istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,048<0,05$). Kadınlarda kanser farkındalığı düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu söylenebilmektedir ($4,025>3,938$).

Hastalık bilinci ortalaması kadınlarda 2,875 iken, erkeklerde 2,748 olarak belirlenmiştir. Bu farklılık, anlamlı bulunmuştur ($p=0,034<0,05$). Kadınlar için hastalık bilinci düzeyi yüksek çıkmıştır ($2,875 > 2,748$).

Tedaviyi mümkün görme ortalaması kadınlarda 4,091 iken, erkeklerde 3,903 olarak belirlenmiştir. Bu farklılık, anlamlı bulunmuştur ($p=0,014<0,05$). Kadınların tedaviyi mümkün görme yüksek olduğu belirlenmiştir ($4,091 > 3,903$).

2.3.3. Kanser Algısı Boyutlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

Kanser algısı boyutlarının katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırılmasına dair analiz sonucu Tablo 18’de gösterilmiştir.

Tablo 18. Kanser Algısı Boyutlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

Boyutlar	Medeni Durum	n	Ortalama (X)	Std. Sapma (SS)	t	Anlamlılık (p)
Hekimlere Güven Duyma	Evli	453	3,445	0,810	2,975	0,003*
	Bekâr	557	3,293	0,811		
Umutsuzluk ve Güvensizlik	Evli	453	2,597	0,920	7,044	0,000*
	Bekâr	557	2,201	0,851		
Kanser Farkındalığı	Evli	453	3,966	0,671	-	0,301
	Bekâr	557	4,011	0,683	1,036	
Hastalık Bilinci	Evli	453	3,006	0,977	5,662	0,000*
	Bekâr	557	2,677	0,866		
Moral ve Desteğin Önemi	Evli	453	4,224	0,715	-	0,019*
	Bekâr	557	4,327	0,677	2,357	
Tedaviyi Mümkün Görme	Evli	453	3,987	0,832	-	0,061
	Bekâr	557	4,083	0,792	1,878	

Kanser algısı faktörlerinin medeni duruma göre farklılık gösterip göstermediğinin tespiti için yapılan Bağımsız Örneklem t Testi sonuçlarına göre; kanser algısı alt boyutlarından *Hekimlere Güven Duyma*, *Umutsuzluk ve Güvensizlik*, *Hastalık Bilinci* ve *Moral ve Desteğin Önemi* boyutlarında anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir.

Hekimlere güven duyma, *umutsuzluk ve güvensizlik* ile *hastalık bilinci* alt boyutlarında evli katılımcıların ortalamaları yüksek iken; *moral ve desteğin önemi* alt boyutunda ise bekâr katılımcıların ortalamaları yüksektir.

Hekimlere Güven Duyma boyutuna verilen cevapların ortalaması evlilerde 3,445 iken, bekârlarda bu ortalama 3,293 olarak görülmektedir. Test sonuçlarına göre istatistiki olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p=0,003<0,05$). Dolayısıyla evlilerin *hekimlere güven duyma* ortalamalarının bekârlara oranla daha yüksek olduğu söylenebilmektedir ($3,445>3,293$).

Umutsuzluk ve Güvensizlik boyutuna verilen cevapların ortalaması evlilerde 2,597 iken, bekârlarda bu ortalama 2,201 olarak görülmektedir. Test sonuçlarına göre istatistiki olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p=0,000<0,05$). Dolayısıyla evlilerin *umutsuzluk ve güvensizlik* ortalamalarının bekârlara oranla daha yüksek olduğu söylenebilmektedir ($2,597>2,201$).

Hastalık Bilinci boyutuna verilen cevapların ortalaması evlilerde 3,006 iken, bekârlarda bu ortalama 2,677 olarak görülmektedir. Test sonuçlarına göre istatistiki olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p=0,000<0,05$). Dolayısıyla evlilerin *hastalık bilinci* ortalamalarının bekârlara oranla daha yüksek olduğu söylenebilmektedir ($3,006>2,677$).

Moral ve Desteğin Önemi boyutuna verilen cevapların ortalaması evlilerde 4,224 iken, bekârlarda bu ortalama 4,327 olarak görülmektedir. Test sonuçlarına göre istatistiki olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p=0,019<0,05$). Dolayısıyla bekârların *moral ve desteğin önemi* ortalamalarının evlilere oranla daha yüksek olduğu söylenebilmektedir ($4,327>4,224$).

2.3.4. Kanser Algısı Boyutlarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması

Kanser algısı ile ilgili boyutların katılımcıların eğitim düzeylerine göre karşılaştırılmasına dair analiz sonucu Tablo 19’da gösterilmiştir.

Tablo 19. Kanser Algısı Boyutlarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması

Ölçek/Alt Faktör	Eğitim Düzeyi	n	X	SS	F	p	Farkın Kaynağı
Hekimlere Güven Duyma	İlkokul	112	3,591	0,736	4,257	0,000*	(İlkokul> Lisans)
	Ortaokul	89	3,451	0,754			
	Lise	245	3,424	0,834			
	Ön Lisans	123	3,369	0,765			
	Lisans	365	3,231	0,823			
	Lisansüstü	76	3,331	0,866			
Umutsuzluk ve Güvensizlik	İlkokul	112	2,958	0,819	23,559	0,000*	(İlkokul>Ortaokul, Lise, Ön Lisans, Lisans, Lisansüstü) (Ortaokul>Önlisans, Lisans, Lisansüstü) (Lise>Lisans, Lisansüstü)
	Ortaokul	89	2,773	0,916			
	Lise	245	2,476	0,935			
	Ön Lisans	123	2,341	0,849			
	Lisans	365	2,125	0,808			
	Lisansüstü	76	2,028	0,824			
Kanser Farkındalığı	İlkokul	112	3,755	0,664	5,972	0,000*	(Lisansüstü>İlkokul) (Lisans>İlkokul) (Ön Lisans>İlkokul) (Lise>İlkokul)
	Ortaokul	89	3,807	0,755			
	Lise	245	4,022	0,669			
	Ön Lisans	123	4,081	0,622			
	Lisans	365	4,018	0,677			
	Lisansüstü	76	4,178	0,607			
Hastalık Bilinci	İlkokul	112	3,145	0,847	4,900	0,000*	(İlkokul>Lisans)
	Ortaokul	89	2,828	1,001			
	Lise	245	2,900	0,964			
	Ön Lisans	123	2,849	0,997			
	Lisans	365	2,680	0,858			
	Lisansüstü	76	2,756	0,972			
Moral ve Desteğin Önemi	İlkokul	112	4,022	0,688	8,954	0,000*	(Ön Lisans>İlkokul) (Lisans>İlkokul) (Lisansüstü>İlkokul)
	Ortaokul	89	4,148	0,760			
	Lise	245	4,171	0,704			
	Ön Lisans	123	4,333	0,728			
	Lisans	365	4,422	0,615			
	Lisansüstü	76	4,407	0,738			
Tedaviyi Mümkün Görme	İlkokul	112	3,827	0,866	6,240	0,000*	(Ön Lisans>İlkokul) (Lisans>İlkokul) (Lisansüstü>İlkokul) (Ön Lisans>Ortaokul) (Lisans>Ortaokul) (Lisansüstü>Ortaokul)
	Ortaokul	89	3,794	0,834			
	Lise	245	3,991	0,796			
	Ön Lisans	123	4,254	0,718			
	Lisans	365	4,089	0,801			
	Lisansüstü	76	4,219	0,802			

Kanser algısı boyutlarının, eğitim durumuna göre farklılık gösterip göstermediğinin tespiti için yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçlarına göre; kanser algısı alt faktörlerinin tümünde anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p<0,05$).

Anlamlı farklılık çıkan grupların tespit edilmesi amacıyla çoklu karşılaştırma testlerinden önce uygun analizin yapılabilmesi için normal dağılımları test edilmiştir. Ele alınan grupların kendi ortalamasından sapmalarının mutlak değerlerine varyans analizinin uygulanması esasına dayanan (Mendeş, 2003: 144) Levene istatistiklerine göre gruplar arasında varyans homojenliğinin bulunduğu belirlenmiştir.

Çoklu karşılaştırmaların yapılmasında, eşit varyans varsayımını dikkate alan testlerden biri olan Bonferroni Çoklu Karşılaştırma Testi sonuçları dikkate alınmıştır. Student t istatistiği üzerine kurulu olan Bonferroni metodu, yaygın kullanılan çoklu karşılaştırma testlerinden biri olup “eşit örneklem sayısı” ilkesini gerektirmemektedir (Kayri, 2009: 54). Bonferroni testine göre farklılık çıkan gruplara Tablo 28’deki “farkın kaynağı” sütununda yer verilmiştir.

Tablo 19 dikkate alındığında, *Hekimlere Güven Duyma* boyutunda ortalama değerleri ilkokul mezunlarında 3,591 iken, lisans mezunlarında 3,231 olarak bulunmuştur. Ortalamaların istatistiki olarak farklı çıktığı gruplar Bonferroni testine göre yalnızca ilkokul ve lisans mezunları olarak tespit edilmiştir. Anlamlı farklılık çıkan bu gruplar dikkate alındığında; ilkokul mezunu bireylerin, lisans mezunu bireylere göre *hekimlere güven duyma* ortalamalarının daha yüksek olduğu istatistiki olarak ortaya konulmuştur ($3,591>3,231$).

Umutsuzluk ve Güvensizlik boyutunda ortalama değerleri ilkokul mezunlarında 2,958 iken, ortaokul mezunlarında 2,773, lise mezunlarında 2,476, ön lisans mezunlarında 2,341, lisans mezunlarında 2,125 ve lisansüstü mezunlarında 2,028 olarak bulunmuştur. Bonferroni testine göre yapılan istatistikler de grupların ortalamalarının farklı bulunduğu, ilkokul mezunu bireylerin, ortaokul, lise, ön lisans, lisans ve lisansüstü mezunu bireylere göre *umutsuzluk ve güvensizlik* ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($2,958>2,773>2,476>2,341>2,125>2,028$). Ayrıca ortaokul mezunu bireylerin ön lisans, lisans ve lisansüstü mezunu bireylere göre *umutsuzluk ve güvensizlik* ortalamalarının daha yüksek olduğu istatistiki olarak ortaya konulmuştur ($2,773>2,341>2,125>2,028$). Yine lise mezunu bireylerin lisans

ve lisansüstü mezunu bireylere göre *umutsuzluk ve güvensizlik* ortalamalarının daha yüksek olduğu istatistiki olarak ortaya konulmuştur ($2,476 > 2,125 > 2,028$).

Kanser Farkındalığı boyutunda ortalama değerleri lisansüstü mezunlarında 4,178, lisans mezunlarında 4,018, ön lisans mezunlarında 4,081, lise mezunlarında 4,022, ortaokul mezunlarında 3,807 iken ilkokul mezunlarında 3,755 olarak bulunmuştur. Ortalamaların istatistiki olarak farklı çıktığı gruplar Bonferroni testine göre yalnızca ilkokul ile lisansüstü, lisans, ön lisans, lise ve ortaokul mezunları olarak tespit edilmiştir. Anlamlı farklılık çıkan bu gruplar dikkate alındığında; lisansüstü, lisans, ön lisans, lise ve ortaokul mezunu bireylerin, ilkokul mezunu bireylere göre *kanser farkındalığı* ortalamalarının daha yüksek olduğu istatistiki olarak ortaya konulmuştur ($4,178 > 3,755$; $4,018 > 3,755$; $4,081 > 3,755$; $4,022 > 3,755$; $3,807 > 3,755$).

Hastalık Bilinci boyutunda ortalama değerleri lisans mezunlarında 2,680 iken, ilkokul mezunlarında 3,145 olarak bulunmuştur. Ortalamaların istatistiki olarak farklı çıktığı gruplar Bonferroni testine göre yalnızca ilkokul ve lisans mezunları olarak tespit edilmiştir. Anlamlı farklılık çıkan bu gruplar dikkate alındığında; ilkokul mezunu bireylerin, lisans mezunu bireylere göre *hastalık bilinci* ortalamalarının daha yüksek olduğu istatistiki olarak ortaya konulmuştur ($3,145 > 2,680$).

Moral ve Desteğin Önemi boyutunda ortalama değerleri ön lisans mezunlarında 4,333, lisans mezunlarında 4,422, lisansüstü mezunlarında 4,407 iken, ilkokul mezunlarında 4,022 olarak bulunmuştur. Ortalamaların istatistiki olarak farklı çıktığı gruplar Bonferroni testine göre yalnızca ilkokul ile ön lisans, lisans ve lisansüstü mezunları olarak tespit edilmiştir. Anlamlı farklılık çıkan bu gruplar dikkate alındığında; lisansüstü, lisans ve ön lisans mezunu bireylerin, ilkokul mezunu bireylere göre *moral ve desteğin önemi* ortalamalarının daha yüksek olduğu istatistiki olarak ortaya konulmuştur ($4,333 > 4,022$; $4,422 > 4,022$; $4,407 > 4,022$).

Tedaviyi Mümkün Görme boyutunda ortalama değerleri ön lisans mezunlarında 4,254, lisans mezunlarında 4,089, lisansüstü mezunlarında 4,219 iken ilkokul mezunlarında 3,827 olarak bulunmuştur. Ortalamaların istatistiki olarak farklı çıktığı gruplar Bonferroni testine göre yalnızca ilkokul ile ön lisans, lisans ve lisansüstü mezunları olarak tespit edilmiştir. Anlamlı farklılık çıkan bu gruplar

dikkate alındığında; ön lisans, lisans ve lisansüstü mezunu bireylerin, ilköğretim mezunu bireylere göre *tedaviyi mümkün görme* ortalamalarının daha yüksek olduğu istatistiki olarak ortaya konulmuştur (4,254>3,827; 4,089>3,827; 4,219>3,827). Aynı zamanda *Tedaviyi Mümkün Görme* boyutunda ortalama değerleri ön lisans mezunlarında 4,254, lisans mezunlarında 4,089, lisansüstü mezunlarında 4,219 iken ortaokul mezunlarında 3,794 olarak bulunmuştur. Anlamlı farklılık çıkan bu gruplar dikkate alındığında; ön lisans, lisans ve lisansüstü mezunu bireylerin, ortaokul mezunu bireylere göre *tedaviyi mümkün görme* ortalamalarının daha yüksek olduğu istatistiki olarak ortaya konulmuştur (4,254>3,794; 4,089>3,794; 4,219>3,794).

2.3.5. Kanser Algısı Boyutlarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Kanser algısı ile ilgili boyutların katılımcıların çalışma durumlarına göre karşılaştırılmasına dair analiz sonuçları Tablo 20’de gösterilmiştir.

