



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
GÖZTEPE PROF. DR. SÜLEYMAN YALÇIN
ŞEHİR HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ'NE BAŞVURAN 40 YAŞ
ÜZERİ BİREYLERİN KANSER TARAMALARI İLE İLGİLİ
BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI İLE MİZAÇ-
KARAKTER ÖZELLİKLERİ, BENLİK SAYGISI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Dinçer GÖKÇEİMAM
UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL
Nisan, 2022

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
GÖZTEPE PROF. DR. SÜLEYMAN YALÇIN
ŞEHİR HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ'NE BAŞVURAN 40 YAŞ
ÜZERİ BİREYLERİN KANSER TARAMALARI İLE
İLGİLİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI İLE MİZAÇ-
KARAKTER ÖZELLİKLERİ, BENLİK SAYGISI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Dinçer GÖKÇEİMAM
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Hacer Hicran MUTLU

İSTANBUL
Nisan, 2022

ONAY

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi'nde Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Yönetmeliği hükümlerine göre uzmanlık eğitimi gören Dr. Dinçer GÖKÇEİMAM'ın hazırladığı ve jüri önünde savunduğu "BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ'NE BAŞVURAN 40 YAŞ ÜZERİ BİREYLERİN KANSER TARAMALARI İLE İLGİLİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI İLE MİZAC-KARAKTER ÖZELLİKLERİ, BENLİK SAYGISI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ" başlıklı tez başarılı kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

İMZA

Tez Danışmanı:

Doç. Dr. Hacer Hicran MUTLU

.....

İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Üyeler:

Prof. Dr. Mehmet SARGIN

.....

İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Sabah TÜZÜN

.....

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

.....

Tez Savunma Tarihi: __/05/2022

Yazar Bildirimi

“BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ'NE BAŞVURAN 40 YAŞ ÜZERİ BİREYLERİN KANSER TARAMALARI İLE İLGİLİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI İLE MİZAÇ-KARAKTER ÖZELLİKLERİ, BENLİK SAYGISI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ” isimli uzmanlık tezinde Dr. Dinçer GÖKÇEİMAM;

- Bu tezin kabulünden önce nerede ve ne kadarının yayınlandığını “Bilgilendirme” bölümünde belirtmiştir.
- Tezin hazırlanmasında katkısı olanları “Bilgilendirme” bölümünde eksiksiz olarak belirtmiştir.
- Bu tez ile ilgili çıkar çatışması olup olmadığını “Bilgilendirme” bölümünde belirtmiştir.
- Tez içerisinde başkalarının yayınlanmış veya yayınlanmamış çalışmalarından yapılan alıntılar için gerekli kaynakları açıkça belirtmiştir.
- Tez içerisinde başka kaynaklardan kopyalanmış olan kısımları tırnak içerisine alarak ve izin alınan kaynağı belirterek kullanmıştır.

Nisan, 2022

İmza:

- Bu tez daha önce herhangi bir yerde yayınlanmamıştır.
- Bu tezin hazırlanmasında tez danışmanım Doç. Dr. Hacer Hicran MUTLU katkıda bulunmuştur.
- Bu çalışmada ilaç, tıbbi cihaz ve laboratuvar malzemesi kullanılmamıştır.
- Bu çalışmaya ait herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Dr. Dinçer GÖKÇEİMAM

Uzmanlık eğitimim süresince klinik bilgi ve deneyimlerini aktararak, hayat ve iş disiplini konusunda yol gösteren, iyi hekimlik nosyonunu aşıl原因, emeklerini unutmuyacağım İstanbul Medeniyet Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı değerli hocam Sayın Prof. Dr. Mehmet SARGIN'a,

Uzmanlık eğitim sürecimde büyük desteğini gördüğüm ve tanımaktan mutluluk duyduğum hocam Sayın Prof. Dr. Zuhale Aydan SAĞLAM'a,

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniğindeki uzmanlık eğitimim süresince engin bilgi, bilimsel ve klinik tecrübeleri ile, klinik içi ve dışı tüm sorunlarımda yardımcı olan aynı zamanda tez çalışmamın planlanmasında ve yürütülmesinde destek, ilgi ve anlayışını esirgemeyen tez hocam Aile Hekimliği Klinik Eğitim Sorumlumuz Sayın Doç. Dr. Hacer Hicran MUTLU'ya,

Emeklerini unutamayacağım ve kardeşlerim olarak gördüğüm tüm asistan arkadaşlarıma,

Rotasyonlarda bilgi ve desteğini esirgemeyen, mesleki olarak çok faydalandığım diğer klinik hocalarına, uzman ve asistan doktorlarına,

Eğitimim boyunca sevgi, saygı ve uyum içinde çalıştığım tüm hastane personeline,

Rotasyonlarım ve eğitim sürecimde yardım ve desteklerini esirgemeyen ve uyum içinde çalıştığım İstanbul Sancaktepe Gülsen Solmaz Aile Sağlığı Merkezi çalışanlarına,

Sevgi ve desteğini her an hissettiğim sevgili anne, baba ve kardeşime,

Hayatımın her anında yanımda olan, sevgisini her daim hissettiren, her zaman bana inanan ve tez aşamasında da sabırla desteğini esirgemeyen sevgili eşim Dr. Pınar ŞEN GÖKÇEİMAM'a ve bu süreçte onların zamanından alıp çalışmama izin veren canım çocuklarım Selmin ve Sueda'ya,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Dinçer GÖKÇEİMAM

Özet

BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ'NE BAŞVURAN 40 YAŞ ÜZERİ BİREYLERİN KANSER TARAMALARI İLE İLGİLİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI İLE MİZAC-KARAKTER ÖZELLİKLERİ, BENLİK SAYGISI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Amaç: Kanser hastalığı mortalite ve morbiditesi yüksek; insan bedeni, ruh sağlığı üzerinde yıkıcı etkileri olabilen bir hastalıktır. Çalışmamızda 40 yaş üzerindeki bireylerin kanser taramasını kabul edip etmemeleri ile sosyodemografik faktörler, benlik özsaygısı, karakter mizaç özellikleri arasındaki ilişki incelenmeye çalışılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 40 yaş üzerinde, okur yazar olan 163 birey dahil edildi. Muhakeme bozukluğuna yol açan hastalığı olanlar çalışmaya alınmadı. Katılımcıların aydınlatılmış onamları alınmış, sosyodemografik veri formu doldurulmuş; Mizaç Karakter Envanteri-Gözden Geçirilmiş formu (TCI-R), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (BSÖ) uygulanmıştır.

Bulgular: Kanser Taramayı kabul etme bakımından cinsiyetler arasında anlamlı fark vardı ($p<0.05$). Çocuk sahibi olanların Kanser Taramayı kabul etme oranı olmayanlara göre anlamlı şekilde yüksekti ($p<0.05$). Bilgiyi sosyal çevresinden alanların Kanser Taramayı kabul oranı diğer bilgi edinme kaynaklarına göre anlamlı şekilde yüksekti ($p<0.05$). Ailesinde kanser tanısı olanların olmayanlara göre Kanser Taramasını kabul etmesi anlamlı şekilde yüksekti ($p<0.05$).

Yenilik Arayışı skorları ile Kanser Taramasını kabul etmeme arasında anlamlı ilişki vardı ($p<0.001$). Zarardan Kaçınma ve Ödül Bağımlılığı total skorları ile Kanser Taramasını kabul durumu arasında anlamlı ilişki yoktu ($p>0.05$). Sebat Etme total skorları ile Kanser Taramasını kabul arasında anlamlı ilişki vardı ($p<0.05$).

Kendini Yönetme ve İş Birliği Yapma puanları yükseldikçe Kanser Taraması kabulünün de arttığı ve bu ilişkinin anlamlı olduğu saptandı ($p<0.001$, $p<0.001$). Kendini Aşma total skorları ile Kanser Taraması kabul durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

Benlik saygısı skorları ile Kanser Taraması kabul durumu arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

Sonuç: Bulgularımıza göre kadınlar erkeklere, ailesinde kanser öyküsü olanlar olmayanlara kıyasla Kanser Taramasını daha fazla kabul etmiştir. Kanser Taramasını kabul etmeyenlerin oranı yüksektir. Haz odaklı bireylerin Kanser Taramasını kabul etmemesi; kararlı, organize, kendini yönetme ve iş birliği özelliği yüksek bireylerin Kanser Taramasını kabul etmesi yönünde çalışma verilerimiz sonuçlanmıştır. BSÖ skorları ile Kanser Taraması kabul arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızın konsültasyon liyezon psikiyatrisi, aile hekimliği ve kanser ile ilgili branşlarda çalışan profesyonellerde farkındalık oluşturacağını, sonuçlarımızın yapılacak diğer çalışmalara ışık tutacağını düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Kanser, Kanser Tarama, Mizaç Karakter, Benlik Özsaygısı

Abstract

THE EVALUATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN KNOWLEDGE, ATTITUDES AND BEHAVIORS, TEMPERAMENT-CHARACTER CHARACTERISTICS, SELF-ESTEMATED INDIVIDUALS OVER 40 YEARS OF AGE APPLICING TO A FAMILY HEALTH CENTER FOR CANCER SCREENING

Objective: Cancer is a disease with high mortality and morbidity that can have devastating effects on human body and mental health. The relationship between whether individuals over the age of 40 accept cancer screening and sociodemographic factors, self-esteem, temperament character traits was tried to be examined.

Method: A total of 165 literate individuals over the age of 40 were included. Those who had a disease that caused reasoning disorder were not included. The sociodemographic data form of the participants was filled and their informed consent was obtained; Temperament Character Inventory (TCI-R), Rosenberg Self-Esteem Scale were applied.

Results: There was a significant difference between the genders in terms of accepting cancer screening ($p < 0.05$). The rate of accepting cancer screening of those who had children was significantly higher than those who did not ($p < 0.05$). The acceptance rate of cancer screening who received information from their social environment was significantly higher than other sources of information ($p < 0.05$). Those who had a family history of cancer were significantly more likely to accept cancer screening than those who did not ($p < 0.05$).

There was a significant relationship between Novelty Seeking scores and not accepting cancer screening ($p < 0.001$). There was no significant relationship between Harm Avoidance and Reward Dependence total scores and cancer screening acceptance ($p > 0.05$). There was a significant relationship between Persistence total scores and acceptance of cancer screening ($p < 0.05$).

It was determined that as Self Directiveness and Cooperativeness scores increased, cancer screening acceptance also increased and this relationship was significant ($p < 0.001$, $p < 0.001$). There was no significant relationship

between Self Transcendence total scores and cancer screening acceptance ($p>0.05$).

No significant relationship was found between self-esteem scores and acceptance of cancer screening ($p>0.05$).

Conclusion: According to the findings of our study, women accepted cancer screening more than men with a family history of cancer compared to those without a family history of cancer. Acceptance of cancer screening is not high among our participants. Pleasure-focused individuals do not accept cancer screening; Our study data has resulted in the acceptance of cancer screening screening by individuals who are determined, organized, self-directed and cooperative. The expected relationship between self-esteem scores and cancer screening acceptance was not found. We think that our study will raise awareness among professionals working in consultation-liaison psychiatry, family medicine and cancer-related branches, and our results will shed light on other studies to be done.

KeyWords: Cancer, cancer screening, temperament character, self-esteem

İçindekiler

Tablo Listesi	xi
Şekil Listesi	xii
Kısaltmalar	xiii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1 KANSER	5
2.1.1 Serviks Kanseri	6
2.1.2 Kolorektal Kanser.....	7
2.1.3 Prostat Kanseri	9
2.1.4 Meme Kanseri	9
2.2 PERİYODİK SAĞLIK MUAYENESİ	10
2.3 KANSER TARAMA.....	11
2.3.1 Meme Kanserinde Tarama.....	12
2.3.2 Kolorektal Kansere Taraması	14
2.3.3 Prostat Kanseri Taraması.....	15
2.3.4 Serviks Kanseri Taraması.....	16
2.4 MİZACI KARAKTER.....	17
2.4.1 Mizacı	19
2.4.1.1 Yenilik Arayışı.....	19
2.4.1.2 Zarardan Kaçınma.....	20
2.4.1.3 Ödül Bağımlılığı.....	21
2.4.1.4 Sebat Etme	22
2.4.2 Karakter.....	23
2.4.2.1 Kendini Yönetme	24
2.4.2.2 İş Birliği Yapma	24
2.4.2.3 Kendini Aşma	25
2.5 BENLİK SAYGISI.....	26
3. GEREÇ ve YÖNTEM	29
3.1 ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ.....	29
3.2 DAHİL ETME VE HARİÇ TUTMA KRİTERLERİ	30
3.3 İSTATİSTİKSEL ANALİZ	30
3.3.1 Örnek büyüklüğü ve istatistiksel güç	30
3.3.2 İstatistiksel yöntemler	30
3.4 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	31
3.4.1 Sosyodemografik Veri Formu.....	31
3.4.2 Mizacı ve Karakter Envanteri-Gözden Geçirilmiş Formu (Türkçe TCI-R).....	32
3.4.3 Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Benlik Saygısı Alt Kategorisi.....	33

4. BULGULAR	34
4.1 SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİN ÖZELLİKLERİ.....	34
4.2 SOSYODEMOGRAFİK VERİLERLE KANSER TARAMA BİLGİSİNE SAHİP OLMA ARASINDAKİ İLİŞKİ	36
4.3 SOSYODEMOGRAFİK VERİLER İLE KANSER TARAMA KABULÜ ARASINDAKİ İLİŞKİ.....	39
4.4 MİZAÇ-KARAKTER ÖZELLİKLERİYLE KANSER ARAŞTIRMA KABULÜ ARASINDAKİ İLİŞKİ.....	42
4.4.1 Mizaç Alt Boyutu.....	43
4.4.2 Karakter Alt Boyutu	46
4.5 BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ İLE KANSER ARAŞTIRMA KABULÜ ARASINDAKİ İLİŞKİ	49
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	51
5.1 TARTIŞMA	51
5.2 KISITLILIKLAR.....	64
5.3 SONUÇLAR.....	66
Kaynaklar	68
Ek A. Aydınlatılmış Onam Formu	96
Ek B. Sosyodemografik Veri Formu	97
Ek C. Mizaç ve Karakter Envanteri-Gözden Geçirilmiş Formu (Türkçe TCI-R)	98
Ek D. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Benlik Saygısı Alt Grubu (RBSÖ)	119
Ek E. Etik Kurul Onay Formu	120

Tablo Listesi

2.1:	Mizaç ve Karakter Arasındaki Ana Farklılıklar	18
2.2:	Yenilik Arayışı (YA) Alt ölçeklerinden Ortalamadan Yüksek ve Düşük Puan Alan Kişilerin Özellikleri	20
2.3:	Zarardan Kaçınma (ZK) Alt ölçeklerinden Ortalamadan Yüksek ve Düşük Puan Alan Kişilerin Özellikleri	21
2.4:	Ödül Bağımlılığı (ÖB) Alt ölçeklerinden Ortalamadan Yüksek ve Düşük Puan Alan Kişilerin Özellikleri	22
2.5:	Sebat Etme (SE) Alt ölçeklerinden Ortalamadan Yüksek ve Düşük Puan Alan Kişilerin Özellikleri	23
2.6:	Kendini Yönetme (KY) Alt ölçeklerinden Ortalamadan Yüksek ve Düşük Puan Alan Kişilerin Özellikleri	24
2.7:	İş Birliği Yapma (İY) Alt ölçeklerinden Ortalamadan Yüksek ve Düşük Puan Alan Kişilerin Özellikleri	25
2.8:	Kendini Aşma (KA) Alt ölçeklerinden Ortalamadan Yüksek ve Düşük Puan Alan Kişilerin Özellikleri	26
4.1:	Örneklemin Sosyodemografik Verileri	35
4.2:	Sosyodemografik Veriler ile Kanser Tarama Bilgisi Durumu İlişkisi.....	38
4.3:	Sosyodemografik Veriler ile Kanser Taramasını Kabul Etme Durumu İlişkisi	39
4.4:	MKE ile Kanser Tarama Kabul İlişkisi.....	42
4.5:	Rosenberg ile Kanser Taramasını Kabul İlişkisi	49

Şekil Listesi

2.1:	2020 Yılı 40 Yaş Üzeri Her İki Cinsiyette Kansere İnsidans ve Ölüm Oranları.....	6
2.2:	Psikobiyolojik Kişilik Kuramı	18
4.1:	TCI-R ile Kansere Taraması Yaptırmayı Kabul Etme İlişkisi.....	43
4.2:	Mizaç Boyutu ile Kansere Taraması Yaptırmayı Kabul Etme İlişkisi.....	44
4.3:	YA ile Kansere Taraması Yaptırmayı Kabul Etme İlişkisi	44
4.4:	ZK ile Kansere Taraması Yaptırmayı Kabul Etme İlişkisi	45
4.5:	ÖB ile Kansere Taraması Yaptırmayı Kabul Etme İlişkisi.....	45
4.6:	SE ile Kansere Taraması Yaptırmayı Kabul Etme İlişkisi	46
4.7:	Karakter Boyutu ile Kansere Taraması Yaptırmayı Kabul Etme İlişkisi.....	47
4.8:	KY ile Kansere Taraması Yaptırmayı Kabul Etme İlişkisi	48
4.9:	İY ile Kansere Taraması Yaptırmayı Kabul Etme İlişkisi.....	48
4.10:	KA ile Kansere Taraması Yaptırmayı Kabul Etme İlişkisi	49
4.11:	BSÖ ile KT Yaptırmayı Kabul Etme İlişkisi.....	50

ACOG	Amerika Obstetrik ve Jinekoloji Derneği
ASM.....	Aile Sağlığı Merkezi
BSÖ	Benlik Saygısı Ölçeği
DSO	Dünya Sağlık Örgütü
GGK.....	Gaitada Gizli Kan
GLOBOCAN	Dünya Kanseri Bilgi Sistemi
HPV	Human Papilloma Virus
IARC	Uluslararası Kanseri Araştırma Merkezi
KETEM	Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
KKMM.....	Kendi Kendine Meme Muayenesi
KKY	Kendi Kendini Yönetme
KRK	Kolorektal Kanseri
MKE	Mizaç Karakter Envanteri
n.....	Örneklem Sayısı
ÖB	Ödül Bağımlılığı
p.....	Anlamlılık Değeri
PAP.....	Papanicolaou
PKa.....	Prostat Kanseri
PSA.....	Prostat Spesifik Antijen
PSM	Periyodik Sağlık Muayenesi
RBSÖ.....	Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
SE.....	Sebat Etme
SPSS.....	Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (Statistical Package For Social Sciences)
SS.....	Standart Sapma
TCI.....	Mizaç ve Karakter Envanteri
TCI-R.....	Mizaç ve Karakter Envanteri-Gözden Geçirilmiş Formu
USPSTF	Amerika Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu
YA.....	Yenilik Arayışı
ZK.....	Zarardan Kaçınma

GİRİŞ ve AMAÇ

Kanser, normal dışı hücrelerin aşırı çoğalması ile karakterize olan, hücre duvarını ve bazal membranı aşır invazyon yolu ile komşu doku ve organları istila edebilen veya uzak metastazlar ile vücudun farklı kısımlarına yayılabilen geniş bir hastalık grubu için kullanılan bir terimdir (1).

Kanser; toplumda anksiyete oluşturan, nedenleri, sonuçları ve tedavileri ile ilgili olarak duyuşal ve bilişsel farkındalığı artıran bir hastalıktır (2). Şaşırtıcı ve korkutucu bir hastalık veya hastalıklar dizisidir. Günümüz insanının ataları arasında bir milyon yıldan uzun bir geçmişe giden kanserlerin kanıtına rastlandığı bildirilmiştir (3).

Sekiz kanser kayıt merkezi kayıtlarına göre Türkiye'de kanser insidansı erkeklerde yüz binde 210, kadınlarda yüz binde 129'dur (4). Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC) tarafından üretilen GLOBOCAN 2018 küresel kanser istatistiklerinin kanser insidansı ve mortalite tahminlerine dayanarak, dünyada erkekler arasında 2018 yılında teşhis edilen en yaygın üç kanser bölgesi; akciğer (toplamın %14,5'i), prostat (%13,5'i), kolorektum (%10,9'u), kadınlar arasında en sık rastlanan üç kanser bölgesi ise; meme (toplamda %24,2), kolorektal (%9,5), akciğerdir (%8,4) (5). Bu şekilde kanser artış hızının devam etmesi durumunda, dünya nüfusunun artışına ve nüfustaki yaşlanmaya bağılı olarak 2025 yılında toplam 19,3 milyon yeni kanser vakası olacağı belirtilmiştir (6). Dünya nüfusunun 2020 yılına kadar yaklaşık 7,5 milyar olacağı ve ortalama 12 milyon insanın kanser nedeni ile yaşamını yitireceğı tahmin edilmektedir (7).

Görünen o ki kanser, yalnızca modern insanın bir sorunu değildir ve belki de gelişen teknolojiye rağmen uzun yıllar daha var olmaya ve ciddiyetini korumaya devam edecektir. Bir yandan kanser oluşmasının önüne geçebilme

amacıyla moleküler, genetik çalışmalar devam ederken diğer yandan oluşması engellenememiş bile olsa kanserin vücutta oluşturabileceği hasarın, organ kaybının, ölüm tehdidinin önüne geçilebilmesi amacıyla erken tespitine yönelik çalışmalar da ağırlıklı ve yaygın şekilde tüm dünyada sürdürülmektedir. Yarım yüzyılı aşkın süredir kanser taraması, kanserden kaynaklanan hastalık ve ölüm yükünü azaltma mücadelesinin önemli bir bileşeni olmuştur (8).

Kolorektal, servikal kanserler; prostat, meme kanseri gibi bazı kanser türlerinin henüz semptom yokken saptanabilecek olması değeri tartışılmaz bir koruyucu sağlık hizmetidir. Halihazırda kolorektal ve servikal kanser taraması ile elde edilebilen prekanseröz lezyonların tespiti kanser insidansını azaltmaktadır (9).

Kolorektal kanser belirtileri genellikle ileri evrelerde ortaya çıkmaktadır. Sık görülen bu kanser türünün erken evrelerde saptanması durumunda başarılı tedavi olasılığı artmaktadır. Bu özellikleriyle temel bir halk sağlığı sorunu olan kolorektal kanser, taramaya en uygun hastalıklardan biridir (10). Sağlık alanındaki ilerlemelere karşın meme kanseri yaşamı tehdit etmeye devam etmektedir. Meme kanseri hem sık görülmesi hem de ölümcül bir hastalık olması nedeniyle sağlıklı kadınlarda bile ciddi endişelere neden olmaktadır. Bu tehdidin azaltılmasında atılacak adımlardan birisi her toplumun kendi içinde meme kanseri risklerini ortaya koyması, risk gruplarını belirlemesi ve tarama programlarını yaygınlaştırmasıdır (11). Bununla birlikte gelişmiş ülkeler dikkate alındığında smear uygulamaları ve mamografi çekimleri düşük düzeylerde seyretmektedir. Bunda test sonuçlarını değerlendirecek uzman personel eksikliği, kalifiye ara eleman sıkıntısı, tıp disiplinleri tarafından kanser taramalarının bilinmemesi ya da önemsenmemesi gibi pek çok neden ileri sürülmektedir (12).

Sağlık çalışanları hastalarına kanser taraması tavsiye etmekle birlikte, bireylerin kanser taraması yaptırma kararı kişiye özeldir. Kararları çoğunlukla, hastalık ve tarama işlemleri ile ilgili bilgi, tutum ve kaygılarına bağlı değişiklik gösterebilir (13). Bireylerin kolorektal kanser ve tarama yöntemlerine ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını, belirleyen etkenler ve tarama yaptırmanın önündeki engeller birçok çalışmada araştırma konusu olmuştur (14-17). Bu etkenler kişi ile ilgili iç ve dış birçok faktör olabilir.

Kanser, ölümü ve yaşam üzerindeki kontrolün sınırlılığını sembolize eden kronik bir hastalıktır. Bilinmeyen bir tehlikenin, acının, suçluluk ve utanç duygusunun, izolasyonun karmaşa ve kaygının sembolüdür (18). Tarama öncesi ve sırasındaki stresi değerlendirmek önemlidir çünkü stres, tarama önerilerine uyma kararını etkileyebilir (19). Yapılan bir sistematik gözden geçirmede çalışmalarda kanser tarama çalışmaları sırasında tarama ile ilişkili düşük-orta düzeyde stres düzeylerinin saptandığı belirtilmiştir (20).

Benlik saygısı, bireyin kendini değerlendirmesi sonunda ulaştığı benlik kavramının onaylanmasından doğan beğeni durumu olup, kendini değerli bulup bulmadığı ya da ne derece değerli bulunduğunu ifade eder (21-24).

Kanser teşhisi alma ihtimali benlik saygısı düşük olan bireylerde ruhsal açıdan daha fazla zorlanmaya yol açabilir. Kanser hakkında bilgi eksiği ya da yanlış bilgilenme, sosyal medyanın etkisi, ailede kanser öyküsü bulunması gibi önceki deneyimler de kanser taramasındaki tutumlarını etkilemektedir.

Kanser taramasında bu çevresel faktörler kadar kişinin mizaç ve karakter özellikleri de stresle başa çıkmasını zorlaştırabilir, tutum ve kararlarını yönlendirebilir. Çalışmamızın amacı Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'ne başvuran 40 yaş üzerindeki bireylerin kanser taramasıyla ilgili olan bilgi ve tutumlarını inceleyerek bu tutumların kişilik ve mizaç özellikleri ile olan ilişkisini araştırmaktır. Çalışmamızın sonuçlarının koruyucu sağlık hizmeti alanında çalışan tüm sağlık profesyonellerinin taramalar sırasında bireylere yaklaşımında etkili olacağını, alanda yapılacak diğer çalışmalara ışık tutacağını düşünüyoruz.

Çalışmada Temel Olarak Şu Soruların Yanıtlanması Hedeflenmiştir:

1. Kanser taramasına yönelik tutumlar sosyodemografik özelliklere göre farklılaşmakta mıdır?
2. Benlik saygısı ile kanser taramalarına karşı tutum arasında nasıl bir ilişki vardır?
3. Kanser taramasından kaçınma davranışı ile belirgin karakter mizaç özellikleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Çalışmamızın Hipotezleri Şunlardır:

1. Kanser taramasından erkekler kadınlara; eğitim düzeyi düşük olanlar yüksek olanlara kıyasla daha fazla kaçınmaktadır.
2. Benlik saygısı ile kanser taramasından kaçınma davranışı arasında ters yönde bir ilişki vardır.
3. Kanser taramasından kaçınma; Zarardan Kaçınma (ZK) ve Kendi Kendini Yönetme (KKY) puanı düşük olan bireylerde bu puanları yüksek olan bireylere kıyasla daha fazladır.



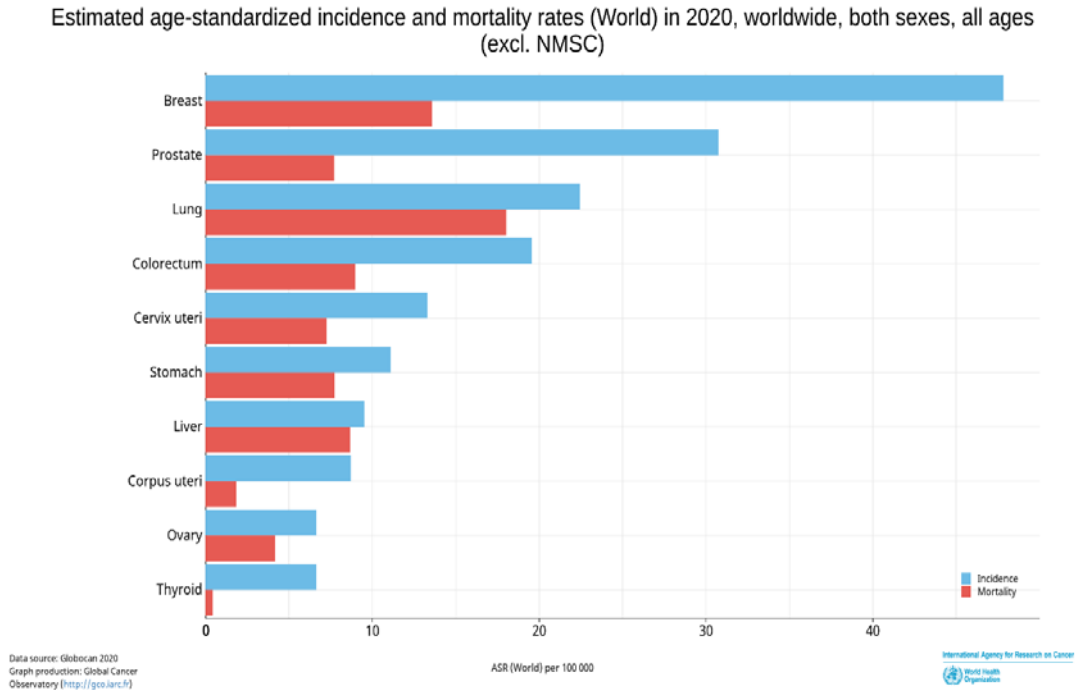
GENEL BİLGİLER

2.1 KANSER

Kanser dünya çapında başlı başına bir halk sağlığı sorunu olarak ortaya çıkmaktadır. Dünya kanser istatistiklerine göre her 5 kişiden biri kanser ile mücadele etmektedir. Dünya genelindeki ölümlerin yaklaşık olarak %16'sı, ülkemizde ise %20'si kanser nedeniyle olmaktadır. 2018 yılında 9,6 milyon kişinin ölümünden kanserler sorumlu olmuştur (25).

Neredeyse kanserlerin tümü bir hücrenin normal büyüme ve replikasyon süreçlerinde kontrolünü kaybetmesi ile ortaya çıkmaktadır. Karsinogenez; başlangıç, ilerleme ve gelişme olmak üzere üç evrede gerçekleşmektedir. Karsinogenez sonunda hücre; bağımsız büyüme sinyali, büyüme karşıtı sinyallere duyarsızlık, apoptozdan kaçınma, anjiogenezi sürdürme, doku invazyonu ve metastaz gibi kanser hücrelerinin karakteristik özelliklerinin bazıları ya da tümüne sahip olabilmektedir (26).

Kanser dünyada genelinde mortalite ve morbidite oranları açısından önde gelen sağlık sorunudur. Kanser tiplerinin dağılımı gelişmişlik düzeylerine bağlı olarak ülkeden ülkeye; aynı ülke içinde şehirden şehire de farklılık göstermektedir (27). (Şekil 2.1)



Şekil 2.1: 2020 Yılı 40 Yaş Üzeri Her İki Cinsiyette Kanser İnsidans ve Ölüm Oranları

2.1.1 Serviks Kanseri

Dünya genelinde kanserler arasında meme, kolorektal ve akciğer kanserinden sonra her yıl 528.000 yeni vakayla dördüncü sıradadır. Aynı zamanda dünya genelinde kadınlardaki en yaygın dördüncü kanserden ölüm sebebidir. Daha az gelişmiş ülkelerdeyse serviks kanseri küresel yükün yaklaşık %70'i, kadınlar arasında en sık teşhis edilen ikinci kanser ve kanser ölümlerinin önde gelen üçüncü nedeni olarak ortaya çıkmaktadır (28-30).

Kadınlarda teşhis edilen tüm kanserlerin %12'si serviks kanseridir (31). Dünyada her yıl 493.000 hasta yeni tanı almakta ve serviks kanseri nedeniyle 274.000 kadın hayatını kaybetmektedir (32). Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı'nın 2006 yılında yayınladığı verilere göre, serviks kanseri kadınlarda görülen tüm kanserlerin 100.000'de 5'ini oluşturmaktadır. Jinekolojik kanserler içerisinde ise endometrium ve overden sonra üçüncü sırada yer almaktadır (33).

Serviks kanseri risk faktörleri düşük sosyoekonomik düzey, sigara içmek, kötü kişisel hijyen, erken yaşta cinsel ilişkiye başlanması, cinsel partner

sayısı, cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü, doğum sayısının fazla olmasıdır (34).

Kadın genital kanserleri arasında tarama programı bulunmasına ve bu nedenle önlenabilir bir kanser olmasına rağmen servikal kanserler geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerde halen önemli bir ölüm nedenidir (35,36).

Bu nedenle servikal kanserlerin görülme sıklığının tespit edilmesi, ilişkili risk faktörlerinin belirlenmesi, nedenlerinin araştırılması, korunma ve tedavide uygun stratejiler geliştirmesi giderek daha büyük önem taşımaktadır (37).

Serviks kanseri ve serviksin premalign lezyonlarının gelişiminden HPV enfeksiyonu sorumlu olup kanser gelişimi aşı ve tarama programları ile önlenabilir. Risk grubunda olan kadınlarda kanser Pap smear ile erken dönemde tespit edilip tedavi edilebilir ve serviks kanserine bağlı ölümler azaltılabilir. Ancak bununla ilgili farkındalık azdır ve kadınların serviks kanseri ile HPV aşısı hakkında bilgi düzeyleri düşüktür. Serviks kanseri ve HPV aşısı hakkında bilgi sahibi olmak tarama testi yaptırma alışkanlığını olumlu etkileyebilir ve aşı önerme oranlarını arttırabilir (38,39).

2.1.2 Kolorektal Kanser

Kolorektal kanser (KRK), birçok ülkede, özellikle daha gelişmiş ülkelerde, önemli bir insidans ve ölüm nedenidir, ancak son yıllarda görülme sıklığı dünyanın gelişmekte olan bölgelerinde de artmaktadır (40). KRK, 2020 yılı verilerine göre; Dünya çapında yılda 1,931,590 yeni vaka ile en sık görülen 3. yılda 935,173 ölüm ile en çok yaşam kaybına yol açan 2. kanser türüdür (41). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) ise, yılda 149,500 yeni vaka ile en sık görülen kanser türleri arasında 4; 52,980 ölüm ile en çok yaşam kaybına yol açan kanser türleri arasında 2. sırada yer almaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde, ortalama risk altındaki popülasyonda yaşam boyu KRK insidansı yaklaşık yüzde 4'tür (42). Batı toplumlarındaki ölümlerin yaklaşık %2-4'nü oluşturur. Kadınlarda meme kanseri ve genital kanserlerden, erkeklerde akciğer kanserinden sonra en sık görülen kanserdir (43,44). Sağlık Bakanlığı Kanser İstatistik Kurumu verilerine göre Türkiye'de erkeklerde ve kadınlarda en sık 3. kanser olarak karşımıza çıkmaktadır (45).