Tablo 20. Kanser Algısı Boyutları Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Ölçek/Alt Boyutları	Çalışma Durumu	n	Ortalama (X)	Std. Sapma (SS)	F	Anlamlılık (p)	Farkın Kaynağı
Hekimlere Güven Duyma	Emekli	87	3,406	,793	6,658	0,000*	(Ev hanımı > Öğrenci)
	Ev Hanımı	162	3,510	,757			
	Öğrenci	241	3,172	,782			
	Çalışan	520	3,395	,835			
Umutsuzluk ve Güvensizlik	Emekli	87	2,496	,877	33,522	0,000*	(Ev hanımı> Emekli, Çalışan, Öğrenci)
	Ev Hanımı	162	2,957	,826			
	Öğrenci	241	2,118	,804			
	Çalışan	520	2,299	,898			
Kanser Farkındalığı	Emekli	87	3,803	,676	9,733	0,000*	(Çalışan>Emekli, Ev hanımı)
	Ev Hanımı	162	3,821	,699			
	Öğrenci	241	3,958	,695			
	Çalışan	520	4,090	,647			
Hastalık Bilinci	Emekli	87	3,066	,746	27,016	0,000*	(Emekli, Ev Hanımı, Çalışan>Öğrenci)
	Ev Hanımı	162	3,262	,916			
	Öğrenci	241	2,477	,810			
	Çalışan	520	2,809	,951			
Moral ve Desteğin Önemi	Emekli	87	4,043	,710	7,372	0,000*	(Öğrenci>Emekli) (Çalışan>Emekli)
	Ev Hanımı	162	4,152	,695			
	Öğrenci	241	4,378	,639			
	Çalışan	520	4,315	,706			
Tedaviyi Mümkün Görme	Emekli	87	4,034	,764	4,188	0,006*	(Çalışan>Ev hanımı)
	Ev Hanımı	162	3,884	,911			
	Öğrenci	241	3,976	,854			
	Çalışan	520	4,119	,756			

Kanser algısı boyutlarının, katılımcıların çalışma durumuna göre farklılık gösterip göstermediğinin tespiti için yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçlarına göre, kanser algısı alt faktörlerinin tümünde anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p<0,05$).

Anlamlı farklılıklar çıkan grupların tespit edilmesi amacıyla çoklu karşılaştırma testlerinden önce uygun analizin yapılabilmesi için normal dağılımları test edilmiştir. Levene istatistiklerine göre gruplar arasında varyans homojenliğinin bulunmadığı belirlenmiştir. Çoklu karşılaştırmaların yapılmasında eşit olmayan varyans ve eşit olmayan örnek boyutları için tasarlanan Games-Howell Çoklu Karşılaştırma Testi sonuçları dikkate alınmıştır. Bu teste göre farklılık çıkan gruplara Tablo 31'deki "farkın kaynağı" sütununda yer verilmiştir.

Tablo 20 dikkate alındığında, Hekimlere Güven Duyma boyutunda ortalamaların istatistiki olarak farklı çıktığı gruplar ev hanımı ve öğrenciler olarak tespit edilmiştir. Ortalama değerleri ev hanımları ve öğrencilerde sırasıyla 3,510 ve 3,172 olarak bulunmuştur. Ev hanımlarının öğrencilere göre hekimlere güven duyma boyutundaki ortalamalarının daha yüksek olduğu istatistiki olarak ortaya konulmuştur ($3,510>3,172$).

Umutsuzluk ve Güvensizlik boyutunda: Ev hanımı ile emekli, çalışanlar ve öğrenciler olarak tespit edilmiştir. Ortalama değerleri ev hanımları, emekliler, çalışanlar ve öğrencilerde sırasıyla 2,957; 2,496; 2,299 ve 2,118 olarak bulunmuştur. Ev hanımlarının emeklilere, çalışanlara ve öğrencilere göre umutsuzluk ve güvensizlik boyutundaki ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($2,957>2,496$; $2,957>2,299$; $2,957>2,118$).

Kanser Farkındalığı boyutunda: Çalışan ile emekli ve ev hanımı olarak tespit edilmiştir. Ortalama değerleri çalışanlar, emekliler ve ev hanımları sırasıyla 4,090, 3,803 ve 3,821 olarak bulunmuştur. Çalışanların emeklilere ve ev hanımlarına göre kanser farkındalığı boyutundaki ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($4,090>3,821$; $3,803>3,821$).

Hastalık Bilinci boyutunda: Emekli, ev hanımı, çalışanlar ile öğrenciler olarak tespit edilmiştir. Ortalama değerleri emekli, ev hanımları, çalışanlar ve öğrencilerde sırasıyla 3,066; 3,262; 2,809 ve 2,477 olarak bulunmuştur. Emeklilerin,

ev hanımlarının, çalışanların öğrencilere göre hastalık bilinci boyutundaki ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($3,066 > 2,477$; $3,262 > 2,477$; $2,809 > 2,477$).

Moral ve Desteğin Önemi boyutunda: Öğrenciler ile emekliler ve çalışanlar ile emekliler olarak tespit edilmiştir. Ortalama değerleri öğrenciler, emekliler ve çalışanlar sırasıyla 4,378; 4,043 ve 4,315 olarak bulunmuştur. Öğrencilerin emeklilere ile çalışanların emeklilere göre moral ve desteğin önemi boyutundaki ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($4,378 > 4,043$; $4,315 > 4,043$).

Tedaviyi Mümkün Görme boyutunda: Ev hanımı ve çalışanlar olarak tespit edilmiştir. Ortalama değerleri ev hanımları ve çalışanlar sırasıyla 3,884 ve 4,119 olarak bulunmuştur. Çalışanların ev hanımlarına göre tedaviyi mümkün görme boyutundaki ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($4,119 > 3,884$).

Kanser algısı boyutlarından alınan puanlar katılımcıların sağlık güvencesi durumuna göre karşılaştırılmıştır. Tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre, kanser algısına ilişkin faktörlerin ortalama değerleri, sağlık güvencesi durumuna göre farklılık göstermemiştir ($p > 0,05$). Dolayısıyla anlamlı farklılık bulunmayan bu hipotez testinin sonuçlarına detaylı bir şekilde yer verilmemiştir.

Kanser algısı boyutlarından alınan puanlar katılımcıların en uzun süre yaşadıkları yerlere göre karşılaştırılmıştır. Tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre, kanser algısına ilişkin faktörlerin ortalama değerleri, en uzun süre yaşanan yere göre farklılık göstermemiştir ($p > 0,05$). Dolayısıyla anlamlı farklılık bulunmayan bu hipotez testinin sonuçlarına detaylı bir şekilde yer verilmemiştir. Araştırmaya ait hipotezlerin kabul/red durumları Tablo 21’de özetlenmiştir.

TARTIŞMA

Çalışmada, istatistiksel analizler sonucu elde edilen bulgular tartışılarak “bireylerin kanser hastalığına ilişkin algısı” ve benzer nitelikteki çalışmalarla elde edilen bu bulguların karşılaştırılması yapılacaktır.

Mumcu (2014) yılında yaptığı çalışmada, araştırma grubundaki bireylere kanser ile ilgili bilgileri edindikleri kaynakların neler olduğunu incelemiştir. Çalışmanın sonucuna göre araştırma grubundaki bireylerin kanser ile ilgili bilgi edindikleri kaynaklar arasında birinci sırada televizyon programları, ikinci sırada arkadaş-komşu ve üçüncü sırada hekim yer almaktadır. Bu çalışmada ise kanser hastalığı hakkında bilginin kaynağı ile ilgili bilgiler Tablo 13’de verilmiştir. Kanser hastası ve yakınlarının kanser hakkında nasıl bilgi edindiklerine ilişkin verilerde ise ailesinde kanser hastası olduğundan dolayı bilgi edindikleri belirlenmiştir. Kanser hastası olmayan bireyler ise kanser hakkındaki bilgileri televizyon programlarından öğrenmiştir.

Açıkgöz ve ark. (2014: 149) yaptıkları çalışmada da katılımcıların %90.8’inin sigaranın kansere neden olan etkenler arasında birinci sırada olduğunu ifade ettikleri belirtilmiştir. Bu çalışmanın bir başka bulgusu da kanser hastası yakınlarının kansere sebep olan faktörleri sıralamaları istenmiştir. Bu çalışmada yer alan Tablo 14’deki bulgulara göre birinci sırada sigara içmek (%98.20), ikinci sırada Genetiği Değiştirilmiş Organizmalı (GDO) besinlerin kullanımı ve stresli yaşam (%91.63), üçüncü sırada ise yetersiz meyve ve sebze tüketimi (%86.25) yer almıştır.

Scharloo ve arkadaşlarının (2010: 1137–1145) baş ve boyun bölgesinde ortaya çıkan kanserli hastaların, hastalığın negatif sonuçlarına ilişkin algılarının yüksek olduğunu bildirmiştir. Çağımızın önde gelen sağlık sorunlarından birisi olan kanser hastalığının, çaresizlik ve belirsizlik içeren, ağrı ve acılı bir süreci yaşayarak ölümü çağrıştıran ciddi ve kronik bir hastalık olarak algılanmaktadır. Bu çalışmanın umutsuzluk ve güvensizlik boyutunda yer alan sekizinci cümlesi olan ‘Kanser ve ölüm aynıdır.’ ifadesi ile Scharloo ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmadaki kanser hakkındaki ana düşünce olan kanserin ölümü çağrıştırması ile uyumludur.

Literatürde yer alan çalışmalar arası karşılaştırma yapılmak istenirse anket ölçeklerinin literatürdeki ifade ediliş şekilleri de incelenebilir. Örneğin; Susuz'un (2020: 65) çalışmasında Kanser Damga Ölçeği'nin altı faktörlü yapısı, ciddiyet boyutu içinde 'Kansere yakalanmak, kendini zihinsel olarak ölüme hazırlamak zorundasın demektir' ifadesi yer almaktadır. Kanser algısı anketinde ise bu soruya iki soru eş değerdedir. Bu çalışmada umutsuzluk ve Güvensizlik boyutu içerisinde yer alan 'Kanser ve ölüm aynıdır.' ve 'Kanser çaresiz bir hastalıktır.' Farklı şekilde ifade edilmeye çalışılsa da kanser hastalığı sonuç olarak ölümü çağrıştırmaktadır. Türkçe dil kuralları çerçevesinde incelendiğinde her iki çalışmanın sonucunda araştırma soruları içerisinde çalışmalara değer kattığı söylenebilir.

Ayrıca yukarıdaki çalışmaya bir başka araştırmada ise Gany ve arkadaşlarının (2006) Amerika Birleşik Devletleri'nde beş farklı göçmen grubuyla (Haiti, Karayip, Latin, Kore ve Çin asıllı göçmenler) gerçekleştirdiği çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğu kanser hastalığını, ölüm ve korku ile eşit tutmuştur. Kanser ve ölümü eş görmeye yönelik benzer sonuçlar Gotay ve arkadaşlarının (2004) Amerika ve Japonya örneklemelerini karşılaştırdıkları çalışmada da belirtilmiştir. Japonya'da yaşayan Japon katılımcılar kanseri çoğunlukla ölümle eş olarak görmüşlerdir. (akt. Korkmaz, 2010: 25). Bu bakımdan çalışmada yer alan 'Kanser ve ölüm aynıdır' ifadesi ile kanserle ölümü eş olarak görmüşlerdir.

Tuncay tarafından (2010: 69) yapılan bir araştırmada hastanın psiko-sosyal durumunun iyi oluşu ve hastanın hastalığını tanımasında hekimin önemli bir rolü olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışmada ise hekime güven duyma boyutunda yer alan 'Doktorlara tamamen güvenirim- Hayatımı doktorların eline teslim etmekten hiç endişe duymam- Doktorlar sağlıkla ilgili her konuda dürüsttür- Doktorlar tedavi için ne gerekiyorsa yaparlar- Doktorların kanser türü için en iyi tedavi yöntemini belirleyeceğini düşünüyorum' ifadeleri ile hekimin hastalık sürecinde önemli bir role sahip olduğunu ortaya koymaktadır.

Erdem ve arkadaşlarının (2017: 1) yaptığı bir çalışmada kanser farkındalığı konusunda şu verilere ulaşılmıştır: Araştırmada kadınların kanser hakkında bilgi sahibi olma, kanserden korkma ve kanserden korunmak için önlem alma ile KETEM hakkında bilgi sahibi olma ve kanser taraması yaptırma durumları erkeklere oranla

daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada ise kadınların kanser farkındalığı düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu söylenebilmektedir ($p=0,048<0,05$). Görülmektedir ki; kanser farkındalığı çalışmaları kadınlara yönelik olduğundan dolayı erkekler için kanser farkındalığı çalışmalarının yetersiz kaldığı düşünülebilir.

Balcazar ve arkadaşları tarafından (1995) yaptıkları bir çalışmada, hekim kültür düzeyi düşük olan bireylerde, Meksikalı-Amerikalı kadınların “Kanser olduğum söylenir korkusu ile doktora gitmekten korkuyorum” ifadesinin daha fazla desteklendiğini bulmuşlardır (Korkmaz, 2010: 24). Bu çalışmada ise ‘Hayatımı doktorların eline teslim etmekten hiç endişe duymam.’ ile iki çalışma arasında hekime güven duyulması açısından farklılık söz konusudur. Kanser hastalığı süresince birey hekimine güvenmektedir. Balcazar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada birey hekiminden kanser olduğunu öğreneceğinden endişeli iken bu çalışmada birey kanser olduğunu öğrense bile hekimine güvendiğini söylemektedir.

Guam’daki yerli halk ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %76’sının kanser ile ilgili olarak endişe taşıdığı, %64’ünün inancın kanseri tedavi edebileceği yönünde bir tutuma sahip olduğu ve %80’inin sigara içmenin kanser nedeni olduğu bilgisine sahip olduğu; yine katılımcıların çoğunun tıbbi yardım ve tedaviye ilişkin pozitif tutum sergiledikleri sonuçları elde edilmiştir (Korkmaz, 2010: 25). Bu çalışmada ise ‘Kanser tedavisinde kullanılan yöntemler yabancılar tarafından bulunmuştur ve dinim açısından uygulanması günahtır.’ ifadesine göre bireyin inancı gereği tedavi yöntemlerini farklı bir inanca sahip hekim tarafından uygulanması, dinen günah sayılacağından katılımcılar tarafından onaylanmamıştır. Çünkü bu soruya katılımcılar (0,664) puanlama ile ‘hiç katılmıyorum’ düzeyini işaretleyerek Tablo 23’de tedavinin günah olmadığını ve güvensizlik söz konusu olmadığını ifade etmişlerdir.

SONUÇ

Araştırma sonuçlarının daha iyi algılanabilmesi amacıyla araştırmanın başında kurulan tüm hipotezlerin çerçevesinde analiz sonuçlarının değerlendirilmesi ve yorumlanması aşağıda yer almıştır.

Bu çalışmada, kanser hastalığı ile ilgili *hekimlere güven duyma* alt boyutu ile ilgili algılar, kanser hastası ve yakınları ile kanser hastası olmayan bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Veri analizi sonuçlarına göre kanser hastası yakını olan grubun hekimlere güven duyma düzeyi, kanser hastası yakını olmayanlara göre daha yüksektir ($t=5,146$; $p=0,000<0,05$). Çünkü kanser hastalığı endişelerle, belirsizliklerle doludur. Hastalık hakkında ne kadar bilgi sahibi olursa da hastalığın seyrinin belirsizlik korkusunun şok etkisi yaratması sebebiyle bu süreçte güvenilecek tek birey hekimdir. Hekim, hastalık hakkında doğru bilgiyi verebilecek, tedavi sürecini düzenleyecek, yol gösterecek bireydir. Bu bağlamda hastalık süresince hastanın psikolojik ve duygusal esenliğinin korunması hastalığın tedavi sürecinde önemli bir etkiye sahiptir. Bireyin ailesi, arkadaşları ve akrabalarından oluşan destek gruplarının göz ardı edilemez katkısı bulunmaktadır. Destek grubunun bir parçası olan hekim hem kanserli hastayı yönlendirecek hem de bireye hastalık sürecinde ve sonrasında yardımcı olacaktır. Bu süreçte destek grubu lideri hekim, hastanın öz yeterlilik ve kontrol hissini pekiştirmekte, hastanın hastalığını yeneceğine dair güven duyabilmektedir.

Çalışmanın bir başka sonucu ise kanser hastalığı ile ilgili *umutsuzluk ve güvensizlik* alt boyutu ile ilgili algılar kanser hastası ve yakınları ile kanser hastası olmayan bireyler arasında farklılık göstermektedir. Umutsuzluk ve Güvensizlik boyutundaki ortalama puan kanser hastası ve yakınlarında ($2,436 \pm 0,950$), kanser hastası olmayanlar da ise ($2,232 \pm 0,854$) olarak hesaplanmıştır. Gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($t=2,011$; $p=0,045<0,05$). Sonuçlar, kanser hastası ve yakınlarının, kanser hastası olmayanlara göre umutsuzluk ve güvensizlik duyduğunu ortaya koymaktadır. Çünkü kanser tedavi süreçlerinin uzaması ve hastalığın tekrar nüks etmesi bireyleri ve çevresini umutsuzluk ve güvensizliğe düşürebilir.

Bu çalışmanın incelendiği diğer alt boyutu ise kanser hastalığı ile ilgili *kanser farkındalığı* alt boyutu ile ilgili algılar kanser hastası ve yakınları ile kanser hastası olmayan bireyler arasında farklılık göstermektedir. Kanser hastası ve yakınlarının, kanser hastası olmayanlara göre kanser farkındalığının daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır.

Kanser hastalığı ilgili *hastalık bilinci* alt boyutu ile ilgili algılar kanser hastası ve yakınları ile kanser hastası olmayan bireyler arasında farklılık göstermektedir. Kanser hastası ve yakınları, kanser hastası olmayanlara göre hastalık hakkında daha fazla bilinçliliğe sahiptirler. Çünkü kanser hastası yakınları hastalık sürecinde bireye hastalığıyla ilgili yardımcı olmakta ve gelişmeleri beraber takip etmektedirler. Özellikle hastalığının getirdiği yorgunluk, halsizlik, ağrı, acı gibi fiziksel hassasiyetlerden dolayı hasta birey, yaşamını tek başına devam ettirememektedir. Bu süreçte kanserli hasta için aile desteği çok önem taşımaktadır. Kanser yakını olmayan bireyler bu hastalık sürecini anlayabilme ve nasıl davranılacağına dair yeterli bilgiye sahip değildirler. Hastalık sürecini bilmeyip kanser bilincine yeteri kadar sahip değildirler. Kanser hastası veya yakını olmayanlar, “İnsan, başına gelmeyince bilemez” sözünden hareketle sadece meraklarını gidermek için okudukları kitap, dergi, gazetedeki bilgiler çerçevesinde hastalıkla ilgili öğrendikleri kadar bilgiye sahip olacaklardır. Hastalık sürecinin, tedavi yöntemlerinin, sürecin ne tür sonuçları olacağının bilincinde olmadıkları için düzenli kontrollere gitme eğiliminden uzak olacaklardır.

Çalışmanın diğer bir diğer sonucu; moral ve desteğin önemi alt faktöründe, karşılaştırma yapılan kanser hastası yakını ve kanser olmayan bireylerin katılımıyla yapılan görüşmelerde istatistiki olarak anlamlı farklılıklar elde edilememiştir ($t=0,529$; $p=0,597>0,05$). Moral ve Desteğin Önemi boyutuna verilen cevapların ortalaması evlilerde bekârlara bu ortalama düşük değerde olduğu görülmektedir. Test sonuçlarına göre istatistiki olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p=0,019<0,05$). Araştırmanın hipotezini red ettiği moral ve motivasyon boyutu çerçevesinde kanserli hastaların sağlık personelleriyle kurdukları iletişim de onların iyileşmesine, moral ve motivasyonuna destek olduğu düşünülebilir. Bu durumda hemşirelerin güler yüzlü oluşu, hastaya samimi yaklaşımları hasta bireyleri çevreye karşı iyimser ve pozitif bir yapıya kavuşmasını sağlayabilir. Kanser hastası yakınları bu süreçten

etkilendiklerinden dolayı psikolojik desteğe ihtiyaç duyarlar. Bu hastalık karşısında hem hasta hem hasta yakınları da çaresiz kalmaktadırlar. Hasta yakınları, sevdiklerinin tedavi sürecinde acı ve ağrılarına ortak olmakta; endişe, umut ve korkuları beraber yaşamaktadırlar. Birey ve toplum olarak kanser hastalığına karşı önlem alınmaması, yeterli bilgi ve donanıma sahip olunmaması hastalık sürecini zorlaştırmaktadır. Bu sebeple kanser hastalığında moral ve motivasyon önemli görülse de çalışma bunu desteklememektedir.

Çalışmanın bir başka alt boyutu olan kanser hastalığı ile ilgili *tedaviyi mümkün görme* alt boyutu ile ilgili algılar kanser hastası ve yakınları ile kanser hastası olmayan bireyler arasında farklılık göstermektedir. Tedaviyi Mümkün Görme boyutundan kanser hastası ve yakınları ($4,150 \pm 0,725$) puan, kanser hastası olmayanlar ($3,932 \pm 0,875$) puan almışlardır. Gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($t=4,299$; $p=0,000<0,05$). Kanser hastası ve yakınları, kanser hastası olmayanlara göre kanser hastalığının tedavisinin mümkün olduğunu desteklemişlerdir. Kanser tedavi yöntemlerinde günümüzde dünyada ve Türkiye’de kayıtlara geçmiş tedavi yöntemleri uygulanmaktadır. Eş zamanlı olarak dünyada ve Türkiye’de aynı tedavi yöntemlerinin kullanılması bireylerin tedaviyi güvenmesini sağlamaktadır. Ayrıca, kanser hastalığı kişiye özgü bir hastalık olduğundan dolayı tedavi süreçleri bireyden bireye farklılık göstermekte ve tedaviler günden güne sağ kalım oranını arttırmaktadır.

Kanser algısıyla ilgili boyutların seçilmiş (cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve çalışma durumu) değişkenlere göre karşılaştırılması sonucu elde edilen bulgular ise aşağıda yer almıştır.

Hekimlere güven duyma

Çalışmanın bir başka bulgusu da evlilerin, hekimlere güven duyma ortalamalarının, bekârlara göre daha yüksek olduğudur ($p=0,003<0,05$). Evli insanlar gerek kendileri için gerekse aileden bir bireyin hastalanması sonucunda hekimle daha sık yüz yüze gelmektedir. Ev hanımlarının, emekli, çalışanlara ve öğrencilere göre hekimlere güven duyma boyutundaki ortalamalarının daha yüksek olduğu istatistiki olarak ortaya konulmuştur ($p=0,000<0,05$). Bir başka bulguya göre, tüm grupların öğrencilere göre hekimlere güven duyma boyutundaki ortalamalarının daha yüksek

olduğu istatistiki olarak ortaya konulmuştur. Öğrencilerin hekimlere olan güven duygularının araştırılmasının ve çalışmaya katılan öğrencilerin kanser hastalığı ile karşı karşıya kalmamalarının bu süreci etkilediği düşünülmektedir. Hekime güven duymanın yanında, kanser tanısı koyulması endişesi olduğundan birey, hekime gitmekten çekinmektedir.

Çalışmasının bir başka bulgusuna göre de ilkokul mezunu bireylerin; lisans mezunu bireylere göre hekimlere güven duyma ortalamalarının daha yüksek olduğu istatistiki olarak ortaya konulmuştur ($p=0,000<0,05$). Hekimin toplum içindeki statüsünün hekime olan güveni arttırdığı söylenebilir. Hekimlerin uzun yıllar öğrenim görüp, eğitim almaları ve bu alanda ihtisas sahibi olmaları hekime güveni arttırdığı söylenebilir. Ayrıca hekimin bilinirliği, tanınırlığı ve meslek hayatındaki başarıları da hekime olan güveni sağlamaktadır.

Umutsuzluk ve Güvensizlik

Bir başka bulgu da evlilerin umutsuzluk ve güvensizlik ortalamalarının bekârlara göre daha yüksek olduğudur ($p=0,000<0,05$).

Umutsuzluk ve Güvensizlik boyutunda ortalama değerleri ilkokul mezunu bireylerin, ortaokul, lise, ön lisans, lisans ve lisansüstü mezunu bireylere göre umutsuzluk ve güvensizlik ortalamalarının daha yüksek olduğu istatistiki olarak ortaya konulmuştur ($p=0,000<0,05$). Ayrıca ortaokul ve lise mezunu bireylerin, ön lisans, lisans ve lisansüstü mezunu bireylere göre umutsuzluk ve güvensizlik ortalamalarının da daha yüksek olduğu bulunmuştur. Eğitim seviyesi düşük olan ve okuma yazma bilmeyen kadınlar ise tedavi yöntemine dair bilgiye sahip değildirler. Süreçsel olarak kadınlar bu muayene tarzını hiçbir zaman düzenli olarak gerçekleştirmemişlerdir. Eğitim düzeyi düşük kadınların en basit yöntem olan kendi kendini muayene etme yönteminden kaçınmalarının altında kanser hastası olup olmama endişesi yatmaktadır. Bir diğer ifadeyle bireyin kanser hastası olduğunu öğreneceği korkusu, muayeneyi reddetmesi için önemli bir neden olarak görülebilmektedir.

Çalışmanın bulgularından umutsuzluk ve güvensizlik boyutunda ortalamaların istatistiki olarak farklı çıktığı gruplar ev hanımlarının emeklilere, çalışanlara ve öğrencilere göre umutsuzluk ve güvensizlik boyutundaki

ortalamalarının daha yüksek olduğu istatistiki olarak ortaya konulmuştur ($p=0,000<0,05$). Çalışmanın bir başka bulgusuna göre ev hanımı, çalışan ve emeklilerin hastalığa bakış açıları umutsuz olmuştur. Kansere bu üç grup tarafından ölümcül olarak bakılması sebebiyle, tedaviye güven duyulmadığı görülmektedir. Hastalık sürecinin uzaması ve hastalığın tekrar etmesi ile hasta bireyin iyileşmesinde umutsuzluğa ve tedavilere olan güveninin kalmadığını da işaret etmektedir.

Kanser Farkındalığı

Boyutlardan biri olan kanser farkındalığı boyutuna verilen cevapların ortalaması kadınların kanser farkındalığının erkeklere göre yüksek olduğu görülmektedir ($p=0,048<0,05$). Kadınların, kanser hastalığı hakkında Sağlık Bakanlığı tarafından yönetilen erken teşhis ve tarama programları kanser hakkında bilinçlendirmede önemli olduğu düşünülebilir. Kadınlara yönelik yapılan kanser farkındalık programları, KETEM ve Sağlık Bakanlığı politikaların içerisinde ücretsiz muayene imkânları kadınların kanser hakkında bilinçlendirilmeleri konusunda önem taşımaktadır. Kadınlarda görülen kanser türlerinde erken tanının önemi büyüktür. Erken tanı ve teşhis sayesinde kadınlarda görülen kolon, meme, serviks kanserlerinin önüne geçilebilmektedir. Bu kanser türleri hakkında hayatın her anında çeşitli eğitimler verilmelidir. Bu eğitimler ile kanseri erken tanıyan kadınlar erken teşhisle hastalıkla mücadelede güç kazanabilirler.

Kanser Farkındalığı boyutunda ortalama değerleri lisansüstü, lisans, ön lisans, lise ve ortaokul mezunu bireylerin, ilkokul mezunu bireylere göre kanser farkındalığı ortalamalarının daha yüksek olduğu istatistiki olarak ortaya konulmuştur ($p=0,000<0,05$). Kanser Farkındalığı boyutunda çalışanların emeklilere ve ev hanımlarına göre kanser farkındalığı boyutundaki ortalamalarının daha yüksek olduğu istatistiki olarak ortaya konulmuştur ($p=0,000<0,05$). Teknoloji ve bilgi kaynaklarına bağlı olarak eğitim seviyesi yükseldikçe öğrenmenin ve araştırmanın arttığı ve bu doğrultuda kanser hastalığı hakkında bilgi sahibi olmanın kolay olduğudur.

Hastalık Bilinci

Boyutlardan biri olan hastalık bilinci boyutuna kadınların vermiş olduğu cevapların ortalamasının erkeklere göre yüksek olarak görülmektedir. Test

sonuçlarına göre kadınlarla erkekler arasında çıkan bu farklılık, istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,034<0,05$). Dolayısıyla kadınların kanser bilinci düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu söylenebilir. Kadınların erkeklere göre daha fazla hastalık bilincine sahip olmasında kadınların aile fertleri ile olan diyalogları, çevresiyle ilgili olan ilişkileri, çevresinden etkilenmesi ve meraklı bir yapıya sahip olması düşünülebilir.