KRK'nın insidans ve mortalite oranları dünya çapında farklılıklar göstermekte olup gelişmiş ülkelerde ortalama yaşın daha fazla olması nedeniyle görülme sıklığı da fazladır. Gelişmiş ülkelerde daha yüksek yağlı ve kırmızı et tüketimi, obezite kolorektal kanser insidansının artma sebepleri arasında sayılabilir. Yaş, sporadik KRK için majör risk faktörüdür. 40 yaş altında KRK nadir görülür. 40-50 yaş arasında insidans önemli ölçüde artmaya başlar. KRK olgularının %90'ı 50 yaş üzerindedir. Görülme sıklığı 80 yaş üzerinde erkeklerde yaklaşık %10'a, kadınlarda %15'e yükselmektedir (46). Kolorektal kanser riskinin kesinlikle yaşam tarzıyla, özellikle de diyet ve fiziksel aktiviteyle ilişkili olduğuna dair fazlaca epidemiyolojik ve gözlemsel kanıt vardır (47).

Kesitsel çalışmalarda genç hastalarda kolorektal kanserin son birkaç dekattır arttığı gösterilmiştir (48). Erken başlangıçlı kolorektal kanser heterojen bir popülasyondaki hastada 50 yaşın altında gelişen kanser olarak tanımlanır. Bunların önemli bir azınlığı açıkça tanımlanmış herediter kanser sendromları ve ailesel kolorektal kanserken, çoğunluğu bu faktörlerden kaynaklanıyor gibi görünmemektedir (49,50). Gençlerde kolorektal kanser daha ileri bir aşamada ortaya çıkma eğilimindedir ve geç başlangıçlı kolorektal kanserden farklı moleküler özelliklere sahip olabilir (51). Amerika'da erken başlangıçlı kolorektal kanserlerin erkeklerde tüm kolorektal kanserlerin %11'i, kadınlarda %10'u olduğu bildirilmiştir (52). 50 yaşın altındaki hastalarda en yaygın ikinci kanserken, kanserle ilişkili ölüm sebeplerinde üçüncü sıradadır (53).

Uzun yıllar boyunca araştırmacılar, kolorektal karsinogenezin, bir hücrede tek bir mutasyon olay olarak başlamasından maligniteye kadar birkaç yıl süren aşamalı bir süreç olmasının avantajı üzerine çalışmaktadır. Sürecin gidişatını değiştirmek, durdurmak veya yavaşlatmak için yapılabilecekler düşünülmekte neredeyse birkaç modelde test edileceği tartışılmaktadır (54). Sık olarak görülmesi nedeniyle asemptomatik bireylerin erken tanısı önem taşımaktadır (55).

Kolorektal kanser tanısı semptomların varlığında veya tarama nedeniyle yapılan kolonoskopi ile konulmaktadır. Bununla birlikte bu yöntem ile eş zamanlı biyopsi alınıp histopatolojik tanı konulabilmektedir. Aynı zamanda

kolorektal kanser için spesifik bir laboratuvar testi veya tümör belirteci bulunmamaktadır (56).

2.1.3 Prostat Kanseri

Prostat kanseri (PKa) erkeklerde en sık görülen ikinci kanser türüdür. Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) tarafından yapılan bir hesaplama göre, 2012 yılında dünya genelinde 1.095.000 kişi PKa tanısı almıştır. Bu rakam aynı yıl kanser tanısı alan erkeklerin %15'ni oluşturmaktadır. PKa tanısı alan olguların %70'i (759.00 kişi) daha gelişmiş bölgelerde yaşayan erkeklerden oluşmaktadır. Dünya genelinde 2012 yılında PKa'dan ölenlerin sayısı 307.000 kişi olarak bildirilmiştir. Buna göre PKa, erkeklerde kanser kaynaklı ölümlerde beşinci sırada yer almaktadır (57).

Etkin taramaya rağmen, PKa'nın patogenezi hala açık değildir. Uzmanların çoğu, PKa'nın etiyolojisinin çok faktörlü olduğuna güncel olarak en çok ilerleyen yaş, diyet, ırk ve aile öyküsünün etkisinin olduğuna inanmaktadır (58). Hayvansal yağların tüketimi prostat kanseri riskinin artmasıyla; antioksidan, meyve ve sebzelerin alımı prostat kanseri riskinin azalmasıyla ilişkilendirilmiştir (59,60).

Son çalışma sonuçları, PKa patogenezinde önemli bir olası etiyoloji olarak kronik inflamasyon olasılığını artırmıştır (61). Epidemiyolojik çalışmalar prostatitis ile prostat kanseri arasında bir bağlantı olduğunu desteklemektedir (62). Her iki bozuklukta da şu anda prostat kanseri için birincil tarama testi olan serum PSA'da karakteristik bir yükselme görülür (63).

2.1.4 Meme Kanseri

Her yıl 230.000 üzerinde kadın meme kanseri tanısı almakta ve nerdeyse 40.0000 kadın da hastalık nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Meme kanseri kadınlarda en sık tanı alan kanser olup kansere bağlı ölüm sebeplerinde ikinci sıradadır (64).

Meme kanseri gelişmiş ülkelerde azalırken, gelişmekte olan ülkelerde artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü 2030 yılında meme kanserlerinin %75'inin gelişmekte olan ülkelerde görüleceğini bildirmektedir (65).

Kadınların yaşam boyu meme kanserine yakalanma riski erkeklere kıyasla yaklaşık 100 kat daha yüksektir. Kadın cinsiyet dışında, artan yaş en önemli risk faktörüdür. 30 yaşında bir kadının önündeki 10 yıl süresince meme kanseri olma olasılığı 1/250 iken, bu oran 70 yaşındaki bir kadın için 1/27'e yükselmektedir (66). Meme kanseri daha çok menopoza dönemindeki kadınlarda meydana gelmektedir. Meme kanserinin %80'i 50 yaş ve üzeri kadınlarda tanımlanır (67). Premenopozal kadınlardaki meme kanseri riskinin aynı yaştaki postmenopozal kadınlara kıyasla, özellikle östrojen reseptörü (+) tümörler için, 1,43 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir. Hastaların %50'den fazlası 65 yaş üzerinde, %30'u ise 70 yaş üzerindedir (68). Hastalar genellikle geç tanı almakta olup, 65 yaş üzeri meme kanseri olan hastaların %48'inin tanı anında metastatik olduğu bildirilmiştir (69).

Emzirme meme kanseri riskini azaltıcı bir faktördür. Her bir yıllık emzirmenin meme kanseri riskinde %4,3 azalma sağladığı ve her ilave doğum için bu orana %7 eklenebileceği belirtilmiştir (70). Obezite de meme kanseri riskini arttırmaktadır. Obez premenopozal kadınların normal ağırlıkta olanlara kıyasla meme kanseri riski yarım kat daha fazla iken, postmenopozal kadınlarda bu oran %25'tir (71).

Dünyada her sekiz kadından birinin meme bezi kanseri geliştireceği varsayılmaktadır (72). Bu kanserlerin %90-95'i çevresel faktörlerle bağlantılı iken sadece %5-10' u genetik kökenlidir (73). Bu nedenle, modern tıbbın önemli bir görevi, birincil korumaya, hastalığın erken tespitine yönelik risk faktörlerinin değiştirilmesine, tedaviye hızlı bir şekilde başlanmasına (ikincil önleme) ve gözleme odaklanarak sağlığın korunmasının etkinliğini artırmayı hedefleyen çok disiplinli araştırmalar yürütmektir. Temel amaç, meme kanseri sonucu sürekli artmakta olan morbidite, mortalite ve ekonomik maliyetleri azaltmaktır (74).

2.2 PERİYODİK SAĞLIK MUAYENESİ

Periyodik Sağlık Muayenesi (PSM), bireylerin sağlıklarının korunmasına katkıda bulunmak amacıyla; tarama, muayene, laboratuvar testleri, kemoprofilaksi, danışmanlık ve sağlık eğitimi verilerek yapılır. Aile hekimliği hasta hekim ilişkisinin sürekliliğinin ön planda olduğu, sağlığı koruyucu ve

geliştirici hizmetleri öncelikli olarak ele alan bir disiplindir. Bu nedenle aile hekimliği periyodik sağlık muayenesi uygulamalarının odağında yer almaktadır (75).

PSM uygulaması bireye özgü olmalıdır. Her birey, yaş, cins ve çeşitli risk faktörlerinden kaynaklanan durumuna göre belli aralıklarla görüşmeye çağrılmalıdır (76).

Amerika Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu (USPSTF) tarama, danışmanlık ve koruyucu hizmetlerin bilimsel kanıtlarının titiz ve tarafsız bir biçimde değerlendirmesini yapmaktadır. Onun önerileri uluslararası alanda klinik koruyucu hizmetler için altın standart olarak kabul görmektedir. USPSTF bireysel hizmetlerin yararını, hastalıklar için risk faktörlerini, yaş ve cinsiyete dayalı olarak değerlendirir. Hangi koruyucu hizmetlerin birincil bakımda rutin olarak yapılması gerektiğine dair önerilerde bulunur ve klinik koruyucu hizmetler için bir araştırma gündemi tanımlar (77).

2.3 KANSER TARAMA

Kanserden korunma stratejilerinde birincil ve ikincil koruma hedefleri yer alır. Birincil koruma kanser gelişiminin bilinen risk faktörlerine karşı alınan önlemlerdir. İkincil korunma ise malign tümörün gelişimini ve semptomlar ortaya çıkmadan önce hastalık gelişim sürecini önlemeyi amaçlamaktadır (78,79). Bu amaçla kanser türlerine özgü çeşitli tarama yöntemleri geliştirilmiştir. Kanser taramalarındaki amaç, hastalığı asemptomatik aşamasında semptomatik hale gelmeden saptamak, erken tanı sayesinde daha etkili ve kolay tedaviler uygulamak, ileri evre hastalık gelişimini engellemek ve hastalığın doğal seyrini değiştirmektir (80). Ülkemizde son yıllarda giderek yoğunlaşan taramalar ve kayıt tutma çalışmaları neticesinde, yıllar içerisinde kanser sıklığında da artış görülmektedir (81).

Kanserin önlenmesinde, kanser riski taşıyan bireylerin saptanması ve erken tanı iki önemli faktördür. Erken tanı, hastalığın klinik belirtilerinin ortaya çıkmadığı dönemde tanınması anlamına gelir. Erken tanıda amaç, sık görülen ve erken tanındığı zaman yapılacak tedavi ile hastalığın tamamen yok edilme şansı yüksek olan kanser türlerini saptamaktır (82).

Dünya Sağlık Örgütü (DSO) 2005 yılında ülkelere, “Kanser Kontrol Programları”nı yürütülmekte olan sağlık sistemlerine entegre etmelerini yönünde tavsiyede bulunmuştur. Türkiye’deki kanser tarama programları yaygın olarak “Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM)” tarafından yürütülmektedir. (83,84). Toplumun eğitim yoluyla kanser hakkındaki farkındalığını artırmak, erken tanı ve kanser taramasını yaygınlaştırmak, önlenabilir kanserleri ortadan kaldırmak ve taranabilir kanserlerin ölüm oranını azaltmak için ülke genelinde KETEM’ler kurulmuştur (84). Bu merkezlerde meme, serviks ve kolorektal kanserler ile ilgili tarama programları yürütülmektedir. Taraması yapılan bu kanserlerden yalnızca erkeklere yönelik olarak kolorektal kanser taraması uygulanırken kadınlar için meme, serviks ve kolorektal kanser taramaları yürütülmektedir (85).

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinde 40 yaş üzerindeki bireylere meme, serviks, prostat kanseri ile kolorektal kanserin tarama testleri yapılmaktadır. Bir toplumda kanser tarama programının etkin olabilmesi için toplumsal farkındalığa gereksinim duyulmaktadır (86). Ayrıca tarama programlarının yararlı olması için toplum tarafından kabul görmesi ve toplum katılımının yüksek olması gerekmektedir (85,87).

2.3.1 Meme Kanserinde Tarama

Ortalama yaşam süresinin uzaması, yaşam biçiminde olan değişiklikler, tanı testleri, tarama programları ile kanser olgularının bildirimindeki artışlar meme kanseri insidansında artışa yol açmaktadır. Sağlık alanında ilerlemelere karşın meme kanseri yaşamı tehdit etmeye devam etmektedir. Bu tehdidin azaltılmasında atılacak adımlardan birisi her toplumun kendi içinde meme kanseri risklerini ortaya koyması, risk gruplarını belirlemesi ve tarama programlarını yaygınlaştırmasıdır (88).

Kadınlardaki meme kanserinin tarama için ön şartları sağladığı yıllar önce saptanmış ve kanser taramalarıyla ilgili çalışmalar en çok meme kanserinde yoğunlaşmıştır (89). Türkiye’de 2016 yılında 2.017.128 kadın, 2017 yılında ise 2.197.753 kadın meme kanseri taraması yaptırmıştır (90).

Meme kanseri taraması her kadın için 20 yaş sonrası düzenli aralıklarla kendi kendine ve doktorun meme muayenesini, 40 yaşında ilk mamografi ve

50-69 yaş arası düzenli aralıklarla kontrol mamografilerinin uygulanmasını önerilmektedir (91).

Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi ve mamografi meme kanserinde erken tanı için önerilen başlıca tarama yöntemleridir. Kanserden kurtulma oranı, kanser erken teşhis edildiğinde %95 artabilir (92).

KKMM, meme kanserinin erken tanısında tek başına yeterli olmamakla birlikte kadınların kendi sağlığından sorumlu olmasında, memelerini tanıma ve koruyucu sağlık davranışlarını benimsemelerinde etkili olacağından dolayı önemlidir. Dünyadaki birçok tıbbi organizasyon meme kanseri erken tanısı için KKMM'yi tavsiye etmektedir (93).

Meme dokusu yoğun olmayan kadınlarda mamografi halen en önemli tanı aracı olmaya devam etmektedir. Menopoz sonrasında mamografi genellikle küçük, palpe edilemeyen lezyonları keşfetmek için en iyi yöntemdir. Bununla birlikte fiziksel muayenenin önemi devam etmektedir, çünkü meme kanserlerinin %11'i mamografide görünmemektedir (94).

Amerika Kanser Cemiyeti, kişi sağlıklı ve 10 yıldan daha uzun yaşam beklentisi olduğu sürece meme kanseri taramasına devam edilmesini önermektedir (95). Ülkemiz Sağlık Bakanlığı 40-69 yaş arası kadınlarda iki yılda bir mamografi ile tarama önermektedir. 70 yaş ve üzeri kadınlarda ise, takip gerektiren herhangi bir patoloji yoksa kişinin isteği ve kar-zarar oranı hesaba katılarak tarama planlanması önerilmektedir (96).

Mamografi, memenin yağ ve glandüler yapılarını inceleyen yumuşak doku radyografi tekniğidir. Mamografi günümüzde meme kanserinin tanı ve tedavisinde en etkin modalite olup hem tarama hem de tanı amacı ile kullanılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün Uluslararası Kanser Araştırma Merkezi'nce (The World Health Organization's International Agency for Research on Cancer-IARC) yapılan ve toplam 11 ülkenin uzmanlarının katıldığı toplantıda, tarama amaçlı mamografinin meme kanserine bağlı ölümlerin azaltılmasında oldukça etkili bir yöntem olduğu ifade edilmiştir. Meme kanseri tarama programları değerlendirilmiş ve tarama ile özellikle 50-69 yaş aralığında olan kadınların meme kanserine bağlı ölümlerinin %35 oranında azaltıldığına dikkat çekilmiştir (97).

Mamografi genellikle tedavinin daha etkili ve kürün daha olası olduğu erken evrede meme kanserini teşhis edebilir. Yapılan çeşitli çalışmalar mamografi ile erken teşhisin hayat kurtardığını ve tedavi seçeneklerini artırdığını göstermiştir. Bin dokuz yüz seksen dokuz yılından bu yana kadınlarda meme kanseri ölümlerindeki istikrarlı düşüşler, hem erken teşhis ve hem de tedavideki gelişmelerin bir arada olmasına bağlanmaktadır (98).

2.3.2 Kolorektal Kanser Taraması

Kolorektal kanserler için tarama programları çoğunlukla 50-55 yaşın üzerindeki adenom ve kanser geliştirme riski olan bireyler için hedeflenir (99). Türkiye kanser kontrol planına göre KRK taraması iki yıl arayla uygulanacak GGK ve 10 yıl arayla yapılacak kolonoskopi ile yapılmalıdır (100). Kolorektal kanserin erken tanısı amacıyla 50-70 yaş grubundaki yetişkinlerin tamamına iki yılda bir GGK testi yapılması ve her on yılda bir GGK testinin yanı sıra kolonoskopi yapılması için yönlendirilmeleri gerekmektedir. Birinci derece akrabalarında KRK veya adenomatöz polip öyküsü olanlarda taramaya 40 yaşında başlanması önerilmektedir. Ancak ailelerinde erken yaşta KRK tespit edilen bireylerde ise taramaya 40 yaşını beklemeden daha erken yaşta başlanmalı ve kanserin ortaya çıktığı yaştan 5 yıl önce taramaya başlanması önerilmektedir (101).

Kolorektal kanser taramada kullanılan yöntemler gaitada gizli kan (GGK) testi, sigmoidoskopi veya kolonoskopi olup tarama yöntemlerinin kolon kanserinden ölümleri 50-70 yaş arasında önemli ölçüde azalttığı kanıtlanmıştır (102).

Kolonoskopi yüksek duyarlılığı olan bir testtir. GGK tarama testi ucuz ve uygulaması kolay olduğundan dünyanın birçok yerinde pratikte tercih edilir (104). Birçok çalışmada gaitada gizli kan testi, fleksibl sigmoidoskopi ya da kolonoskopi ile kolorektal kanser taramasının kolorektal kanser ve ona bağlı mortalite insidansını azalttığı belirtilmiştir (105-111).

GGK testi, dışkıda gözle görülemeyecek kadar az miktardaki kanın olup olmadığını tespit etmek için kullanılan bir testtir. Hemoglobinin psödoperoksidaz aktivitesini ölçmeye yarayan guiac tabanlı testler kullanılır. Gaitada iki ml kan bulunması testi pozitifleştirir. Testin KRK'larda yalancı negatiflik oranı %50'dir. Tek bir GGK'nın duyarlılığı %30-50 arasında iken,

yıllık tekrarlandığında %92'lere varan oranda kanserleri tanımaktadır. Yıllık tarama iki yıllık taramaya karşı daha efektif olduğundan yılda bir tarama önerilmektedir. Kolay yapılabilir, ucuz ve non-invaziv olması GGK testinin avantajlarıdır. Dezavantajları ise yalancı-pozitiflik ve yalancı-negatiflik oranının yüksek, sensitivitesinin düşük olması, alınan gıdalar ve ilaçlardan etkilenmesi, adenom ve kanserlerin tümünde kanama olmaması, bazı malign lezyonların ancak son aşamasında kanama yapması nedeniyle ancak son dönemde testin pozitif olmasıdır. Tüm GGK pozitif saptanan olgularda kolonoskopi önerilmektedir (112).

2.3.3 Prostat Kanseri Taraması

PKa taramalarında sıklıkla kullanılan iki yöntem prostat muayenesi ve Prostat Spesifik Antijen (PSA) testidir. Malign tümörler genellikle organın parmakla hissedilebilen yüzeyinde olduğundan rektal muayene ile erken dönemde teşhis edilebilmektedir (113). Prostat spesifik antijen (PSA), prostat hücrelerinin sitoplazmalarından salgılanan bir glikoproteindir, kana az miktarda karışır ve erken teşhis için kullanılır. Bu taramalar sonucunda şüpheli olgularda iğne biyopsisi yapılarak kesin tanı konulur (114).

PKa'nın tanısında serum total PSA düzeyleri ölçümünün tanısal yeterliliğinin sınırlı olması nedeniyle, PKa tanısı için yeni biyobelirteç arayışları uzun yıllardır devam etmektedir. Bu kapsamda PSA kökenli fPSA, fPSA/totalPSA oranı, pro-PSA gibi biyobelirteçlerin yanı sıra prostat kanser antijen 3 (PCA3), alfa-metilaçil-KoA-rasemaz (AMACR), dolaşımdaki tümör hücrelerinin tespiti gibi PSA dışı biyobelirteçlerin geliştirilmesi yönünde de çalışmalar bulunmaktadır (115).

PKa'nın erken tanı ve tedavisinin yaşam süresini uzattığına dair yeterli kanıt bulunmamaktadır. PSA testinin yaygınlaşmasıyla prostat biyopsi sıklığının arttığı ve sessiz gidiş gösteren prostat kanserinin de erken tanı aldığı görülmüştür. Dolayısıyla tüm erkeklerin taranmasının kişilerin "aşırı" tanı ve tedavi almasına yol açarak bunlarla ilişkili zararlı etkilerin artmasına sebep olduğu gözükmemektedir. Bu nedenle PKa'nın rutin olarak tüm erkeklerde taranması önerilmemektedir. T.C. Sağlık Bakanlığı ve Amerika Birleşik Devletleri Koruyucu Hizmetler Grubu (USPSTF) hasta ile olası yararları ve zararlarını tartışmaları neticesinde buna karar vermelerini önermektedir

(116). Ülkemizde sağlık bakanlığı da rutin olarak prostat kanserinin taranmasını önermemekte, kişisel olarak karar verilmesini önermektedir (117).

Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü ve Amerikan Üroloji Derneği en az 10 yıl yaşam beklentisi olan erkeklerde 50 yaşından, akrabalarda kanser öyküsü olanlar ve Afrikalı Amerikalı erkeklerde 45 yaşından itibaren yılda bir direk rektal muayene ve PSA testi önermektedir (118). Ayrıca Birleşik Devletler Ulusal Sağlık Enstitüsü 40 yaş üzeri erkeklerin 48 yaşına kadar bir defa PSA tetkiki ile değerlendirilmelerini önermektedir (119).

2.3.4 Serviks Kanseri Taraması

Serviks kanseri kadınlarda erken tanı ile önlenilecek kanserlerin başında gelmektedir. Bunun nedeni, serviks kanserinde iyi tanımlanmış uzun bir preinvaziv sürecin olmasıdır (120). Serviksin eksternal genital organ olması özellikle kanser oluşumu hakkında önemli bilgiler edinilebilmesini sağlamaktadır. Servikal kanserin preinvaziv bir evresinin olması, bu dönemde hastaların yakalanabilmesi ve etkin olarak tedavi edilebilmesi önemli bir özellik olup tarama ve erken tanıya imkân vermektedir. Genel prensiplere tam olarak uyulduğunda daha çok hasta preinvaziv veya erken evrede yakalanabilmekte böylece sağkalım oranları artırılabilir (121,122). Bu nedenle serviks kanseri için tarama testi geliştirilmiştir. Pap smear bu amaçla kullanılan bir tarama yöntemidir (123). Serviks kanseri öncülleri erken tanı ve tedavide önemli role sahiptir. HPV ve smear testleri etkili bir kitle tarama metodu olarak kabul edilmiştir (124). Son iki testi negatif olan 65 yaşındaki kadınlarda tarama programına son verilir. Servikal intraepitelyal neoplazi grade 2 (CIN II) veya servikal intraepitelyal neoplazi grade 3 (CIN III) nedeni olmayan histerektomi geçiren kadınların rutin tarama programına dahil edilmesi önerilmez. CIN II ve III nedeniyle histerektomi yapılan kadınlarda üç adet raporlu negatif sitoloji ve son 10 yılda anormal/pozitif sonuç yokluğunda tarama yapılması sonlandırılmalıdır (125).

Serviks kanseri için pap smear tarama testi 30-65 yaş arasında 5 yılda bir, Human papillomavirus (HPV) testi 30-65 yaş arasında 5-10 yılda bir önerilmektedir (126).

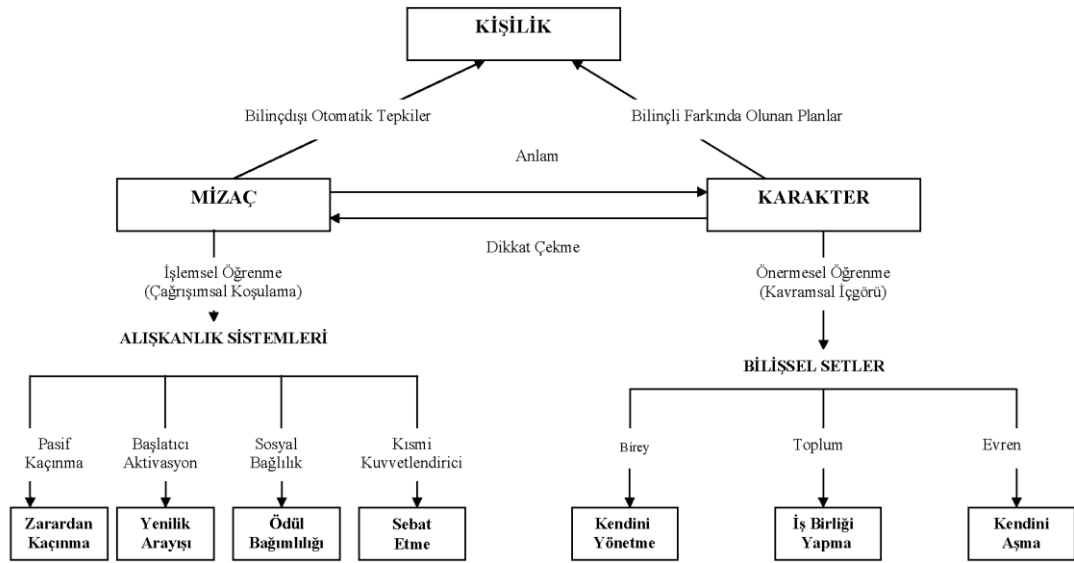
Amerika Obstetrik ve Jinekoloji Derneği (ACOG) ise; Taramanın 21 yaşında başlamasını, 21-29 yaş arası 3 yılda bir sitoloji, 30-65 yaş arası 5 yılda bir HPV DNA veya 3 yılda bir sitoloji testi yapılmasını önerirken, 65 yaş (son 10 yılda ve sonuncusu son 5 yılda olmak üzere 3 negatif sitoloji veya 2 negatif HPV testi varlığında) ve benign nedenli histerektomilerde tarama sonlandırılmasını önermektedir. CIN II ve CIN III öyküsü olan ve histerektomi olanlarda 20 yıl süreyle tarama devam edilmesi gerekmektedir. HPV aşısı olanlarda tarama devam edilmelidir. HPV taraması sonucunda HPV 16 ve 18 pozitif çıkan hastalar kolposkopiye yönlendirilmelidir. HPV 16-18 dışındaki diğer yüksek riskli tipler pozitif ancak sitoloji benign ise 1 yıl sonra yeniden HPV testi önerilmektedir. HPV testi pozitif ve sitolojide herhangi bir patoloji var ise hastalar kolposkopiye yönlendirilmelidir (127).

Gelişmiş ülkelerde sitoloji temelli pap smear hizmeti yıllardır servikal kanser tarama ve saptama programlarının temeli olmuştur. Avrupa, Amerika, Avustralya ve Japonya'da son beş dekatta sitoloji temelli servikal kanser taraması servikal kanser insidansında önemli bir azalma sağlamıştır (128,129).

2.4 MİZAÇ KARAKTER

Cloninger kişiliği değerlendirmek için boyutsal psikobiyojik model geliştirmiş, kişiliğin iki temel bileşeni olan mizaç ve karakteri incelemiştir. Mizaç duygusal uyarılara doğuştan ve yapısal özellik olarak belli şekilde otomatik tepki gösterme eğilimidir. Karakter ise bireyin göreceli olarak değişmeyen, nesnel olarak gözlenebilen davranışları ile öznel olarak bildirilen iç deneyimleridir. Karakter kişinin yaşam tarzı ve davranış şekli olarak çevresi ile karşılıklı ilişkileri devam ettirmek için bilinçli veya bilinç dışı geliştirdiği tepki ve yanıt davranışlarını da içerir (130,131).

Cloninger'in geliştirdiği model, genetik olarak birbirinden bağımsız, yaşam boyunca orta düzeyde durağan ve kültürel etkiler karşısında değişmez oldukları varsayılan dört mizaç boyutu (yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve sebat etme) ile yetişkinlikte olgunlaştırdıkları ve kendilik kavramlarını etkilediği varsayılan üç karakter boyutunu (kendini yönetme, iş birliği yapma ve kendini aşma) içermektedir (Şekil 2.2).



Şekil 2.2: Psikobiyolojik Kişilik Kuramı

Kaynak: Arkar, 2004: 5.

Mizaç ve karakter özellikleri etiyolojik olarak ayrıdır fakat işlevsel olarak birbirleriyle bağlantılıdır. Aralarındaki etkileşim sonucu dinamik bir kişilik organizasyonu ortaya çıkmaktadır. Mizaç, kalıtsal olup bilinç dışı otomatik tepkileri içerir ve alışkanlıklarla kendini gösterir. Karakter ise bilinçli farkında olduğumuz davranış ve planları içerir. Mizaç kızgınlık, korku gibi basit duyguları içerir. Karakter ise bir amaca yönelik, empati, sabır ve aynı zamanda aşk, inanç ve ümit gibi ikincil duyguları da içermektedir (132). (Tablo 2.1)

Tablo 2.1: Mizaç ve Karakter Arasındaki Ana Farklılıklar

Değişken Özellikler	Mizaç	Karakter
Farkındalık Düzeyi	Bilinç dışı/Otomatik	Bilinçli/İstemli
Öğrenme İlkesi	İşlemsel	Önermesel
Bellek Formu	Algılar/İşlemler	Kavramlar
Duygu	Basit Duygular/Kızgınlık, korku	İkincil Duygular/Empati, aşk, inanç Kompleks
Aktivite	Temel	Amaçlar ve Değerler
Ana Beyin Sistemi	Alışkanlıklar ve Beceriler	Temporal
	Limbik Sistem/Striatum	Korteks/Hipokampus
Kalıtım	%40-60	%15-40

Kaynak: Cloninger ve Svrakic, 1997:122; Sadock, B.J. ve Sadock, V., 2007: 2064, 2087.

2.4.1 Mizaç

Yaradılıştan olduğu düşünülen kişinin ne şekilde hareket edeceğinin veya uyarana karşı tepkilerindeki kişisel farklılıklarının sebebi olarak varsayılan yapı mizaç olarak nitelenmektedir (133).

Mizaç özelliklerinden ilki, yenilik arayışı (YA), yeniliğe yanıt olarak sık araştırmacı etkinlik, dürtüsel karar verme, ödül alma olasılığı belirlediğinde taşkınlık, çabuk sinirlenme ve engellenmeden kaçınma gibi davranışların etkilenmesindeki bir kalıtsal yanlılık olarak görülebilir.

İkinci mizaç özelliği, zarardan kaçınma (ZK), kötümser endişeler, belirsizlik korkusu ve yabancılardan utanma gibi kaçınan davranışlar ve çabuk yorulma gibi davranışların ketlenmesindeki bir kalıtsal yanlılık olarak görülebilir.

Üçüncü mizaç özelliği, ödül bağımlılığı (ÖB), kendini aşırı duygusallık, bağıllık ve diğerlerinin onayına bağımlılık gibi gösteren davranışların devamlılığındaki bir kalıtsal yanlılık olarak görülebilir.

Dördüncü mizaç özelliği, sebat etme (SE), engellenme, yorgunluk ve aralıklı pekiştirilmeye rağmen davranışın sürekliliğindeki bir kalıtsal yanlılık olarak görülebilir (134,135).

2.4.1.1 Yenilik Arayışı

Yenilik arayışı sonuçları göz önüne alınmadan davranış sergileme, ödül alma ihtimaline ve uyarıcıya karşı taşkın ve aşırı davranışlar, engel ile karşılaşıldığında kaçınmacı davranışlar sergilenmesi veya başlatılması eğilimi olarak nitelenmektedir.

Mizacın dört alt boyutundan olan yenilik arayışının da dört alt boyutu vardır. Bunlar; Keşfetmekten Heyecan Duyma-Kayıtsız Bir Katılık, Dürtüsellik-İyice Düşünme, Savurganlık-Tutumluluk ve Düzensizlik-Düzenlilik alt ölçekleridir (131).

Yenilik arayışı alt boyutundan yüksek puan alan kişiler düşünmeden hareket eden, meraklı, hevesli, heyecanlı, çabuk sinirlenen, karar vermekte zorluk çeken ve hızlı fikir değiştiren kişilerdir. Çabuk sinirlendikleri için kolayca kışkırtılarak kavgaya çekilme ihtimalleri yüksektir. Dikkatleri dağınıktır ve

abuk sıkılırlar. Bu kişiler çabuk sinirlendikleri ve dşşnmeden hareket ettikleri için ilişkileri uzun sürmez. Alışkın olmadıkları yeni durumlar ile karşılaştıklarında ise heyecan ve istek duyarlar.

Yenilik arayışı alt boyutundan dşşk puan alan kişiler ise uzun karar aşamaları olan, ilgisiz, isteksiz, çekingen ve yeniliklere karşı ilgi duymayan kişilerdir. Tekdüzeliği severler. Değişime karşı dirençlidirler. Detaycı, vefa duygusu gelişmiş, disiplinli, düzenli ve tutumlu kişileridir (135). (Tablo 2.2)

Tablo 2.2: Yenilik Arayışı (YA) Alt leklerinden Ortalamadan Yüksek ve Dşşk Puan Alan Kişilerin zellikleri

Alt lekler	Yüksek Puanlar	Dşşk Puanlar
YA1-Keşfetmekten Heyecan Duyma-Kayıtsız Bir Katılık	Araştırmacı	Duyarsız
YA2- Dürtüsellik-İyice Dşşnme	Dürtüsel/İçgüdüsel	Temkinli/Analitik
YA3- Savurganlık-Tutumluluk	Savurgan/Abartılı	Tutumlu/ll
YA4- Düzensizlik-Düzenlilik	Asabi/Düzensiz	Sabırlı/Düzenli

Kaynak: Svraık vd., 2002: 190.