Hastalık bilinci boyutuna verilen cevapların ortalaması evlilerin, bekârlara göre daha fazla sahip olduğu görülmektedir. Test sonuçlarına göre istatistiki olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p=0,000<0,05$). Dolayısıyla evlilerin hastalık bilinci ortalamalarının bekârlara oranla daha yüksek olduğu söylenebilmektedir. Evlilerin bekârlara göre daha çok tecrübe ve deneyim sahibi olması, bekârlara göre olgun olmaları hastalığa bakış açılarını değiştirebilmektedir. İlkokul mezunu bireylerin, lisans mezunu bireylere göre hastalık bilinci ortalamalarının daha yüksek olduğu istatistiki olarak ortaya konulmuştur ($p=0,000<0,05$). Araştırmada kanser yakınları ve kanser olan bireylerin (101 kişi) ilkökul mezunu olduğu uygulanmış olan anketin verileri içerisinde yer almaktadır. İlkokul mezunu olan 27 birey kanser hastası ve 74 bireyin ise kanser yakınıdır. Bu bağlamda kanser hastası olmak ve kanser yakını olmak kanser hastalığı ile ilgili bilinci arttırmaktadır. Hastalık bilinci boyutunda emekli, ev hanımları, çalışanlar ve öğrencilerde farklılık bulunmuştur. Bu bulgular dikkate alındığında; emeklilerin, ev hanımlarının, çalışanların öğrencilere göre hastalık bilinci boyutundaki ortalamalarının daha yüksek olduğu istatistiki olarak ortaya konulmuştur ($p=0,000<0,05$). Emekliler yaş itibarıyla deneyim ve tecrübeye sahiptirler. Bu sebeple etrafında ya da ailelerinde kanser hastası olmuş olabilir. Bu bakımdan hastalık hakkında bilinçleri olduğu düşünülebilir. Ev hanımlarının ve çalışanların çevresi ile iletişim halinde olması hastalık hakkında daha çok bilgi edinilmesi, hastalığı daha çok öğrenmesi açısından etkili olduğu düşünülebilir.

Moral ve Desteğin Önemi

Dolayısıyla bekârların moral ve desteğin önemi ortalamalarının evlilere oranla daha yüksek olduğu söylenebilmektedir. Moral ve Desteğin Önemi boyutunda ortalama değerleri ilkökul ile ön lisans, lisans ve lisansüstü mezunları olarak tespit edilmiştir. Anlamlı farklılık çıkan bu gruplar dikkate alındığında; lisansüstü, lisans

ve ön lisans mezunu bireylerin, ilkokul mezunu bireylere göre moral ve desteğin önemi ortalamalarının daha yüksek olduğu istatistiki olarak ortaya konulmuştur ($p=0,000<0,05$). Moral ve Desteğin Önemi boyutunun ortalamaların istatistiki olarak farklı çıktığı gruplar öğrenciler ile emekliler ve çalışanlar ile emekliler olarak tespit edilmiştir. Bu bulgular dikkate alındığında; öğrencilerin, emeklilere ile çalışanlara göre moral ve desteğin önemi boyutundaki ortalamalarının daha yüksek olduğu istatistiki olarak ortaya konulmuştur ($p=0,019<0,05$). Araştırmada bekâr grubun daha çok öğrencilerden oluşması aile ile birlikte yaşadıklarından dolayı aldıkları sorumluluklar geleceklerini planlamaya yönelik olması bakımından moral ve motivasyon yönünden güçlü olabilirler. Ayrıca hastalık süreçlerinde hastalarla anne ve babaların ilgilenmesi ve hastanın sorumlulukların taraflarınca alınması bakımından hastayla öğrenciler birbirleriyle iletişimi uzak olabilir. Bu sebeple hastalık gibi morali bozacak ve motivasyonu düşürecek olaylarla karşılaşmayabilirler.

Öğrenciler için en büyük destek aile olarak görülmektedir. Çünkü anne ve baba olmak her şeyi karşılıksız yapmayı gerektirmektedir. Bu nedenle öğrencilerde, ailelerinin kendilerini bırakmayacağı ve her durumda yanlarında düşüncesi güçlü bir destek sağlamaktadır. Olgun yaşlara gelince; bireyler, hastalıktan dolayı aile bireylerinin kendilerini terk edeceğinden ve çevrenin hastalıktan dolayı kendilerini dışlayacağından endişe duymaktadırlar. Kanser hastalığı boşanmalara bile sebep olurken, bu hastalığın hem bağlayıcı hem de ayrılıkçı bir karakteri vardır. Kanseri tanıyan hastanın, ailesiyle diyalogunun bireyin hastalığından dolayı gösterilen ilgiden dolayı yıpranabilmektedir. Psikolojik olarak kendisine acındığını algılayabilmektedir. Bu durumda hasta tedaviyi red edebilmektedir. Çalışmaya katılan katılımcılar da bu hastalık döneminde en büyük destek ve morali ailelerinin verdiğini söylemişlerdir. Bu hastalık sürecinde aile olmanın önemi bir kez daha vurgulanmıştır.

Tedaviyi Mümkün Görme

Boyutlardan biri olan tedaviyi mümkün görme boyutuna verilen cevapların ortalaması kadınların erkeklere göre yüksek olduğu görülmektedir. Test sonuçlarına göre kadınlarla erkekler arasında çıkan bu farklılık, istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,014<0,05$). Dolayısıyla kadınların kanser bilinci düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu söylenebilmektedir. Çünkü kadınların toplumdaki rolü ve statüsü (anne, eş vb.) olması tüm aile fertlerinin sorunlarıyla ilgilenmesi açısından kaçınılmaz bir hal alır. Kadının kollayıcı ve korumacı yapısı bakımından her konu hakkında bilgi sahibi olmaya meyilli olabilirler. Tedaviyi Mümkün Görme boyutunda anlamlı farklılık çıkan bu gruplar dikkate alındığında; ön lisans, lisans ve lisansüstü mezunu bireylerin, ilkokul mezunu bireylere göre tedaviyi mümkün görme ortalamalarının daha yüksek olduğu istatistiki olarak ortaya konulmuştur. Aynı zamanda Tedaviyi Mümkün Görme boyutunda ortalama değerleri ön lisans mezunlarında, lisans mezunlarında, lisansüstü mezunlarında iken ortaokul mezunlarında olarak bulunmuştur. Anlamlı farklılık çıkan bu gruplar dikkate alındığında; ön lisans, lisans ve lisansüstü mezunu bireylerin, ortaokul mezunu bireylere göre tedaviyi mümkün görme ortalamalarının daha yüksek olduğu istatistiki olarak ortaya konulmuştur. Bu gruplar arasında tedaviyi mümkün görmenin eğitim seviyesinin yükselmesine paralel olarak kanser tedavisine yönelik araştırmaların daha fazla yapıp okumaya önem verilmesinden kaynaklanabilir. Kanser hastalığı ile ilgili bilgilerin edinildiği kaynaklar incelendiğinde internet ve dergi, kitap, broşür okumanın Tablo 15’de ilk üç sırada yer alması bu düşüncüyü desteklemektedir.

Araştırma sonuçlarının daha iyi algılanabilmesi amacıyla araştırmanın başında kurulan tüm hipotezlerin sonuçları aşağıda yer almıştır.

Tablo 21. Araştırmaya Ait Hipotezlerin ve Alt Hipotezlerin Test Edilmesi

Araştırmaya Ait Hipotezler	SONUÇ
H₁: Kanser hastası ve yakınları ile kanser hastası olmayan bireyler arasında <i>hekimlere güven duyma</i> alt boyutu ile ilgili algılar farklılık göstermektedir.	KABUL
H₂: Kanser hastası ve yakınları ile kanser hastası olmayan bireyler arasında <i>umutsuzluk ve güvensizlik</i> alt boyutu ile ilgili algılar farklılık göstermektedir.	KABUL
H₃: Kanser hastası ve yakınları ile kanser hastası olmayan bireyler arasında <i>kanser farkındalığı</i> alt boyutu ile ilgili algılar farklılık göstermektedir.	KABUL
H₄: Kanser hastası ve yakınları ile kanser hastası olmayan bireyler arasında <i>hastalık bilinci</i> alt boyutu ile ilgili algılar farklılık göstermektedir.	KABUL
H₅: Kanser hastası ve yakınları ile kanser hastası olmayan bireyler arasında <i>moral ve desteğin önemi</i> alt boyutu ile ilgili algılar farklılık göstermektedir.	RED
H₆: Kanser hastası ve yakınları ile kanser hastası olmayan bireyler arasında <i>tedaviyi mümkün görme</i> alt boyutu ile ilgili algılar farklılık göstermektedir.	KABUL
Araştırmaya Ait Alt Hipotezler	SONUÇ
Ha₇: Kanser algısı alt faktörlerinin ortalaması cinsiyete göre farklılık gösterir.	KABUL
Ha₈: Kanser algısı alt faktörlerinin ortalaması medeni duruma göre farklılık gösterir.	KABUL
Ha₉: Kanser algısı alt faktörlerinin ortalaması eğitim durumuna göre farklılık gösterir.	KABUL
Ha₁₀: Kanser algısı alt faktörlerinin ortalaması çalışma durumuna göre farklılık gösterir.	KABUL
Ha₁₁: Kanser algısı alt faktörlerinin ortalaması sağlık güvencesi durumuna göre farklılık gösterir.	RED
Ha₁₂: Kanser algısı alt faktörlerinin ortalaması en uzun süre yaşanan yere göre farklılık gösterir.	RED

Tablo 21’de kanser yakını ve kanser olmayanlar arasında H₁, H₂, H₃, H₄, H₆ hipotezleri kabul edilmiştir. Bireylerin, hekimlere duyulan güven, umutsuzluk ve güvensizlik, kanser farkındalığı, hastalık bilinci ve tedaviyi mümkün görme alt boyutları arasında farklılıklar tespit edilmiştir. H₅ ana hipotezi reddedildiğinden dolayı, kanser yakını ve kanser olmayan bireyler arasında moral ve desteğin önemi altboyutu açısından farklılıklar söz konusu olmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca çalışmanın alt hipotezleri de Tablo 21’de verilmiştir. Kanser algısı genel düzeyi ortalaması ve alt faktörlerin ortalamasının cinsiyete, medeni duruma, eğitim

durumuna ve çalışma durumuna göre kurgulanan **Ha7**, **Ha8**, **Ha9** ve **Ha10** alt hipotezleri kabul edilmiştir. Bireylerin cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu ve çalışma durumu faktörleri arasında farklılıklar tespit edilmiştir. **Ha11** ve **Ha12** alt hipotezlerinde bireylerin sağlık güvenceleri ile en uzun süre yaşanan yer açısından farklılıklar söz konusu değildir.

ÖNERİLER

Bireylerin kanser hastalığına dair algılarının araştırılmasına yönelik yapılan bu araştırmanın sonucundan elde edilen bulgulardan yola çıkılarak oluşturulan öneriler aşağıda maddeler halinde sunulmuştur:

- Araştırmada ortaya çıkan bulgular Bursa ilinde Osmangazi ilçesinde yaşayan ve ankete gönüllü katılımlar sağlayan bireyleri kapsamaktadır. Çalışma yapılırken merkez ilçe olması açısından merkezde bulunan kişilerin burayı ziyaret etmesi sırasında Bursa'lı olması ya da başka illerden gelmiş bireylerin ayrı ayrı tespiti yapılamadığı için Bursa ilinde yaşayan halkın kanser hastalığına ilişkin algıları ölçülmüştür.
- Araştırma kapsamında yerli halkı ve yerli olmayan Bursa'da yaşayan halk nüfusa kayıtlı olunan yere bağlı olarak gruplar halinde değerlendirilerek farklılık gösterilip gösterilmediği analiz edilebilir. Böylelikle bu çalışmaya iller bazında hatta bölgeler bazında çalışma yapıp karşılaştırma yapılabilir.
- Bundan sonraki yapılacak çalışmalarda tez yazarı tarafından geliştirilen anketin boyutları, ifadeleri geliştirilebilir. Böylece kanser algısını ölçmeye yönelik hazırlanan anket daha fazla konuları inceleyebilecek düzeye ulaşabilir.
- Araştırmada sağlık otoriteleri ve hasta yakınlarından izin alınabilir ise çalışmayı kanser hastaları üzerinde uygulanabilir ve hastaların kanser hastalığı ile algılarını ölçülebilir. Böylelikle hasta bireyin hastalık hakkındaki algıları incelenebilir.
- Araştırma kapsamında oluşturulan her boyut ayrı birer konu olarak kendi içinde derinlemesine incelenebilir. Örneğin, tedaviye güven duyma

boyutunda kanser tedavileri ile ilgili sorular sorulara bireylerin tedavi yöntemlerine olan algıları araştırılabilir.

- Araştırma kapsamında yer alan birinci ve ikinci bölümlerdeki yer alan sağlık politikaları, kanserin tarihçesi, tedavi yöntemleri gibi konular birer araştırma konusu olarak detaylı incelenebilir.
- Kanser boyutlarını etkileyen etmenlerin neler olduğu araştırılabilir. Örneğin moral ve motivasyon desteğinden moral içerisinde yer alan tedavide umut, kanserin ölümcül olması gibi konular araştırılabilir.
- Kanser psikolojik boyutları alt birimlere ayrılıp, kanserde damgalama konusu ile ilgili kanserli hastalar ve kanser olmayan bireyler arasında karşılaştırmalı analizler yapılabilir.
- Araştırma kapsamında nitel çalışılan bu çalışmada nicel çalışmalar da yapılabilir. Özellikle kanserli hastaların yaşamlarından kesitler incelenebilir.
- Bu çalışma genel kanser algısını ölçmekle beraber yüzün üzerinde kanser çeşidi olduğu ve her bir kanser türü araştırma konusu oluşturabilmektedir.
- Kanser hastalığının algısı üzerine çalışılabilecek konular arasında kanser hastalığı ve teknoloji, kanser hastalığı ve sosyal medya, iş yaşamında ve sosyal yaşamda kanser hastası olmak, kanser hastalığı okuryazarlığı, kanser hastalığının normalleşmesi, kanser hastalığı ve etik, beslenme ve kanser enstitüleri, dünyada ve Türkiye’de kanser hastanelerinin özellikleri, hizmet sunumları, fiziksel yapıları gibi birçok başlık altında araştırmalar yapılabilir.

KAYNAKÇA

- Aba, G. (2018), *Sağlık Politikası ve Planlaması*, 1. Baskı, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Açıkgöz, A. Çehreli, R., Ellidokuz, H., (2011), ‘Kadınların Kansere Konusunda Bilgi ve Tutumları ile Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Davranışları’, *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(3): ss.145-154.
- Adak, N. Ö., (2015), *Sağlık Sosyolojisi-Kadın ve Kentleşme*, Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Alim, N. E., (2014), Türkiye’de ve Dünyada Kanser Epidemiyolojisi, T. C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Raporları.
- Alptekin, D., (2005), *Hasta Toplum*, 1. Baskı, Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Alu, A., (2017), ‘Sağlığın Temel Kavramları’, *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(2): ss.32-41.
- Agus, D. B., (2013), *Hastalıkların Sonu*, Çev: Enver Günsel, 1. Baskı, İstanbul: Pegasus Yayınları.
- Akarsu, H., (2013), *Meslek Hastalıkları*, Çasgem, Ankara: Özyurt Matbaacılık, ss.13-40.
- Akdağ, R., (2008), Türkiye Sağlık Dönüşüm Programı ve Sağlık Hizmetleri Değerlendirme Raporu, 1. Baskı, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Akderin, F., (2017), *Platon, Devlet* (Tam Metin), Bütün Yapıtları: 24, İstanbul: Say Yayınları.
- Akhoroz, A., (2012), ‘2000-2010 Yıllarında Türkiye’deki Kanser Hastalığının Kamu Harcamalarındaki Yeri Ve Çeşitli Ülkelerle Karşılaştırılması’, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul, ss.27-36.
- Arah, O.A., Westert, G.P., Hurst, J., Klazinga, N.S.(2006), ‘A Conceptual Framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project’, *International Journal for Quality in Healthcare*, 18(suppl 1):5-1.
- Arıcan, A., (2010), Onkolojide Farmako ekonomik Araştırmalar, III. Tıbbi Onkoloji Kongresi, 24-28 Mart, Antalya.
- Arslan, Ö., Özdemir, L., (2015), ‘Kemoterapiye Bağlı Gelişen Bulantı-Kusmanın Yönetiminde Kullanılan Tamamlayıcı Tedavi Yöntemleri’, *Türk Onkoloji Dergisi*, 30(2) ss.82-89

- Arslan, P., Karaağaoğlu, N., Duyar, İ., Güleç E., (1983), 'Yüksek Öğrenim Gençlerinin Beslenme Alışkanlıklarının Puanlandırma Yöntemi ile Değerlendirilmesi', *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 22(2) ss.195-208.
- Askheim, O. P., (2003), 'Empowerment As Guidance For Professional Social Work. An Act Balancing On A Slack Rope', *European Journal Of Social Work*, 6(3): ss.229-240.
- Aslan, Ö., Sekmen, K., Kömürcü, Ş., Özet, A., (2007), 'Kanserli Hastalarda Umut', *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(2): ss.18-24.
- Aşıkoğlu, M., Kadioğlu, G., Yanık, Ş. (2018), 'İnsan Genom Projesi ve Yeni Bilim Alanları', kisi.deu.edu.tr/userweb/asli.memisoglu/BÖK/8-A-Genom%20projesi-RAPOR.pdf, Erişim Tarihi: 22.09.2018.
- Atıcı, E., (2007), 'Tıp Tarihinde Kanser ve Lösemi', *Türk Onkoloji Dergisi*, 22(4): ss.197-204.
- Avcı, Y. D., (2016), 'Kişisel Sağlık Sorumluluğu', *TAF Preventive Medicine Bulletin* 15(3): ss.259-266.
- Aydemir, Y., (2018), *Kanser Öldürmek İçin Değil, Yaşatmak İçindir: Kanser hastalıklarında Yüzyıllık Yanlışlık*, 2. Baskı, İstanbul: YGY Yayınları
- Aydın Ç., Yılmaz, E., Kiraz, D. A. (2017), 'Elektronik Atıklar Ve Çevre Sağlığı', *Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, Y.2017, C.1, S.1, ss. 39-52.
- Aydoğan, F., Uygun, K., (2017), 'Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler', http://klinikgelisim.org.tr/kg_243/2.pdf Erişim Tarihi: 13.05.2019.
- Aytaç Ö., Kurttaş, M. Ç., (2015), 'Sağlık - Hastalığın Toplumsal Kökenleri ve Sağlık Sosyolojisi', *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 25(1): ss.231-250.
- Bakır, N.O., (2013), Pazarlama Alanında Yapılan Doktora Tezlerinin Kategorik Olarak Değerlendirilmesi (1994-2012), *Marmara Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, Cilt 10, Sayı 40,S.1-13.
- Balçık, P. Y., Şahin, B., Taşkaya S., (2015), 'Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri Maliyet Ve Etkililik Çalışmaları', *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 14(1): ss.55-64.
- Başol, E., Işık, A., (2015), 'Türkiye'de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme ve Öneriler', *IAAOJ-International Academic Online Journal, Social Science*, 2(2): ss.1-26.
- Battal, A., (2008), *Boşanma Sebepleri: Bilimsel Araştırma Projesi Uygulama Sonuçları*, İstanbul: Eflatun Matbaacılık.

- Bayık, A., (1989), ‘Kanser Epidemiyolojisi’, *Ege Üniversitesi, Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 5(3): ss.58-71.
- Baykara, O., (2016), ‘Current Modalities in Treatment of Cancer’, *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3): ss.149-160.
- Baysal, A., (2002), *Beslenme*, Hatiboğlu Yayınevi, Yenilenmiş 9. Baskı, Ankara.
- Beaglehole, R., Bonita R., Kjellstrom T. (1998), *Temel Epidemiyoloji*, (Çev: N. Bilgel), Ankara: Nobel & Güneş Tıp Kitapevi.
- Bilir, N., (2007), Mesleksel Kanserler, A. Murat Tuncer (Editör); *Türkiye’de Kanser Kontrolü*, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, s.181.
- Blair, L., (2014), *Huzur*, (Çev: C. Aral), 2. Baskı, Ankara: Akılçelen Kitapları.
- Bolinger, M., (2018), *Kanser Hakkında Gerçekler-Kanserin Tarihi Tedavisi ve Önlenmesi İle İlgili Bilmeniz Gerekenler*, Salon Yayınları, İstanbul, s.122.
- Bolsoy, N., Sevil, Ü., (2006), ‘Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşimi’, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(3): ss.78-87.
- Browne, K., (2014), *Sosyolojiye Giriş*, (Çev. İ. Kaya), İstanbul: Say Yayınları.
- Burotto M., Manasanch EE, Wilkerson J, Fojo T. Gefitinib and erlotinib in metastatic non-small cell lung cancer: a meta-analysis of toxicity and efficacy of randomized clinical trials. *Oncologist*. 2015;20(4):400-10.
- Büyükgöze, S., Dereli, E., (2020) “Dijital Sağlık Uygulamalarında Yapay Zeka”, *Kırklareli Üniversitesi Teknik Bilimler MYO*, ss.6-7
- https://www.researchgate.net/profile/SelmaBuyukgoze/publication/339091309_Dijital_Saglik_Uygulamalarinda_Yapay_Zeka/links/5e3d4bad458515072d868263/Dijital-Saglik-Uygulamalarinda-Yapay-Zeka.pdf (Erişim Tarihi:21.09.2021).
- Can, A., (2014), *SPSS İle Bilimsel Araştırma Sürecinde Nicel Veri Analizi*, Ankara: Pegem Akademi, s.85.
- Cirhinlioğlu, Z., (2017), *Sağlık Sosyolojisi*, 7. Baskı, Ankara: Nobel Yayınevi.
- Coburn, D., (2011), *Eşitsizlik ve Sağlık, Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları*, (Haz.LeoPanitch - ColinLeys), (Çev: U. Haskan), İstanbul: Yordam Kitap.
- Connor, M., (2002), *Health Behaviors*, http://userpage.fu-berlin_pdf, Erişim Tarihi:20.07.2020.
- Çağlayan, Ç., (2015), *Meslek Hastalıkları Rehberi*, file:///C:/Users/POL37/Downloads/Meslek_Hastalıkları.pdf, (Erişim Tarihi: 29.05.2020).

- Çakır, E.M. (2020), ‘Üçüncü Kuşak Hak Olarak Kalkınma Hakkının Gelişimi ve Sorunları’, *Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi*, Bahar, Cilt:21, Sayı:46, ss.160-177.
- Çalışkan, T., Duran, S., Karadaşı, A., Ergün, S., Tekir, Ö., (2015), ‘Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi’, *KÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 17(1): ss.27-36.
- Çalıştır, B., Dereli, F., Eksen, M., Aktaş, S. (2005), ‘Muğla Üniversitesi Öğrencilerinin Beslenme Konusunda Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi’, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2(2): ss.1-8.
- Çavmak, Ş., Çavmak, D., (2017), ‘Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı’, *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(1): ss.48-57.
- Çelik, Y., (2011), *Sağlık Ekonomisi*, Siyasal Kitabevi: Ankara.
- Çetin, F.E. (2015), ‘Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü Ve Merkez İlçelerin Toplum Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi’, Ankara.
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/mersinsbd/issue/38726/337800>
(Erişim Tarihi:30.07.2020).
- Çetin, M., (2012), Sağlıklı Yaşama ve Korunma Yolları, T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü, AEP Uygulama ve Yaygınlaştırma Projesi, 2.baskı, İstanbul: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Çetin, M., (2019), Sağlıklı Yaşama ve Korunma Yolları, T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü, AEP Uygulama ve Yaygınlaştırma Projesi, 2.baskı, İstanbul: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Çevik, B. A., Pirinççi, E., (2017), ‘Beslenme ve Kanser’, *Fırat Tıp Dergisi*, 22(1): ss.1-7.
- Çivi, S., Kutlu, R., Çelik, H. H., (2011), ‘Kanserli Hasta Yakınlarında Depresyon ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler’, *Gülhane Tıp Dergisi*, 53: ss.248-253.
- Çoban, H., (2009), ‘Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yapılandırılması’, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmış Doktora Tezi), İzmir.
- Dedeli, Ö., Karadeniz, G., (2009), ‘Kanser Ağrısının Kontrolü İle Psikososyal-Spiritüel Modelin Birleştirilmesi’, *Ağrı Dergisi*, 21(2): ss.45-53.

- Demirkan, S.Y., Ersöz, A.G., Ertekin E., Sezgin Ö. (2009), *Boşanma Nedenleri Araştırması*, T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü. Ankara: Avşaroğlu Matbaası.
- Deppe, H. U., (2011), *Sağlık Hizmetlerinin Doğası: Metalaşmaya Karşı Dayanışma, Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları*, (Haz: LeoPanitch–Colin Leys) (Çev: U. Haskan), İstanbul: Yordam Kitap.
- Dinç, A., (2013), ‘Toplumsal Cinsiyet Ve Kadın Sağlığı’, V. Uluslararası Türkiye Eğitim Araştırmaları Kongresi,
- https://www.researchgate.net/publication/310510220_gender_and_women_health_to_plumsal_cinsiyet_ve_kadın_saglığı, Erişim Tarihi: 23.02.2019
- Doğan, Ö. V., (2009), ‘Bir İnsan Hakkı Olarak Sağlık Hakkı ve Uluslararası Dayanakları’, *Sağlık Hukuku Digestası*, ISSN:1309-1735, 1(1): ss.341-379.
- Dunn,J.R., Hayes, M.V., Hulchanski, J.D., Hwang, S.W., Potvin, L. (2006), "Housing as A Soci-Economic Determinant of Health:Findings Of A National Needs, Gaps and Opportunities Assessment" , *Canadian Journal Of Public Health/ Revue Canadienne De Sante'e Publique*, ss.11-15.
- Duyan, V., (2001), ‘Sosyal Desteğin Tanımı, Kaynakları, İşlevsel Boyutları, Yararları’, *Sağlık ve Toplum Dergisi*,18(11): ss.10-18.
- Eke, E., Eroymak, S., (2019), ‘Uluslararası Aktörlerin Küresel Sağlık Politikaları Üzerine Etkileri: Teorik Bir İnceleme’, *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 11(28): ss.388-407.
- Elbi, H., (2001), ‘Kanser ve Depresyon’, *Psikiyatri Dünyası*, 5: ss.5-10.
- Eliott J., Olver I., (2007), ‘Hope And Hoping In The Talk Ofdying Cancer Patients’. *Soc Sci Med*, 64(1), ss.138-149.
- Elmacıoğlu, F., (1995), ‘Klinik Öncesi Tıp Öğrencilerinin ve Yemek Alışkanlıklarının Değerlendirmesi’, *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 24(2): ss.263-271.
- Engin K., Özyardımcı, N., (2000), *Akciğer Kanseri Tanı ve Tedavide Temel İlkeler ve Uygulamalar*, Bursa: Avrupa Tıp Kitapçılık.
- Erdem, S. S., Yılmaz, M., Yıldırım, H., Mayda, A. S., Bolu, F., Durak, A. A., Şener, Ö., (2017), ‘Düzce’de Yaşayanların Kanser ve Kanser Risk Faktörleri Hakkında Bilgi Düzeyi’, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1): ss.1-10.
- Eren, N., (2013), ‘Kişilik Bozukluğu Hastaları ile Çalışmanın Zorlukları ve Kişilik Bozukluğu Hastalarına İlişkin Tutumlar Ölçeklerinin Psikometrik Özellikleri’ *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*, s.197-205, Doi: 10.4274/npa.y7056.