2.4.1.2 Zarardan Kaçınma

Zarardan kaçınma ceza alma ihtimalinden etkin biçimde sakınmak için davranışı engelleme eğilimi olarak nitelenmektedir (135). Bu alt boyut kötümser bir anksiyete halini, yeni insanlar ile iletişime ve etkileşime geçmekten geri durmayı, belirsiz olan durumlardan korkmayı, kısa sürede yorulmayı özetle pasif kaçınma davranışlarını yordamaktadır (136).

Mizacın dört alt boyutundan olan zarardan kaçınmanın da dört alt boyutu vardır. Bunlar; Beklenti Endişesi ve Karamsarlık-Sınırsız İyimserlik, Belirsizlik Korkusu-Güven, Yabancıardan ekinme-Topluluğu Sevme ve abuk Yorulma-Dinçlik alt ölçekleridir.

Zarardan kaçınma alt boyutundan yüksek puan alan kişiler normal durumlarda dahi daha dikkatlidirler. Kaygılı, gergin, güvensiz bir örüntü sergilemektedirler. Bu kişiler sürekli yorgun hissederler ve eleştiriye karşı hassasiyetleri vardır. Diğer insanlar ile kıyaslandığında daha çok cesaretlendirilmeye ve güven verilmeye ihtiyaç duyarlar. Tehlikeyle

karşılaşma beklentileri diğer insanlara göre yüksektir bu nedenle kaygı yaşama ihtimalleri olasıdır (130).

Zarardan kaçınma alt boyutundan düşük puan alan kişiler kaygı yaşanması beklendik durumlarda dahi kaygısız ve rahat olmaya meyillidirler. Özgüvenleri yüksek, cesaretli, enerjileri yüksek, girişken özellikleri ön planda olan kişilerdir. İletişim kurmakta zorlanmazlar, başkaları tarafından sıcakkanlı olarak algılanırlar. Bir tehlike ile karşılaşma durumunda veya bilinmezlik karşısında öz kaynaklarına güvenirler ve stres yaşamadan süreci atlatabilirler. Ancak ciddi bir tehdit ile karşılaştıklarında dahi tepki vermeme ve tehdidin kendiliğinden ortadan kalkacağına inanma durumu bu kişiler için dezavantaj oluşturmaktadır (131). (Tablo 4.3)

Tablo 2.3: Zarardan Kaçınma (ZK) Alt ölçeklerinden Ortalamadan Yüksek ve Düşük Puan Alan Kişilerin Özellikleri

Alt Ölçekler	Yüksek Puanlar	Düşük Puanlar
ZK1- Beklenti Endişesi ve Karamsarlık-Sınırsız İyimserlik	Kötümser/Karamsar	İyimser
ZK2- Belirsizlik Korkusu-Güven	Korkulu/Pasif	Korkusuz/Atılgan
ZK3- Yabancılardan Çekinme-Topluluğu Sevme	Utangaç/Çekingen	Sempatik/Sosyal
ZK4- Çabuk Yorulma (Dermansızlık)-Dinçlik	Halsiz/Kuvvetsiz	Enerjik/Dinamik

Kaynak: Svrakic vd., 2002: 190.

2.4.1.3 Ödül Bağımlılığı

Ödül bağımlılığı bireyin duygusal ve sosyal olarak diğerlerinin onayına bağımlılık göstermesi eğilimi olarak nitelenmektedir. Ödül bağımlılığının da dört alt boyutu vardır. Bunlar; Duygusalılık-Duyarsızlık, Yakın İletişime Açıklık-Kayıtsız Uzaklık, Bağlanma-Uzak Olma ve Bağımlılık-Bağımsızlık alt ölçekleridir (136).

Ödül bağımlılığı alt boyutundan yüksek puan alan kişilerin yardım etmekten hoşlanan, başka bir canlının karşılaştığı kötü durumdan dolayı üzüntü duyan, merhametli, duygusal ve bağımlı olma eğilimi vardır. Başkaları ile iletişim içinde olmaya gayret eden, iletişime açık, gayretli ve çalışmayı seven kişilerdir. Kolay manipüle edilebildiklerinden dolayı istismar edilebilirler.

Engellenme veya reddedilme ile karşılaştıklarında çoğunlukla ödül arama davranışları sergilerler.

Ödül bağımlılığı alt boyutundan düşük puan alan kişilerin ise çoğunlukla etraflarındaki olaylara karşı duyarsız, sert görünümlü, kayıtsız, bağımsız ve sosyal mükâfatlara duyarsız olma eğilimi vardır. Başkaları ile iletişimden imtina ederler. Mesafeli ve tek başına olmayı seçerler. Kararlarında tarafsız ve duygusallıktan uzak olma eğilimindedirler (130,131). (Tablo 2.4)

Tablo 2.4: Ödül Bağımlılığı (ÖB) Alt ölçeklerinden Ortalamadan Yüksek ve Düşük Puan Alan Kişilerin Özellikleri

Alt Ölçekler	Yüksek Puanlar	Düşük Puanlar
ÖB1- Duygusallık-Duyarsızlık	Duygusal/Anlayışlı	Bağımsız/Mesafeli
ÖB2- Yakın iletişime açıklık – kayıtsız uzaklık	İletişime Açık	Mesafeli
ÖB3-Bağlanma-Uzak Olma	Samimi/Candan	Soğuk/İlgisiz
ÖB4-Bağımlılık-Bağımsızlık	Bağımlı	Bağımsız

Kaynak: Svrakic vd., 2002: 190.

2.4.1.4 Sebat Etme

Sebat etme alt boyutu engellenme, beklentilerin karşılanmaması ve yorgunluğa karşı davranışın devamlılığını sağlayabilme eğilimi olarak nitelenmektedir. Kişinin psikolojik dayanma gücü olarak nitelenebilir. Sebat etmenin de dört alt boyutu vardır. Bunlar; Çaba Sarf Etme İsteği-Tembellik, Çok Çalışkan Olmak-Şımartılmış Olmak, Azimli, Kararlı Olmak-Düşük Başarı Göstermek ve Mükemmeliyetçi Olmak-Pragmatist Olmak alt ölçekleridir (137).

Sebat etme alt ölçeğinden yüksek puan alan kişiler beklentilerinin karşılanmaması, engellenme yaşamaları ve yorgun olmalarına karşı çalışmaya devam etme ve kararlı olmaya meyillidirler. Sebatkâr olarak nitelendirilen kişiler mükâfat olmaması halinde bile davranışlarını sürdürmekte ısrarcıdır. Görev alma konusunda isteklidirler. Engellenmeyi, başarısız olmayı, yorgunluğu kendilerine bir durma noktası olarak görmezler aksine daha çok devam etme isteği gösterirler. Bu sebeple işlerini istikrarlı olarak yürütür yarım bırakmazlar. Mükemmeliyetçi yapıları olduğundan sürekli çalışırlar, işlerine çok bağlıdır. Eleştiriye açık

kişilerdir, eleştiriyi kendilerini daha ileriye yol almalarını sağlayacak bir güç olarak algırlar (138).

Sebat etme alt boyutundan düşük puan alan kişiler ise iş görmeyi ve çalışmayı sevmeyen, çaba göstermekten ve sıkıntıdan kaçan, üşengeç, uyuşuk, etkinliği zayıf, güven vermeyen, karar vermekte zorlanan, düzensiz örüntü eğilimi gösteren kişilerdir. Mükâfat almak için herhangi bir çabaları yoktur varsa da oldukça azdır. Engellenme, başarısızlık veya beklentilerinin karşılanmaması halinde çok çabuk vazgeçme eğilimindedirler (131,135). (Tablo 2.5)

Tablo 2.5: Sebat Etme (SE) Alt ölçeklerinden Ortalamadan Yüksek ve Düşük Puan Alan Kişilerin Özellikleri

Alt Ölçekler	Yüksek Puanlar	Düşük Puanlar
SE1-Çaba Sarf etme İsteği – Tembellik	Çalışkan/Gayretli	Tembel/Uyuşuk
SE2- Çok Çalışkan Olmak – Şımartılmış Olmak	Azimli/Kararlı	Şımarık
SE3- Azimli, Kararlı Olmak – Düşük Başarı Göstermek	Hevesli/İstekli	Beklenilenden Az Başarılı
SE4- Mükemmeliyetçi Olmak – Pragmatist Olmak	Mükemmeliyetçi	Pragmatik

Kaynak: Svrakic vd., 2002: 190.

2.4.2 Karakter

Karakter, gönüllü hedefler ve değerlerdeki bireysel farklılıklara karşılık gelen özelliktir. Kişiye özgü olan; kişinin değerlerini, duygularını, hayattaki gayesini gösteren hayat deneyimlerinden, bulunduğu kültürden ve öğrenmelerinden etkilenen, yetişkin dönemde olgunlaştığı düşünülen yapı olarak tanımlanır (137).

Çocukluktan itibaren kullanılan savunma mekanizmalarına, mizaç yönelimlerine, çevresel etmenlere uyumun sonunda oluşan karakter, öğrenmeden orta düzeyde etkilenirken kalıtsal faktörlerden etkilenme oranı daha düşüktür (139).

Cloninger karakteri kendini yönetme, iş birliği yapma ve kendini aşma olmak üzere üç alt boyutta incelemiştir.

Kendini yönetme (KY), kişinin tercihleri konusunda sorumluluğunu kabul etmesi, anlamlı amaçların belirlenmesi ve sorunları çözmede beceri ve güvenin gelişiminden oluşur. İş birliği yapma (İY), sosyal kabul, empati, sevecenlik ve erdemli olmaktan oluşur. Kendini aşma (KA), kendilik kaybı, kişilerarası özdeşim ve manevi kabulden oluşur (137).

2.4.2.1 Kendini Yönetme

Kendini yönetme; insanın kendi yazgısını belirleme veya kişinin kendi değer, hedef ve amaçlarına göre davranışlarını kontrol etme ve düzenleme becerisi olarak tanımlanmaktadır. Kendini yönetme kişinin kararlarını kendisinin alabilmesi ve bu kararların sorumluluğunu üstlenmesini ifade eder. Ayrıca kendisi açısından anlam barındıran amacı veya amaçlarını belirlemek ve sorunları çözerken güven ve maharet gelişimi ile kendini benimsemekten oluşur. Karakterin üç alt boyutundan olan kendini yönetmenin de beş alt boyutu vardır. Bunlar; Sorumluluk Alma-Kınama, Amaçlılık-Amaçsızlık, Beceriklilik-Eylemsizlik, Kendini Kabullenme-Kendisiyle Çekişme ve Uyumlu İkincil Huylar-Uygunsuz Alışkanlıklar alt ölçekleridir (140,141). (Tablo 2.6)

Tablo 2.6: Kendini Yönetme (KY) Alt ölçeklerinden Ortalamadan Yüksek ve Düşük Puan Alan Kişilerin Özellikleri

Alt Ölçekler	Yüksek Puanlar	Düşük Puanlar
KY1- Sorumluluk Alma-Kınama	Sorumlu/Güvenilir	Sorumsuz/Güvenilmez
KY2- Amaçlılık-Amaçsızlık	Amaç Odaklı/Kararlı	Amaçsız
KY3- Beceriklilik-Eylemsizlik	Becerikli/Üretken	Beceriksiz/Aciz
KY4- Kendini Kabullenme-Kendisiyle Çekişme	Kendini Kabullenen	Kendini Beğenmeyen
KY5- Uyumlu İkincil Huylar-Uygunsuz Alışkanlıklar	Disiplinli/İradeli	Disiplinsi

Kaynak: Svrakic vd., 2002: 190.

2.4.4.2 İş Birliği Yapma

İş birliği yapma alt boyutunun da beş alt boyutu vardır. Bunlar; Sosyal Onaylama- Hoşgörüsüzlük, Empati – Sosyal İlgisizlik, Yardımseverliğe Karşı-Yardımsever Olmama, Acıma – Kincilik, Erdem – Menfaatçilik alt ölçekleridir (137).

İş birliği yapma alt boyutundan yüksek puan alan kişiler sosyal toleransa sahip, başkalarının duygu ve düşüncelerini anlayabilme kapasitesi bulunan, şefkatli ve yardım etmekten hoşlanan, kendi kuralları olan, kin tutmayan, adil davranan kişilerdir. Diğer kimseler ile iş birliğine ve iletişime açıktırlar. Başkalarının gereksinimlerine ve tercihlerine saygılıdırlar.

İş birliği yapma alt boyutundan düşük puan alan kişiler ise sosyal toleransı bulunmayan, empati becerileri gelişmemiş veya az gelişmiş, kinci, diğerlerine karşı ilgisiz tutumları olan, iletişim becerileri düşük, bencil, diğerlerinin tercihlerine ve gereksinimlerine karşı umursamaz kişilerdir. Diğer kişileri kendilerine düşman olarak algırlar (131,137). (Tablo 2.7)

Tablo 2.7: İş Birliği Yapma (İY) Alt ölçeklerinden Ortalamadan Yüksek ve Düşük Puan Alan Kişilerin Özellikleri

Alt Ölçekler	Yüksek Puanlar	Düşük Puanlar
İY1-Sosyal Onaylama-Sosyal Hoşgörüsüzlük	Hoşgörülü / Şefkatli	Hoşgörüsüz / Soğuk
İY2-Empati Duyma ve Sosyal İlgisizlik	Empatik	Duyarsız
İY3- Yardımseverlik-Yardımsevmemezlik	Yardımsever	Bencil
İY4-Acıma-İntikamcılık	Merhametli/Bağışlayıcı	Kindar /İntikamcı
İY5- Erdemlilik-Vicdanlılık / Kendinde Yarar Sağlama-Menfaatçilik	İlkeli /Adil	Fırsatçı /Menfaatçi

Kaynak: Svrakic vd., 2002: 190.

2.4.2.3 Kendini Aşma

Kendini aşma bireyin kendisini bir bütün halinde bulunan evrenden ayrılmaz bir parça olarak algılaması ve bu bütünü oluşturan temel parçalar ile özdeşim kurmasıdır. Ayrıca her şeyin bu bütün ile parça-bütün ilişkisi içerisinde olduğu birleştirici bilinç durumunu da içerisinde barındırır. Bu bilinç durumunda bireysellikten ziyade kişinin tabiat ve tabiatın kaynakları ile birleşmesi vardır. Karakterin üç alt boyutundan olan kendini aşmanın da üç alt boyutu vardır. Bunlar; Kendilik Kaybı-Kendilik Bilincinde Yaşantı, Kişiler Arası Özdeşim-Kendine Ayrışma ve Manevi Kabullenme-Akılcı Maddecilik alt ölçekleridir (137).

Kendini aşma alt boyutundan yüksek puan alan kişiler manevi duyguları kuvvetli, hoşgörülü, sabırlı, özverili, şatafattan uzak sade bir hayat tarzını benimsemiş, belirsizlik ile baş etme gücü olan, başarı veya başarısızlığı kabullenen kişilerdir. Doğu toplumunda örnek kimseler olarak nitelendirilirler.

Kendini aşma alt boyutundan düşük puan alan kişiler ise manevi duyguları zayıf, sabırsız, kendini büyük gören, yaratıcılık özellikleri zayıf, şatafat seven, memnuniyetsiz kişilerdir. Bilhassa yaşlandıkça ölümü ve acıyı kabul etmekte zorlanırlar (131). (Tablo 2.8)

Tablo 2.8: Kendini Aşma (KA) Alt ölçeklerinden Ortalamadan Yüksek ve Düşük Puan Alan Kişilerin Özellikleri

Alt Ölçekler	Yüksek Puanlar	Düşük Puanlar
KA1-Kendilik Kaybı-Kendilik Bilincinde Yaşantı	İçgüdüsel	Yapmacık
KA2-Kişiler Arası Özdeşim-Kendine Ayırışma	Uysal	Denetleyici
KA3-Manevi Kabullenme-Akılcı Maddecilik	Spiritüel	Materyalist

Kaynak: Svrakic vd., 2002: 190.

2.5 BENLİK SAYGISI

En genel anlamıyla benlik kavramı, zaman içinde kendimizi değerlendirmemiz konusunda sahip olduğumuz görüşü ifade eder. Benlik kavramı bireyin çevreden aldığı geribildirimlere dayanarak toplumsal etkileşimler sonucu gelişme gösterir. Olgun kişiliğin en önemli özelliklerinden biri de geniş bir benlik duygusuna sahip olmaktır. Bireyin çocukluk ve ergenlik dönemlerinde oluşmaya başlayan benlik kavramı yetişkinlik döneminde de sosyal ve psikolojik anlamda gelişimi sürdürür. Yetişkin yaşamında yer alan, iş ve meslek yaşamı, eş ve çocuklarını kapsayan aile yaşamı, sosyal ve kültürel çevresi gibi pek çok etken kişinin benlik kavramı üzerinde etkili olabilir (142).

Bireyi diğerlerinden ayıran duygu, tutum ve davranışlarının tümünün örgütlenmiş bütünlüğünü ifade eden ben, benlik, kendilik zaman zaman da kişilik sözcükleri eş anlamlı ve birbirlerinin yerine kullanılabilir. Bunlardan "benlik" sözcüğü bazen "ben" (ego) anlamında da kullanılır. Oysa

benlik geniş bir kavramsal sistem içerisinde hiyerarşik olarak düzenlenmiş pek çok yapıyı içine alır. Buna göre benlik, egoyu da içine alır ve egodan daha geniş çerçeveli bir yapı olup egodan daha üst yapısal özellikler gösterir. Benzer olarak benlik, bir bireyin toplam kişiliği değil, toplam kişiliğin bir parçası ve bölümüdür (143).

Benlik kişiliğin önemli bir unsurudur. Benlik kavramının beğenilip benimsenmesi benlik saygısını oluşturur. Benlik saygısı, kişinin kendini değerlendirmesi sonucunda ulaştığı benlik kavramını onaylamasından doğan beğeni durumudur. Lewin, benlik saygısını “yaşam bir sahne olarak düşünülürse, kişinin oynadığı oyunun niteliğinden ve rolden aldığı doyumunu” olarak tanımlamaktadır (144).

Yeteneklerimiz, duygusal deneyimlerimiz, psikolojik uyumumuz hakkındaki kararlar ve değerlendirici ifadeler içerdiği için benlik saygısı benliğimizin önemli bir yönü olarak tanımlanır. Benlik saygısı erken yaşlarda ortaya çıkan, yaş aldıkça değişen bir yapıya sahiptir. (145).

Benlik ile ilgili değerlendirmeler bireyler arası etkileşimlerin sonucudur ve birey için önemli olan bireyler tarafından yapılan değerlendirmelere göre şekillenir. Bu nedenle de bireylerin yaşadıkları kişisel doyum ya da engellenme derecelerine göre farklılıklar gösterir (146).

Benlik saygısı cinsiyet, yetiştirilme biçimi, sosyoekonomik düzey sosyokültürel ortam, bedensel hastalıklara sahip olma, beden imajı gibi birçok faktörle ilişkilidir. Benlik saygısı, bireyin kendisini yetenekli, önemli, başarılı ve değerli olarak algılama derecesidir. Kendimiz hakkında yaptığımız duygusal bir değerlendirmedir (147). Benlik saygısı bireyin ne olduğu ile ne olmak istediği arasındaki farka ilişkin duygularını gösterir. Benlik saygısı, insanların birer birey olarak, değerleri konusundaki ulaştıkları kanıdır. Kendi benlik kavramını beğenmesi, onaylaması ve kendinden hoşnut olmasıdır (148).

Gecas ve Schwalbe (1983) ve White (1960)’a göre benlik saygısı, bireyin yeterli olan davranışları sonucunda kazanılır. Birey çevresini kontrol ve manipüle edebildiğini görerek yeterli, başarılı ve muktedir bir benlik görüşü ve bunun sonucunda da yüksek bir benlik saygısı geliştirir (149).

Fennell, (1997)'e göre düşük benlik saygısı ise, genel olarak kalıcı ve sürekli bir şekilde kişinin kendisini olumsuz değerlendirmesi anlamına gelmektedir. Mecca, Smelser & Vasconcellos, (1989); Leary, (1999); Sacco & Phares, (2001); Donnellan, Trzesniewski, Robins, Moffitt & Caspi, (2005); Kernis, (2005)'e göre düşük benlik saygısı daha çok çeşitli psikolojik zorluklar, depresyon, yalnızlık ve akademik başarısızlık gibi durumları içine alan kişisel problemlerle ilgilidir (150).

Rosenberg, benliğin çeşitli ayırt edici elementleri olduğunu, hiyerarşik bir düzenleme içerisinde son derece karmaşık bir denkleme göre bir araya geldiğini, global benlik değeri yargısına, yapılandırılan spesifik alanları ölçmekten ziyade bireyin kendi özünü, varoluşunu genel olarak değerlendirmesini içeren benlik kavramlarından söz eder. Rosenberg'in çalışmalarının odak noktası benliği bir özne olarak değil, bir nesne olarak ele almasıdır.

Buna göre benlik kavramı bireyin bir nesne gibi kendine yönelttiği duygu ve düşüncelerinin bir toplamı olup, benliğin bir resmini, görüntüsünü verir. Rosenberg, benlik saygısını kişinin kendini değerlendirirken aldığı tutumun yönüne bağlı olduğunu ifade eder. Kişi kendini değerlendirirken olumlu bir tutum içindeyse benlik saygısı yüksek, olumsuz bir tutum içindeyse benlik saygısı düşük olur (151,152).

GEREÇ ve YÖNTEM

3.1 ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ

Çalışmaya İstanbul Sancaktepe Gülsen Solmaz Aile Sağlığı Merkezine Nisan 2021-Haziran 2021 tarihleri arasında herhangi bir sebeple başvuran 40 yaş ve üzerinde olan tüm bireyler değerlendirilmiş; dahil etme ve hariç tutma kriterlerini karşılayan, çalışmaya katılmayı kabul ederek aydınlatılmış onam formunu imzalayan ardışık 163 birey alınmıştır. Çalışma aynı hastanenin etik kurulu tarafından onaylanmış (Etik Kurul Onay tarihi: 13.01.2021), sonrasında T.C. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden da çalışmanın yapılabilmesi için onay alınmıştır. Araştırmanın her aşamasında Helsinki Bildirgesi kurallarına riayet edilmiştir.

Çalışma kesitsel ve tanımlayıcı özelliktedir. Tüm katılımcılara araştırmacı tarafından çalışmanın amacına uygun şekilde hazırlanan katılımcıların aydınlatılmış onam formu, sosyodemografik verileri ile kanser tarama hakkında bilgi ve tutumlarını değerlendiren veri formu; öz bildirim türü ölçek olan Mizaç ve Karakter Envanteri-Gözden Geçirilmiş Formu (TCI-R) ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) Benlik saygısı alt kategorisi uygulanmıştır. Uygulanan bu ölçekler, pandemi nedeni ile katılımcının kendisi tarafından doldurulan kendini değerlendirme ölçekleridir. Katılımcılara danışabilmeleri amacıyla iletişim numarası da verilmiştir. Veriler JMP 16.0 (SAS Institute, Cary, NC) for MAC programı veri tabanına kaydedilmiş, istatistiksel analiz sonrasında ulaşılan çalışmaya özgü bulgular, mevcut literatürdeki benzer çalışma bulgularıyla karşılaştırılmıştır.

3.2 DAHİL ETME VE HARİÇ TUTMA KRİTERLERİ

➤ Çalışmaya Dahil Etme Ölçütleri Şunlardır:

1. Aile Sağlığı Merkezine başvurmuş olma
2. 40 yaş üzerinde olma
3. Okur yazar olma

➤ Çalışmada Hariç Tutma Kriterleri Şunlardır:

1. Muhakeme bozukluğuna yol açan bir hastalığının olması (mental retardasyon, demans, organik mental bozukluk, psikotik bozukluk tanıları ile bipolar afektif bozukluk akut alevlenme dönemi)
2. Aydınlatılmış onamı imzalamama
3. Mizaç ve Karakter Envanteri-Gözden Geçirilmiş Formu'nun 5 geçerlik maddesini (36=4, 101=1, 120=5, 132=2, 209=3) yanlış işaretleme

3.3 İSTATİSTİKSEL ANALİZ

3.3.1 Örnek büyüklüğü ve istatistiksel güç

Çalışmamızda 40 yaş üzeri taramayı kabul edip etmemek bağımlı değişkenini yordayan bağımsız değişkenlerin tespiti amacıyla lojistik regresyon modeli kurulması planlanmıştır. Dahil edilmesi planlanan her bir bağımsız değişken için 15 kişi alınması planlanmış olup en fazla 10 bağımsız değişkenin test edeceği öngörülerek örneklem büyüklüğümüzün 150 olmasına karar verilmiş, ayrıca %9'luk kayıp ihtimaline karşı (herhangi bir nedenle çalışma dışı kalma sebebi ile) çalışmaya 163 hastanın alınmasına karar verilmiştir.

3.3.2 İstatistiksel yöntemler

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için, JMP 16.0 (SAS Institute, Cary, NC) for MAC programı kullanıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik (KolmogorovSmirnov ve Shapiro-Wilk testleri) kullanılarak incelenmiştir. İstatistiksel değerlendirmelerde; Değişkenler arasındaki ilişkilerin analizi ve

gruplarının sosyodemografik özellikleri için ki-kare testi. Gruplarda elde edilen puanlar arasındaki farkların değerlendirilmesi için parametrik değerlerde Student t-testi, nonparametrik değerlerde Mann Whitney-U testi kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

Olguların verilerinin bilgisayara giriş işlemleri ve analizleri tez asistanı tarafından; tez danışmanı gözetim ve denetiminde yapılacaktır. Veri girişi için ek ücret gerekmemektedir.

3.4 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.4.1 Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmanın amacı gözetilerek araştırmacı tarafından geliştirilmiş 20 maddelik veri toplama formudur. Çalışmaya katılanların; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir düzeyi, sağlık güvencesinin olup olmadığı, sigara-alkol-madde bağımlılık durumları, kronik hastalık ve/veya kanser öyküsü olup olmadığı ve eğer öyküsü varsa hastalığın/kanser türünün ne olduğu, ailesinde kanser öyküsü olup olmadığı, daha önce kanser taraması yaptırıp yaptırmadığı, kanser taraması yaptırmayı isteyip istemediği, kanser taramasıyla ilgili bilgisinin olup olmadığı, tarama ile ilgili bilgisi varsa bu bilgiyi ne yolla edindiği bilgilerini içerir.

Uygulanan sosyodemografik veri formu içeriğinde; katılımcıların yaş verileri yıl olarak toplanıp “40-49”, “50-59” ve “60 üzeri” olarak 3 grupta değerlendirildi, cinsiyet ise kadın için “K”, erkek için “E” şeklinde kısaltmalar kullanılarak belirtildi. Medeni durumlar sorgulanıp, “bekar” ve “evli” olarak 2 seçenekte soruldu. Eğitim düzeyleri “ilköğretim mezunu”, “lise mezunu” ve “üniversite mezunu” olup olmamasına göre, çocuk sayısı “0”, “1-2” ve “3 ve üzeri” şeklinde, çalışma durumu “çalışıyor”, “çalışmıyor” ve “emekli” olarak ve gelir düzeyi 10000TL üzeri geliri olan katılımcı olmadığı için “0-4000”, “4000-6000” ve 6000-10000” TL olarak üçer gruba ayrılarak incelendi. Kanser taramasıyla ilgili bilgiyi edinme şekli verileri toplandıktan sonra “hekiminden”, “sosyal medya” ve “sosyal çevre” olarak 3 gruba ayrıldı (EK B).

3.4.2 Mizaç ve Karakter Envanteri-Gözden Geçirilmiş Formu (Türkçe TCI-R)

Cloninger vd. (1993) tarafından Cloninger'in psikobiyolojik kişilik kuramı temelinde geliştirilen Mizaç ve Karakter Envanteri (TCI)'nin gözden geçirilmiş formu (TCI-R) 1999 yılında Cloninger tarafından önerilmiştir. Mizaç ve Karakter Envanteri Gözden Geçirilmiş Formu (Türkçe TCI-R) kişiliğin mizaç ve karakter boyutlarını değerlendirir. TCI-R 240 maddeden oluşan, "Kesinlikle Yanlış", "Çoğu kez yanlış", "Ne doğru ne de yanlış ya da eşit derece de doğru ya da yanlış", "Çoğu kez doğru", "Kesinlikle Doğru" şeklinde cevaplandırılan 5'lik likert tipi bir öz değerlendirme ölçeğidir (153). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (154).

Ölçek, kişiliğin dört mizaç boyutunu ve üç karakter boyutunu ölçmektedir. Toplam 7 boyuttan ve bu boyutlara ait 29 alt ölçekten oluşmaktadır. Mizaç boyutunda Yenilik Arayışı (YA), Zarardan Kaçınma (ZK), Ödül Bağımlılığı (ÖB) ve Sebat Etme (SE) her biri dört alt ölçekten oluşur. Karakter boyutunda ise Kendini Yönetme (KY) ve İş Birliği Yapma (İY), beş alt ölçekten oluşur; Kendini Aşma (KA) ise üç alt ölçekten oluşmaktadır. Her bir alt ölçeğin toplam puanı, ilgili alt ölçeğe tanımlanan maddelerden elde edilen puanlar toplanarak elde edilir. Her bir boyutun toplam puanı ise o boyutu oluşturan alt ölçeklerin toplam puanlarının toplanması ile edilir. Tüm ölçekler için pozitif yüklü maddeler (1=1, 2=2, 3=3, 4=4, 5=5) şeklinde puanlanırken, negatif yüklü maddeler ise (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1) şeklinde puanlanmaktadır.

Türkçe TCI-R toplam 7 boyut ve bu boyutlara ait 29 alt ölçekten oluşmaktadır. Her bir alt ölçeğin toplam puanı, ilgili alt ölçeğe tanımlanan maddelerden elde edilen puanlar toplanarak elde edilir. Her bir boyutun toplam puanı ise o boyutu oluşturan alt ölçeklerin toplam puanlarının toplanması ile edilir. Tüm ölçekler için pozitif yüklü maddeler (1=1, 2=2, 3=3, 4=4, 5=5) şeklinde puanlanırken, negatif yüklü maddeler ise (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1) şeklinde puanlanmaktadır.

Tüm ölçekler içinde pozitif olarak puanlandırılan maddelerin altı çizilmemiş, negatif olarak puanlandırılan maddelerin altı çizilmiştir (EK C).

3.4.3 Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Benlik Saygısı Alt Kategorisi

Özgün adı Rosenberg Self-Esteem Scale olan RBSÖ, bugün birçok çalışmada benlik saygısı ölçümü için kullanılan güvenilir dört ana ölçekten biri olarak literatürde yer alan ölçek 1965 yılında M. Rosenberg tarafından geliştirilmiştir. Benlik saygısını ölçen bu ölçek grup halinde ve ergenlere uygulanabilir. Uygulamada zaman sınırlaması yoktur. Toplam 63 maddeden oluşan ölçeğin 12 alt testi vardır.

Bunlar:

- 1- Benlik Saygısı,
- 2- Kendilik kavramının sürekliliği,
- 3- İnsanlara güvenme,
- 4- Eleştiriye duyarlılık,
- 5- Depresif duygulanım,
- 6- Hayalperestlik,
- 7- Psikomatik belirtiler (Anksiyete göstergesi olarak kabul edilmiştir),
- 8- Kişiler arası ilişkilerde tehdit hissetme,
- 9- Tartışmalara katılabilme derecesi,
- 10- Ana-baba ilişkisi,
- 11- Babayla ilişki,
- 12- Psişik izolasyon.

12 alt sınıftan oluşan ölçeğin ilk sınıfı benlik saygısını ölçer ve 10 sorudan oluşmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puan bireyin genel benlik değerinin düşük olduğuna işaret ederken, düşük puan ise benlik değerinin yüksek olduğuna işaret etmektedir. Bu çalışmada 10 maddeden oluşan Benlik Saygısı alt kategorisi kullanılmıştır. Çuhadaroğlu (1986) tarafından Türkçe'ye uyarlanan ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmaları sonunda benlik saygısı kategorisinin geçerliğini sınamak için psikiyatrik görüşmeler yapılmıştır. Bu görüşmelerle yapılan değerlendirmede öğrencilerin benlik saygıları, kendilerine ilişkin görüşlerine göre, yüksek, orta ve düşük olarak gruplandırılmıştır. Görüşlerden ve benlik saygısı ölçeğinden elde edilen sonuçların arasındaki ilişkiler hesaplanmış ve geçerlik oranı .71 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin test-tekrar test güvenirlik katsayısının ise .75 olduğu belirtilmiştir (155) (EK D).

BULGULAR

Çalışmaya T.C. İstanbul Sancaktepe Gülsen Solmaz Aile Sağlığı Merkezi'ne 01.04.2021-01.06.2021 tarihleri arasında başvuran, çalışma kriterlerini karşılayan 40 yaş üzeri 163 birey alındı.

4.1 SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİN ÖZELLİKLERİ

Çalışmaya katılanların sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1'de belirtilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması $55\pm9.9(SS)$ 'du. 40-49 yaş arası bireyler toplam katılımcının %33'ünü, 50-59 yaş aralığındaki bireyler %34'ünü, 60 yaş üzerindeki bireylerse %33'ünü oluşturmaktaydı. Tüm katılımcıların %51'i (n=83) erkekti. Medeni durumlarına bakıldığında evli olanlar tüm katılımcılar arasında %84'lük (n=137) orana sahipti. Çocuk sayıları çocuğu olmayanlar %16 (n=26), 1-2 çocuğu olanlar %48 (n=79), 3 ve üzeri çocuğu olanlar %36 (n=58) olarak saptandı. Katılımcıların %61'i ilköğretim (n=100), %26'sı lise (n=42), %13'ü üniversite (n=21) mezunuydu. Çalışma durumlarına bakıldığında %39'u halen çalışıyor (n=63), %29'u hiç çalışmamış ya da işi bırakmış (n=43), %32'si ise emekli (n=52) idi. Çalışmaya katılanların %94'ünün (n=153) sağlık güvencesi vardı. Katılımcıların gelir düzeyleri üç kategoride çalışıldı. Aylık geliri 4000 TL ve altında olanlar %79 (n=128), 4000 TL üzeri ve 6000 altı olanlar %12 (n=20), 6000 TL ve üzeri olanlar %9 (n=15) olarak dağılım gösterdi.