- Ergöktaş, F., (2013), *Kanser*, 1. Baskı, İstanbul: Pia Yayınları.
- Ergün, C., (2003), ‘Sağlıklı Beslenme Kavramı ve Tüketici Algısı Üzerine Bir Araştırma’, Hacettepe üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara.
- Erkal, S.; Coşkun, S. (2010), ‘Bir Hastanede Çalışan Ev İdaresi Personelinin İş Kazası Geçirme Durumunun ve Kazalardan Korunmak İçin Aldıkları Önlemlerin İncelenmesi’, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 13(1).
- Erol, F.U; İşeri, Ö.,(2014), ‘Meme Kanseri Nedeniyle Meme Koruyucu Cerrahi Yapılan Bir Hastaya Roy Uyum Modeline Temellendirilmiş Hemşirelik Yaklaşımı’, *Meme Sağlığı Dergisi* Yıl: 2014 Cilt: 10 Sayı: 3 ISSN: 1306-0945 Sayfa Aralığı: 134 – 140.
- Erözenci, A., (2013), *Bir Türk Filmi Olarak Kanser*, 1. Baskı, İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Ersöz, F., (2008), 'Türkiye ile OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri ve Sağlık Harcamalarının Analizi', *İstatistikler Dergisi*, 2 (2008), ss.95-104.
- Ezgin, R., (1995), ‘İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kavramının İrdelenmesi İle Otomotiv Sanayinde İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Uygulamaları Üzerine Bir Araştırma’, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, p.10-35.
- Fidanoğlu, P., Belde, N., Erdoğan, B., İlk, Ö., Rajabli, F., Özdağ, H., (2014), ‘Genom Projeleri 5N1H: Ne, Nerede, Ne Zaman, Nasıl, Neden Ve Hangi Popülasyonda?’ *Türk Hij. Den. Biyol. Derg.*, 71(1): ss.45-60.
- Fişek, N., (1983), *Halk Sağlığına Giriş*, Ankara Çağ Matbaası, ss.70.-73.
- Gardner, B., Lally, P., Wardle, J. (2012), ‘Making Health Habitual: The Psychology of Habit-Formation" and General Practice’, *British Journal of General Practice*, 62(605): ss.664-666.
- Garibağaoğlu, M., Budak, N., Öner, N., Sağlam, Ö., Nişli, K. (2006), ‘Üç Farklı Üniversitede Eğitim Gören Kız Öğrencilerin Beslenme Durumları ve Vücut Ağırlıklarının Değerlendirmesi’, *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)*, 15(3): ss.173-180.
- Gemalmaz A., Avşar G., (2015), ‘Kanser Tanısı ve Sonrası Yaşananlar: Kalitatif Bir Çalışma’, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12(2): ss.93-98.
- Globacan (2020a), Dünyada Kanser İnsidansı ve Prevalansı (2018), <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2018>. Erişim Tarihi: 28.04.2020

- Globacan (2020b), Dünyada Erkeklerde En Sık Görülen Kansere Türleri (2018), <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2018>. Erişim Tarihi: 28.04.2020
- Globacan (2020c), Dünyada Kadınlarda En Sık Görülen Kansere Türleri (2018), <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2018>. Erişim Tarihi: 28.04.2020
- Globacan (2018), Erkeklerde Kansere Türlerine Göre Ölüm Dağılımı, <http://gco.iarc.fr/today>, Erişim Tarihi: 28.04.2020
- Güleç, G., Büyükkınacı, A. (2011), 'Kansere ve Psikiyatrik Bozukluklar,' *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 3(2): ss.343-367.
- Güler, Ç., Çobanoğlu Z. (1997), Çevre Sağlığı boyutlarıyla Habitat II ve Kent Çevresi, Ankara.
- Gültekin, M., (2014), Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı bünyesinde Ulusal Kansere Enstitüsü ve dünya örnekleri kıyaslaması, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu. <http://www.sdplatform.com/Dergi/813/Turkiye-Saglik-Enstituleri-Baskanligi-bunyesinde-Ulusal-Kansere-Enstitusu-ve-dunya-ornekleri-kiyaslama.aspx>
- Güneral, İ., (2005), *Kanserden Korkma Modası Geçmiş Tedaviden Kork*, 4.Baskı İstanbul: Arma Yayınları.
- Güngör, D., (2016), 'Psikolojide Ölçme Araçlarının Geliştirilmesi ve Uyarlanması Kılavuzu', *Türk Psikoloji Yazıları*, Aralık 2016, 19 (38), 104-112.
- Güngörmüş, Z., (2016), *Halk Sağlığı Hemşireliği*, (Ed: Behice Erci), Ankara: Nobel Tıp Yayınları.
- Gürel,Z., (2021). Rahim Ağzı Kanseri Taraması İnanç Ölçeği'nin (Rakti Ölçeği) Türkçe'ye Uyarlanması Ve Ankara'da Bir Üniversitenin 30 Yaş Ve Üzeri Kadın İdari Personelinin Ulusal Rahim Ağzı Kanseri Tarama Programına Katılımı Ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Danışman: Doç. Dr. Nüket Paksoy Erbaydar, Uzmanlık Tezi, Ankara, s.218.
- Güzel, D., (2013), 'Erzurum İlinde Faaliyet Gösteren Bayan ve Erkek Kuaförlerinin, Ergonomik Çalışma Koşulları, Mesleki Rahatsızlıklar ve İş Memnuniyeti Yönünden İncelenmesi', Atatürk Üniversitesi, *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 17 (3): ss.345-358.
- Hacıhasanoğlu R., Yıldırım A., Karakurt P., Sağlam R., (2011), 'Healthy lifestyle behaviour in university students and influential factors in eastern Turkey', *International Journal of Nursing Practice*, 2011; 17: ss.43-51.
- Irmak, M. K., Bilgin, M. G., Sızlan, A., (2008), 'Hasta Gözüyle Kansere', TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 7(2): ss.167-172.

- İrmey, G., Jordan, A. L. (2008), *Kanser Tedavisinde 110 Yöntem*, (Çev: S. Usta), İstanbul: Gelecek Atölyesi Yayıncılık ve Eğitim Hizmetleri.
- Işıkhan, V., (2007), 'Kanser ve Sosyal Destek', *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 18(1): ss.15-29.
- İleri, H., Seçer, B., Ertaş, H. (2016), 'Sağlık Politikası Kavramı ve Türkiye’de Sağlık Politikalarının İncelenmesi’, Selçuk Üniversitesi, *Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, 12, ss.176-186.
- İlgar, Ş., (2009), *Evlilik Birlikteliğinin Bozulması-Boşanma- Evlilik Okulu*, (Ed. H. Yavuzer), 3. Baskı, İstanbul: Remzi Kitabevi
- İlhan, M. N., Kurtcebe, Z. Ö., Durukan, E., Koşar, L. (2006), 'Temizlik İşçilerinin Sosyodemografik Özellikleri ve Çalışma Koşulları İle İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sıklığı', Fırat Üniversitesi, *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(6), ss.433-439.
- İlman, E. Z., (2015), 'Türkiye’de Meslek Hastalıkları', *Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 1/1: ss.21-36.
- İzmirli, M., (2013), 'Bireysel Tedavi ve Kanser', *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 11(Ek 1/Onkoloji): ss.5-8.
- Kahraman, Ç., (2018), 'Üniversite Öğrencilerinde Beslenme Alışkanlıkları Ve Obezite Riski: Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Örneği', Namık Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Danışman: Doç.Dr.Ayhan Görmüş.
- Kahya, E., (2014), *İbn-İ Sina, El Kanun Fi't-Tıb*, 3. Baskı, Atatürk Kültür Merkezi Yayınları, Ankara.
- Kalaycı, Ş., (2008), *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*, 3. Baskı, Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
- Kanser Dairesi Başkanlığı (2020), <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-anasayfa>, Erişim Tarihi: 03.07.2020.
- Kanser Ulusal Kontrol Planı: 2013-2018 yılı, <https://www.iccp-portal.org>, Erişim Tarihi: 17.04.2019.
- Kanten, S., Kanten, P., (2009), 'Hat Yöneticilerin İnsan Kaynakları Yönetimi Uygulamalarındaki Performansı ile İlişkili Etkenler: Konaklama İşletmelerinde Bir Araştırma', *İ.Ü İşletme İktisadi Enstitüsü Yönetim Dergisi*, 20(63): ss.119-139.
- Kaplan, M., (2010), 'Sağlık ve Kültür’ün Buluştuğu Alan: Tıbbi Antropoloji' *Folklor/Edebiyat Dergisi*, 16(64): ss.225-235

- Kara, Ö., Akdoğan, B. (2013), ‘Hedefe Yönelik Tedavilerde En Sık Görülen Yan Etkiler: Nasıl Yönetilmeli?’, *Üroonkoloji Bülteni*, 12(3): ss.11-14.
- Karabulutlu, Ö., (2009), ‘Kemoterapi Alan Hastalarda Semptom Yönetimi ve Yaşam Kalitesinin Sürdürülmesi’, *U.F.N. Hemşirelik Dergisi*, 17(3): ss.218-225.
- Karadağ, E., (2010), Eğitim Bilimleri Doktora Tezlerinde Kullanılan Araştırma Modelleri: Nitelik Düzeyleri ve Analitik Hata Tipleri, *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, Cilt 16, Sayı 1, Sayfa 49-71.
- Kartal, M., (2006), *Bilimsel Araştırmalarda Hipotez Testleri Parametrik ve Nonparametrik Teknikler*, 3. Basım, Nobel Yayın Dağıtım, İstanbul.
- Kasapoğlu, A., (2008), *Madalyonn İki Yüzü*, Phoenix Yayınevi, Ankara, Ekim, s.44.
- Kaya, M.F., (2013) ‘Sürdürülebilir Kalkınmaya Yönelik Tutum Ölçeği Geliştirme Çalışması’, *Marmara Coğrafya Dergisi*, Sayı: 28, Temmuz - s. 175-193
İSTANBUL – ISSN:1303-2429 E-ISSN 2147-7825
- Kayri, M., (2009), ‘Araştırmalarda Gruplar Arası Farkın Belirlenmesine Yönelik Çoklu Karşılaştırma (Post-Hoc) Teknikleri’, *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(1): ss.51-64.
- Kvale, K., (2007), ‘Do cancer patients always want to talk about difficult emotions? A qualitative study of cancer inpatients communication needs’. *Eur J Oncol Nurs*, Apr. 17[Epub]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17446134/> (Erişim Tarihi: 07.08.2019).
- Kelleci, M., (2005), ‘Kanser Hastalarının Umudunun Geliştirilmesine Yönelik Hemşirelik Girişimleri’, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6: ss.41-47.
- Keser, İ., Özdemir, K., Ertürk, B., Haspolat, M., Duman, T. ve Esmer, M., (2017), ‘Kanser Hastalarına Yönelik Onkolojik Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Ünitesi’nde Sunulan Hizmetlerin Analizi’, *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1): ss.18-27.
- Kılıç, D., (2016), *Halk Sağlığı Hemşireliği*, (Ed. Behice Erci), Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.
- Kılıç, S., Kömürcü, Ş., Rzayev, M., Özet, A., Kır, T., Arpacı, F., Açıkel, C. H., Öztürk, B., Oğur R., Ataergin, S., Kuzhan, O. ve Hasde, M. (2004), ‘Gata Tıbbi Onkoloji Bilim Dalında İzlenen Hastaların Bazı Sosyodemografik Özellikleri ve Tanıları’, *Gülhane Tıp Dergisi*, 46(2): ss.115-124.
- Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK), 6698 sayılı kanun.
- Korkmaz, E., (2010), ‘Kanser ve Kanser Hastalarına İlişkin Tutumların İncelenmesi’, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Yayımlanmamış Yüksek lisans Tezi), İstanbul.

- Kumaş, A., (1996), *Radyoloji*, 2. Baskı, Ankara: Tamer Matbaacılık.
- Kutlar, A., Torun, P., (2017), ‘Türkiye’de Kanserın Ekonomik Maliyetleri’ III. IBANESS Congress Series – Edirne / Turkey III. IBANESS Kongreler Serisi, 04-05-2017, Edirne-Türkiye
- Kutlu, R., Demirbaş, N., Börüban, M. C., Güler, T., (2014), ‘Sigara İçmeye Atfedilebilen Kanser Türleri ve Sosyodemografik Özellikleri’, *Türk Onkoloji Dergisi*, 29(3): ss.81-88.
- Kutluk, T., (2013), ‘Türkiye, Kanserde Önemli Gelişmeler Sağladı’, ONCOLIFE, İstanbul: Promat Basım Yayın.
- Kutluk, T., Kars, A. (1992), Kanser Konusunda Genel Bilgiler, Ankara: Sağlık Bakanlığı, Kanser ve Savaş Daire Başkanlığı Yayını.
- Kuzu, A., (2017), *İbni Sina Çağların Lokman Hekimi Bir Filozof*, 2. Baskı, İstanbul: Palmiye Yayınları, Parola Yayınları.
- Leung, Y. W., Li, M, Devins, G, Zimmermann C, et al. (2013), ‘Routine Screening For Suicidal İntention İn Patients With Cancer’, *Psycho- Oncology*. 22: ss.2537-2545.
- Levinas, E., (2017), *Ölüm ve Zaman*, Çev: Nami Başer 2. Baskı, İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Macdonis, J. J., (2015), *Sosyoloji*, (Çev: V. Akan), 13. Baskı, Ankara: Nobel Yayınları.
- Matematik Araştırma Enstitüsü Baskı Atölyesi (1977), Kanserde Klinik Kemoterapi Kanserle Savaş Ulusal Federasyonu İstanbul.
- Mark, S. R., Frederick, C. A., (2007), *Onkolojik Cerrahi* (Çev: A. Çoker), 2. Baskı, İzmir: Meta Basın Matbaacılık.
- Mendeş, M., (2003), ‘Levene, Bartlett, Neyman-Pearson ve Bartlett 2 Testlerinin 1.Tip Hata Olasılıkları Bakımından Karşılaştırılması’, *Tarım Bilimleri Dergisi*, 9(2): ss.143-146.
- Merdan, A., Avcı, F., (2013), ‘Toplumsal Kanser ve Hematoloji Bilinci’, *Türk Onkoloji Dergisi*, 28(4): ss.150-153.
- Merey, S., Nahcivan, N., (2002), ‘Kadınlarda Meme Kanseri Tarama Davranışları’, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul.
- Muennig, P., Jia, H., Lee, R., Lubetkin, E.(2008), ‘I think therefore I am:Perceived Ideal Weight as a Determinant Of Healhtq’, *American Journal Of Public Health*, (98):3: ss.501-506.

- Muherjee, S., (2012), *Tüm Hastalıkların Şahı*, (Çev. Zeynep Arık Tozar), 1. Baskı, İstanbul: Domingo Yayınevi.
- Mumcu, H., (2014). Kırk Yaş Ve Üzeri Kansere Tanısı Almamış Bireylerin Kansere İlişkin Bilgi, Tutum Ve Davranışları, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Danışman: Prof. Dr. Fevziye Çetinkaya, Doktora Tezi, Kayseri, s.108.
- Nehru, M. R., Singh, P. O., (2008), ‘Nanotechnology and Cancer Treatment’, *Asian J. Exp. Sci.*, 22(2): ss.45-50.
- Nesse, R. M., Williams, G. C. (2015), *Neden Hastalanırsınız?*, (Çev: S. Emre), Battal Çıplak, Ankara: Palme Yayıncılık.
- Onurlubaş, E., (2011), ‘Tüketicilerin Gıda Güvenliği Konusunda Bilinç Düzeyinin Ölçülmesi: Tokat İli Örneği’, Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tarım Ekonomisi Anabilim Dalı, Fen Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmış Doktora Tezi), Tokat.
- Onurlubaş, E., Doğan H.G., Demirkıran S. (2015), ‘Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları’, *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi*, 2015: 32 (3), ss.61-69.
- Oylar, Ö. ve Tekin, İ., (2011), ‘Kanserin Teşhis ve Tedavisinde Nanoteknolojinin Önemi’, *Uludağ Üniversitesi Mühendislik-Mimarlık Fakültesi Dergisi*, 16(1): ss.36-45.
- Öcel H., (2017), ‘Meme kanseri tanısı almış çalışan kadınlarda damgalanma ve bilinçli farkındalık ile psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkiler: psikolojik esnekliğin düzenleyici rolü.’ *Türk Psikoloji Dergisi*, 32(80):116.
- Ölgen, S., Bıçak, I. ve Nebioğlu, D. (2002), ‘Angiogenesis ve Kansere Tedavisinde Yeni Yaklaşımlar’, *Ankara Ecz. Fak. Dergisi*, 31(3): ss.193-214.
- Önder, R., (2014), ‘Sağlık Davranışı ve Etki eden etkenler’, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), Aydın.
- Özcan, A. G., (2007), “Gen Tedavisi ve Biyogüvenlik”, *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 64(1): ss.35-50.
- Özçelik, A. Ö., (2000). ‘Sağlık Personellerinin Beslenme Alışkanlıkları’ <http://static.dergipark.org.tr/articledownload/imported/5000097510/5000090833.pdf>? Erişim Tarihi: 29.05.2020.
- Özdemir, A., (2013), *Yönetim Biliminde İleri Araştırma Yöntemleri ve Uygulamalar*, 3. Baskı, İstanbul: Beta Basım Yayın.
- Özen, S., (1994), ‘Sağlık ve Sosyokültürel Yapı Değişkenleri’, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları, *Sosyoloji Dergisi*, 5: ss.133-145.

- Özenoğlu, A., Yalnız, T., Uzdil, Z., (2018), 'Sağlık Eğitiminin Beslenme Alışkanlıkları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerine Etkisi', *ACU Sağlık Bil. Dergisi*, 2018; 9(3): ss.234-242.
- Özkahraman, Ş., Vural, B. K., Bayık, A. (2006), 'Halk Eğitim Merkezi Kursiyerlerinde Kendi Kendine Meme Muayene Becerisi Geliştirme', *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(4): ss.22-36.
- Özlük, A. A., Oytun, M. G., Günenç, D. (2017), 'Cancer Immunotherapy', *FNG & Bilim Tıp Transplantasyon Dergisi*, 2(1): ss.21-23.
- Öztürk, S., (2016), *Halk Sağlığı Hemşireliği*, (Ed: Behice Erci), Ankara: Nobel Tıp Yayınları.
- Pal, D., Nayak, K. A. (2010), 'Nanotechnology for Targeted Delivery in Cancer' *Archives of Applied Science Research*, 2(2): ss.284-293.
- Pampalon, R., Hamel, D., Alıç, C., Landry, M., (2013), 'A Strategy and Indicators for Monitoring Social Inequalities in Health in Quebec.' https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1929_Strategy_Indicators_Monitoring_Inequalities.pdf, Erişim Tarihi:30.07.2020.
- Phillips, S.P., (2005), 'Defining and Measuring Gender: A Social Determinant of Health Whose Time Has Come', *International Journal for Equity in Health*, 4(1): ss.1-4.
- Salih, A., (2017), *Gerçek Tıp*, 19. Baskı, İstanbul: Sade Hayat Yayınları.
- Scharloo M, Baatenburg de Jong RJ, Langeveld TPM, Velzen-Verkaik E, Akker MD, Kaptein AA. Illness cognitions in head and neck squamous cell carcinoma: predicting quality of life outcome. *Support Care Cancer* 2010;18(9):1137–1145.
- Schreiber, D. S., (2017), *Anti Kanser Yeni Bir Yaşam Tarzı*, 2. Baskı, İstanbul: Varlık Yayınları.
- Sert, E., Yüksel, Ş. B., Sakarya, A. A., Sert, A., Kalaycı, M. Z. (2015), 'Olgu sunumu: Küçük Hücreli Akciğer Kanseri ve Yaş Kupa Terapisi (Hacamat)', *Integr. Tıp Dergisi*, 3(2): ss.26-30.
- Shakarishvili, G., Atın, R., Berman, P., Hsiao, W., Burgess. C., Lansang, M.A.(2010). 'Converging Health Systems Frameworks:Towards A Concepts-to--Actions Roadmap for Health Systems Strengthening in Low And Middle Income Countries', *Global Health Governance*, 3(2).
- Sigerist, H. E., (1932), 'The Historical Development of the Pathology and Therapy of Cancer', <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2096293/?page=1>, Erişim Tarihi: 29.10.2018.

- Sipahioğlu, H., (1981), *Medikal Onkoloji Tedavi Prensipleri ve Protokoller*, Ankara: Öztekin Matbaası.
- Stringhini, S., Dugravot, A., Shipley, M., Goldberg, M., Zins, M., Kivimaki, M., Singh-Manoux, A.(2011), ‘Health behaviours, socioeconomic status, and mortality:further analyses of the British Whitehall II and the French Gazel prospective cohorts’, *Plos Medicine*, 8(2): ss.1-12.
- Sungur, C., (2018), *Sağlık Politikasına Sistemik Bir Yaklaşım*, Siyasal Kitabevi: Ankara, s.182.
- Susuz, Ç., (2020). Kanser Erken Teşhis Ve Tarama Merkezine (Ketem) Başvuran Kadınlarda Kanser Damga Ölçeği’nin Türkçe Geçerlik Ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi Ve İlişkili Faktörlerin Saptanması, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Danışman: Prof. Dr. Ü. Şevkat Bahar Özvarış, Uzmanlık Tezi, Ankara, s.158.
- Sürücüoğlu, M.S., (1999), Beslenme ve Sağlığımız, *Standard*,38(448): ss.40-51.
- Şahin, E., Bayçu, C., Koparal, A. T., Dönmez, D. B., Bektur, N. E., (2015), ‘Mezenşimal Kök Hücre Sitokinlerinin Kanser Hücreleri Üzerine Olumsuz Etkileri’, *Osmangazi Tıp Dergisi*, 37(3): ss.7-12.
- Şakalar, Ç., İzgi, K., Canatan, H., (2013), “Kanser İmmün Terapi ve Monoklonal Antikorlar”, Fırat Üniversitesi, *Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 27(2): ss.105-110.
- Şen, S. ve Altınkaynak, S., (2014), “Genetiği Değiştirilmiş Gıdalar Ve Potansiyel Sağlık Riskleri”, *SAÜ Fen Bil. Dergisi*, 18(1): ss.31-38.
- Şenocak, D., (2018), *Doktorluk Sanatı*, 1. Baskı, İstanbul: Doğan Kitap.
- Tang, T.S., Solon, L.J., Yeh, C.J., Worden, J.K. (1999), The Role of Cultural Variables in Breast Self-Examination and Cervical Cancer Screening Behavior in Young Asian Women Living in the United States, *Journal of Behavioral Medicine*, 22: ss.419-436.
- Tanır, F., Şaşmaz, T., Beyhan, Y., Bilici, S. (2001), ‘Doğankent Beldesinde Bir Tekstil Fabrikasında Çalışanların Beslenme Durumu’, *Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, Temmuz: ss.22-25.
- Tatlı, V., (2015), ‘Kanserin Rengi (Prostat Kanseri Hastalarında Renk Tercihleri, Hastalığın Evresi İle İlişkisi ve Meme İle Akciğer Kanseri Hastalarının Verileri İle Karşılaştırması)’, Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), Manisa.
- Tavşancıl, E., (2002). Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi, Ankara: Nobel Yayınları.

- Tayar, M., Korkmaz, H. N. (2007), *Beslenme, Sağlıklı Yaşam*, Nobel Yayın Dağıtım, 1. Baskı, İstanbul.
- T.C. 1982 Anayasası Kanun Numarası: 2709 Kabul Tarihi: 18/10/1982 Yayımlandığı Resmî Gazete: Tarih: 9/11/1982 Sayı: 17863 (Mükerrer) Yayımlandığı Düstur: Tertip: 5 Cilt: 22 Sayfa: 3.
- T.C. Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, (2018), ‘Meslek Hastalıkları Ve İşle İlgili Hastalıklar Tanı Rehberi’, sayfa:6. (<http://www.isgip.gov.tr/wp-content/uploads/2018/06/MESLEK-HASTALIKLARI-ve-%C4%B0%C5%99ELE-%C4%B0LG%C4%B0L%C4%B0-HASTALIKLAR-TANI-REHBER%C4%B0.pdf>) (Erişim Tarihi: 07.08.2020).
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2018), Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kanseri Dairesi Başkanlığı, 2015 Kanseri İstatistikleri <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri/yillar/1026-2015-y%C4%B1l%C4%B1-t%C3%BCrkiye-kanser-istatistikleri.html>, (Erişim Tarihi: 05.10.2018).
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2015), Türkiye Kanseri İstatistikleri (2015), https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2015.pdf, (Erişim Tarihi: 28.04.2020).
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2013) Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013-2018 Ulusal Kanseri Kontrol Planı, ss.81. https://www.iccpportal.org/system/files/plans/Ulusal_Kanser_Kontrol_Plani_2013_2018.pdf
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2012), Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Değerlendirme Raporu 2003-2011, Ankara: Sağlık Bakanlığı yayını.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2011), Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarına Yönelik Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi Rehberi, Ankara: Deniz Matbaacılık.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2008), Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008, (Çev. A. A. Çakır), Ankara: Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2005). Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi. https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&id=240,
- Tekin, A., (2007), ‘Sağlık-Hastalık Olgusu ve Toplumsal Kökenleri’, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Isparta.
- Toğrul, S.C., (2018). ‘Doğal Afetlerde Sosyal Zarar Görebilirlik Endeksi Değişkenlerinin Temel Bileşenler Analizi Yöntemiyle Değerlendirilmesi: 81 İl Bazında Türkiye Uygulaması’, Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara.

- Tokgöz, P., Ertem M., Çelik F., Gökçe Ş., Şaka G. ve Hatunoğlu R. (1995), 'Üniversitesi Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının Saptanmasına İlişkin Bir Araştırma', *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 24(2): ss.229-238.
- TUİK (2019), <http://www.tuik.gov.tr/Start.do>, Erişim: 05.07.2020.
- TUİK (2017), Kanser Ölüm İstatistik Verileri, Sayı:24. www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2017_24_20170504.pdf, Erişim Tarihi: 28.04.2020.
- TUİK (2017), Kanser Türlerine Göre Ölüm İstatistikleri, Sayı: 24572. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24572>, Erişim: 30.06.2018.
- Tuncay, T., (2009), 'Genç Kanser Hastalarının Hastalık Anlatılarının Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi', *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 20(2): ss.69-87.
- Tuncay, T., (2010), "Kanserle Baş etmede Destek Grupları", *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 21(1): ss.59-71.
- TÜBA Ulusal Kanser Politikaları Çalıştay Raporu (2014), Türkiye Bilimler Akademisi, 27-28 Haziran.
- TÜSEB, 2019-2023 Stratejik Planı. www.tuseb.gov.tr
- Türk, M., (2018), *Yeşil Tüketici*, 1. Baskı, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, http://www.akilcilac.gov.tr/?page_id=81 (Erişim Tarihi: 06.07.2020).
- Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB), <https://www.tuseb.gov.tr/tke/> (Erişim Tarihi: 01.07.2020).
- Uğur, Ö., (2006), 'Onkoloji Hastasına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi', Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İzmir.
- Uyumaz, G., Dirlik, E.M ve Çokluk, Ö. (2016). 'Açımlayıcı faktör analizinde tekrar edilebilirlik: kavram ve uygulama', *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, Cilt 16(2), 659- 675.
- Ülger, E., Alacacıoğlu, A., Gülseren, A. Ş., Zencir, G., Demir, L. ve Tarhan, M. O., (2014), 'Kanserde Psikososyal Sorunlar ve Psikososyal Onkolojinin Önemi', *Dokuz Eylül Tıp Fakültesi Dergisi*, 28(2): ss.85-92.
- Varol Saraçoğlu, G., (2017), NKU TF Halk Sağlığı AD., Mesleksel Kanserler. https://www.tto.org.tr/pdf/mesleksel_kanserler.pdf
- Xiaomei, M., Herbert, Y. (2006), 'Global Burden of Cancer', *Yale Journal of Biology And Medicine*, 79: ss.85-94.

- Wheeler, V., (2003), *Ve Kanser Yenildi*, Çeviren: Mesut Temiz, 1. Baskı, İstanbul: Arma Yayınları.
- WHO, (1981), World Health Organization. Constitution.
- WHO, (1998), World Health Organization.
- Yakar, H. K., Pınar, R., (2013), ‘Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi’ *Hemşirelikte Araştırma Dergisi*, 15(2): ss.1-16.
- Yastıbaş, C., Dirik, G., (2018), ‘Kanser ve Farkındalık Temelli Müdahale Programları: Sistemik Derleme Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar’, *Current Approaches In Psychiatry*, 10(3): ss.375-393.
- Yazıhan, N., Yılmaz, H. H., (2014), ‘Türkiye’de Meme Kanseri: Ekonomik Etkinlik Ve Maliyet Etkililik’, T.C. Sağlık Bakanlığı, Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı Yayınları, 363-380.
- Yener, N., (1973), ‘Meme Kanseri’, *Ankara Hastanesi Dergisi*, 8(1): ss.5-13
- Yıldırım, N., (2011), ‘On Beşinci Yüzyıla Ait Türkçe Cerrahnâmeler’, *Lokman Hekim Journal*, 1(1): ss.19-28.
- Yıldırım, S., (2015), ‘Kanser Tanısı İle İzlenen Hastaların Yakınlarının Kansere İlgili Başvurdıkları Bilgi Kaynaklarının Değerlendirilmesi’, Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), İzmir.
- Yıldız, E., Dedeli Çaydam, Ö., ‘Sistemik Derleme: Kanserli Hastalara Yönelik Damgalama İle İlgili Araştırmaların Sistemik Bir Analizi’, *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 20(1): ss.9-10.
- Yılmaz, E., Özkan S. (2007), ‘Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi’, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt:2, Sayı:6, Sayfa: ss.87-104.
- Yorulmazoğlu, E. İ., (2012), *Çağımızın Hastalığı Kanser Danışma Kılavuzu*, 1. Baskı, İzmir: Etki Yayınevi.
- Yüce, D., (2012), ‘Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi Belirleyicileri’, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara.
- Zengin, N., (2010), ‘Sağlık Hakkı ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu’, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1(1): ss.44-52.

İNTERNET KAYNAKLARI

URL 1 <http://www.ctf.edu.tr/halk/> (Erişim Tarihi:03.06.2019).

URL 2 http://www.unicankara.org.tr/doc_pdf/h_rigths_turkce.pdf,
(Erişim Tarihi: 08.03.2019).