Sigara içenler tüm grubun %34'ünü (n=56) oluşturmaktaydı. Alkol ve madde kullanım oranlarına bakıldığında; alkol kullananlar %15 (n=24) olarak saptanırken madde kullanan birey yoktu. Katılımcıların %42'sinin (n=68) mevcut bir hastalığı vardı, %58'inin (n=95) tanı konulmuş herhangi bir hastalığı yoktu.

Katılımcıların %75'i (n=123) önceden bir kanser taraması yaptırmamıştı. Kanser taraması ile ilgili bilgilerinin olup olmadığı araştırıldığında %51'inin (n=84) kanser taraması hakkında bilgi sahibi olmadığı saptandı. Kanser taraması hakkında bilgi sahibi olanların %50'sinin (n=81) bu bilgiyi hekimden, %16'sının (n=27) sosyal medyadan, %34'ünün (n=55) kendi sosyal çevrelerinden edindiği sonucuna ulaşıldı. Katılımcıların %9'unda (n=14) önceden kanser tanısı mevcuttu. Ailede kanser tanısı olanların oranı %40 (n=66) idi.

Tablo 4.1: Örneklemenin Sosyodemografik Verileri

	n (163)	%
Yaş		
40-49	53	33
50-59	56	34
60+	54	33
Cinsiyet		
Erkek	83	51
Kadın	80	49
Medeni Hal		
Evli	137	84
Bekar	26	16
Çocuk Sayısı		
0	26	16
1-2	79	48
≥3	58	36
Eğitim Düzeyi		
İlköğretim	100	61
Lise	42	26
Üniversite	21	13
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	63	39
Çalışmıyor	43	29
Emekli	52	32
Sağlık Güvencesi		
Var	153	94
Yok	10	6
Gelir Düzeyi		
0-4000	128	79
4000-600	20	12
6000-10000	15	9
Sigara		
Evet	56	34
Hayır	107	66
Alkol		
Evet	24	15
Hayır	139	85
Madde		
Evet	0	0
Hayır	163	100

devam ediyor

Tablo 4.1: önceki sayfadan devam ediyor

	n (163)	%
S+A+M*		
Evet	63	39
Hayır	100	61
Kronik Hastalık		
Evet	68	42
Hayır	95	58
Önceden KT* Yaptırma		
Evet	40	25
Hayır	123	75
KT* Hakkında Bilgisi Olma		
Evet	79	48
Hayır	84	52
KT* Bilgisi Edinme Şekli		
Hekim	81	50
Sosyal medya	27	16
Sosyal çevre	55	34
Önceden Kanseri Tanısı		
Evet	14	9
Hayır	149	91
Ailede Kanseri		
Evet	66	40
Hayır	97	60
Kanser Taramasını Kabul Etme		
Evet	88	54
Hayır	75	46

* KT: Kanser Tarama

**S +A+M: Sigara, alkol, madde kullanımı

n: Örneklem Sayısı

4.2 SOSYODEMOGRAFİK VERİLERLE KANSER TARAMA BİLGİSİNE SAHİP OLMA ARASINDAKİ İLİŞKİ

Katılımcıların sosyodemografik verileri ile kanser taraması bilgilerinin olup olmaması arasındaki ilişki Tablo 4.2’de gösterilmiştir. Çalışmamızın sonuçlarına bakıldığında kanser taraması hakkında bilgisi olanların yaş ortalaması 56±10.4 (SS), bilgisi olmayanların ise 55±9.6 (SS) bulundu. Kanser taraması hakkında bilgi sahibi olma ile belirli bir yaş aralığında olma arasında anlamlı ilişki yoktu ($p>0.05$). Cinsiyet açısından bakıldığında kadınların %56’sının, erkeklerin %41’inin kanser taraması bilgisi vardı. Kanser taraması hakkında bilgi sahibi olma açısından cinsiyetler arasındaki bu fark anlamlıydı ($p=0.05$). Katılımcıların kanser taraması hakkında bilgi sahibi olmaları ile medeni durumları ve çocuk sayıları arasında anlamlı ilişki yoktu (sırasıyla $p>0.05$, $p>0.05$). Eğitim düzeylerine bakıldığında üniversite mezunu olanların

ilköğretim ve lise mezunlarına göre kanser taraması hakkında bilgi sahibi olma yüzdesi istatistiksel açıdan anlamlı şekilde fazlaydı ($p<0.05$). Çalışma durumu ve sağlık güvencesine sahip olma ile kanser taraması hakkında bilgi sahibi olma arasında anlamlı ilişki yoktu (sırasıyla $p>0.05$, $p>0.05$). Gelir düzeyi 4000 TL ve altında olanların %57'sinin ($n=73$) kanser taraması hakkında bilgisi yoktu. 6000 TL ve üzeri olanların %73'ünün ($n=11$) kanser tarama bilgisi vardı. Gelir düzeyleri arasındaki bu fark anlamlıydı ($p<0.05$). Sigara, alkol, madde kullanımlarının ayrı ayrı ve total olarak kanser taraması hakkında bilgi sahibi olma durumu arasında anlamlı ilişki yoktu (sırasıyla $p>0.05$, $p>0.05$). Kronik hastalığı olma ile kanser taraması hakkında bilgi sahibi olma arasında anlamlı ilişki yoktu ($p>0.05$).

Daha önceden kanser taraması yaptırmış olanların %90'ının ($n=36$) kanser taraması hakkında bilgisi vardı ve daha önceden kanser taraması yaptırmamış olanlara göre anlamlı fark vardı ($p<0.001$).

Kanser taraması bilgisini edinme şeklinin etkinliğine bakıldığında hekimden bilgi alanların %84'ünün ($n=68$) kanser taraması hakkında bilgi sahibi olduğunu düşündükleri saptandı. Hekimden bilgi almış olma diğer kaynaklardan bilgi almaya göre kanser taraması bilgisine sahip olma açısından anlamlı şekilde yüksekti ($p<0.001$).

Önceden kanser tanısı alanların %93'ü ($n=13$) kanser taraması hakkında bilgi sahibi idi. Kanser tanısı almayanlara göre anlamlı fark vardı ($p<0.001$). Ailede kanser öyküsü olanlarla olmayanlar arasında ise kanser taraması hakkında bilgi sahibi olma açısından anlamlı fark yoktu ($p>0.05$).

Kanser taramasını kabul etme etkinliğine bakıldığında kanser taramasını kabul etmeyenlerin %57'sinin ($n=43$) kanser taraması bilgisi vardı ve kanser taramasını kabul edenlere göre anlamlı fark vardı ($p<0.05$).

Tablo 4.2: Sosyodemografik Veriler ile Kanser Tarama Bilgisi Durumu İlişkisi

	KT* Bilgisi var n (79)	KT* Bilgisi var % (48)	KT* Bilgisi yok N (84)	KT* Bilgisi yok % (52)	p
Yaş					0,58
40-49	27	51	26	49	
50-59	24	43	32	57	
60+	28	52	26	48	
Cinsiyet					
Erkek	34	41	49	59	0,05
Kadın	45	56	35	44	
Medeni Hal					0,31
Evli	64	47	73	53	
Bekar	15	58	11	42	
Çocuk sayısı					0,27
0	12	46	14	54	
1-2	34	43	45	57	
≥3	33	57	25	43	
Eğitim düzeyi					0,02
İlköğretim	40	40	60	60	
Lise	25	60	17	40	
Üniversite	14	67	7	33	
Çalışma Durumu					0,97
Çalışıyor	30	48	33	52	
Çalışmıyor	24	50	24	50	
Emekli	25	48	27	52	
Sağlık güvencesi					0,45
Var	73	48	80	52	
Yok	6	60	4	40	
Gelir Düzeyi					0,02
0-4000	55	43	73	57	
4000-6000	13	65	7	35	
6000-10000	11	73	4	27	
Sigara					0,3
Evet	24	43	32	57	
Hayır	55	51	52	49	
Alkol					0,78
Evet	11	46	13	54	
Hayır	68	49	71	51	
Madde					-
Evet	0	0	0	0	
Hayır	79	48	84	52	
S+A+M					0,41
Evet	28	44	35	56	
Hayır	51	51	49	49	
Kronik Hastalık					0,2
Evet	37	54	31	46	
Hayır	42	44	53	56	
Önceden KT*					<0.001
Yaptırma					
Evet	36	90	4	10	
Hayır	43	35	80	65	

Devam ediyor

Tablo 4.3: önceki sayfadan devam ediyor

	KT* Bilgisi var n (79)	KT* Bilgisi var % (48)	KT* Bilgisi yok N (84)	KT* Bilgisi yok % (52)	p
KT* Bilgisi Edinme Şekli					<0.001
Hekim	68	84	13	16	
Sosyal Medya	4	15	23	85	
Sosyal Çevre	7	13	48	87	
Önceden Kanseri Tanısı					<0.001
Evet	13	93	1	7	
Hayır	66	44	83	56	
Ailede Kanseri					0,5
Evet	34	52	32	48	
Hayır	45	46	52	54	
KT* Kabul Etme					0,037
Evet	36	41	52	59	
Hayır	43	57	32	43	

* Kanseri Taraması
p: Anlamlılık Değeri
n: Örneklem Sayısı

4.3 SOSYODEMOGRAFIK VERİLER İLE KANSER TARAMA KABULÜ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Katılımcıların sosyodemografik verileri ile kanseri taraması kabulü arasındaki ilişki Tablo 4.3'te gösterilmiştir.

Tablo 4.3: Sosyodemografik Veriler ile Kanseri Taramasını Kabul Etme Durumu İlişkisi

	KT* Evet n	KT* Evet %	KT* Hayır n	KT* Hayır %	p
Yaş					0,29
40-49	26	30	27	36	
50-59	35	39	21	28	
60+	27	31	27	36	
Cinsiyet					0,0141
Erkek	37	42	46	61	
Kadın	51	58	29	39	
Medeni Hal					0,38
Evli	76	86	61	81	
Bekar	12	14	14	19	
Çocuk Sayısı					0,0034
0	7	8	19	25	
1-2	51	58	28	37	
≥3	30	34	28	37	

Devam ediyor

Tablo 4.3: önceki sayfadan devam ediyor

	KT* Evet n	KT* Evet %	KT* Hayır n	KT* Hayır %	p
Eğitim Düzeyi					0,53
İlköğretim	55	63	45	60	
Lise	24	27	18	24	
Üniversite	9	10	12	16	
Çalışma Durumu					0,56
Çalışıyor	35	40	28	37	
Çalışmıyor	28	32	20	27	
Emekli	25	28	27	36	
Sağlık Güvencesi					0,29
Var	81	92	72	96	
Yok	7	8	3	4	
Gelir Düzeyi					0,3855
0-4000	71	81	57	76	
4000-6000	8	9	12	16	
6000-10000	9	10	6	8	
Sigara					0,8
Evet	31	35	25	33	
Hayır	57	65	50	67	
Alkol					0,67
Evet	12	14	12	16	
Hayır	76	86	63	84	
Madde					-
Evet	0	0	0	0	
Hayır	88	100	75	100	
S+A+M					0,75
Evet	35	40	28	37	
Hayır	53	60	47	63	
Kronik Hastalık					0,17
Evet	41	47	27	36	
Hayır	47	53	48	64	
Önceden KT* Yaptırma					0,38
Evet	24	27	16	21	
Hayır	64	73	59	79	
KT* Hakkında Bilgisi Olma					0,037
Evet	36	41	43	57	
Hayır	52	59	32	43	
KT* Bilgisi Edinme Şekli					0,045
Hekim	37	42	44	59	
Sosyal medya	14	16	13	17	
Sosyal Çevre	37	42	18	24	
Önceden Kanser Tanısı					0,75
Evet	7	8	7	9	
Hayır	81	92	68	91	
Ailede Kanser					0,018
Evet	43	49	23	31	
Hayır	45	51	52	69	

*KT: Kanser Taraması

p: Anlamlılık Değeri

n: Örneklem Sayısı

Çalışmamızın sonuçlarına bakıldığında kanser taramasını kabul edenlerin yaş ortalaması 55 ± 9.5 (SS), kabul etmeyenlerin ise 55 ± 10.5 (SS) bulundu. Kanser taraması kabulü ya da reddi ile belirli bir yaş aralığında olma arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktu ($p > 0.05$). Kadınların %64'ünün ($n=51$), erkeklerin %45'inin ($n=37$) kanser taramasını kabul ettiği saptandı. Kanser taramasını kabul etme bakımından cinsiyetler arasında anlamlı fark vardı ($p < 0.05$). Çocuk sahibi olanların kanser taramasını kabul etme oranı çocuk sahibi olmayanlara göre anlamlı şekilde yüksekti ($p < 0.05$). Medeni durum ile kanser taramasını kabul veya red arasında anlamlı bir ilişki yoktu ($p > 0.05$).

Eğitim düzeyleri ve çalışma durumları ile kanser taraması kabul veya reddi arasında anlamlı ilişki yoktu (sırasıyla $p > 0.05$, $p > 0.05$). Sağlık güvencesinin olup olmaması ve gelir düzeyleri ile de kanser taraması kabul veya reddi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (sırasıyla $p > 0.05$, $p > 0.05$). Kanser taraması kabul veya reddi ile sigara, alkol, madde kullanım durumları arasında da anlamlı ilişki yoktu (sırasıyla $p > 0.05$, $p > 0.05$, $p > 0.05$). Kronik bir hastalığa sahip olma, daha önce kanser taraması yaptırmış olma ile de anlamlı bir ilişki saptanmadı (sırasıyla $p > 0.05$, $p > 0.05$).

Kanser taraması hakkında daha önce bilgi sahibi olmayanların %62'si, bilgi sahibi olanların %46'sı kanser taramasını kabul etmiştir. Kanser taraması hakkında bilgisi olmayanların Kanser taramasını kabul etme oranı, kanser taraması hakkında bilgisi olanlara göre anlamlı derecede yüksekti ($p < 0.05$).

Kanser taraması bilgisini sosyal çevresinden alma ile kanser taramasını kabul arasında da anlamlı bir ilişki vardı. Bilgiyi sosyal çevresinden alanların kanser taramasına evet deme oranı %67 ($n=37$), diğer bilgi edinme kaynaklarından alanların kanser taraması kabulüne göre anlamlı şekilde yüksekti ($p < 0.05$). Önceden kanser tanısı almış olma ile kanser taramasının kabulü ya da reddi arasında anlamlı ilişki yoktu ($p > 0.05$). Ailesinde kanser tanısı olması ile kanser taraması kabulü arasında anlamlı ilişki vardı ($p < 0.05$). Ailesinde kanser tanısı olanların kanser taramasını kabul etmesi %65 ($n=43$) ailede kanser tanısı olmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde yüksekti ($p < 0.05$).

4.4 MİZAÇ-KARAKTER ÖZELLİKLERİYLE KANSER ARAŞTIRMA KABULÜ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Çalışmaya katılanların Mizaç-Karakter özellikleri ile kanser taramasını kabul edip etmemeleri arasındaki ilişki Tablo 4.4, Şekil 4.1, Şekil 4.2 ve Şekil 4.7’de gösterilmiştir.

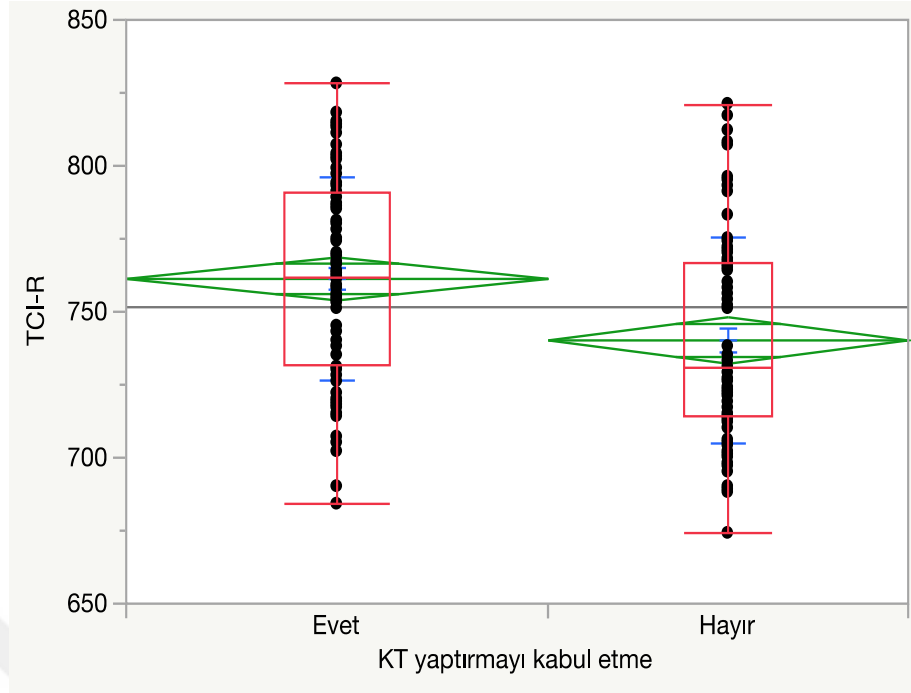
Tablo 4.4: MKE ile Kanser Tarama Kabul İlişkisi

	KT* EVET (n=88)	KT* HAYIR (n=75)	p
MİZAÇ	417±19.8	416±22.6	0,7
YA	92.4±10.5	98.2±8.9	<0.001
YA1	30±4.3	29±4.1	0,088
YA2	22.9±3.9	24.4±3.3	0,018
YA3	23.2±5.2	26.4±4.8	<0.001
YA4	16.2±3.5	18.5±4.1	<0.001
ZK	99.8±11.9	98.9±10.8	0,4
ZK1	33.2±4.8	32.9±4.4	0,66
ZK2	23.6±4.1	22.5±4.5	0,071
ZK3	20.1±4.3	20.3±3.7	0,66
ZK4	22.9±4	23.1±3.6	0,75
ÖB	94.3±10.3	95.6±8.9	0,6
ÖB1	27.1±3.6	27.5±3.4	0,37
ÖB2	33.8±5.4	34.3±5.3	0,8
ÖB3	17.8±3.2	18.1±3.2	0,85
ÖB4	15.5±3.7	15.6±2.7	0,67
SE	130.7±15.4	123.7±14.3	0,003
SE1	33.4±4.8	31.2±3.9	<0.001
SE2	29.4±3.8	28.6±3.7	0,14
SE3	39.4±5.7	37.1±5.2	0,02
SE4	28.5±3.5	26.8±3.9	0,008
KARAKTER	344±29.6	323.7±22.2	<0.001
KY	133.1±15.6	124±12.4	<0.001
KY1	26.7±4.7	23.7±4.3	<0.001
KY2	22.5±3.5	20.4±3.2	<0.001
KY3	17.5±3.2	16.4±3.7	0,024
KY4	28.2±6.7	27.1±5.4	0,35
KY5	38.2±4.6	36.4±4.5	0,03
İY	126.3±15.9	117.1±13.3	<0.001
İY1	28.8±4.9	26.7±4.1	0,0032
İY2	16.9±2.8	16.3±2.5	0,09
İY3	25.4±3.5	24.9±3.3	0,25
İY4	25.7±5.6	21.8±5.8	<0.001
İY5	29.4±5	27.4±5	0,017
KA	84.8±9.5	82.6±10.2	0,21
KA1	31.5±4.9	32.7±4.9	0,11
KA2	28.1±4	26.5±4.3	0,07
KA3	25.2±4.8	23.4±5.3	0,07

*KT: Kanser Taraması

Değerler: Ortalama puan ± standart sapma

YA: Yenilik Arayışı, ZK: Zarardan Kaçınma, ÖB: Ödül Bağımlılığı, SE: Sebat Etme, KY: Kendini Yönetme, İY: İş birliği Yapma KA: Kendini Aşma



Şekil 4.1: TCI-R ile Kanser Taraması Yaptırmayı Kabul Etme İlişkisi

4.4.1 Mizaç Alt Boyutu

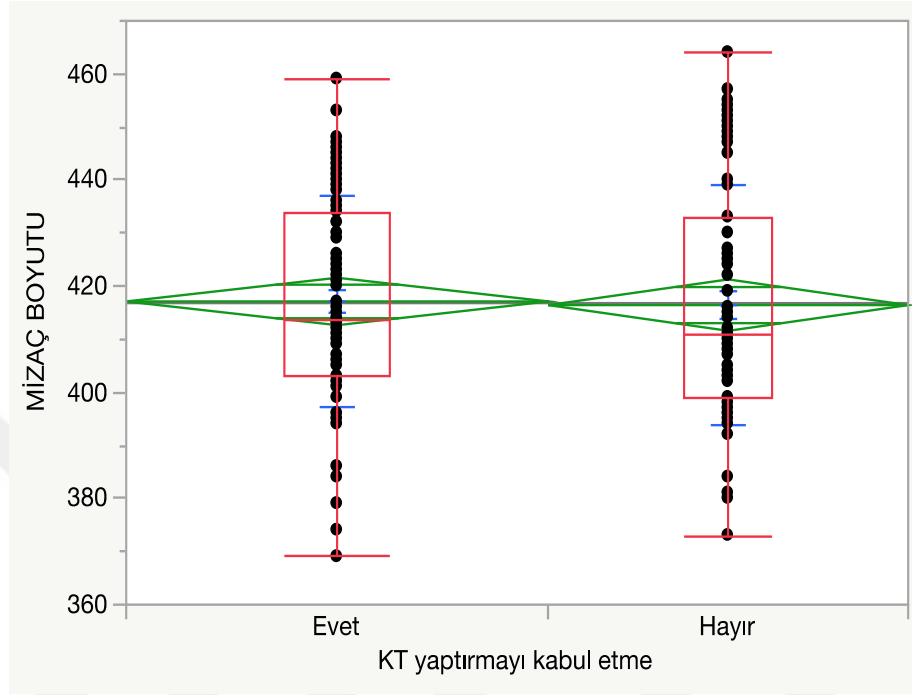
YA alt boyutunun total skorları yükseldikçe kanser taramasına evet ya da hayır cevabı verme ihtimalinin kanser taramasını kabul etmeme lehine istatistiksel olarak anlamlı şekilde arttığı saptandı ($p < 0.001$). YA alt boyutlarından YA1 ile KT kabul etme arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0.05$). YA2, YA3, YA4 skorları yükseldikçe kanser taramasını kabul etmemenin de arttığı ve bu ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı (sırasıyla $p < 0.05$, $p < 0.001$, $p < 0.001$) (Şekil 4.3).

ZK total skorları ile kanser taramasını kabul durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu ($p > 0.05$). ZK alt boyutlarının hiçbirisi ile kanser taraması kabul veya reddi arasında anlamlı fark yoktu (hepsinde $p > 0.05$) (Şekil 4.4).

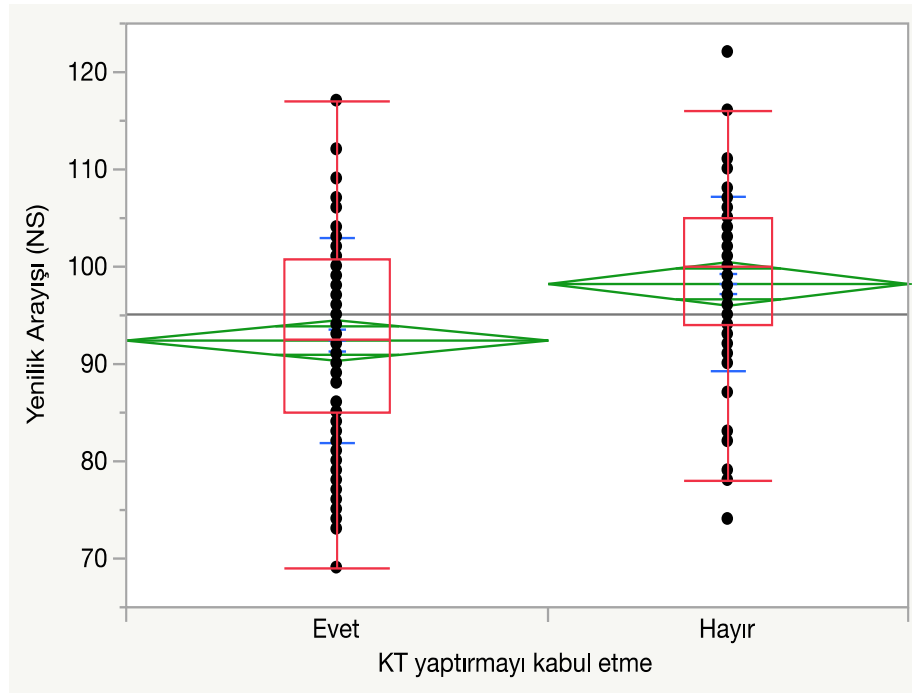
ÖB total skorları ve ÖB'nin tüm alt boyut skorları ile kanser taraması kabul veya reddi arasında da istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı (hepsinde $p > 0.05$) (Şekil 4.5).

SE total skorları yükseldikçe kanser taramasını kabul etme olasılığının arttığı ve bu ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı ($p < 0.05$). SE1, SE3, SE4 alt boyutları ile kanser taramasını kabul etme arasındaki ilişki de total

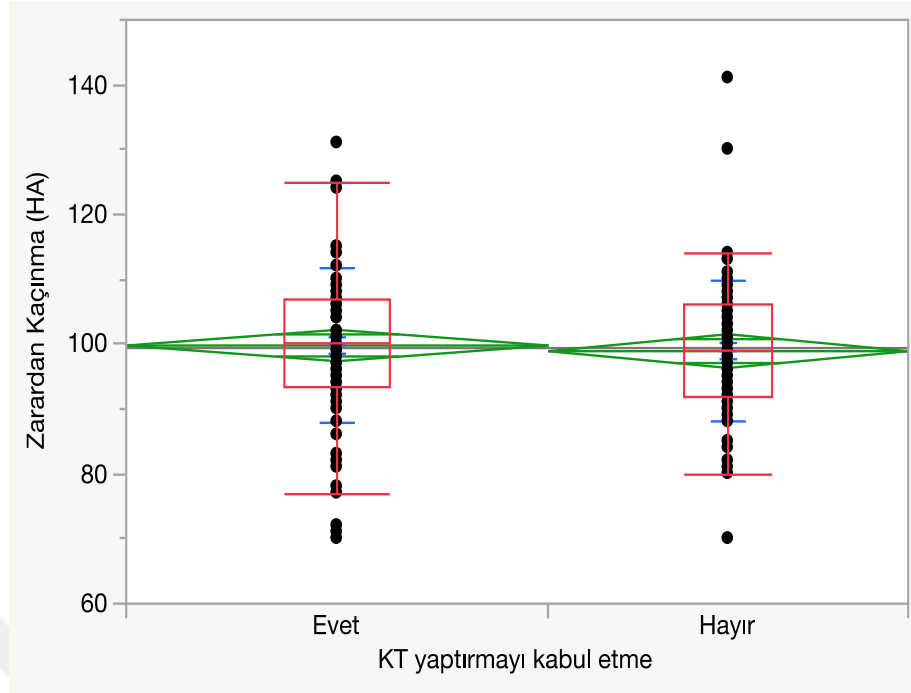
skordakine benzerdi ve anlamlıydı (sırasıyla $p<0.05$, $p<0.05$, $p<0.05$). SE2 alt boyutu ile kanser taramasını kabulü arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0.05$) (Şekil 4.6).



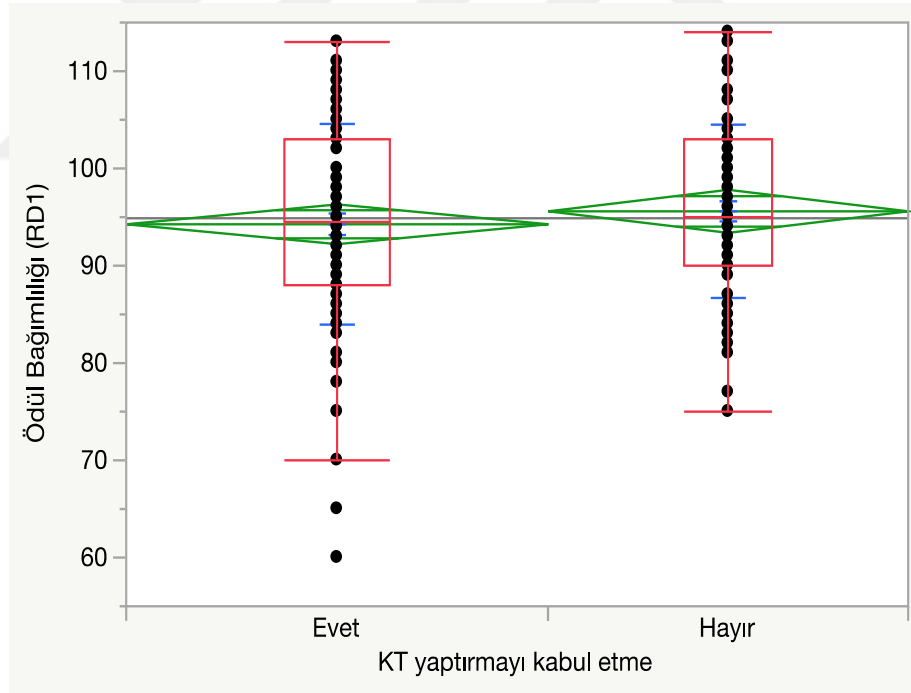
Şekil 4.2: Mizaç Boyutu ile Kanser Taraması Yaptırmayı Kabul Etme İlişkisi



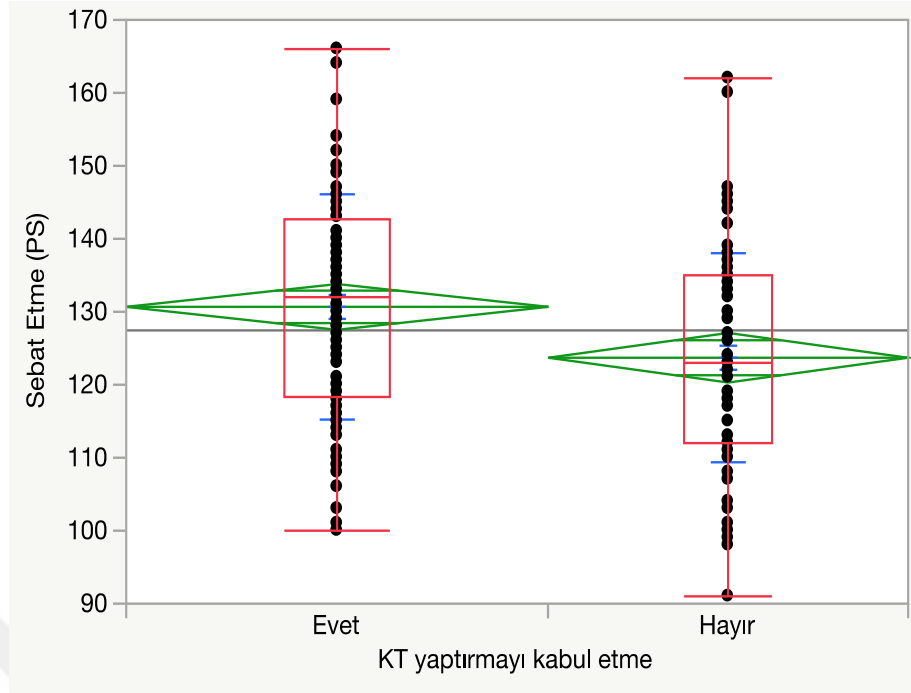
Şekil 4.3: YA ile Kanser Taraması Yaptırmayı Kabul Etme İlişkisi



Şekil 4.4: ZK ile Kanser Taraması Yaptırmayı Kabul Etme İlişkisi



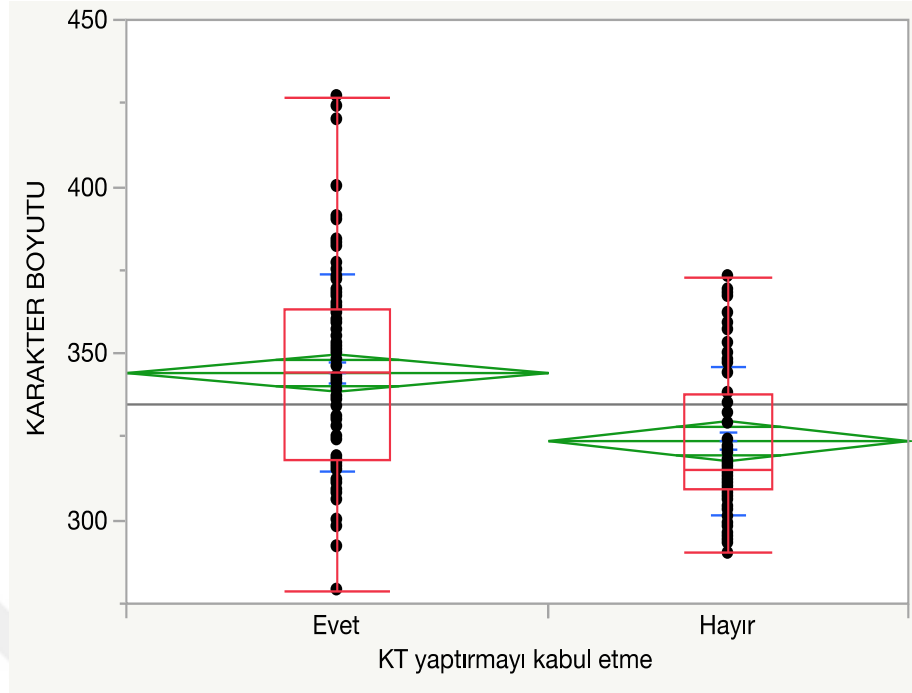
Şekil 4.5: ÖB ile Kanser Taraması Yaptırmayı Kabul Etme İlişkisi



Şekil 4.6: SE ile Kanser Taraması Yaptırmayı Kabul Etme İlişkisi

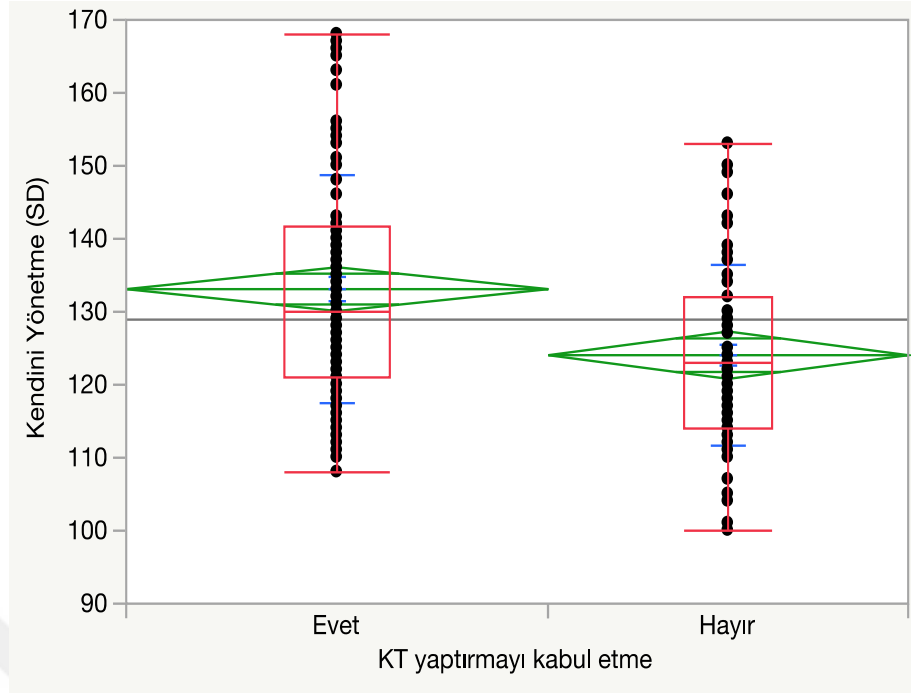
4.4.2 Karakter Alt Boyutu

Katılımcıların KY alt boyutu total skorları ile kanser taramasını kabul etme durumlarına bakıldığında (Şekil 10) KY puanları yükseldikçe kanser taraması kabulünün de arttığı ve bu ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı ($p < 0.001$). KY1, KY2, KY3, KY5 alt boyutları ile KT kabulü arasındaki ilişki de anlamlı idi, bu alt boyut skorları yükseldikçe kabul etme eğiliminde artma vardı (sırasıyla $p < 0.001$, $p < 0.001$, $p < 0.05$, $p < 0.05$). KY4 alt boyutlarının skorları ile KT kabulü veya reddi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktu (tümünde $p > 0.05$).