URL 3 http://www.unicankara.org.tr/doc_pdf/metin134.pdf
(Erişim Tarihi: 08.03.2019).

URL 4 www.hasuder.org (Erişim Tarihi: 03.06.2019).

URL 5 Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi
(Ttb.Org.Tr) (Erişim Tarihi: 23.09.2021).

URL 6 <https://en.e-cancer.fr/> (Erişim Tarihi:10.09.2020).

URL 7 <http://www.journalofoncology.org/> (Erişim Tarihi: 06.08.2020).

URL 8 https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/Ulusal_Kanser_Kontrol_Plani_2013_2018.pdf
(Erişim Tarihi:04.01.2020).

URL 9 <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/akciger-kanseri-farkindalik-ayi.html>
(Erişim Tarihi: 06.08.2020).

URL 10 <http://www.tuba.gov.tr/tr/yayinlar/suresiz-yayinlar/raporlar/tuba-ulusal-kanser-politikolari-calistayi-raporu> (Erişim Tarihi: 06.06.2019).

URL 11 [http://www.turkkanser.org/haber/11/tapdk,-tutun-kontrolu-kamuoyu-bilgilendirmesi,-\(pitoc---public-information-tobacco-control\)](http://www.turkkanser.org/haber/11/tapdk,-tutun-kontrolu-kamuoyu-bilgilendirmesi,-(pitoc---public-information-tobacco-control))
(Erişim Tarihi: 30.06.2018).

URL 12 <http://www.turkkanser.org/icerik/14> (Erişim Tarihi:20.09.2021).

URL 13 <http://www.losev.org.tr> (Erişim Tarihi:20.09.2021).

URL 14 <http://www.tuba.gov.tr/files/yayinlar/raporlar/T%C3%9CBA-Ulusal%20Kanser%20Politikalar%C4%B1%20%C3%87al%C4%B1%C5%9Ftay%C4%B1%20Raporu.pdf> (Erişim Tarihi: 04.08.2020).

URL 15 <https://www.news-medical.net/health/Cancer-History.aspx?fbclid=IwAR14oIzFP54vEMkYbMapP2wZxKPTchNEGVs8y0TY6o2bHJ2Tom6-v9ku0s>,
(Mandal, A., ‘Cancer History’) (Erişim Tarihi: 29.10.2018.)

URL 16 <http://www.agos.com.tr/tr/yazi/11452/en-acimasiz-dusmanin-tarihi>

(Erişim Tarihi: 20.09.2021)

URL 17 <https://www.losev.org.tr/v6/sayfa/losemi-nedir-31>

(Erişim Tarihi:21.06.2021)

URL 18 <http://www.kanservakfi.com/kanser-turleri-96.html>,

(Erişim Tarihi: 05.10.2018)

URL 19 https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1

(Erişim Tarihi: 06.08.2020).

URL 20 https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/sunular/ulusal_kanser_haftasi_2018/Dr._Dyt._NURAL_ERZURUM_ALiM.pdf

(Erişim Tarihi: 28.04.2020)

URL 21 www.kanser.gov.tr (Erişim Tarihi: 06.06.2019).

EKLER

EK 1. Çalışma İzin Formu

	T.C. OSMANGAZİ KAYMAKAMLIĞI İlçe Emniyet Müdürlüğü	
Sayı : 34779337 -78214-(91244)-E.2019121010360120745		10.12.2019
Konu : Tez Çalışması (Anket Uygulama)		
DAĞITIM YERLERİNE		
İlgi : Osmangazi Kaymakamlığı'ndan 04.12.2019 tarih ve 10056 sayılı havaleti dilekçe. İlgi sayılı havaleti dilekçe ile; Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Sağlık Kurumları Yönetim Bölümünde doktora öğrencisi Uzm. Aslı KAYA tarafından "Türkiye'de Kanser Olgusu ve Bireylerin Kansere Tedavi Yöntemlerine İlişkin Algıları" isimli tez çalışmasının anket uygulamasına kafeler, sokak parklar, kurum ve kuruluşlar gibi açık alanlarda yapmak için gerekli izinlerin verilmesi istenilmiştir. Söz konusu tez çalışması sırasında çevreye rahatsızlık vermeden ve ilgili kurumların da onayını alarak yürürlükteki mevzuatlara uymak kaydı ile yapılmasında İlçe Emniyet Müdürlüğümüzce emniyet ve asayiş yönünden sakıncanın bulunmadığı, anket uygulaması sırasında gerekli kolaylığın sağlanması ve herhangi bir aksaklığa meydan verilmemesi hususunu; Arz ve rica ederim. Cem BAL İlçe Emniyet Müdürü 3. Sınıf Emniyet Müdürü E-İMZA LI		
Ek : Dilekçe.pdf Dağıtım : Gereği : Çarşı Polis Merkezi Amirliği, Çekirge Polis Merkez Amirliği, Merinos Polis Merkezi Amirliği, Emek Polis Merkezi Amirliği, Demirtaş Polis Merkezi Amirliği, Bağlarbaşı Polis Merkezi Amirliği, Devriye Ekipleri Amirliği Bilgi : Güvenlik Şube Müdürlüğü, Asayiş Şube Müdürlüğü Syn: Uzm.Aslı KAYA(Dilekçe Sahibi)		
Bu belgenin adı: 3070 sayılı Elektronik İmza Kanunu gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. Eviniz doğrularını http://bursa.egm.gov.tr adresinden 2019121010360120745 kodu ile doğrulayabilirsiniz.		
Adres : Akademi Mahallesi Osmangazi Yolu Caddesi 2. Çimen Sokak No: 86 Osmangazi/BURSA	Ayrıntılı Bilgi : 187248	
Telefon/Fax : e-posta : 187248@egm.gov.tr	Uzman : Polis Memuru Elektronik Ağ : www.bursa.pol.tr	

KANSER HASTALIĞI BİLGİ ANKETİ

Anket No:.....

Bu anket, 'Bireylerin Kanser Hastalığına İlişkin Algıları'nı araştırmak amacıyla geliştirilmiştir. Anketlerden elde edilecek bilgiler bu alandaki çalışmalara ışık tutacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Sorulara vereceğiniz cevaplar ne kadar objektif olursa araştırma sonucu da o ölçüde doğru olacaktır. Gösterdiğiniz ilgiden dolayı teşekkür ederim. Bu çalışma Doktora öğrencisi Aslı KAYA tarafından yürütülmektedir. İlginizden dolayı teşekkür ederim (İletişim için:

1. BÖLÜM: DEMOGRAFİK BİLGİLER**1. Yaşınız:.....****2. Cinsiyetiz:**

1. Kadın () 2. Erkek ()

3. Medeni Durumunuz:

1. Evli () 2. Bekâr () 3. Diğer ()

4. Eğitim Durumunuz:

1. İlkokul () 2. Ortaokul () 3. Lise () 4. Önlisans ()
5. Lisans () 6. Yüksek Lisans () 7. Doktora ()
8. Diğer () Lütfen belirtiniz

5. Mesleğiniz:**6. Sağlık Güvenceniz:** 1. SGK () 2. Yeşil Kart () 3. Özel () 4. Yok ()**7. Aylık geliriniz:**..... TL**8. Yaşamınızın en uzun süre geçtiği yer:** 1. Kent () 2. İlçe () 3. Köy ()**2. BÖLÜM: KANSER HASTALIĞI İLE İLGİLİ BİLGİLER****9. Herhangi bir şikâyetiniz olmadan düzenli olarak sağlık kontrolüne gidiyor musunuz?**

1. Hayır () 2. Evet () Lütfen sıklığını belirtiniz:
a. Aylık () b. Ayda bir () c. Altı ayda bir () d. Yıllık ()

10. Kanser hastalığı ile ilgili bilginiz var mı? 1. Hayır () 2. Evet () Lütfen bilgiyi nereden aldığınızı belirtiniz (Birden fazla seçenek işaretlenebilir).

1. Mesleki bilgi ()
2. Doktor ()
3. Hemşire ()
4. Ebe ()
5. Televizyon ()
6. Halka yönelik olarak yapılan eğitim programları ()
7. Gazete, dergi, broşür ()
8. Kitap ()
9. İnternet ()
10. Arkadaş, komşu ()
11. Aile bireyleri ()
12. Diğer () Lütfen belirtiniz

Diğer sayfaya geçiniz

11. Aşağıda bazı faktörler verilmiştir. Bu faktörlerin kansere neden olup olmadığı ile ilgili düşüncenizi karşısındaki bölüme (X) işareti koyarak belirtiniz.

Sigara içmek	
Yetersiz meyve ve sebze tüketimi	
GDO lu besinlerin kullanılması	
Aşırı alkol tüketimi	
Hazır dondurulmuş gıda tüketimi	
Stresli yaşam	
Aşırı güneş ışığına maruz kalma	
Cep telefonu + Televizyon + Bilgisayar (Elektrikli Aletler) kullanımı	
Baz istasyonu	
Radyasyon (röntgen filmi, bilgisayarlı tomografi)	
Spora yönelik faaliyetlerde bulunmama	
Ailede kanser öyküsü	
Deterjan+parfüm kullanımı	

12. Size herhangi bir kanser türü teşhisi konuldu mu?

1. Hayır () *Lütfen anketin üçüncü bölümüne geçiniz.*

2. Evet ()

13. Teşhis konulan kanser türünü belirtiniz:

14. İlk teşhis hangi sağlık kuruluşunda konuldu?

15. Aşağıdaki kanser tedavi yöntemlerinden hangilerini aldınız? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir).

1. Kanser Tedavisinde Radyoterapi ()

2. Kemoterapi ()

3. Cerrahi Tedavi ()

4. Hormonal Tedavi ()

5. Biyolojik Tedavi ()

6. Alternatif Tedavi Yöntemleri ()

7. Diğer () *Lütfen belirtiniz*

16. Kanser tanınız belirlenirken teşhis koymada ve kanser olup olmadığınızı merak ettiğinizde hangi aşamalardan geçtiniz, birden fazla seçenek işaretlenebilir.

() Hikaye

() Fizik muayene

() Tam kan sayımı

() Biyokimyasal analizler

() Direk grafiler

() Bilgisayarlı tomografi

() Manyetik rezonans

() Ultrasonografi

() PET

() Endoskopi

() Sitoloji

() Biyopsi alınarak yapılan histopatolojik tanı

Diğer Sayfaya geçiniz

3. BÖLÜM: KANSER ALGISI İFADELERİ

Hiç Katılmıyorum 1 2 3 4 5 Tamamen Katılıyorum		Katılma Düzeyi				
1.	Doktorlara tamamen güvenirim.	1	2	3	4	5
2.	Hayatımı doktorların eline teslim etmekten hiç endişe duymam.	1	2	3	4	5
3.	Doktorlar sağlıkla ilgili her konuda dürüsttür.	1	2	3	4	5
4.	Doktorlar tedavi için ne gerekiyorsa yaparlar.	1	2	3	4	5
5.	Doktorlar hastalarına tüm tedavi seçeneklerini açıklarlar.	1	2	3	4	5
6.	Doktorların kanser türü için en iyi tedavi yöntemini belirleyeceğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
7.	Doktor bana zarar verdiği takdirde onu Allah'a havale ederim, kimi kime şikâyet edeceksin.	1	2	3	4	5
8.	Kanser ve ölüm aynıdır.	1	2	3	4	5
9.	Kanser tedavisinde kullanılan yöntemler yabancılar tarafından bulunmuştur ve dinim açısından uygulanması günahıdır.	1	2	3	4	5
10.	Kanser tedavilerinin hiçbiri işe yaramaz.	1	2	3	4	5
11.	Kanser çaresiz bir hastalıktır.	1	2	3	4	5
12.	Doktorum benden tetkik istemezse onun doktorluğundan şüphe duyarım.	1	2	3	4	5
13.	Her kanser tipi için farklı evre tanımlamaları vardır.	1	2	3	4	5
14.	Üzüntü ve stres kansere sebep olur.	1	2	3	4	5
15.	Kanser erken teşhis edilirse kurtulma şansı artar.	1	2	3	4	5
16.	Kanser önlenabilir.	1	2	3	4	5
17.	Birey olarak hepimiz kanser hastası adayız.	1	2	3	4	5
18.	Kanser tedavi yöntemlerinin birbirini destekleyici olduğunu söyleyebiliriz.	1	2	3	4	5
19.	Kanserde beslenme önemli bir etkiye sahiptir	1	2	3	4	5
20.	Kanser tedavi yöntemleri hakkında yeterli bilgiye sahibim.	1	2	3	4	5
21.	Kanser hastalığı ile ilgili Türkiye'deki doktorları takip ediyorum.	1	2	3	4	5
22.	Kanser tedavi yöntemlerinin ne tür sonuçları olacağının bilincindeyim.	1	2	3	4	5
23.	Hasta olmadan da düzenli olarak kontrollerime giderim.	1	2	3	4	5
24.	Hastane çalışanlarının bilgi ve nezaketleri ile güven telkin etme kabiliyetleri iyileşmede etkili olacaktır.	1	2	3	4	5
25.	Kanser hastalığında psikolojik destek alınması gerekir.	1	2	3	4	5
26.	Kanser tedavi sürecinde doktorun hastanın moralini yüksek tutması gerekir.	1	2	3	4	5
27.	Kanser tedavi sürecinde ailenin desteği çok önemlidir.	1	2	3	4	5
28.	Kanser tedavi yöntemleri birbirinden farklı etkiye sahiptir.	1	2	3	4	5
29.	Kanserin evresinin bilinmesi, hasta için en uygun olan tedavi metodunun seçilmesinde önemlidir.	1	2	3	4	5
30.	Her kanserin tedavi yöntemi farklıdır.	1	2	3	4	5

Başka belirtmek istediğiniz düşünceleriniz varsa lütfen yazınız:

.....

Araştırmanın sonucu ile ilgili bilgi almak istiyorsanız lütfen e-posta adresinizi belirtiniz:

.....

Anket bitti, katılımlarınız için teşekkür ederiz.

KATILIMCI ONAY FORMU

Bu çalışmaya gönüllü olarak katıldım. Anket çalışmasına ait soruları kendi iradem ile cevapladım. Bu anket tarafımdan iznim alınarak doldurulmuştur.

Ad ve Soyad:

İmza:

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı ve Soyadı : Aslı KAYA

Eğitim Düzeyi

Yüksek Lisans : Dumlupınar Üniversitesi, İşletme Fakültesi, Yönetim ve Organizasyon

Lisans : Dumlupınar Üniversitesi, İİBF İşletme Fakültesi

Lise : Bursa Milli Piyango Anadolu Lisesi