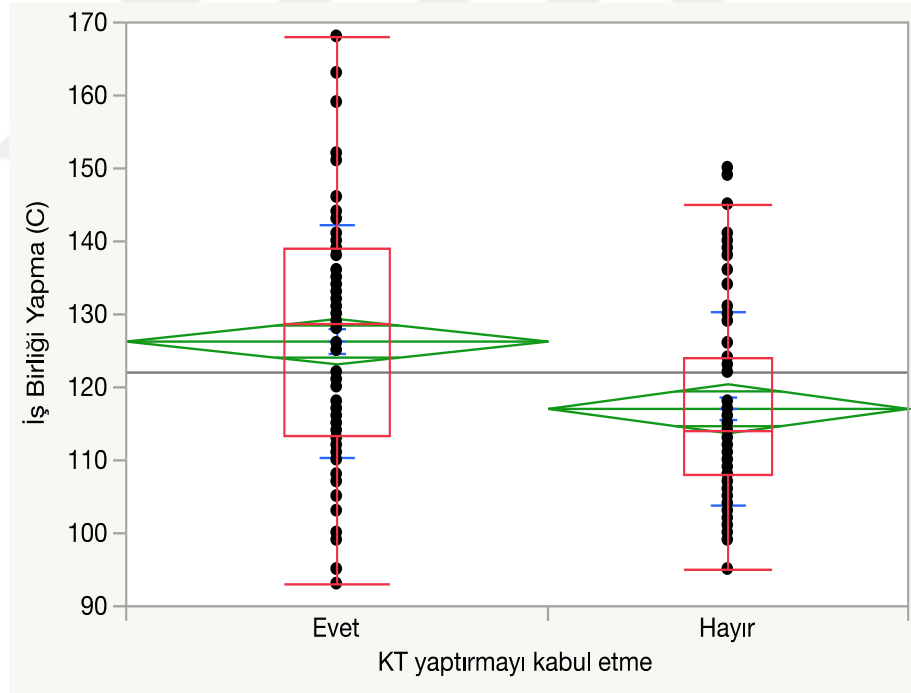


Şekil 4.7: Karakter Boyutu ile Kanser Taraması Yaptırmayı Kabul Etme İlişkisi

Katılımcıların İY skorlarına bakıldığında İY total skorları ile kanser taramasını kabul etme arasında anlamlı ilişki saptandı ($p < 0.001$). Bu ilişki İY skorları arttıkça kanser taramasını kabul etme lehineydi. İY1, İY4 ve İY5 alt boyutlarının skorları ile kanser taraması kabulü arasındaki ilişki de istatistiksel olarak anlamlıydı (sırasıyla $p < 0.05$, $p < 0.001$, $p < 0.05$). Bu skorlar yükseldikçe kanser taramasını kabul etme ihtimalinde artış saptandı. İY2, İY3 alt boyut skorları ile kanser taraması kabulü arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktu ($p > 0.05$) (Şekil 4.9).

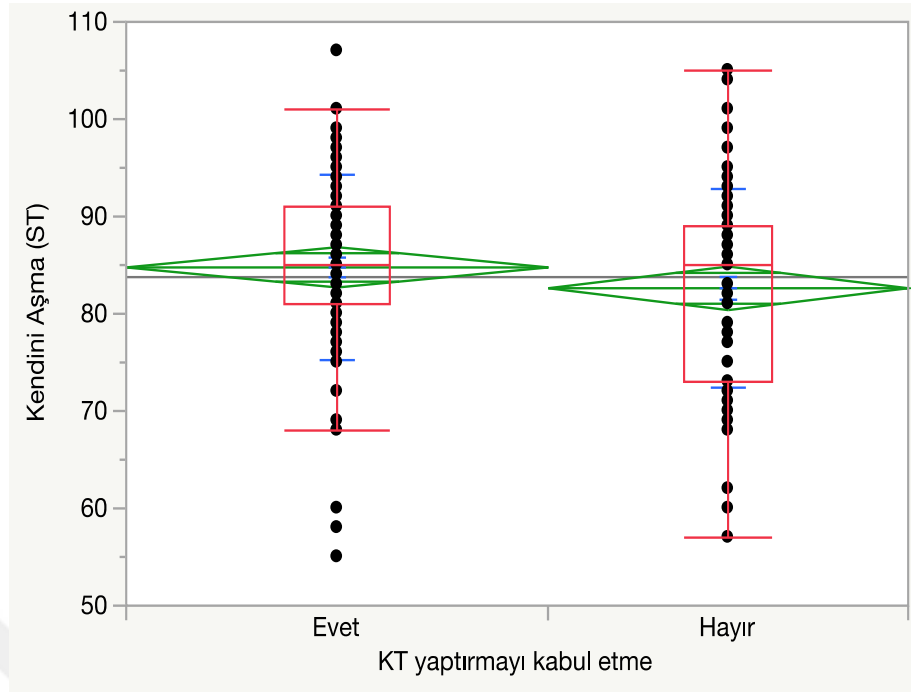


Şekil 4.8: KY ile Kanser Taraması Yaptırmayı Kabul Etme İlişkisi



Şekil 4.9: İY ile Kanser Taraması Yaptırmayı Kabul Etme İlişkisi

Son karakter özelliği olan KA total skorları ve KA'nın tüm alt skorları ile kanser taraması kabul veya reddi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı (tümünde $p>0.05$) (Şekil 4.10).



Şekil 4.10: KA ile Kanser Taraması Yaptırmaı Kabul Etme İlişkisi

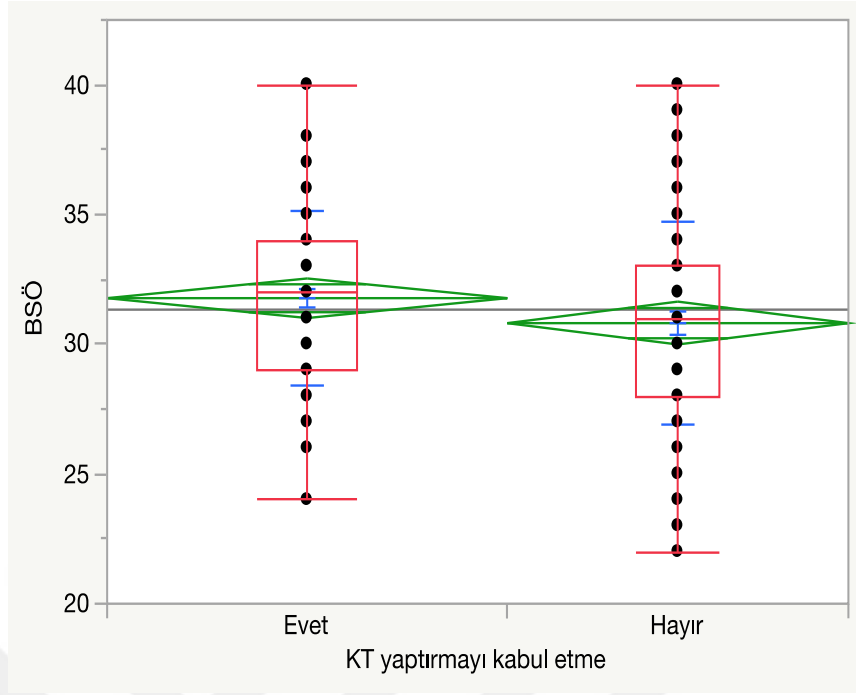
4.5 BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ İLE KANSER ARAŞTIRMA KABULÜ ARASINDAKİ İLİŞKİ

BSÖ skorları ve kanser taraması kabul durumu arasındaki ilişki Tablo 13 ve Şekil 4.11'de gösterilmiştir. Katılımcılar arasında kanser taramasını kabul eden ve etmeyenlerin Rosenberg BSÖ skorları karşılaştırıldığında her iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.5: Rosenberg ile Kanser Taramasını Kabul İlişkisi

	KT* EVET (N=88)	KT* HAYIR (N=75)	P
ROSENBERG			
Değerler: Ortalama Puan ± Standart Sapma	31.7±0.4	30.8±0.4	0,13

*KT: Kanser Tarama



Şekil 4.11: BSÖ ile KT Yaptırmayı Kabul Etme İlişkisi

TARTIŞMA ve SONUÇ

5.1 TARTIŞMA

Araştırmamıza İstanbul Sancaktepe Gülsen Solmaz Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 40 yaş üzerinde bireyler alınmıştır. Araştırmaya alınan 163 hastanın çoğunluğunun önceden kanser taraması yaptırmadığı, yarısından fazlasının kanser taraması hakkında önceden bilgi sahibi olmadığı, kanser taraması hakkında bilgi sahibi olanların sadece yarısının bu bilgiyi hekimden edindiği saptandı. Kadınların yarısından çoğu erkeklerinse yarısından azı kanser taraması hakkında bilgi sahibiydi. Üniversite mezunları diğer eğitim düzeylerinde olanlara göre kanser taraması hakkında daha fazla bilgi sahibi idi. Gelir düzeyi yüksek olanların kanser taraması hakkında bilgileri daha fazla idi. Hekimden bilgi almış olmanın etkinliği diğer bilgi kaynaklarına göre anlamlı şekilde yüksekti. Kadınların kanser taramasını kabul etme oranı erkeklere göre daha fazlaydı. Kanser taraması hakkında bilgisi olmayanların kanser taramasını kabul etme oranı, kanser taraması hakkında bilgisi olanlara göre; ailesinde kanser öyküsü olanların olmayanlara göre anlamlı derecede yüksekti. Mizaç özelliklerine bakıldığında YA total skorları yükseldikçe kanser taramasını kabul etmemenin anlamlı şekilde arttığı saptandı. SE total skorları yükseldikçe kanser taramasını kabul etmeme olasılığında anlamlı şekilde artma saptandı. Karakter özellikleri açısından bakıldığında KY ve İY puanları yükseldikçe kanser taraması kabulünde artma vardı.

Yapılan bir çalışmada katılımcıların kanser taraması yaptıрма istekleri sorgulandığında; 402 kişi (%53,5) kanser taraması yaptırmak istemezken, 350 kişinin (%46,5) kanser taraması yaptırmak istediği sonucuna

ulaşmıştır (156). 171 kadının katılımcı olduğu ve serviks kanserine yönelik tutumların araştırıldığı bir çalışmada sadece 71'i (%41,5)'i gelecekte tarama testi yaptıracığını belirttiği ifade edilmiştir (157). Yurt dışı literatürde smear testini kadınların %66,7-%93 ünün en az bir kez yaptırdığı, %55'ininse yıllık düzenli olarak bu testi yaptırdığı bildirilmiştir (158).

Bir çalışmadan elde edilen bulgular, katılımcıların sadece %31'inin gerçekten serviks kanseri taramasından geçtiğini ortaya koymuştur (159). Kadınların ömür boyu bir kez Pap smear testi yaptırdığı Katar için katılım oranı %39,4 olarak bildirilmiştir (160). Ülkemizde kadınların smear testi yaptırma oranı ise %10-%22,2 olarak bildirilmiştir (169).

Yurtdışında yapılan bir çalışmada ise kadınların yarısından fazlası KKMM yaptıklarını ifade etmiş, bununla birlikte önerildiği gibi ayda bir kez KKMM uygulayanların oranı %15 'den daha az bulunmuştur (161), KMM yaptırma sıklığı ise %47,6-%67 olarak ifade edilmiştir (162). Ülkemizde KKMM oranlarının incelendiği bir araştırmada bu oran %78 olarak bulunmuştur (163). Bir diğer araştırmada hiç mamografi yaptırmayanların oranı %55,1 olarak bulunmuştur (164). Ülkemizde kırsal alanda yaşayanlarda yapılan araştırmada ise bu oran %89,4 olarak bulunmuştur (165), İstanbul'da 908 kadınla yapılan; topluma dayalı, kesitsel bir araştırmada katılımcıların %49,1'inin son iki yıl içinde mamografi çektirdiklerinin saptandığı bildirilmiştir (166).

Ülkemizde yapılan bir araştırmada PSA ile prostat kanseri taramanın %35,5 oranında olduğu tespit edilmiştir. Aynı araştırmada GGK testi ve kolonoskopi yaptırma oranları sırasıyla %10,8 ve %5 olarak bulunmuştur (167). Çin'de yapılan bir çalışmada GGK testi ve kolonoskopi yaptırma oranları sırasıyla %17,5 ve %2,8 olarak bulunmuştur. On dört Asya-Pasifik ülkesinde yapılan bir çalışmada ise kolorektal kanser tarama testi yaptırma oranı %27 iken Birleşik Amerika'da bu oranların oldukça yüksek olduğu; tüm tarama oranlarının yaklaşık %55 olduğu bildirmiştir (168).

Yurt içi ve yurt dışı bu literatür verilerine bakıldığında kanser taraması oranlarının yüksek olmadığı görülmektedir. Bizim çalışmamızda katılımcıların %25'i daha önce kanser taraması yaptırmış ve %54'ü kanser

taraması yaptırmak ister misiniz? sorusuna “evet” cevabı vermiştir. Çalışma sonuçlarımız literatür verileri ile uyumludur.

Bazı çalışmalar taramaya ne zaman başlanacağı, tarama testi seçenekleri ve periyodikliğin farkında olan bireylerin taramayı daha çok desteklediklerini ve tarama yaptırmaya eğiliminde olduğunu göstermiştir (170). Ülkemizde, tarama yaptırmama nedeninin katılımcıların çoğunluğundaki bilgi eksikliği ya da kendini risk altında görmeme olabileceği ifade edilmiştir (171). Arap kadınlarla yapılan bir çalışmada kadınların %69,7 'sinin KKMM hakkında bilgi sahibi olmadığı saptanmıştır (172). Ülkemizde meme kanseri ve KKMM ile ilgili eğitimin yetersiz olduğu bildirilmiştir (173). Meme kanseri tarama motivasyonunun araştırıldığı bir çalışmada bilgi edinmenin, kadınların konunun önemini daha iyi anlamasını ve daha etkin bir şekilde gerçekleştirmesini sağladığı belirtilmiştir. Çalışmada katılımcılar, tarama yöntemleri hakkında ne kadar fazla bilgi mevcutsa, bireyin taramaya olan güveninin o kadar fazla olduğunu vurgulamıştır (174). Düşük düzeyde farkındalık, yetersiz bilgi ve hizmetlere erişilememesi nedeniyle Sub-Sahra Afrika'da ve diğer gelişmekte olan ülkelerde düşük düzeyde rahim ağzı kanser taraması vardır (175). Bir çalışmada incelenen 171 kadının %28'inin serviks kanseri farkındalığının olduğu, ancak sadece küçük bir azınlığa önleyici tarama testi uygulandığı gösterilmiştir (176).

Ülkemize yapılan bir araştırmada kadınların serviks kanseri konusundaki bilgi düzeyi ile Pap smear yaptırmaya arasında olumlu yönde korelasyon bulunmuştur. Kadınların erken tanısı ve taraması yapılan kanserler konusunda bilgilendirilmesi erken tanı yöntemlerine başvuruyu artırabileceği vurgulanmıştır (177).

Servikal kanser bilgi ve tarama tutumlarının araştırıldığı bir çalışmada görüşülen tüm kadınların sadece %6'sının servikal sitoloji testi yaptırdığı bildirilmiştir. Çalışmada Tarama yapılmamasının ana nedenleri sitoloji testinden haberdar olmama (%48), pelvik muayenelerden hoşlanmama (%47) ve semptomların olmaması olarak belirtilmiştir (178).

Bir hastalık olarak kolorektal kanserin ilerlemesi ve hastalığın etkisini azaltmada taramanın rolü hakkında farkındalık eksikliği, insanların kolorektal kansere bakışını ve kolorektal kanser taramasına katılma tutum

ve motivasyonlarını etkilemektedir (179). Katılımcıların kolorektal kanser konusunda farkındalık eksikliği çalışmalarda sıklıkla bahsedilmiştir (180). Farkındalıktaki bu yetersizliğin kolorektal kanser taramasına katılma konusundaki tutum ve motivasyonlarının yanı sıra kolorektal kanser hakkındaki görüşlerini de etkilediği yetersiz bilgilendirilmiş olanların genellikle taramaya karşı olumsuz tutumlara sahip olduğu ve katılma olasılıklarının daha düşük olduğunu ifade eden çalışmalar mevcuttur. Buna karşılık aynı çalışmalarda, yeterli düzeyde bir farkındalığın, bireysel karar verme için kilit bir etken olduğu da ifade edilmektedir (181).

Bizim çalışmamızda literatür verilerinin aksine kanser taraması hakkında daha önceden bilgisi olmayanların kanser taramasını kabul etme oranı, kanser taraması hakkında bilgisi olanlara göre anlamlı derecede yüksekti. Bu sonucumuz bilgi sahibi olmanın dışında başka faktörlerin karar vermede baskın etkisinin olabileceğini düşündürmektedir. Kanser taraması ile ilgili önceden edinilmiş yanlış, abartılmış veya eksik bilgilerin ve detaylı düzenlenmiş ancak hastaya tam açıklanamamış kanser taraması onam formlarının etkisi olabileceğini düşünüyoruz.

Güney Afrika'da 30 yaş ve üzerindeki 1.546 kadın ile yapılan araştırmada katılımcıların %62'sinin servikal kanserler konusunda yeterli bilgisinin olmadığı; bilgi sahibi olanların da sadece %51'inin sağlık personeli tarafından bilgilendirildiği sonucuna ulaşılmıştır (182).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada öğrencilerin meme kanseri ve KKMM konusunda hangi kaynaklardan bilgi aldıkları incelenmiş; katılımcıların %43,3'ünün bu bilgiyi yazılı ve görsel medyadan, internetten ve kitaplardan, %26,9'unun sağlık personelinden, %14,9'unun arkadaşlarından ve aile çevresinden, %14,9'ununsa kaynakların tümünden bilgi aldıklarını ifade ettikleri belirtilmiştir. Meme kanseri bilgisi olan öğrencilerin öz-etkililik algıları, meme kanseri bilgisi olmayan öğrencilerin öz-etkililik algılarına göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (183). İzmir ilinde yapılan bir araştırmada Katılımcıların %69,7'u doktor önerisi, %13,5' düzenli yaptırması gerektiğini bildiği için, %8,0'i ailesinde kanser öyküsü olmasından dolayı, %6,4'sı aile ve arkadaş önerisi, %1,6'sı medya ve iletişim araçlarında edindiği bilgi dolayısıyla kanser tarama testi yaptırdığını ifade etmiştir (184).

Kolorektal kanser taramalarıyla ilgili yapılan bir araştırmada doktor tarafından tavsiye edilmesinin taramaya uyumu kolaylaştırıcı faktör olduğu bildirilmiştir (185). Mamografi bilgisini doktordan edinenler, çevresinde meme kanserli birey bulunanların daha fazla mamografi çektirdikleri belirlenmiştir (186).

Çalışmamızda hekimden bilgi almış olma, diğer kaynaklardan bilgi almaya göre kanser taraması bilgisine sahip olma açısından anlamlı şekilde yüksekti. Bununla birlikte bilgiyi sosyal çevresinden edinenlerin kanser taramasını kabul etme oranı hekimden alma dahil diğer bilgi kaynaklarına göre daha fazlaydı. Sonuçlarımız literatür verileri ile uyumlu olmasa da çalışma grubumuzda kanser taramasında toplumsal / çevresel etkinin önemli olduğu görülmektedir.

Kanser tarama tutumları ile sosyodemografik verilerin ilişkisini cinsiyet açısından inceleyecek olursak çalışmalarda, kadınların kanser riski için duydukları kaygının erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Buna karşın erkeklerin kolorektal kanser taramasına daha çok ilgi gösterdikleri belirtilmiştir (187). Ülkemizde yapılan bir araştırmada GKG testini kadınların %6,6, erkeklerin %30 oranında yaptırdığı Kolonoskopiye ise kadınların %3,7, erkeklerin %10,8 oranında yaptırmakta olduğu belirtilmiştir (188). Ülkemizde yapılan iki çalışmada kadınların (189), bir çalışmada ise erkeklerin kolorektal kanser taramalarına daha fazla katıldıkları saptanmıştır (190). Kolorektal kanser taramalarında kadın olmanın tarama için tek anlamlı sosyodemografik engel olduğu belirtilmiştir (191). Kore’de yapılan bir çalışmada erkeklerin kolorektal kanser taramasına kadınlardan daha fazla katılım sağladıkları ifade edilmiştir (192). Ülkemizde genç kadınlarda yapılan araştırmalar meme kanseri konusunda gençlerin bilgilerinin ile, kendi kendine meme muayenesi (KKMM) inançlarının ve uygulamalarının yeterli olmadığını göstermektedir (193).

Bizim çalışmamızda kadınların erkeklere göre daha fazla kanser taraması yaptırmayı kabul ettiği saptandı. Çalışmamızda kanser türlerine yönelik taramalar spesifik olarak edilmemiştir. Kadınların meme ve serviks taraması da dahil olarak tüm taramaları düşünerek cevaplarını belirlemeleri sonuçlarımızı etkilemektedir.

Servikal kanser taramasında demografik faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada 50 yaş üzeri kadınların daha genç kadınlara göre kanser taramasında kanser saptanma korkusunu daha az tanımladıkları rapor edilmiştir (194). Ülkemizde yapılan bir çalışmada yaş arttıkça kanser taraması yaptırma durumu istatistiksel olarak anlamlı derece fazla bulunmuştur (195). Ege bölgesinde yapılan diğer bir çalışmada 40-59 yaş grubundaki kadınların daha fazla mamografi yaptırdıkları bulunmuştur (196). Yapılmış olan diğer çalışmalarda kadınların yaşının mamografi yaptırmada etkili olmadığı bulunmuştur (197). Bir çalışmada kolorektal kanser taramasında daha düşük yaşın bir engel olduğu sonucuna varılmıştır (198). Yurt dışında yapılan iki kolorektal kanser taraması çalışmasında 80 yaşın üzerindeki katılımcıların kolorektal kanser taramasına katılma olasılığının daha düşük olduğunu göstermiştir (199). Kore de yapılan bir çalışmada yaşı 70 ve üzeri olan Koreliler in 50-59 ve 60-69 arası yaş gruplarına kıyasla kolorektal kanser taramasından geçme olasılıklarının daha az olduğu ifade edilmiştir (200).

Literatür verileri spesifik kanser türlerinde farklı sonuçlara işaret etmektedir. Çalışmamızda kanser taramasını kabul durumu ile belirli bir yaş aralığında olma arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu sonuçlara bakılarak kanser taraması hassasiyetinin 40 yaşın üzerindeki bireylerde yaşlanmayla etkilenmediği söylenilebilir.

Kanser tarama tutumları ile sosyodemografik verilerin ilişkisini eğitim açısından incelediğimizde bir çalışmada katılımcıların eğitim seviyesi üniversite ve üstü olanlarda kanser taraması yaptırma isteği düşük; diğer katılımcılarda kanser taraması yaptırma isteği yüksek bulunmuştur (201). Yurt dışında yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi yüksek kadınlar, çalışan kadınlar ve gelir düzeyi yüksek kadınlar arasında servikal kanser taraması insidansının daha fazla olduğu bildirilmiştir (202). Ülkemizde yapılan kanser taramasına yönelik bir araştırmada sosyodemografik özellikler incelendiğinde kadınlarda lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanların meme kanseri taramalarına katılım oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Serviks kanserinde de için lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanlarda, tarama programlarına katılım oranları daha yüksekken, kolorektal kanser taraması

yaptırma ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadığı bildirilmiştir (203).

Kanser taraması tutumu ile eğitim düzeyi arasındaki ilişkide literatürde farklı sonuçlar mevcuttur. Bizim çalışmamızda üniversite mezunu olanların kanser taraması hakkında anlamlı düzeyde daha fazla bilgi sahibi olmalarına karşın kanser taramasını kabul etme durumlarında ilköğretim ve lise mezunlarıyla aralarında anlamlı fark saptanmadı.

Kanser tarama tutumları ile sosyodemografik verilerin ilişkisini medeni durum açısından inceleyecek olursak bir sistematik inceleme çalışmasında evli çiftlerin birlikte taramaya davet edilmesinin ve evli olmanın taramayı kolaylaştırıcı bir faktör olduğu ifade edilmiştir (204). İzmir ilinde yapılan bir kanser taraması araştırmasında kolorektal kanser taramasına katılım oranını arttıran tek sosyodemografik özelliğin evli olmak olduğu bildirilmiştir (205) yine ülkemizde ve yurt dışında yapılan çalışmalarda evli olmanın servikal kanserlerde test yaptırma oranlarını arttırdığı ifade edilmiştir (206,207). Benzer şekilde yurt dışında yapılan bazı çalışmalarda evli olmanın mamografi çekirme oranını arttırdığı ifade edilmiştir (208).

Bu literatür verilerinin aksine çalışmamızda medeni durumla kanser taraması hakkında bilgi sahibi olma ve kanser taraması kabul durumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Kanser tarama tutumları ile sosyodemografik verilerin ilişkisini ailede kanser öyküsü açısından incelediğimizde ülkemizde 2006 yılında yapılan bir araştırmada ailede ve arkadaşlarında meme kanseri öyküsü bulunma durumunun meme kanseri taramasını etkileyen faktörler olduğu gösterilmiştir (209), yine yurt içi bir araştırmada katılımcılardan kanser taraması yaptıranların çoğu kadın, 50 yaş üzerinde ve ailesinde kanser öyküsü bulunan kişiler olduğu saptanmıştır. Meme kanseri taraması yaptırmak isteği birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü olanlarda daha yüksek bulunmuştur (210). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ailede bağırsak kanseri öyküsü varlığının kolorektal kanser taramalarına katılım oranlarını artırmış olduğu görülmüştür (211). Yurtdışında yapılan bir araştırmada kolorektal kanser yaşamış arkadaşlar veya aile üyeleri, bireyleri taramaya motive ettiği sonucuna ulaşılmıştır (212), buna karşılık, bazı

çalışmalarda katılımcıların, arkadaşlarının veya aile üyelerinin taramayla ilgili olumsuz bir deneyime ilişkin açıklamalarının kendilerini kolorektal kanser taramasından caydırdığını bildirdiği rapor edilmiştir (213). Ülkemizde yapılan bir araştırmada kadınların smear tarama testini yaptırma durumları araştırılmış, bu çalışmada özgeçmiş ya da soy geçmişte kanser öyküsünün smear yaptırma oranları üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır. Ailede kanser öyküsü olanların mamografiyi bilme oranlarının daha yüksek olduğu bununla birlikte yaptırma oranlarının anlamlı olarak farklılaşmadığı, benzer şekilde ailede kanser öyküsünün gaytada gizli kan yaptırma açısından anlamlı bir farklılık oluşturmadığı belirtilmiştir (214), buna karşın ülkemizde yapılan kanser taramasına yönelik bir diğer araştırmada kadınlarda serviks kanseri taramalarına katılım oranlarının ailesinde kanser öyküsü olanlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur (215). Aile Hekimliği polikliniğinde yapılan bir çalışmada aile öyküsü oranları arttıkça kanser taraması yaptırma durumu istatistiksel olarak anlamlı derece fazla bulunmuştur (216).

Çalışmamızda ailede kanser öyküsü olanlarla olmayanlar arasında kanser taraması hakkında bilgi sahibi olma açısından anlamlı fark saptanmadı. Bununla birlikte ailede kanser tanısı olanların kanser taramasını kabul etmesi ailede kanser tanısı olmayanlara göre anlamlı şekilde yüksekti. Bu sonuç katılımcılarımızın kendilerini daha fazla risk altında görmeleri ve hastalığa karşı hassasiyetlerinin daha fazla gelişmiş olması ile açıklanabilir.

Mizaç ve Karakter özellikleri ile kanser tarama tutumları arasındaki ilişkiye bakıldığında önceki araştırmalar, kişiliğin durumları algılamamızı ve değerlendirmemizi etkileyebileceğini göstermiştir (217). Sağlık inanç modeline göre kanser taramaları gibi önleme davranışında potansiyel olarak önemli faktörler kişilik, öz yeterlilik arasındaki bağlantıda incelenebilir (218). Çalışmalarda meme kanseri erken tanı yöntemlerin uygulama sıklığı birçok etkene bağlı olarak değişiklik gösterdiği, kadınların sağlık inançlarının meme kanseri taramalarını etkileyen en önemli faktör arasında olduğu bildirilmektedir (219). Literatüre geçen bazı bulgular meme kanseri tarama davranışlarında bilgi ve uygulamayı etkileyen en önemli faktörlerin ailede kanser öyküsü ve kanser korkusu olduğunu doğrulamıştır (220).

Çalışmamızda kanser taraması tutumunu etkileme olasılığı olduğunu düşündüğümüz mizaç ve karakter alt boyutları incelenmiştir. Literatürde bu yönde bir çalışmaya rastlanılamamıştır.

Mizaç boyutunu zarardan kaçınma açısından incelediğimizde literatürde kanser taramasına yönelik kişisel engellerin arasında kanserin saptanma korkusundan bahsedilmektedir (221). Bir çalışmanın sonucunda, çalışmaya katılan metastatik olmayan meme kanserli tüm kadınların belirli derecelerde kaygıya sahip olduğunu ve bunların %69,3'ünün orta-ağır düzeyde kaygı yaşadığını göstermiştir (222). Kanser hastalarında yapılan araştırmada semptomlarına yardım aramayı neden geciktirdikleri araştırılmış, semptomların ciddi olmadığına ve kendi kendine geçeceğine inanan kayıtsız bir tutum ile ciddi olduğundan endişe edip korku utanç ve inkâr duyguları ile kaçınma şeklinde iki temel tutum saptanmıştır (223).

Bu literatür bilgileri ışığında kanser hastalığının yalnızca kendisinin var olmasının değil ihtimalinin bile bireylerde olumsuz duygu ve düşüncelere yol açabileceği görünmektedir. Kaçınma davranışını ZK mizaç özelliği yüksek olan bireylerin daha fazla sergiliyor olması olasıdır. Biz bu çalışmada hasta grubuyla çalışsak da olası ciddi ve bireyde kaygı oluşturma potansiyeli olan bir hastalık araştırması teklif edilen bireylerde bu mizaç özelliğini inceledik. Yapılan diğer çalışmalarda yüksek ZK seviyelerinin korkuyla kaçınma davranışına yatkınlık oluşturduğu (224), kaçınma davranışının sıklıkla daha düşük tedavi performansı ile ilişkili olduğu (225), yüksek ZK ve NS skorlarının anksiyete için yordayıcı olduğu bulunmuştur (226).

Beklediğimizin aksine çalışmamızda ZK total skoru ve ZK'nın tüm alt skorları ile kanser taraması kabul durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. ZK skor yükselmesinin kanser taramasını kabul etmeme eğilimine yol açmamış olması çalışmamızdaki ilginç sonuçlardan biridir. Bu sonuç katılımcıların kanser taraması bilgi ve farkındalık düzeyleri ile ilişkilendirilebilir. Çalışmamızda kanser taraması hakkında bilgi sahibi olma oranlarının yüzde ellilere yaklaşmış olmasına bakılacak olursa bu durum erken teşhis ve tespitin koruyucu olduğu algısının gelişmesini sağlamış, olası sonucun olumsuz/yıkıcı algılanmasının önüne geçmiş olabilir. Çalışmamızda hastaların ZK seviyelerinin yordayıcı etkisinin olduğu bilinen anksiyete ve depresif semptomlarının mevcudiyeti çalışılmamıştır.

Mizaç boyutuna yenilik arayışı açısından bakacak olursak Cloninger, mizaç modeli ile anksiyete bozukluğu olan bireylerin, daha düşük yenilik arayışı puanlarına sahip olabileceğini öne sürmektedir (227). Yenilik arayışı yüksek olan bireyler; impulsif, engellenince çabuk sinirlenen, kendilerine zevk veya heyecan getireceğine inandıklarında kuralları veya düzeni bozma eğilimindedirler; yenilik arayışında düşük olanlar ise, bu açıdan düşünceli ve kurallara riayet edicidirler (228).

Çalışmamızda YA total skorları yükseldikçe kanser taramasını kabul etmemenin de artıyor olduğunun saptanması anlamlıdır. YA skorlarındaki yükselme düzene, rutine uyumlu davranmalarını, sabırlı ve sağduyulu bir karar almalarını zorlaştırıyor olabilir. Bu bireyler, engellenmeden aktif kaçınma özellikleri nedeniyle de kanser taramasının olası sonuçlarını istememiş olabilirler.

Yapılan bir çalışmada YA'nın risk alma ve bağımsızlığa eğilim ile ilişkili olduğu ifade edilmiştir (229). Bu bağlamda bakıldığında kanser taramasına hayır demek de bir risk alma davranışdır. YA skorları yüksek bireylerin ödül odaklı oldukları bilinmektedir. Kendilerine haz getirmeyecek kabullerden uzak olmaları beklenilir bir sonuçtur. YA1 skorları ile kanser taraması tutumu arasında anlamlı ilişki olmaması da beklenilir bir sonuçtur. Kanser teşhisi sonuçta haz duygusunu getirecek bir sonuç ve süreci içermemektedir. YA2 skorları yükseldikçe kanser taramasına hayır deme eğiliminin artması bireylerin dürtüsel karar vermiş olmaları ile açıklanabilir. YA3 ve YA4 boyutları ile de kanser taramasına hayır arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Bireylerin düzensiz olma eğilimleri işlemlere organize olamamalarını getiriyor olabilir.

Ödül bağımlılığı, ödüle ilişkin şartlanma ile kazanılmış işaretlerin işlenmesine yönelik bir davranış olarak kabul edilir. Bu davranış, kişiler arası ilişkilerde arkadaş canlısı olma ile mesafe koyma arasında yer alan, fakat açık şekilde arkadaş canlılığına yönelmiş olan bir değişkendir. Çabuk endişelenen, anksiyete eğilimli yapılara işaret eder. Bu, kişilerin sosyal anlamda empatik ve merhametli olup, iş birliğine yatkın oldukları anlamına gelir (230). OB boyutu düşük olan bireylerin toplumsal tutumlarında soğuk davranışlar sergilemesi beklenmektedir (231).

Çalışmamızda ÖB skorları ile kanser taraması kabul tutumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Çabuk endişelenen ve anksiyete eğilimli kişilik yapılarını işaret etmesine rağmen ÖB skorlarının kanser taraması söz konusu olduğunda bireysel sağlığı yönetme davranışı üzerinde etkisinin olmadığı düşünülebilir. Bununla birlikte sağlıkla ilgili başka özgün durumlar ya da hastalıklar için bu yorum genellenemez.

Mizaç boyutunu sebat etme açısından incelediğimizde bir çalışmada depresyon hastalarında genel popülasyona göre daha düşük düzeyde ve devam eden SE düzeyleri olduğu saptanmıştır (232). Hayatı tehdit eden bir hastalıkla karşı karşıya kalma gibi hızlı ve beklenmedik bir şekilde değişen durumlarda, yüksek SE uyumsuzluğa yol açabilir (233). Sağlıkla ilgili damgalanma, sağlık sorunu veya sağlık durumu ile ilişkili dışlanma, reddedilme ve suçlanma yargı ve beklentisi ile karakterize edilen özel bir algılanan damga türüdür (234). Bir çalışmada damgalanma algısı, düşük karakter özelliği KY ve yüksek mizaç özelliği SE ile ilişkilendirilmiştir (235). Bu sonuçlara bakıldığında KY puanları düşük, SE puanları yüksek olan bireylerde olası damgalanma korkusunun kanser araştırmasından kişiyi geri tutacağı speküle edilebilir.

Bununla birlikte yapılan çalışmalarda SE skoru yüksek olan bireylerin, yorgunluk ve engellenmeye karşı davranışlarında süreklilik gösterdiği, düşük olan bireylerin ise, tembel, hareketsiz, kararsız ve düzensiz oldukları, elde ettikleriyle yetindikleri ve engellendiklerinde duygudurumları kolayca labil hale gelebildiği görülmüştür (236).

SE1 düzeyinin yüksekliğinin çaba sarf etme isteği ile, SE3 yüksekliğinin azimli ve kararlı olmakla, SE4 yüksekliğininse mükemmeliyetçilikle ilgili olduğu bilinmektedir. Çalışma bulgularımız da bu özelliklerle uyumludur. SE skorları yükseldikçe kanser taramasını kabul etme ihtimalinin artması kararlılıklarıyla, olası bir tanı varlığında süreçte çaba göstermekten, yorulmaktan kaçınmayacak olma potansiyeli ile açıklanabilir.

Karakter boyutunu kendini yönetme açısından incelediğimizde; KY kendine hâkim olma ve zor durumları yönetme yeteneğine işaret eder (237). Düşük KY skorları sorumluluk ve uzun vadeli hedeflerde yetersizlik ve kronik bir benlik özsaygısında düşüklük anlamına gelir (238). Düşük KY skoru olan

bireyler problem çözme davranışı gösteremezler ve rahatsız edici bir durumu kontrol edemeyebilir ve engellerin üstesinden gelemezler. Mizaç ve karakter ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada ZK ve KY'nin, sıkıntının neredeyse tek öngörücü boyutu olduğu belirtilmiştir. KY, daha iyi günlük işleyişi, daha yüksek doyumu, daha fazla olumlu duyguyu ve daha az olumsuz duyguyu öngördüğü tespit edilmiştir (239). KY akciğer kanseri geçirmiş popülasyonda depresyona dayanıklılık faktörü olarak tanımlanmıştır (240) ve daha yüksek yaşam kalitesi ve öznel iyi oluş ile ilişkilidir (241). Kanser hastalarında yapılan bir çalışmada daha iyi düzeyde sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ile daha düşük ZK ve daha yüksek KY düzeylerinin ilişkili olduğu bulunmuştur (242).

Çalışma sonuçlarımız bu literatür verilerini destekler şekildedir. Beklediğimiz gibi KY skorları arttıkça kanser taramasına evet deme eğiliminin arttığı tespit edilmiştir. KY skorları yüksek olan bireylerin beden sağlıkları ile ilgili uzun vadeli düşünerek sorumluluk alabildikleri, amaçları doğrultusunda hareket edebildikleri anlaşılmaktadır. KY4 skorları ile anlamlı ilişkinin saptanmamış olması henüz bir teşhisin bulunmaması ve bu olasılığın benlik algısına mal edilmemiş olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Karakter boyutuna iş birliği yapma yönüyle baktığımızda yüksek derecede iş birliği yapan bireyler kendilerini toplumun bir parçası olarak algılamakta, bu şekilde empatik, hoşgörülü, merhametli, destekleyici ve prensipli olarak tanımlanmaktadırlar. İY skorları düşük olan bireyler tüm dikkatlerini kendilerine verirler, hoşgörüsüz, eleştirisel, intikamcı ve fırsatçılardır. Kendilerini, temel olarak başkalarından sakınırlar. Diğer kişilerin haklarına ve hislerine saygı göstermeme eğilimindedirler (243).

Çalışma sonuçlarımız beklenen şekilde İY total skorları yükseldikçe kanser taramasına evet deme ihtimalinin arttığını göstermiştir. İY1 skorları ile kanser taraması tutumu arasındaki anlamlı ilişkiye bakıldığında koruyucu sağlık hizmeti almak bireysel olduğu kadar sosyal de sorumluluk olarak algılanıyor olabilir.

KA alt boyutu skorları yüksek bireyler, yaratıcı ile her yerde ve her an özdeşleşebilirler. Düşük KA; kişiler ötesi özdeşleşme ve vicdanlılıkta eksiklikle ilişkili olup ve bu kişiler materyalistlikler ve erdemlilik ya da evrensel uyum gibi soyut düşüncelerle ilgilenmezler (244). Kişisel gelişim, kişi

ötesi özdeşleşme ve ruhsal inanç ve deneyimleri ölçen KA, daha fazla uyum ve esenliğe yol açan bir karakter gücü olarak önerilmiştir (245). Kendi kendini aşan bireyler, adaletli, anlayışlı, dindar, maneviyatçı, sade ve alçak gönüllüdürler. Bu özellikler, yaşla birlikte kaçınılmaz şekilde karşılaşılabilecek ölüm veya hastalıklara yakalanan insanlar için uyumsal bir şekilde avantajlıdır (246).

Bu bilgiler ışığında KA puanları yüksek olan bireylerin kanser taramasını ve çıkacak olası sonuçları daha rahat kabul edecekleri speküle edilebilir. Bununla birlikte bizim çalışmamızda KA skorları ile kanser taraması kabulü arasında bir ilişki saptanmamıştır.

Benlik saygısı hasta soruna uyum sağlamaya, acılarıyla baş etmeye ve hastalık nedeniyle ortaya çıkan olayları kontrol altına almaya çalıştığında bozulabilecek psikolojik unsurlardan biridir (247). Benlik saygısı düşük olan insanlarda, kendini reddetme, kendinden memnuniyetsizlik, kendini küçümseme, kendilerine saygı duymama ve başka bir şey olmayı dileme görülür. Öte yandan, Rosenberg'e göre yüksek benlik saygısı, kim olduklarına karşı yüksek benlik saygısına sahip olmaları anlamına gelmektedir. Kanser tanısının kendisi, hastanın kendi bedeni hakkındaki imajını olumsuz yönde etkileme ve benlik saygısında değişikliklere neden olma eğilimindedir. Kanserde en kolay günlük rutin bile bozulabilir, hastaların benlik saygısı düzeylerini etkileyebilecek uzun vadeli sonuçların farkında olmaları gerekir (248). Benlik saygısı, depresyon gibi psikososyal sonuçları ve tıbbi karar verme, kendi kendine muayene ve tedaviye uyum dahil olmak üzere sağlıkla ilgili davranışları belirleyebilir (249).

Kanser hastalarından önceki seviyelere kıyasla mevcut benlik saygısını değerlendirildiği yarı yapılandırılmış veya nitel görüşmelerin kullanıldığı geriye dönük çalışmalarda hastaların %20 ila %50'sinde benlik saygısında azalma olduğu gösterilmiştir (250). Benzer şekilde Meme kanserli hastaların benlik saygısının araştırıldığı bir çalışmada meme kanserine yönelik tedavilerin düşük benlik saygısına katkıda bulunduğu belirtilmiştir (251). Benlik saygısının, kanser gibi olumsuz yaşam olaylarına uyumu etkileyen kişisel bir kaynak olduğu varsayılmıştır (252). Benlik saygısının kanserde iyileşme ve tanı öncesindeki işlevselliğine dönebilme açısından öneminin vurgulandığı çalışmalar mevcuttur (253). Uzun yıllardır yapılmakta olan

birçok çalışma sonucunda düşük benlik saygısı, kanser ve tedavisinin ortak bir sonucu olarak kabul edilmiştir (254). Çalışmalarda, kanser öyküsü olmayan gençler ve erişkin kanserden kurtulan yaşlı erişkinlerde fiziksel benlik saygısının genel benlik saygısı ile bir dizi fiziksel ve zihinsel sağlık sonucu ile olumlu bir şekilde ilişkili olduğu ifade edilmiştir (255). Kanserden kurtulan yaşlı erişkinler ve genç kanser hastaları arasında, fiziksel benlik algıları (yani, kişinin genel fiziksel durumunu ve zindeliğini değerlendirmesi), fiziksel ve genel benlik saygısı ile olumlu bir şekilde ilişkilendirilmiştir (256).

Uçar ve Uzun'un çalışmasında mastektomili kadınların benlik saygısı sağlıklı kadınlarınkinden daha düşük olarak saptanmıştır (257). Başka bir çalışmadaysa benlik saygısının ayrıca yakın zamanda teşhis edilmiş veya metastatik meme kanseri olan hastalarda takipte sağ kalımı öngörmediği tespit edilmiştir (258).

217 karma kanser hastasından oluşan bir grupta yapılan çalışmada benlik saygısının olumlu sosyal deneyimleri öngördüğünü belirtilirken (259), 66 karma kanser hastasından oluşan bir grupta yapılan çalışmadaysa benlik saygısının tedaviye uyumu öngörmediği sonucuna ulaşılmıştır (260). Bağırsak stoması olan hastalarda toplam öz yeterlik ile benlik saygısı boyutları arasında pozitif, anlamlı bir ilişki bulunduğu belirtilmiştir (261). Benlik saygısı yüksek olan bireylerde kendine güven, iyimserlik, başarma isteği, zorluklardan yılmama gibi olumlu nitelikler bulunmaktadır (262,263).

Ulaşabildiğimiz kadarıyla yurt içi ve yurt dışı çalışmalarda benlik saygısı ile kendisinde önceden saptanabilir bir kanser olup olmadığının araştırmasını gösteren kabul ya da red tutumu arasındaki ilişkiye değinen bir çalışmaya rastlanılamamıştır. Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte benlik saygısı ile kanser taramasını kabul etme arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmamıştır.

5.2 KISITLILIKLAR

Bu çalışmanın bulguları ışığında literatüre sağlayacağını düşündüğümüz katkıları kadar tartışılabilecek kısıtlılıkları da vardır. İlk olarak, çalışma verileri kesitsel yöntem ile elde edilmiş olup, bu durum incelenen

değişkenlerin aralarındaki nedensellik ilişkilerine dair çıkarımların yapılmasını engellemektedir.

Çalışmamızda kanser taramasına hayır deme durumu her zaman isteksizlik red gibi olumsuz bir yaklaşımı yansıtmamaktadır. Örneğin katılımcı yakın zamanda kanser taraması yaptırmış olduğu için yeniden kanser taramasına hayır demiş olabilir. Çalışmamızda kanser taramasına hayır deme gerekçelerinin ekarte edilmemiş olması sonuçları etkileyen faktörlerden biridir.

Çalışmanın yapıldığı Nisan 2021-Haziran 2021 tarihleri arasında Türkiye’de ve Dünya’da ortaya çıkan COVID-19 pandemisi sebebi ile çalışma evrenine yüz yüze ulaşarak anket çalışması uygulanamamıştır. Her ne kadar iletişim numarası verilmiş olsa da anket sorularında oluşmuş yanlış anlamalar dikkati çekmektedir ve bu formlar iptal edilmek zorunda kalınmıştır. Aynı zamanda bu durum çalışma popülasyonun genişliğini de kısıtlamıştır.

Araştırmaya alınan kişi sayısının düşük olması sonuçlarla ilgili daha net yorumlar yapabilmeyi zorlaştırmaktadır. Araştırmanın tek merkezli bir çalışma olması çalışma evreninin sosyokültürel / sosyoekonomik düzey gibi demografik verilerinin benzer özelliklerde olmasına yol açmış olabilir. Bu nedenle bu sonuç ve değerlendirmelerimiz topluma genellenemez. Daha net yorumlar için daha fazla kişi katılımının sağlandığı çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Ölçeklerin öz bildirim türü ölçek olmasının çalışma veri ve sonuçlarını etkileme olasılığı vardır. Benlik özsaygısı ve kanser araştırma tutumunu etkileme olasılığı olan sosyal psikolojik diğer faktörler çalışma kapsamına alınmamıştır. Bu durum da araştırmamız açısından bir kısıtlılığa yol açmaktadır.

Araştırmamız belli bir kanser türüne değil genel olarak tarama kapsamındaki kanser türlerine yönelik dizayn edilmiştir. Bu da değişkenlerimizle kanser tarama tutumu arasındaki ilişkinin net olarak yorumlanabilmesindeki bir diğer kısıtlılıktır. Özelleştirilmiş çalışmalar literatüre daha fazla katkı sağlayacaktır.

5.3 SONUÇLAR

Çalışma sonuçlarımız katılımcılarımız arasında kanser taraması yaptıрма oranlarının yarısından azında olduğunu, kanser taraması hakkında kadınların erkeklere kıyasla, üniversite mezunlarının diğer eğitim düzeylerine, yüksek gelir düzeyinde olanlarında daha düşük gelir düzeyindekilere kıyasla daha fazla bilgi sahibi olduğunu ortaya koymuştur. Kadınlar erkeklere kıyasla, ailesinde kanser öyküsü olanlar olmayanlara kıyasla kanser taramasını daha fazla kabul etmiştir. Çalışmamızın ilginç sonuçlarından biri Mizaç özelliklerinden YA skorları ile kanser taramasını kabul arasında doğru, SE skorları ile ters yönde bir ilişki saptanmasıdır. Karakter özelliklerinden KY ve İY skorları ile kanser taramasını kabul arasında benzer yönde bir ilişki tespit edilmiştir. BSÖ skorları ile kanser taraması kabul ya da reddi arasında ilişki yoktu. Beklenilenin aksine ZK skorları ile kanser taraması kabulü arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir. Bununla birlikte YA skorları ile kanser taramasını kabul etmeme arasındaki ilişki anlamlı olarak saptanmıştır. SE, KY ve İY skorları yükseldikçe kanser taramasını kabul arasındaki anlamlı ilişki dikkate değerdir. Haz odaklı bireylerin kanser taramasını kabul etmeme; kararlı, organize, kendini yönetme ve iş birliği özelliği yüksek bireylerin KT taramasını kabul etmesi yönünde çalışma verilerimiz sonuçlanmıştır.

Literatür verilerine bakıldığında yüksek benlik saygısının psikolojik iyi oluş, kaygı ve depresyon düzeyleri, bireyin kendi hayatıyla ilgili olumlu karar alma ve hayatını uygun şekilde yönetme ile ilişkili olduğu görülmektedir. Bununla birlikte çalışma sonucumuz bu verileri desteklememektedir. Düşük benlik saygısına sahip olan bireylerin kanser gibi önemli bir hastalığın teşhisi için tarama söz konusu olduğunda karar alma, riski yönetme, önlem alma, kendine değer verip koruma, sonuçlarla yüzleşme, bedeni üzerinde etkin olma, olası hastalık sürecini idare edecek olma fikrini kabullenme konusunda yetersiz kalıyor olmaları olasıdır. Benlik saygısı yüksek olan bireylerin de sağlıkları ile ilgili proaktif olmaları, kanser taraması hususunda hassasiyet göstermeleri beklenebilir. Daha geniş bir örneklem grubunda çalışma sonuçlarımızın hipotezimizi destekler yönde çıkması olasıdır. Bununla birlikte sonuçlarımız bedeni üzerinde tasarruf ve kararların benlik

saygısından etkilenmediği, benlik saygısından bağımsız şekilde verilebileceği şeklinde de yorumlanabilir.

Klinik pratikte hasta olan bireylerin her türlü tetkik ve tedavi girişimine olan yaklaşımlarından anlaşıldığı üzere kişinin kendi mizaç ve karakter özellikleri sağlık yönetimini güçlü bir şekilde etkilemekte, karar verme ve eyleme geçmede neredeyse belirleyici faktörlerden biri olabilmektedir. Kanseri gibi erken tanının önemli olduğu ciddi bir hastalıkla tedavi edilebilir aşamada dahi olsa yüzleşmek istemiyor olma, tetkik ve sonuçtan kaçınmanın belli karakter özellikleri ile ilişkili olma olasılığının yüksek olduğu düşüncesiyle bu çalışmayı planladık. Kanserden korunmaya yönelik olan tarama davranışına yönelik kişilerin bilgi ve tutumları birçok araştırmaya konu olmuştur. Bununla birlikte bu tutumların ilişkili olduğu kişisel faktörlerin araştırıldığı çalışmalar oldukça azdır. Araştırmalarımıza göre kanser taramasında mizaç ve karakter boyutunun araştırıldığı bir çalışmaya rastlayamadık. Çalışmamızın konsültasyon liyezon psikiyatrisi, aile hekimliği ve kanser ile ilgili branşlarda bu alanlarda çalışan profesyonellere koruyucu sağlık hizmetleri aşamasındaki yaklaşım açısından farkındalık oluşturacağını, konu ile ilgili yapılacak olası diğer çalışmalara ışık tutacağını düşünüyoruz.

Kaynaklar

1. WHO | Cancer. WHO. Available at: <http://www.who.int/cancer/en/>. Accessed June 30, 2021.
2. Öztaş B, İyigün E, Can MF, Özkara M, Okudur F. Genel Cerrahi Polikliniği'ne Başvuran Hastaların Kolorektal Kansere Taramasına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2016;7(2).
3. Hausman, D. M. (2019). What Is Cancer? Perspectives in Biology and Medicine, 62(4), 778–784. doi:10.1353/pbm.2019.0046.
4. Eser S, Yakut C, Özdemir R ve ark. Cancer Incidence Rates in Turkey in 2006: A Detailed Registry Based Estimation. Asian Pac J Cancer Prev. 2010;11(6):1731-9.
5. Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 68(6), 394-424.
6. Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M. ve diğerleri (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. International Journal of Cancer, 136(5), E359-E386.
7. Enjezab B. Cancer Screening Practice among Iranian Middle-aged Women. Journal of Midwifery and Reproductive Health. 2016; 4(4): 770-778. DOI: 10.22038/jmrh.2016.7558.
8. Habbema D, de Kok I, Brown ML. Cervical cancer screening in the United States and the Netherlands: a tale of two countries. Milbank Q 2012;90:5–37.
9. Hausman, D. M. (2019). What Is Cancer? Perspectives in Biology and Medicine, 62(4), 778-784. doi:10.1353/pbm.2019.0046.

10. Inadomi JM, Vijan S, Janz JK, et al. Adherence to colorectal cancer screening. Arch Intern Med 2012;172(7):575-82.
11. Eti-Aslan F ve Gürkan A. Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi. Meme Sağlığı Dergisi 2007; 3:63-68.
12. Hatipoğlu AA. Kanserde Erken Tanı ve Tarama Problemleri. İçinde: Tuncer AM, editör. Türkiye'de Kanser Kontrolü. Ankara: Koza Matbaacılık; 2009. s.231- 236.
13. Potter JD, Hunter D. Colorectal Cancer: Epidemiology. In: Potter JD, Lindor NM, editors. Genetics of Colorectal Cancer. 1st ed, LLC USA, Springer, 2009;5-25.
14. Kiviniemi MT, Bennett A, Zaiter M, Marshall JR. Individual-level factors in colorectal cancer screening: a review of the literature on the relation of individual-level health behavior constructs and screening behavior. Psychooncology 2011;20(10):1023-33.
15. Inadomi JM, Vijan S, Janz JK, et al. Adherence to colorectal cancer screening. Arch Intern Med 2012;172(7):575-82.
16. Koo JH, Leong RWL, Ching J, et al. Knowledge of, attitudes towards, and barriers to participation of colorectal screening tests in the Asia-Pacific region: a multicenter study. Gastrointest Endosc 2012;76:126 - 35.
17. Wilkins T, Gillies RA, Harbuck S, Garren J, Looney SW, Schade PR. Racial disparities and barriers to colorectal cancer screening in rural areas. J Am Board Fam Med 2012;25:308-17.
18. Bilge A, Olcay Çam O. Kanser önlemede önemli bir faktör olarak kadınların stres ile başa çıkma tarzları ve sağlık inanışlarının incelenmesi, Anatolian Journal of Psychiatry 2008; 9:16 21.
19. Fleming P, O'Neill S, Owens M, Mooney T, Fitzpatrick P. Intermittent attendance at breast cancer screening [serial online]. J Public Health Res. 2013;2:e14.

20. Chad-Friedman, E., Coleman, S., Traeger, L. N., Pirl, W. F., Goldman, R., Atlas, S. J., & Park, E. R. (2017). Psychological distress associated with cancer screening: A systematic review. *Cancer*, 123(20), 3882–3894. doi:10.1002/cncr.30904.
21. Cüceloğlu D. İnsan ve davranışı. 14. Basım. İstanbul: Remzi Kitabevi A.Ş; 2005. p.373-6.
22. Üstündağ H, Demir N, Zengin N, Gül A. Stomalı hastalarda beden imajı ve benlik saygısı. *J Med Sci*. 2007; 27:522-7.
23. Terakye G. Huzurevinde yaşayan yaşlıların benlik saygısının incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Der gisi*. 1989;5:15-24.
24. Baumeister RF, Campbell JD, Krueger Jİ, Vohs KD. Does High Self-Esteem Cause Betterperformance, İnterpersonal Suc - cess, Happiness, or Healthier Lifestyles?. *Psychological Science in The Public İnterest*. 2003;4:1-10.
25. Altun, Y. Kadınların Kanser Taramalarına Katılımını Etkileyen Faktörler. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 14(2), 2020; 210-215.
26. Roberts, S. (2010). *Clinical Nutrition for Oncology Patients*: Jones & Bartlett Publishers.
27. Jemal A, Clegg LX, Ward E, Ries LA, Wu X, Jamison PM, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2001, with a special feature regarding survival. *Cancer* 2004; 101(1): 3-27.
28. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer incidence and mortality worldwide: IARC Cancer Base No. 11. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013.
29. Bray F, Ren JS, Masuyer E, Ferlay J. Global estimates of cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. *Int J Cancer* 2013; 132:1133– 1145.
30. Torre LA, Bray F, Siegel RL, et al. Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin* 2015; 65:87–108.

31. Naucner P, Ryd W, Törnberg S, Strand A, Wadell G, et al. Human Papillomavirus and Papanicolaou Tests to Screen for Cervical Cancer. *N Engl J Med* 2007; 18: 357-16.
32. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global Cancer Statistics 2002: CA. *Cancer J Clin* 2005; 55(2):74- 108.
33. Sağlık Bakanlığı Kanserele Savaş Dairesi Başkanlığı Epidemiyoloji ve Koruma Şube Müdürlüğü. 2004- 2006 yılları Türkiye Kanseri İnsidansı.
34. Li X, Hu SY, He Y, et al. Systematic literature review of risk factors for cervical cancer in the Chinese population. *Womens Health (Lond)*. 2018; 14:1745506518816599.
35. Güner H, Taşkiran Ç. Serviks kanseri epidemiyolojisi ve human papilloma virüs. *Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği Dergisi* 2007;4(1):11-19.
36. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 8. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2007; 15, 607-616.
37. Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürkan T, Önderoğlu LS, Yaralı H, ve et.al. Temel kadın hastalıkları ve doğum bilgisi. 2. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi; 2008.s.1193-95.
38. Manikandan S, Behera S, Naidu NM, Angamuthu V, Mohammed OFB, Debata A. Knowledge and awareness toward cervical cancer screening and prevention among the professional college female students. *J Pharm Bioallied Sci*. 2019;11(Suppl 2):S314-S320.
39. Mabelele MM, Materu J, Ng'ida FD, Mahande MJ. Knowledge towards cervical cancer prevention and screening practices among women who attended reproductive and child health clinic at Magu district hospital, Lake Zone Tanzania: a cross-sectional study. *BMC Cancer*. 2018;18(1):565.
40. Ferlay I, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer* 2015;136:E359–86. <http://dx.doi.org/10.1002/ijc.29210>.

41. Dekker E, Tanis PJ, Vleugels JLA, Kasi PM, Wallace MB. Colorectal Cancer. *Lancet*. 2019; 394:1467-1480.
42. Siegel RL, Miller KD. Cancer Statistics, 2021. 2021; 71:7-33.
43. Steinbach G, Terdiman JP, Weinberg D. Colorectal Cancer Screening. *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology* 2010; 8(1):8-61.
44. Smith RA, Von Eschenbach AC, Wender R, Levin B, David Rothenberger D. American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer: Update of Early Detection Guidelines for Prostate, Colorectal, and Endometrial Cancers. *CA Cancer J Clin* 2001;51:38-75.
45. Sağlık Bakanlığı, Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Türkiye 2010 Kanser İstatistikleri, www.kanser.gov.tr
46. Açıkgöz A, Çımrın D, Ergör G. Meme, prostat, kolorektal ve akciğer kanserlerinde çevresel risk faktörleri ve risk düzeylerinin belirlenmesi: olgu-kontrol çalışması. *Çukurova Medical Journal*, 2018;43(2):411-21.
47. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: A Global Perspective. Washington DC: AICR; 2007. p. 280-8.
48. O'Connell JB, Maggard MA, Liu JH, Etzioni DA, Livingston EH, Ko CY. Rates of colon and rectal cancers are increasing in young adults. *Am Surg*. 2003;69:866-72.
49. Chen FW, Sundaram V, Chew TA, Ladabaum U. Advanced-stage colorectal cancer in persons younger than 50 years not associated with longer duration of symptoms or time to diagnosis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2017;15:728-737.e3.
50. Perea J, Rodriguez Y, Rueda D, et al. Early-onset colorectal cancer is an easy and effective tool to identify retrospectively Lynch syndrome. *Ann Surg Oncol*. 2011;18:3285-91.
51. Silla IO, Rueda D, Rodriguez Y, et al. Early-onset colorectal cancer: a separate subset of colorectal cancer. *World J Gastroenterol*. 2014;20:17288-96.

52. Siegel RL, Miller KD, Fedewa SA, Ahnen DJ, Meester RGS, Barzi A, et al. Colorectal cancer statistics, 2017. *CA Cancer J Clin.* 2017;67:177–93.
53. Bhandari A, Woodhouse M, Gupta S. Colorectal cancer is a leading cause of cancer incidence and mortality among adults younger than 50 years in the USA: a SEER-based analysis with comparison to other young-onset cancers. *J Investig Med.* 2017;65:311–5.
54. Roncucci, L., & Mariani, F. (2015). Prevention of colorectal cancer: How many tools do we have in our basket? *European Journal of Internal Medicine*, 26(10), 752–756. doi:10.1016/j.ejim.2015.08.019.
55. Provenzale D, Gupta S, Ahnen DJ, Markowitz AJ, Chung DC, Mayer RJ, RegimbogenSE, BlancoAM, BrayT, NCCN Guidelines Insights: Colorectal Cancer Screening, Version 1.2018. *J Natl Compr Canc Netw.* 2018 Aug;16(8):939-949.
56. Macdonald JS. Carcinoembryonic antigen screening: pros and cons. *Semin Oncol* 1999; 26:556.
57. GLOBOCAN, "Prostate Cancer Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012", International Agency For Research On Cancer, <http://globocan.iarc.fr/old/FactSheets/cancers/prostate-new.asp>, (Ziyaret Edilme Tarihi: 10.12.2021).
58. Penson DF, Chan JM: Prostate Cancer. In *Urologic Diseases in America*. Edited by Litwin MS, Saigal CS. Washington, DC: US Government Printing Office, 2007. [NIH Publication No. 07-5512:71–122.
59. Cohen, J. H., Kristal, A. R. and Stanford, J. L.: Fruit and vegetable intakes and prostate cancer risk. *J Natl Cancer Inst*, 92: 61, 2000 5.
60. Le Marchand, L., Kolonel, L. N., Wilkens, L. R., Myers, B. C. and Hirohata, T.: Animal fat consumption and prostate cancer: a prospective study in Hawaii. *Epidemiology*, 5: 276, 1994.
61. DeMarzo AM, Platz EA, Sutcliffe S, et al. : Inflammation in prostate carcinogenesis. *Nat Rev Cancer* 2007, 7: 256– 269. Excellent review of the role of inflammation in prostate carcinogenesis with an emphasis on genomic and pathologic initiators related to inflammation .

62. Dennis LK, Lynch CF, Torner JC: Epidemiologic association between prostatitis and prostate cancer. *Urology* 2002, 60: 78– 83. Sarma AV, McLaughlin JC, Wallner, et al. : Sexual behavior, sexually transmitted diseases, and prostatitis: the risk of prostate cancer in black men. *J Urol* 2006, 176: 1108– 1113.
63. Sandhu, J. S. (2008). Prostate cancer and chronic prostatitis. *Current Urology Reports*, 9(4), 328–332. doi:10.1007/s11934-008-0056-6.
64. American Cancer Society (2014) Breast cancer facts & figures 2013-2014. American Cancer Society Inc., Atlanta Eckhardt BL, Francis PA, Parker BS, Anderson RL (2012) Strategies for the discovery and development of therapies for metastatic breast cancer. *Nat Rev Drug Discov* 11:479–497.
65. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018; 1-31.
66. Altekruse, S., Kosary, C., Krapcho, M., Neyman, N., Aminou, R., Waldron, & et al. (2010). SEER cancer statistics review, 1975-2007. Bethesda, MD: National Cancer Institute, 7.
67. Kamińska M, Ciszewski T, Łopacka-Szatan K, Miotła P, Starosławska E. Breast cancer risk factors. *Prz Menopauzalny*. 2015; 14(3): 196–202.
68. Belot A, Grosclaude P, Bossard N, Jouglu E, Benhamou E, Delafosse P, et al. Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2008;56(3):159-75.
69. Ries LAG, Harkins D, Krapcho M, Mariotto A, Miller BA, Feuer EJ, et al. SEER cancer statistics review 1975–2014: Introduction. National Cancer Institute. Available from https://seer.cancer.gov/archive/csr/1975_2014/resultsmerged/sect_01_overview.pdf

70. Cancer, C. G. o. H. F. i. B. (2012). Menarche, menopause, and breast cancer risk: individual participant metaanalysis, including 118 964 women with breast cancer from 117 epidemiological studies. *The Lancet oncology*, 13(11), 1141-1151.
71. Van den Brandt, P. A., Spiegelman, D., Yaun, S.-S., Adami, H.-O., Beeson, L., Folsom, A. R., Kushi, L. (2000). Pooled analysis of prospective cohort studies on height, weight, and breast cancer risk. *American Journal of Epidemiology*, 152(6), 514-527.
72. Ferrini K, Ghelfi F, Mannucci R, Titta L. Lifestyle, nutrition and breast cancer: facts and presumptions for consideration. *Ecancermedalscience*. 2015; 9: 1–11.
73. Castelló A, Martín M, Ruiz A, Casas AM, Baena- Cañada JM, Lope V et al. Lower Breast Cancer Risk among Women following the World Cancer Research Fund and American Institute for Cancer Research Lifestyle Recommendations: EpiGEICAM Case-Control Study. *PLoS One*. 2015; 10(5): 1–15.
74. Coughlin SS, Smith SA. The Impact of the Natural, Social, Built, and Policy Environments on Breast Cancer. *J Environ Health Sci*. 2015; 1(3): 1–7.
75. *Archives Medical Rewiew Journal*. 2007;16(1):1-15 Burgut E, Anber N, Akpınar E, Bozdemir N. Periodical Health Examination.
76. Aktürk, Z, Dağdeviren, N, Yorulmaz, F. Periyodik sağlık muayeneleri. T. Ü. T. F. Aile Hekimliği.
77. Akdeniz, M., Aşık, Z. ve Yaman, H. (2010). Periyodik Sağlık Muayenesi. *Gerontoloji Yönelimli Aile Hekimliği Dergisi*, 1 (1), 69-84.
78. Bulut A, Bulut A. Knowledge, attitudes and behaviors of primary health care nurses and midwives in breast cancer early diagnosis applications. *Breast Cancer: Targets and Therapy*. 2017;9:163-9.
79. Coughlin SS, Smith SA. The impact of the natural, social, built, and policy environments on breast cancer. *J Environ Health Sci*. 2015;1(3):1-7.

80. Early detection Cancer control: Knowledge into action: WHO guide for effective programmes; Module 3. Geneva: WHO; 2007. Sayfa 3-15.
81. Özmen V. Dünya’da ve Türkiye’de meme kanseri. Meme Sağlığı Dergisi 2008; 4: 7-9.
82. Fidaner C. Kanserde erken yakalama: Erken tanı ve taramalar. In: Tuncer AM, editör. Türkiye’de kanser kontrolü. Ankara: Onur Matbaacılık; 2007. p.319-331.
83. Bodur S, Eryılmaz MA, Cıvık S, Durduran Y. (2011). Kanserlerin toplumdaki dağılımının belirlenmesi ve insidansın tahmininde KETEM kayıtlarının katkısı: Konya örneği. Genel Tıp Derg 2011;21(4); 144-151.
84. Güvenç G, Seven M, Kılıç A, Aygül A, Gülçin A. (2012). Breast, Cervical, and Colorectal Cancer Screening Status of a Group of Turkish Women. Asian Pacific J Cancer Prev, 13 (9), 4273-4279.
85. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.Ulusal Kanser Kontrol Planı 2013-2018.
86. Kozan R, Tokgöz VY. Türkiye’de Meme Kanseri Farkındalığı ve Tarama Programı. ACU Sağlık Bil Derg 2016(4):185-188.
87. Tuzcu A, Sümen A, Demir Avcı Y. (2018). Kanser Tarama Programlarına Katılımı Artırmada Bir Sağlık Davranış Değişim Modeli. Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi 2018;15 (2): 123-130.
88. Eti-Aslan F ve Gürkan A. Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi. Meme Sağlığı Dergisi 2007; 3:63-6.
89. Keskinç B, Gültekin M, Karaca AS, Öztürk C, Boztaş G, Karaca MZ, et al., editors. T. C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kanser Kontrol Programı. 1st ed. Ankara: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı; 2016. 32 p
90. Ünlü F. Kanser Taramaları Neden Önemli [Internet]. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Daire Başkanlığı. 2018. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-yayinlar/sunumlar>.

91. Davis C, Emerson JS, Husaini BA. Breast cancer screening among African American women: adherence to current recommendations. *J Health Care Poor Underserved* 2005;16:308-314.
92. Yarbrough SS, Braden CJ. Utility of health belief model as a guide for explaining or predicting breast cancer screening behaviors. *Journal of Advanced Nursing*. 2001;33: 677-688. (PMID:11298205.
93. Iğci A, Asoğlu O. Meme Kanserinin Erken Tanısında Tarama Yöntemleri. İçinde: Meme Kanseri (Ed: Topuz E, Aydınar A, Dinçer M) İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2003:113-123.
94. Benson SR, Blue J, Judd K, Harman JE. Ultrasound is now better than mammography for the detection of invasive breast cancer. *Am J Surg* 2004; 188: 381-85.
95. Oeffinger KC, Fontham ET, Etzioni R, Herzig A, Michaelson JS, Shih YC, et al., Breast Cancer Screening for Women at Average Risk: 2015 Guideline Update From the American Cancer Society. *JAMA* 2015;314(15):1599-614.
96. Özkan S, Keskinçilic B, Gültekin M, Karaca A.S, Öztürk C, Boztaş G et al. editors. Meme Kanseri Taramaları; Ulusal Kanser kontrol Planı 2013-2018. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu; 2014.
97. Beaton D.E., Schemitsch E. Measures of Health-Related Quality of Life and Physical Function. *Clinical Orthopaedics and Related Research*.2003; 413: 80- 89.
98. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2013. Atlanta: American Cancer Society; 2013.
99. Ponz de Leon M, Benatti P, Goldoni CA, Domati F, Kaleci S, Maffei S, et al. Epidemiology of tumors of the colon and rectum. Incidence, mortality, familiarity and survival in the health care district of Modena, 1984-2004. University of Modena and Reggio Emilia; 2011.
100. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kanser Kontrol Programı (2016).
101. Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri.

102. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimler için Yaşlı Sağlığı Tanı ve Tedavi Rehberi 2010”, 78:37-46.
103. Ouyang DL, Chen JJ, Getzenberg RH, Schoen RE. Noninvasive testing for colorectal cancer: a review. *Am J Gastroenterol* 2005;100:1393–403.
104. Redwood D, Provost E, Asay E, Roberts D, Haverkamp D, Perdue D, et al. Comparison of fecal occult blood tests for colorectal cancer screening in an Alaska Native population with high prevalence of *Helicobacter pylori* infection, 2008–2012. *Prev Chronic Dis* 2014;11:E56.
105. Hewitson P, Glasziou P, Watson E, Towler B, Irwig L. Cochrane systematic review of colorectal cancer screening using the fecal occult blood test (hemoccult): an update. *Am J Gastroenterol* 2008;103:1541–9.
106. Zorzi M, Fedeli U, Schievano E, Bovo E, Guzzinati S, Baracco S, et al. Impact on colorectal cancer mortality of screening programmes based on the faecal immunochemical test. *Gut* Sep 1 2014. <http://dx.doi.org/10.1136/gutjnl-2014-307508> [pii: gutjnl-2014-307508, Epub ahead of print].
107. Selby JV, Friedman GD, Quesenberry Jr CP, Weiss NS. A case–control study of screening sigmoidoscopy and mortality from colorectal cancer. *N Engl J Med* 1992;326: 653–7. [30] Atkin WS, Edwards R, Kralj-Hans I, Wooldrage K, Hart AR, Northover JM, et al. Onceonly flexible sigmoidoscopy screening in prevention of colorectal cancer: a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2010;375:1624–33.
108. Manser CN, Bachmann LM, Brunner J, Hunold F, Bauerfeind P, Marbet UA. Colonoscopy screening markedly reduces the occurrence of colon carcinomas and carcinoma-related death: a closed cohort study. *Gastrointest Endosc* 2012;76:110–7.
109. Brenner H, Chang-Claude J, Jansen L, Knebel P, Stock C, Hoffmeister M. Reduced risk of colorectal cancer up to 10 years after screening, surveillance, or diagnostic colonoscopy. *Gastroenterology* 2014;146:709–17.

110. Siegel R, Desantis C, Jemal A. Colorectal cancer statistics, 2014. CA Cancer J Clin 2014; 64:104–17.
111. Rutter CM, Johnson EA, Feuer EJ, Knudsen AB, Kuntz KM, Schrag D. Secular trends in colon and rectal cancer relative survival. J Natl Cancer Inst 2013;105:1806–13.
112. Şen O, Kolorektal Kanserlerde Tarama. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Ankara 2008.
113. Carter HB, Partin MD. Prostat kanserinin tanısı ve evrelendirilmesi. In: Kadri Anafarta, Önder Yaman (Eds). Campbell Üroloji. 8. Baskı, Güneş Kitapevi Ltd. fti, İstanbul, Türkiye 2005, pp 3056.
114. Tanagho EA, McAninch JW. Prostat neoplazileri. In: Gurkan Kazancı (Ed). Smith Genel Üroloji. 10. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. fti, İstanbul, Türkiye 1999, pp 392-434.
115. Prensner, J.R., Rubin, M.A., Wei, J.T. ve Chinnaiyan, A.M., "Beyond PSA: The next generation of prostate cancer biomarkers", Science Translational Medicine, 4(127): 127rv3 (2012).
116. Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, Bibbins-Domingo K, Caughey AB, Davidson KW, et al. Screening for Prostate Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA 2018;319(18):1901-13.
117. Prostat kanseri klinik protokolü, Tarama, Türk Üroloji Derneği ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı, TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2017:(6). Available from http://hta.gov.tr/pdf/prostat_ca_20_09_1.pdf
118. (Smith RA, Von Eschenbach AC, Wender R, Levin B, David Rothenberger D. American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer: Update of Early Detection Guidelines for Prostate, Colorectal, and Endometrial Cancers. CA Cancer J Clin 2001;51:38-75.

119. Aus G, Bergdahl S, Lodding P et al: Prostate Cancer Screening Decreases the Absolute Risk of Being Diagnosed With Advanced Prostate Cancer Results From a Prospective, Population Based Randomized Controlled Trial. *Eur Urol* 2007; 51: 659.
120. Tuncer ZS. Jinekolojik açıdan Human Papilloma Virüs Enfeksiyonu. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2007; 38(1): 8-14.
121. Güner H, Taşkiran Ç. Serviks kanseri epidemiyolojisi ve human papilloma virüs. *Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği Dergisi* 2007; 4(1):11-19.
122. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 8. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2007; 15, 607-616.
123. Barry HC, Smith M, Weismantel D, French L. The feasibility of risk-based cervical cancer screening. *Preventive Medicine* 2007; 45(2-3): 125-129.
124. Pekin T. Servikal intraepitelyal lezyonların tanı ve tedavilerinde, Pap smear ile HPV testlerinin kombinasyonunun önemi. *T Klin J Gynecol Obst* 2002; 12: 203- 7.
125. Sağlık Bakanlığı T. Türkiye kanser kontrol programı. TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu [Internet]. 2016;92. Available at: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdB/istatistik/Trkiye_Kanser_statistikleri_2016.pdf
126. Naucler P, Ryd W, Törnberg S, Strand A, Wadell G, et al. Human Papillomavirus and Papanicolaou Tests to Screen for Cervical Cancer. *N Engl J Med* 2007; 18: 357-16.
127. Perkins RB, Guido RS, Castle PE, Chelmow D, Einstein MH, Garcia F, vd. 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines for Abnormal Cervical Cancer Screening Tests and Cancer Precursors. *J Low Genit Tract Dis.* 2020;24(2):102-31.

128. IARC. IARC handbooks of cancer prevention. Vol. 10. Cervix cancer screening. Lyon, France: IARC; 2005.). Successes of the cytology-based screening programs were mainly because of repeated testing at frequent intervals, high population coverage, and quality-control procedures adopted in these regions.
129. Gustafsson L, Ponten J, Zack M, et al. International incidence rates of invasive cervical cancer after introduction of cytological screening. *Cancer Causes Control* 1997; 8:755–763. Arbyn M, Raifu AO, Weiderpass E, et al. Trends of cervical cancer mortality in the member states of the European Union. *Eur J Cancer* 2009; 45:2640– 2648.
130. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44:573-88.
131. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM et al. The Temperament and Character Inventory (TCI): a guide to its development and use. Washington University, St. Louis: Center for Psychobiology of Personality, 1994.
132. Aslan, S. (2008). Kişilik, Duy ve Psikopatoloji. Reviews, Cases and Hypotheses in Psychiatry RCHP, 2(1-2), 7-18.
133. Rosenbluth, M., Kennedy, S., Bagby, R. M. (2005). Depression and personality: Conceptual and clinical challenges. London: American Psychiatric Inc.
134. Cloninger CR (1986) A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatr Dev*, 3:167-226.
135. Cloninger CR (1987) A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Arch Gen Psychiatry*, 44: 573-588.
136. Köse, S., Sayar, K., Ak, İ., Aydın, N., Kalelioğlu, Ü., Kirpınar, I., ... & Cloninger, C. R. (2004). Mizaç ve karakter envanteri: Geçerlik, güvenirliği ve faktör yapısı. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 14(3).
137. Cloninger, C. R., Svrakic, D. M. ve Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.

138. Gardini, S., Cloninger, C. R. & Venneri, A. (2009). Individual differences in personality traits reflect structural variance in specific brain regions. *Brain Research Bulletin*, 79(5), 265-270.
139. Haan, N., Millsap, R., Hartka, E. (1986). As time goes by: Change and stability in personality over 50 years. *Psychol Aging*, 1:220-232.
140. Arkar, H. (2008). Cloninger'in mizaç ve karakter boyutları ile kişilik bozuklukları arasındaki ilişki. *Klinik Psikiyatri*, 11(3), 115-124.
141. Adan, A., Serra-Grabulosa, J. M., Caci, H., & Natale, V. (2009). A Reduced Temperament and Character Inventory (TCI-56). Psychometric properties in a non-clinical sample. *Personality and Individual Differences*, 46(7), 687-692.
142. Borrás L, Boucherie M, Mohr S ve Ark., Increasing self-esteem: efficacy of a group intervention for individuals with severe mental disorders. *Eur psychiatr*, 24(5): 307-316, 2009.
143. Gençtan E, Benlik gelişimi. *Psikanaliz ve Sonrası*, Hürriyet Yayınları, İstanbul, ss. 69-122, 1981.
144. Temel, Z. F. ve Aksoy, B.A. (2001). *Ergen ve gelişimi*. Ankara: Nobel Yayıncılık
145. Berk, E.L (2006). *Child development* (7th ed). Boston
146. Muslu L. Kırsal bölgede eşleri tarafından fiziksel şiddet gören ve görmeyen kadınların benlik saygısı düzeylerinin belirlenmesi. Denizli: Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği ABD, Yüksek Lisans Tezi, 2001.
147. Yavuz, Ş. (2007). *Son Çocukluk Dönemi Öğrencilerinin Saldırganlık Düzeylerinin Benlik Saygısı ve Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniv. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
148. Yavuzer, H. (2000). *Eğitim ve Gelişim Özellikleriyle Okul Çağı Çocuğu*. Remzi Kitabevi, İstanbul
149. Akt: Balat ve Akman, 1988.
150. Akt: Saygın, 2009.

151. Crocker J, Wolfe T, Contingencies of self-worth. Psychol Rev, 108(3): 593-623, 2001.
152. Rosenberg M, Conceiving the self. Basic Books, New York, ss. 56-68, 1979.
153. Fossati, A., Cloninger, C. R., Villa, D., Borroni, S., Grazioli, F., Giarolli, L., and Maffei, C. (2007). Reliability and validity of the Italian version of the Temperament and Character Inventory-Revised in an outpatient sample. Comprehensive Psychiatry, 48(4), 380-387. doi:10.1016/j.comppsy.2007.02.003.
154. Kose, S., Yalcin, M., Akin, E., & Turkcapar, H. (2019). Normative data and factorial structure of the Turkish version of the temperament and character inventory-revised (Turkish TCI-R). Psychiatry and Clinical Psychopharmacology, 29(2), 189-196. doi: 10.1080/24750573.2019.1610144.
155. Çeçen, R. A. (2008) Üniversite Öğrencilerinde Yaşam Doyumunu Yordamada Bireysel Bütünlük (Tutarlılık) Duygusu, Aile Bütünlük Duygusu ve Benlik Saygısı. Eğitimde Kuram ve Uygulama, 2008, 4(1): 19-3 <http://eku.comu.edu.tr/index/4/1/arcecen.pdf>.
156. Hakan Tekpınar ,Zeynep Aşık, Mehmet Özen. Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastaların kanser taramalarına ilişkin yaklaşımların değerlendirilmesi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2018; 22(1):28-36. Doi: 10.15511/tahd.18.00128
157. Tebeu PM, Major AL, Rapiti E, Petignat P, Bouchardy C, Sandoş Z, de Bernis L, Alli L, Mhaweche-Fauceglia P. The attitude and knowledge of cervical cancer by Cameroonian women; a clinical survey conducted in Maroua, the capital of Far North Province of Cameroon. Int J Gynecol Cancer 2007;18(4):761-765.
158. Moskowitz JM, Kazinets G, Wong JM, Tager IB. "Health is Strength": A Community Health Education Program to improve Breast and Cervical Cancer Screening Among Korean American Women in Alameda County, California. Cancer Detection and Prevention 2007; 31: 173-183.

159. Al-Amro SQ, Gharaibeh MK, Oweis AI. Factors Associated with Cervical Cancer Screening Uptake: Implications for the Health of Women in Jordan. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2020 Mar 21;2020:9690473. doi: 10.1155/2020/9690473. PMID: 32256030; PMCID: PMC7114762.
160. Al-Meer F. M., Aseel M. T., Al-Khalaf J., Al-Kuwari M. G., Ismail M. F. S. Knowledge, attitude, and practices regarding cervical cancer and screening among women visiting primary health care in Qatar. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2011;17(11):855–861. doi: 10.26719/2011.17.11.855.
161. Fung SY. Factors Associated with Breast Self- Examination Behaviour Among Chinese Women in Hong Kong. *Patient Education and Counseling*. 1998; 33(3): 233-43.
162. Sadler GR, Ko MC, Cohn JA, White M, Weldon R, Wu P. Breast Cancer Knowledge, Attitudes, and Screening Behaviors Among African American Women: The Black Cosmetologists Promoting Health Program. *BMC Public Health* 2007; 7: 57.
163. Yıldırım A.D. Özyaydın A.D. İstanbul / Moda’da Oturan Kadınların Meme Kanseri İle İlgili Bilgileri, Bilgi Kaynakları ve Meme Kanseri Taramalarına Katılımları. *Meme sağlığı dergisi*. (2014): 47-56.
164. Açıkgöz A. Meme ve Serviks Kanseri Risk Düzeyleri ve Erken tanı Hizmetleri Kullanımı İlişkisi. [yayımlanmamış tez] İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.
165. DüNDAR PE, Özmen D, Öztürk B, Haspolat G. The knowledge and attitudes of breast self- examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. *BMC Cancer* 2006; 6: 43.
166. Özyaydın AN, Güllüoğlu BM, Ünal PC, Gorpe S, Cabioğlu N, Öner BR, Özmen V. Bahçeşehir’de Oturan Kadınların Meme Kanseri Bilgi Düzeyleri, Bilgi Kaynakları Ve Meme Sağlığı İle İlgili Uygulamaları. *Meme Sağlığı Dergisi* 2009; 5(4): 214-24.
167. Bayçelebi G, Aydın F, Gökosmanoğlu F, Tat TS, Varım C. Trabzon’da Kanser Tarama Testleri Farkındalığı. *J Hum Rhythm* 2015;1(3):90-4.

168. Steinwachs D, Allen JD, Barlow WE, et al. National Institutes of Health state-of-the-science conference statement: Enhancing use and quality of colorectal cancers creening. *Ann Intern Med* 2010;152: 663-7.
169. Oran TN, Can OH, Senuzun F, Aylaz DR. Health Promotion Lifestyle and Cancer Screening Behaviors: A Survey Among Academician Women. *Asian Pacific J. Cancer Prev* 2008; 9: 515-518.
170. Ruffin MTt, Creswell JW, Jimbo M, Feters MD. Factors influencing choices for colorectal cancer screening among previously unscreened African and Caucasian Americans: findings from a triangulation mixed methods investigation. *J Community Health* 2009;34:79-89.
171. Bayçelebi G, Aydın F, Gökosmanoğlu F, Tat TS, Varım C. Trabzon'da Kanser Tarama Testleri Farkındalığı. *J Hum Rhythm* 2015;1(3):90-4.
172. Jahan S, Al-Saigul AM, Abdelgadir MH. Breast cancer. Knowledge, attitudes and practices of breast self examination among women in Qassim region of Saudi Arabia. *Saudi Med J.* 27 (2006): 1737-41.
173. Kanserle Savaş Politikası ve Kanser Verileri T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı Bakanlık 2005; 618: 145.
174. Safizade H, Amirzadeh N, Mangolian Shahrabaki P. Motivational Factors for Breast Cancer Screening Behaviors in Iranian Women: A Qualitative Study. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2020;21(10):3109-3114. doi:10.31557/APJCP.2020.21.10.3109.
175. Adewole IF, Abauleth YR, Adoubi I, Amorissani F, Anorlu RI, Awolude OA, et al. Consensus recommendations for the prevention of cervical cancer in sub-Saharan Africa. *Southern African Journal of Gynaecological Oncology.* 2013. January 1;5(2):47-57.
176. Tebeu PM, Major AL, Rapiti E, Petignat P, Bouchardy C, Sandoş Z, de Bernis L, Alli L, Mhaweche-Fauceglia P. The attitude and knowledge of cervical cancer by Cameroonian women; a clinical survey conducted in Maroua, the capital of Far North Province of Cameroon. *Int J Gynecol Cancer* 2007;18(4):761-765.

177. Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. women's knowledge and attitude about cancer and the behaviour for early diagnosis procedures.deü Tıp Fakültesi Dergisi 2011;25(3):145-54.
178. Knowledge, Attitude and Practice (KAP) Concerning Cervical Cancer and Screening among Rural and Urban Women in Six Provinces of the Democratic People's Republic of Korea". Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 12, 11, 2011, 3029-3033.
179. Honein-AbouHaidar GN, Kastner M, Vuong V, Perrier L, Daly C, Rabeneck L, Straus S, Baxter NN. Systematic Review and Meta-study Synthesis of Qualitative Studies Evaluating Facilitators and Barriers to Participation in Colorectal Cancer Screening. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2016 Jun;25(6):907-17. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-15-0.
180. Palmer CK, Thomas MC, von Wagner C, Raine R. Reasons for non-uptake and subsequent participation in the NHS Bowel Cancer Screening Programme: a qualitative study. Br J Cancer 2014;110:170511.
181. Javanparast S, Ward PR, Carter SM, Wilson CJ. Barriers to and facilitators of colorectal cancer screening in different population subgroups in Adelaide, South Australia. Med J Aust 2012;196:521-3
182. Ramathuba DU, Ngambi D, Khoza LB, Ramakuela NJ. Knowledge, attitudes and practices regarding cervicalcancer prevention at Thulamela Municipality of Vhembe District in Limpopo Province. African Journal of Primary Health Care & Family Medicine. 2016; 8(2):1-7.
183. Kılıç D , Sağlam R, Kara Ö. Üniversite Öğrencilerinde Meme Kanseri Farkındalığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. The Journal of Breast Health. 2009 ;5(4). Babaoğlu AB, Büyüközmen E, Can FE. Awareness of Cancer Screening Tests in the Community in Izmir and Factors Affecting the Participation of Individuals in Cancer Screening Tests. Med J West Black Sea 2021;5(2): 173-181 DOI: 10.29058/mjwbs.853692

184. Babaoğlu AB, Büyüközmen E, Can FE. Awareness of Cancer Screening Tests in the Community in Izmir and Factors Affecting the Participation of Individuals in Cancer Screening Tests. *Med J West Black Sea* 2021;5(2): 173-181 DOI: 10.29058/mjwbs.853692.
185. Wools A, Dapper EA, de Leeuw JR. Colorectal cancer screening participation: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2016 Feb;26(1):158-68. doi: 10.1093/eurpub/ckv148. Epub 2015 Sep 14. PMID: 26370437.
186. Özaydın AN, Güllüoğlu BM, Ünal PC, Gorpe S, Cabioğlu N, Öner BR, Özmen V. Bahçeşehir’de Oturan Kadınların Meme Kanseri Bilgi Düzeyleri, Bilgi Kaynakları ve Meme Sağlığı İle İlgili Uygulamaları. *Meme Sağlığı Dergisi* 2009; 5(4): 214-24.
187. Sach TH, Whynes DK. Men and women: beliefs about cancer and about screening. *BMC Public Health* 2009; 9:431.
188. Bayçelebi G, Aydın F, Gökosmanoğlu F, Tat TS, Varım C. Trabzon’da Kanseri Tarama Testleri Farkındalığı. *J Hum Rhythm* 2015;1(3):90-4.
189. Genç Z, Yalçınöz Baysal H. Birinci basamağa başvuran bireylerin kolorektal kansere yönelik sağlık inançlarının gaitada gizli kan testi yaptırmaya durumlarına etkisi. *Sağlık ve Toplum Derg* 2020;30(2):90-97.
190. Emiral G, Işıktekin Atalay B, Önsüz MF, Zeytin AM, Küçük YS, Işıklı B, Metintaş S. Yarı kırsal alanda yaşayan kişilerde gaitada gizli kan taraması ve tarama programları hakkında farkındalıkları. *Türk Dünyası Uygul ve Araştırma Merk Halk Sağlığı Derg* 2018;3(1):42-55.
191. Wools A, Dapper EA, de Leeuw JR. Colorectal cancer screening participation: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2016 Feb;26(1):158-68. doi: 10.1093/eurpub/ckv148. Epub 2015 Sep 14. PMID: 26370437.
192. Lim JH, Kim SY. Factors affecting colorectal cancer screening behaviors: based on the 4th Korean National Health and nutrition examination survey. *Korean J Health Educ Promot*. 2011;28(1):69–80.

193. Beydag(Taşcı) KD, Karaoğlu H. Kendi Kendine Meme Muayenesi Eğitiminin Öğrencilerin Bilgi ve Tutumlarına Etkisi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007;6:106-111.
194. Akinlotan M, Bolin JN, Helduser J, Ojinnaka C, Lichorad A, McClellan D. Cervical Cancer Screening Barriers and Risk Factor Knowledge Among Uninsured Women. J Community Health. 2017 Aug;42(4):770-778. doi: 10.1007/s10900-017-0316-9. PMID: 28155005; PMCID: PMC5494033.
195. Hakan Tekpınar ,Zeynep Aşık, Mehmet Özen. Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastaların kanser taramalarına ilişkin yaklaşımların değerlendirilmesi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2018; 22(1):28-36. Doi: 10.15511/tahd.18.00128.
196. Dişçigil G, Şensoy N, Tekin N, Söylemez A. Meme Sağ- lığı: Ege Bölgesinde Yaşayan Bir Grup Kadının Bilgi, Davranış ve Uygulamaları. Marmara Medical Journal 2007; 20:29-36.
197. Avcı İA. The Health Beliefs Relating to Mammography of Midwives and Nurses. Meme Sağlığı Dergisi 2007; 3:4-8.
198. Wools A, Dapper EA, de Leeuw JR. Colorectal cancer screening participation: a systematic review. Eur J Public Health. 2016 Feb;26(1):158-68. doi: 10.1093/eurpub/ckv148. Epub 2015 Sep 14. PMID: 26370437.
199. Molina-Barcelo A, Salas Trejo D, Peiro-Perez R, Malaga Lopez A. To participate or not? Giving voice to gender and socio-economic differences in colorectal cancer screening programmes. Eur J Cancer Care 2011;20:669-78.
200. Lim JH, Kim SY. Factors affecting colorectal cancer screening behaviors: based on the 4th Korean National Health and nutrition examination survey. Korean J Health Educ Promot. 2011;28(1):69-80.
201. Hakan Tekpınar ,Zeynep Aşık, Mehmet Özen. Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastaların kanser taramalarına ilişkin yaklaşımların değerlendirilmesi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2018; 22(1):28-36. Doi: 10.15511/tahd.18.00128.

202. Al Nsour M., Brown D. W., Tarawneh M., Haddadin R., Walk H. Breast and cervical cancer screening among women in Jordan: findings from the Behavioural risk factor surveillance System - 2007. *The Open Breast Cancer Journal*. 2012;4(1):1-7. doi: 10.2174/1876817201204010001.
203. Babaoğlu AB, Büyüközmen E, Can FE. Awareness of Cancer Screening Tests in the Community in Izmir and Factors Affecting the Participation of Individuals in Cancer Screening Tests. *Med J West Black Sea* 2021;5(2): 173-181 DOI: 10.29058/mjwbs.853692.
204. Wools A, Dapper EA, de Leeuw JR. Colorectal cancer screening participation: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2016 Feb;26(1):158-68. doi: 10.1093/eurpub/ckv148. Epub 2015 Sep 14. PMID: 26370437.
205. Babaoğlu AB, Büyüközmen E, Can FE. Awareness of Cancer Screening Tests in the Community in Izmir and Factors Affecting the Participation of Individuals in Cancer Screening Tests. *Med J West Black Sea* 2021;5(2): 173-181 DOI: 10.29058/mjwbs.853692.
206. Gök Uğur H, Aksoy Derya Y, Yılmaz Yavuz A, Şilbır MF, Öner A. Aile sağlığı merkezlerine başvuran 30-70 yaş grubu kadınların ulusal kanser taramalarına yönelik bilgi tutum ve davranışları: Karadeniz Bölgesi'nde bir il örneği. *STED* 2019;28(5):340-352.
207. Arica W, Trevor DT, White MC, Sabatino SA, de Moor J, DoriaRose PV, Geiger AM, Richardson LC. Cancer screening test use - United States, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2017;66(8):201-206.
208. Balas N, Yun H, Jaeger BC, Aung M, Jolly PE. Factors associated with breast cancer screening behaviors in a sample of Jamaican women in 2013. *Women Health* 2020;60(9):1032-1039.
209. DüNDAR PE, Özmen D, Oztürk B, Haspolat G, Akyildiz F, Coban S, Cakiroglu G. The knowledge and attitudes of breast selfexamination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. *BMC Cancer* 2006;6:43.

210. Hakan Tekpınar ,Zeynep Aşık, Mehmet Özen. Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastaların kanser taramalarına ilişkin yaklaşımların değerlendirilmesi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2018; 22(1):28-36. Doi: 10.15511/tahd.18.00128.
211. Gök Uğur H, Aksoy Derya Y, Yılmaz Yavuz A, Şılbir MF, Öner A.Aile sağlığı merkezlerine başvuran 30-70 yaş grubu kadınların ulusal kanser taramalarına yönelik bilgi tutum ve davranışları: Karadeniz Bölgesi'nde bir il örneği. STED 2019;28(5):340-352.
212. O'Sullivan I, Orbell S. Self-sampling in screening to reduce mortality from colorectal cancer: a qualitative exploration of the decision to complete a faecal occult blood test (FOBT). J Med Screen 2004;11:16–22.
213. Brouse CH, Basch CE, Wolf RL, Shmukler C. Barriers to colorectal cancer screening: an educational diagnosis. J Cancer Educ 2004;19:170–3.
214. Özdemir ME. Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran 20 yaş ve üzeri bireylerin Kanser Tarama Testleri Hakkında Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi 2016. <http://acikerisim.ybu.edu.tr:8080/xmlui/handle/123456789/2740>.
215. Babaoğlu AB, Büyüközmen E, Can FE. Awareness of Cancer Screening Tests in the Community in Izmir and Factors Affecting the Participation of Individuals in Cancer Screening Tests. Med J West Black Sea 2021;5(2): 173-181 DOI: 10.29058/mjwbs.853692.
216. Hakan Tekpınar ,Zeynep Aşık, Mehmet Özen. Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastaların kanser taramalarına ilişkin yaklaşımların değerlendirilmesi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2018; 22(1):28-36. Doi: 10.15511/tahd.18.00128.
217. Rossi Ferrario S, Zotti AM, Massara G, Nuvolone G: A comparative assessment of psychological and psychosocial characteristics of cancer patients and their caregivers. Psychooncology 2003; 12:1–7. doi: 10.1002/pon.626.

218. . Yoshitake N, Omori M, Sugawara M, Akishinonomiya K, Shimada S. Do health beliefs, personality traits, and interpersonal concerns predict TB prevention behavior among Japanese adults? Plos one. 2019;14(2):e0211728 10.1371/journal.pone.0211728.
219. Jironjwong, S., and McLennan, R. (2002). Health beliefs, perceived self-efficacy, and selfexamination among Thai migrants in Brisbane. Journal of Advanced Nursing. 41(3): 241- 249.
220. Norizadeh R, Bakhtari aghdam F, Valivand A, Sahebi L. Knowledge, health beliefs and breast cancer screening behaviors of women referring to health centers of Tabriz. Iran J Breast Dis. 2010;3:43–51.
221. del Carmen MG, Findley M, Muzikansky A, Roche M, Verrill CL, Horowitz N, Seiden MV. Demographic, risk factor, and knowledge differences between Latinas and non-Latinas referred to colposcopy. Gynecologic Oncology. 2007;104(1):70–76. doi: 10.1016/j.ygyno.2006.07.008.
222. Yektatalab S, Ghanbari E. The Relationship between Anxiety and Self-Esteem in Women Suffering from Breast Cancer. J Midlife Health. 2020 Jul-Sep;11(3):126-132. doi: 10.4103/jmh.JMH_140_18. Epub 2020 Sep 29. PMID: 33384534; PMCID: PMC7718930.
223. de Nooijer J, Lechner L, de Vries H. Help-seeking behaviour for cancer symptoms: Perceptions of patients and general practitioners. Psycho-Oncology. 2001b;10:469–478.
224. Conrad R, Schilling G, Bausch C (2007) Temperament and character personality proWles and personality disorders in chronic pain patients. Pain 133:197–209.
225. Asmundson GJG, Norton PJ, Norton GR (1999) Beyond pain: the role of fear and avoidance in chronicity. Clin Psychol Rev 19:97– 119.
226. Waller, N.G., Lilienfield, S.O., Tellengen, A., & Lykken, D.T. (1991). The Tridimensional Psesonality Questionnaire: Structural validity and comparison with Multidimensional Personality Questionnaire. Multivariate Behavioral Research, 26, 1–23.

227. Cloninger CR. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatr Dev* 1986; 3: 167–226.
228. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. The Temperament and Character Inventory (TCI): A Guide to its Development and Use. Center for Psychobiology of Personality. Washington: Washington University School of Medicine, Department of Psychiatry, 1994; 16: 120–125.
229. Wills, T. A., Vaccaro, D., & McNamara, G. (1994). Novelty seeking, risk taking, and related constructs as predictors of adolescent substance use: An application of Cloninger's theory. *Journal of Substance Abuse*, 6(1), 1–20. [http://doi.org/10.1016/S0899-3289\(94\)90039-6](http://doi.org/10.1016/S0899-3289(94)90039-6).
230. Hassler M. Memories and Traces. From Jewish Exilists' authoritarian personality research via Cloninger's psychobiology of personality trait to a neurobiological approach to conflict management. *Neuro Endocrinol Lett* 2002; 23: 397–384.
231. Sadock BJ, Sadock VA. Comprehensive textbook of psychiatry. 8. Baskı, Ankara: Öncü Basımevi, 2007: 2063–2071.
232. Jylhä, P., Mantere, O., Melartin, T., Suominen, K., Vuorilehto, M., Arvilommi, P., Holma, I., Holma, M., Leppämäki, S., Valtonen, H., Rytsälä, H., Isometsä, E., 2011. Differences in temperament and character dimensions in patients with bipolar I or II or major depressive disorder and general population subjects. *Psychol. Med.* 41, 1579–1591.
233. Lopez-Torecillas F, Perales JC, Nieto-Ruiz A, VerdejoGarcia A: Temperament and impulsivity predictors of smoking cessation outcomes. *PloS One* 2014;9:e112440.
234. Weiss M, Ramakrishna J, Somma D: Health related-stigma: rethinking concepts and interventions. *Psychol Health Med* 2006; 11:277-87. doi: 10.1080/13548500600595053.
235. Aukst Margetic B, Kukulj S, Galic K, Saric Zolj B, Jakšić N. Personality and Stigma in Lung Cancer Patients. *Psychiatr Danub.* 2020 Nov;32(Suppl 4):528-532. PMID: 33212459.

236. Sadock BJ, Sadock VA. Comprehensive textbook of psychiatry. 8. Baskı, Ankara: Öncü Basımevi, 2007: 2063–2071.
237. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry 1993; 50: 975–990.
238. Svrakic DM, Draganic S, Hill K et al. Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. Acta Psychiatr Scand 2002; 106: 189–195.
239. Conrad R, Schilling G, Bausch C (2007) Temperament and character personality profiles and personality disorders in chronic pain patients. Pain 133:197–209.
240. Gutiérrez F, Gárriz M, Peri JM, Vall G, Torrubia R. How temperament and character affect our career, relationships, and mental health. Compr Psychiatry. 2016 Oct;70:181-9. doi: 10.1016/j.comppsy.2016.07.014. Epub 2016 Aug 4. PMID: 27565773.
241. Kukulj S, Aukst Margetic B, Jakovljevic M, Samarzija M: Temperament and character and quality of life in lung cancer patients. Tumori 2013; 99:708-714. doi: 10.1700/1390.15460.
242. Josefsson K, Cloninger RC, Hintsanen M, Jokela M, Pulkki Raback L, Keltikangas-Jarvinen L: Associations of personality profiles with various aspects of well-being: A population-based study. J Affect Dis 2011; 133:265–273. doi: 10.1016/j.jad.2011.03.023.
243. Bonacchi A, Miccinesi G, Guazzini M, Rossi A, Bacci S, Toccafondi A, Martire M, Bellotti L, Perfetto R, Catanzaro P, Adamo V, Cascinu S, Doni L, Di Costanzo F, Rosselli M. Temperament and character traits associated with health-related quality of life in cancer patients. Tumori. 2012 May-Jun;98(3):377-84. doi: 10.1700/1125.12408. PMID: 22825515.
244. Köse S. A psychobiological model of temperament and character: TCI. Yeni Symposium 2003; 41: 86–97.
245. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry 1993; 50: 975–990.

246. Cloninger CR. A practical way to diagnosis personality disorder: a proposal. *J Pers Disord* 2000;14:99-108, <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2000.14.2.99>.
247. Sadock BJ, Sadock VA. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 8. Baskı, Ankara: Oñcu Basımevi, 2007: 2063–2071.
248. Leite MA, Nogueira DA, Terra Fde S. Evaluation of self-esteem in cancer patients undergoing chemotherapy treatment. *Rev Lat Am Enfermagem* 2015; 23(6): 1082-9.
249. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Applebaum A, Kulikowski J, Lichtenthal WG. Meaning-centered group psychotherapy: an effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. *J ClinOncol* 2015; 33(7): 749-54.
250. Curbow B, Somerfield M, Legro M, et al. Self-concept and cancer in adults: theoretical and methodological issues. *Soc Sci Med* 1990;31:115-128.
251. Noyes R, Kathol RG, Debelius-Enemark P, et al. Distress associated with cancer as measured by the illness distress scale. *Psychosom* 1990;31 :321-330.
252. Tarkowska M, Głowacka-Mrotek I, Nowikiewicz T, Monastyrska-Waszak E, Gastecka A, Goch A, Zegarski W. Sexual functioning and self-esteem in women after mastectomy - a single-centre, non-randomised, cross-sectional study. *Contemp Oncol (Pozn)*. 2020;24(2):106-111. doi: 10.5114/wo.2020.95876. Epub 2020 Jun 18. PMID: 32774135; PMCID: PMC7403762.
253. Hobfoll SE, Walfisch S. Coping with a threat to life: a longitudinal study of self-concept, social support, and psychosocial distress. *Am J Community Psychol* 1984;12:87-100.
254. Sivaperumal V, Mohd Sidik S, Lekhraj Rampal L, Fadhilah Ismail SI, Periasamy U. Self-esteem among cancer patients receiving chemotherapy in selected government state hospitals Peninsular Malaysia. *Med J Malaysia* 2019; 74:405-412.

255. Curbow B, Somerfield M, Legro M, et al. Self-concept and cancer in adults: theoretical and methodological issues. *Soc Sci Med* 1990;31:115-128.
256. . Phillips, S.M., McAuley, E. Associations between self-reported post-diagnosis physical activity changes, body weight changes, and psychosocial well-being in breast cancer survivors. *Support Care Cancer* 23, 159–167 (2015). <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2346-5>.
257. Moreira H, Canavarrro MC. A longitudinal study about the body image and psychosocial adjustment of breast cancer patients during the course of the disease. *Eur J Oncol Nurs*. 2010 Sep;14(4):263-70. doi: 10.1016/j.ejon.2010.04.001. Epub 2010 May 21. PMID: 20493769.
258. Uçar T, Uzun O. Meme kanserli kadın- larda mastektominin beden algısı, benlik saygısı ve es, uyumu üzerine etkisinin incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2008; 4(3):162-8.
259. Jamison RN, Burish TG, Wallston KA. Psychogenic factors in predicting survival of breast cancer patients. *J Clin Oncol* 1987;5:768-772.
260. Tempelaar R, Dehaes JC, DeRuiter JH, et al. The social experiences of cancer patients under treatment: a comparative study. *Soc Sci Med* 1989;29:635-642.
261. (Itano J, Tanabe P, Lum JL, et al. Compliance of cancer patients to therapy. *Wes J Nurs Res* 1983;5:5-16.
262. Nasiriziba F, Saati M, Haghani H. Correlation between self-efficacy and self-esteem in patients with an intestinal stoma. *Br J Nurs*. 2020 Sep 10;29(16):S22-S29. doi: 10.12968/bjon.2020.29.16.S22. PMID: 32901542.
263. Ustündağ H, Demir N, Zengin N, Gül A. Stomalı hastalarda beden imajı ve benlik saygısı. *J Med Sci*. 2007; 27:522-7.

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Bu çalışma T.C. SB İstanbul Sancaktepe Gülsen Solmaz ASM 'sinde yürütülen bir araştırmadır.

Araştırmanın adı: Bir Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 40 yaş üzeri bireylerin kanser taramaları ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları ile mizaç-karakter özellikleri, benlik saygısı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.

Araştırmanın amacı: Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 40 yaş üzeri bireylerin kanser taramaları ile ilgili bilgi tutum ve davranışlarının mizaç karakter özellikleri, benlik saygıları ile olan ilişkilerini araştırmaktır.

Araştırmanın niteliği: Kesitsel tanımlayıcı bir çalışmadır.

Araştırmaya katılması beklenen toplam gönüllü sayısı: Bu araştırmada ortalama 165 kişi ile çalışılması planlanmaktadır.

Araştırmanın öngörülen süresi: Öngörülen süre 2 (iki) aydır.

Bu araştırmada araştırmacı sizinle klinik görüşme yapacak, size kendinizin dolduracağı bazı ölçekler verilecek, bazı kişisel bilgilerinizi not etmeniz istenecektir. Katılımınız bilimsel verilere katkı sağlayacak olup bu çalışmada herhangi bir sorumluluğunuz bulunmamaktadır. Çalışma sırasında size herhangi bir risk oluşturacak ya da rahatsızlık verecek işlem yapılmayacaktır. Araştırmanın sonuçları doğrudan size fayda oluşturmayabilir ancak katılımınız bilime katkı sağlayacaktır. Araştırmaya katılımınız isteğe bağlı olup, herhangi bir ceza ya da yaptırıma maruz kalmadan, hiçbir hakkınızı kaybetmeden araştırmaya katılmayı reddedebilir, araştırmadan çekilebilirsiniz. Çalışmayı yapan kişiler, etik kurul orjinal tıbbi kayıtlarınıza doğrudan ulaşabilir, ancak bu bilgiler gizli tutulur. Yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu imzaladığınızda bu erişime rıza vermiş olursunuz. İlgili mevzuat gereği kimliğinizi ortaya çıkartacak kayıtlar gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanmayacak, araştırma sonuçlarının açıklanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır. Araştırma konusuyla ilgili ve katılımınıza devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde zamanında bilgilendirileceksiniz.

Doldurmayı kabul ettiğiniz ölçek ve formlar araştırmacılarca değerlendirilecektir. Çalışma süresince tutulan bütün kayıtlar, çalışmanın sonuçları, bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak bu tür durumlarda kimliğiniz kesin olarak gizli tutulacaktır.

Çalışmaya katılma süresince, varsa tıbbi durumunuz için gerekli tetkikler, önerilecek tedavi ve gereken takip süreciniz hiçbir şekilde aksatılmayacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce bana verilmesi gereken bilgileri içeren Aydınlatılmış Onam Formu'ndaki tüm açıklamaları okudum, anladım. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. İstedğim zaman çalışmadan çıkma hakkımı bilerek, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı Soyadı, imzası :

Tarih:

Adresi:

Telefon:

e- posta adresi

Katılımcının varsa yasal temsilcisinin adı, soyadı, imzası, tarih:

Açıklamaları yapan Araştırmacı - Hekimin Adı- Soyadı, imzası, tarih :

İletişim: 0 546 629 86 33

AD SOYAD:

YAŞ: 1. 40-49 () 2. 50-59 () 3. 60 VE ÜZERİ ()

CİNSİYET: 1. KADIN () 2. ERKEK ()

MEDENİ DURUM: 1. BEKAR () 2. EVLİ ()

ÇOCUK SAYISI: 1) 0 () 2) 1-2 () 3) 3 ve üzeri ()

EĞİTİM DÜZEYİ: YIL 1. İLKÖĞRETİM () 2. LİSE ()

3. ÜNİVERSİTE ()

MESLEK:

ÇALIŞMA DURUMU: 1. ÇALIŞIYOR () 2. ÇALIŞMIYOR ()

3. EMEKLİ ()

SAĞLIK GÜVENCE DURUMU: 1. YOK () 2. VAR (KENDİNE AİT) ()

3. VAR (YAKININDAN DOLAYI) ()

GELİR DÜZEYİ: 1. 0-4000 () 2. 4000-6000 ARASI () 3. 6000-10.000 ARASI () 4. 10.000 ÜSTÜ ()

SİGARA: 1. VAR () PAKET/ GÜN / YIL 2. YOK ()

ALKOL: 1. VAR () 2. YOK () VARSA HAFTALIK MİKTAR:

ALKOL CİNSİ:

MADDE: 1. VAR () 2. YOK () VARSA NEDİR ? : VARSA
HAFTALIK MİKTAR? :

TIBBİ HASTALIĞINIZ VAR MI?: 1. VAR () 2. YOK () VARSA
NEDİR?:

DAHA ÖNCE HERHANGİ BİR KANSER TARAMASI YAPTIRDIM: 1.
EVET () 2. HAYIR ()

KANSER TARAMASI YAPTIRMAK İSTİYORUM: 1. EVET () 2.
HAYIR ()

KANSER TARAMASI İLE İLGİLİ YETERLİ BİLGİM VAR: 1. EVET ()
2. HAYIR ()

KANSER TARAMASI İLE İLGİLİ BİLGİLENDİRİLDİM: 1. HEKİMİM
TARAFINDAN () 2. SOSYAL MEDYA () 3. SOSYAL ÇEVREM ()
DAHA ÖNCE BİR KANSER TANISI ALDIM : 1. EVET () 2. HAYIR ()

CEVABINIZ EVET İSE KANSER TÜRÜNÜ

YAZINIZ:

AİLEMDE KANSER HASTASI OLDU: 1. EVET () 2. HAYIR ()

T C I-R
(Temperament and Character Inventory-Revised)
MKE-G
(Mizaç ve Karakter Envanteri Gözden Geçirilmiş Formu)

Bu anket formunda kişilerin kendi tutumlarını, görüşlerini, ilgilerini ya da kişisel duygularını tanımlarken kullandıkları ifadeleri bulacaksınız.

Aşağıdaki ifadeleri okuyunuz ve sizi genel olarak en iyi tanımlayan seçeneği daire icine alınız.

Bu anket formunu kendi başınıza doldurunuz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

1	2	3	4	5
Kesinlikle Yanlış	Çoğu kez Yanlış	Ne Doğru ne de Yanlış, ya da eşit derecede Doğru ya da Yanlış	Çoğu kez Doğru	Kesinlikle Doğru

Her ifadeyi dikkatlice okuyunuz, ancak yanıtlarken çok zaman harcamayınız.

Lütfen yanıtınızdan tam olarak emin olmasanız bile, her ifadeyi yanıtlayınız.

Şu anda değil de çoğu kez ya da genellikle nasıl davrandığınız ve hissettiğinizi tanımlamaya çalışınız.

Doğru ya da yanlış yanıtlar olmadığını unutmayınız ve sadece kendi kişisel görüş ve duygularınızı belirtiniz.

Copyright	©	1987, 1992, 1996, 1999	C. R. Cloninger
Türkçe Versiyon	©	2004	Samet Köse, Kemal Sayar

EK C. Mizaç ve Karakter Envanteri-Gözden Geçirilmiş Formu (Türkçe TCI-R)

Adı-Soyadı: _____ Yaşı _____ Doğum Tarihi ____/____/____

Cinsiyeti: E K

Mesleği _____ Tarih _____

1	2	3	4	5
Kesinlikle Yanlış	Çoğu kez Yanlış	Ne Doğru ne de Yanlış, ya da eşit derecede Doğru ya da Yanlış	Çoğu kez Doğru	Kesinlikle Doğru

- | | | |
|-----|--|-----------|
| 1. | Çoğu kimse zaman kaybı olduğunu düşünse bile, sırf eğlence ya da heyecan olsun diye çoğu kez yeni şeyler denerim. | 1 2 3 4 5 |
| 2. | Çoğu kimseyi kaygılandıran durumlarda bile, genellikle her şeyin iyiye gideceğine güvenirim. | 1 2 3 4 5 |
| 3. | Çoğu kez koşulların kurbanı olduğumu düşünürüm. | 1 2 3 4 5 |
| 4. | Benden çok farklı olsalar bile, genellikle başkalarını olduğu gibi kabul ederim. | 1 2 3 4 5 |
| 5. | Ben, meydan okumaları kolay işlerden daha çok beğenirim. | 1 2 3 4 5 |
| 6. | Çoğu kez yaşamımın, pek az bir amacı ya da anlamı olduğunu düşünürüm. | 1 2 3 4 5 |
| 7. | Herkesin karşısına çıkabilecek sorunlara çözüm bulmakta yardımcı olmayı isterim. | 1 2 3 4 5 |
| 8. | Yapmak zorunda olduğum herhangi bir işte ilerlemede genellikle hevesliyimdir. | 1 2 3 4 5 |
| 9. | Başkaları endişelenecek bir şey olmadığını düşünseler bile, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim. | 1 2 3 4 5 |
| 10. | İşleri yaparken geçmişte nasıl yapıldığını düşünmeksizin, çoğu kez o anda nasıl hissettiğimi temel alarak yaparım. | 1 2 3 4 5 |
| 11. | İşleri başkalarının arzularına bırakmaktansa, genellikle kendi tarzıma göre yaparım. | 1 2 3 4 5 |

1	2	3	4	5
Kesinlikle Yanlış	Çoğu kez Yanlış	Ne Doğru ne de Yanlış, ya da eşit derecede Doğru ya da Yanlış	Çoğu kez Doğru	Kesinlikle Doğru
12.	Çoğu kez etrafımdaki tüm nesnelere karşı güçlü bir bütünlük duygusu hissedirim.			1 2 3 4 5
13.	Bir çok eski arkadaşımın güvenini kaybedecek olsam bile, zengin ve ünlü olmak için, yasal olan hemen her şeyi yapardım.			1 2 3 4 5
14.	Çoğu kimseden daha çok tedbirli ve denetimliyimdir.			1 2 3 4 5
15.	Yaşantı ve duygularımı kendime saklamak yerine, arkadaşlarımla açıkça tartışmak isterim.			1 2 3 4 5
16.	Çoğu kimseden daha az enerjiye sahibim ve daha çabuk yorulurum.			1 2 3 4 5
17.	Ne yapmak istediğimi seçmede kendimi nadiren serbest hissedirim.			1 2 3 4 5
18.	Çoğu kimseyi pek de iyi anladığım söylenemez.			1 2 3 4 5
19.	Tanımadığım kimselere güven eksikliğimden dolayı çoğu kez yabancılarla tanışmaktan kaçınırım.			1 2 3 4 5
20.	Başkalarını edebileceğim kadar çok memnun etmek isterim.			1 2 3 4 5
21.	Çoğu kez başka herkesten daha çok zeki olmayı dilerim.			1 2 3 4 5
22.	Hiçbir iş elimden gelenin en iyisini yapmam için zor değildir.			1 2 3 4 5
23.	Sorunlarıma çoğu kez bir başkasının çözüm sağlamasını beklerim.			1 2 3 4 5
24.	Çoğu kez nakit param bitinceye ya da aşırı kredi kullanıp borçlanıncaya değin para harcarım.			1 2 3 4 5
25.	Gevşerken, çoğu kez beklenmedik içgörü ya da anlayış parıltıları yaşarım.			1 2 3 4 5

1	2	3	4	5
Kesinlikle Yanlış	Çoğu kez Yanlış	Ne Doğru ne de Yanlış, ya da eşit derecede Doğru ya da Yanlış	Çoğu kez Doğru	Kesinlikle Doğru
26.	Başkalarının benden ya da işleri yapma tarzımdan hoşlanıp hoşlanmadıklarına pek aldırmam.		1 2 3 4 5	
27.	Herkesi memnun etmek mümkün olmadığı için, genellikle kendim için ne istiyorsam sadece onu edinmeye çalışırım.		1 2 3 4 5	
28.	Görüşlerimi kabul etmeyen kimselere karşı sabırlı değilimdir.		1 2 3 4 5	
29.	Bazen kendimi doğayla öylesine bağlantılı hissederim ki, her şey tek bir canlı organizmanın parçasıymış gibi görünür.		1 2 3 4 5	
30.	Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda, çoğu kimseden daha sıkılganımdır.		1 2 3 4 5	
31.	Çoğu kimseden daha duygusalımdır.		1 2 3 4 5	
32.	Mucize denilen çoğu şeyin, sadece şans eseri olduğunu düşünürüm.		1 2 3 4 5	
33.	Birisi beni bir şekilde incitti mi, genellikle acısını çıkartmaya çalışırım.		1 2 3 4 5	
34.	Davranışlarımı büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.		1 2 3 4 5	
35.	Her gün amaçlarıma doğru bir adım daha atmaya çalışırım.		1 2 3 4 5	
36.	Lütfen dört numarayı daire içine alınız, bu bir geçerlik maddesidir.		1 2 3 4 5	
37.	Çok gayretli bir kişiyim.		1 2 3 4 5	
38.	Çoğu kimsenin bedensel olarak tehlike hissettiği durumlarda, genellikle sakin ve güvenli kalırım.		1 2 3 4 5	
39.	Kendilerine bile yardımı dokunmayan zayıf insanlara yardım etmenin akıllı bir iş olduğunu düşünmem.		1 2 3 4 5	
40.	Bana haksız davranmış olsalar bile, başkalarına haksızca davranırsam, zihinsel huzurum kalmaz.		1 2 3 4 5	

1 Kesinlikle Yanlış	2 Çoğu kez Yanlış	3 Ne Doğru ne de Yanlış, ya da eşit derecede Doğru ya da Yanlış	4 Çoğu kez Doğru	5 Kesinlikle Doğru
41.	İnsanlar genellikle bana nasıl hissettiklerini söylerler.			1 2 3 4 5
42.	Bazen sanki zaman ve mekanda sonu ve sınırı olmayan bir şeyin parçasıymışım hissine kapılırım.			1 2 3 4 5
43.	Bazen başkalarına karşı sözcüklerle açıklayamadığım bir manevi bağ hissederim.			1 2 3 4 5
44.	Katı kurallar ve düzenlemeler olmaksızın, insanların her istediklerini yapabilmeleri hoşuma gider.			1 2 3 4 5
45.	Bir işte başarısız olduğum zaman, daha iyi bir iş çıkarmak için daha kararlı olurum.			1 2 3 4 5
46.	Gelecekte bir şeylerin kötüye gideceği konusunda, genellikle çoğu kimseden daha endişeliyimdir.			1 2 3 4 5
47.	Bir karara varmadan önce genellikle her olguyu etraflıca düşünürüm.			1 2 3 4 5
48.	Bırakabilmeyi istediğim bir çok kötü alışkanlığım var.			1 2 3 4 5
49.	Başkaları beni çok fazla denetliyor.			1 2 3 4 5
50.	Başkalarının hizmetinde olmaktan hoşlanırım.			1 2 3 4 5
51.	Söylediğimin gerçek olmadığını ve abartılı olduğunu bildiğim halde, genellikle başkalarının bana inanmalarını sağlayabilirim.			1 2 3 4 5
52.	Bazen, yaşamımın herhangi bir insandan daha büyük manevi bir kuvvet tarafından belirlendiğini hissederim.			1 2 3 4 5
53.	Son derece pratik ve duygularına göre hareket etmeyen birisi olarak tanınırım.			1 2 3 4 5
54.	Duygusal yakarışlardan (kötürüm kalmış çocuklara yardım istendiğindeki gibi) çok etkilenirim.			1 2 3 4 5

1	2	3	4	5
Kesinlikle Yanlış	Çoğu kez Yanlış	Ne Doğru ne de Yanlış, ya da eşit derecede Doğru ya da Yanlış	Çoğu kez Doğru	Kesinlikle Doğru
55.	Genellikle o kadar kararlıyım ki, başkaları vazgeçtikten sonra bile çalışmaya devam ederim.			1 2 3 4 5
56.	İçinde ansızın var olan her şeyle berrak ve derinden bir aynılık duygusu edindiğim, epeyce coşkulu anlarım oldu.			1 2 3 4 5
57.	Hayatımda ne yapmak istediğimi biliyorum.			1 2 3 4 5
58.	Sırf ne yapılacağını bilmediğim için, çoğu kez sorunlarla başa çıkamam.			1 2 3 4 5
59.	Biriktirmektense, para harcamayı yeğlerim.			1 2 3 4 5
60.	Çoğu kez zor işlere olan hevesimden dolayı "arı gibi çalışkan" olarak çağırılırım.			1 2 3 4 5
61.	Utandırılır ya da küçük düşürülürsem, çabucak atlatırım.			1 2 3 4 5
62.	Daha büyük ve daha iyi şeyler için çabalamayı severim.			1 2 3 4 5
63.	İşleri eski yapış tarzımda değişiklik yapmayı istemeden önce, genellikle çok iyi gerçekçi nedenler talep ederim.			1 2 3 4 5
64.	Hemen herkes korku dolu olsa bile, ben hemen her zaman rahat ve tasasız kalırım.			1 2 3 4 5
65.	Hüzünlü şarkı ve filmleri epeyce sıkıcı bulurum.			1 2 3 4 5
66.	Koşullar çoğu kez beni irademe karşı bir şeyler yapmaya zorlar.			1 2 3 4 5
67.	Bana kötü davranan birisine, genellikle kötü davranmaktan hoşlanırım.			1 2 3 4 5
68.	Çoğu kez yaptığım işin o kadar etkisinde kalırım ki, zaman ve mekandan kopmuş gibi o an içinde kaybolurum.			1 2 3 4 5

1 Kesinlikle Yanlış	2 Çoğu kez Yanlış	3 Ne Doğru ne de Yanlış, ya da eşit derecede Doğru ya da Yanlış	4 Çoğu kez Doğru	5 Kesinlikle Doğru
69.	Hayatımın gerçek bir amacı olduğunu sanmıyorum.		1 2 3 4 5	
70.	Başkaları pek tehlike olmadığını düşünse de, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim.		1 2 3 4 5	
71.	Tüm ayrıntıları bütünüyle düşünmeksizin, çoğu kez iç güdülerimi, önsezi ve sezgilerimi izlerim.		1 2 3 4 5	
72.	Yaptığım her işte mükemmellik olsun isterim.		1 2 3 4 5	
73.	Çoğu kez etrafımdaki tüm kişilerle güçlü manevi ve duygusal bir bağım olduğunu hissederim.		1 2 3 4 5	
74.	Genellikle kendimi başkalarının yerinde hayal etmeye çalışırım, böylece onları gerçekten anlayabilirim.		1 2 3 4 5	
75.	Tarafsızlık ve dürüstlük gibi ilkeler yaşamımın bazı yönlerinde pek az rol oynarlar.		1 2 3 4 5	
76.	Çoğu kimseden daha çok çalışırım.		1 2 3 4 5	
77.	Çoğu kimse önemli olmadığını düşünse bile, çoğu kez işlerin değişmez ve düzenli biçimde yapılmasında ısrar ederim.		1 2 3 4 5	
78.	Hemen her sosyal durumda, kendimi oldukça güvenli ve emin hissederim.		1 2 3 4 5	
79.	Özel düşüncelerimden nadiren sözettikten, arkadaşlarım duygularımı anlamakta güçlük çekerler.		1 2 3 4 5	
80.	Başkalarına duygularımı iletmekte iyiyimdir.		1 2 3 4 5	
81.	Çoğu kimseden daha fazla enerjim var ve daha geç yorulurum.		1 2 3 4 5	
82.	Endişeye kapıldığımdan, arkadaşlarım her şeyin yolunda gideceğini söyleseler bile, yapmakta olduğum işi bırakırım.		1 2 3 4 5	

1 Kesinlikle Yanlış	2 Çoğu kez Yanlış	3 Ne Doğru ne de Yanlış, ya da eşit derecede Doğru ya da Yanlış	4 Çoğu kez Doğru	5 Kesinlikle Doğru
83.	Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.			1 2 3 4 5
84.	Bir ekibin üyeleri, kendilerine düşen payı nadiren dürüstçe alırlar.			1 2 3 4 5
85.	Başkalarını memnun etmek için kendi bildiğimden şaşmam.			1 2 3 4 5
86.	Yabancılarla birlikteyken hiç sıkılgan değilimdir.			1 2 3 4 5
87.	Zamanımın çoğunu, gerekli gibi görünen, ancak benim için gerçekte önemsiz olan şeylere harcarım.			1 2 3 4 5
88.	Ticari kararlarda, neyin doğru neyin yanlış olduğuna ilişkin dinsel ya da ahlaki ilkelerin çok etkili olması gerektiğini düşünmem.			1 2 3 4 5
89.	Çoğu kez başkalarının yaşantılarını daha iyi anlamak için, kendi yargılarımı bir kenara koymaya çalışırım.			1 2 3 4 5
90.	Alışkanlıklarımın çoğu, bana değerli amaçlara ulaşmada zorluk çıkarır.			1 2 3 4 5
91.	Dünyayı daha iyi bir yer yapmak için; savaş, yoksulluk ya da haksızlıkları önlemeye çalışmak gibi gerçekten de kişisel fedakarlıklar yaptım.			1 2 3 4 5
92.	Başkalarına ısınmam uzun zaman alır.			1 2 3 4 5
93.	Düşmanlarımla acı çektiğini görmek bana hoşnutluk verir.			1 2 3 4 5
94.	Bir iş ne kadar zor olursa olsun, hızlı bir şekilde işe başlamak isterim.			1 2 3 4 5
95.	Çevremde olup bitenlerden bütünüyle haberdar olmadığım için, başkalarına çoğu kez sanki başka bir dünyadaymışım gibi gelir.			1 2 3 4 5
96.	Genellikle soğukkanlı ve başkalarından ayrı kalmaktan hoşlanırım.			1 2 3 4 5
97.	Hüzünlü bir film seyrederken, ağlama ihtimalim çoğu kimseden daha fazladır.			1 2 3 4 5

1	2	3	4	5
Kesinlikle Yanlış	Çoğu kez Yanlış	Ne Doğru ne de Yanlış, ya da eşit derecede Doğru ya da Yanlış	Çoğu kez Doğru	Kesinlikle Doğru
98.	Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha çabuk kurtulurum.			1 2 3 4 5
99.	Çoğu kez, tüm yaşamın kendisine bağlı olduğu manevi bir gücün parçasıymışım hissine kapılırdım.			1 2 3 4 5
100.	Çoğu ayartıcı durumda, kendime güvenebilmem için iyi alışkanlıklar geliştirmemi sağlayacak, çok sayıda uygulama yapmam gerekir.			1 2 3 4 5
101.	Lütfen bir numarayı daire içine alınız; bu bir geçerlik maddesidir.			1 2 3 4 5
102.	Yapılması gerekli olan işleri sürdürebilmek için, çabuk kararlar vermekten hoşlanırdım.			1 2 3 4 5
103.	Çoğu kimsenin tehlikeli nitelendirebileceği şeyleri (ıslak ya da buzlu bir yolda hızlı araba kullanmak gibi), genellikle kolayca yapabileceğime dair kendime güvenirim.			1 2 3 4 5
104.	İşleri yaparken yeni yollar araştırmaktan hoşlanırdım.			1 2 3 4 5
105.	Eğlence ya da heyecan için para harcamaktansa, biriktirmekten zevk alırdım.			1 2 3 4 5
106.	Kendimi, ilahi ve olağanüstü bir manevi güçle temas içinde hissettiğim yaşantılarım oldu.			1 2 3 4 5
107.	Öyle çok kusurum var ki, bu yüzden kendimi pek sevmem.			1 2 3 4 5
108.	Çoğu kimse benden daha çok becerikli görünür.			1 2 3 4 5
109.	Cezalandırılmayacağımı sandığımda, çoğu kez kuralları ve düzenlemeleri ihlal ederim.			1 2 3 4 5
110.	Arkadaşlarla birlikteyken bile, çok fazla “açılmamayı” tercih ederim.			1 2 3 4 5
111.	Bir iş ne kadar zor olursa, onu o kadar çok severim.			1 2 3 4 5

1	2	3	4	5
Kesinlikle Yanlış	Çoğu kez Yanlış	Ne Doğru ne de Yanlış, ya da eşit derecede Doğru ya da Yanlış	Çoğu kez Doğru	Kesinlikle Doğru
112.	Sıradan bir şeye bakarken, çoğu kez olağan üstü bir şey olur ve sanki onu ilk kez görüyormuşum duygusuna kapılırim.			1 2 3 4 5
113.	Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda, genellikle gergin ve endişeli hissedirim.			1 2 3 4 5
114.	Bana verilen herhangi bir görevde işe başlamak için hevesliyimdir.			1 2 3 4 5
115.	Sonucunda acı çekeceğimi bilsem bile, irade gücüm çok güçlü ayartmaların üstesinden gelemeyecek kadar zayıftır.			1 2 3 4 5
116.	Kendimi keyifsiz hissettiğimde, yalnız kalmak yerine arkadaşlarla birlikte olduğumda, genellikle daha iyi hissedirim.			1 2 3 4 5
117.	Çoğu kez, insanların benden beklediğinden daha başarılı olurum.			1 2 3 4 5
118.	Dinsel yaşantılar, yaşamımın gerçek amacını anlamamda bana yardımcı olmuştur.			1 2 3 4 5
119.	Yapabileceğimin en iyisini yapmak istediğim için, genellikle kendimi çoğu kimseden daha çok zorlarım.			1 2 3 4 5
120.	Lütfen beş numarayı daire içine alınız; bu bir geçerlik maddesidir.			1 2 3 4 5
121.	Hafif rahatsızlık ve gerginlikten sonra bile, genellikle çoğu kimseden daha fazla güvenli ve enerjik hissedirim.			1 2 3 4 5
122.	Yeni bir şeyler olmadığında, genellikle heyecan ya da coşku verici bir şey aramaya başlarım.			1 2 3 4 5
123.	Karar vermeden önce işler konusunda uzunca süre düşünmeyi tercih ederim.			1 2 3 4 5
124.	Benimle ilgili kimseler, işleri benim tarzıma göre yapmayı öğrenmek zorundadırlar.			1 2 3 4 5
125.	İnsanların çoğuyla sıcak bir kişisel bağ kurarım.			1 2 3 4 5

1 Kesinlikle Yanlış	2 Çoğu kez Yanlış	3 Ne Doğru ne de Yanlış, ya da eşit derecede Doğru ya da Yanlış	4 Çoğu kez Doğru	5 Kesinlikle Doğru
126.	Çoğu kez üstün başarılı olarak tanımlanırım.			1 2 3 4 5
127.	Başka bir kişiyle duygularım hakkında konuşmaktansa bir kitap okumayı tercih ederim.			1 2 3 4 5
128.	Beni inciten kimselerden intikam almak hoşuma gider.			1 2 3 4 5
129.	Eğer bir iş, beklediğim gibi gitmezse, daha uzun bir süre devam etmektense bırakmam daha olasıdır.			1 2 3 4 5
130.	Duygusal yönden bana yakın olmak diğer insanlar için kolaydır.			1 2 3 4 5
131.	Bir grup yabancıyla buluşunca, bana dostça davranmadıkları söylenmiş olsa bile, rahat ve açık sözlü olmayı sürdürürdüm.			1 2 3 4 5
132.	Lütfen iki numarayı daire içine alınız; bu bir geçerlik maddesidir.			1 2 3 4 5
133.	Benden farklı düşünceleri olan kimselerden genellikle hoşlanmam.			1 2 3 4 5
134.	Çoğu kez, herhangi bir projeye başlamadan önce ayak direrim.			1 2 3 4 5
135.	Bir öyküyü daha gülünç hale getirmek ya da birisine şaka yapmak için, doğruları eğip bükmeyi genellikle iyi beceririm.			1 2 3 4 5
136.	Çok gergin, yorgun ya da endişeli olacağım için işleri genelde yürütme tarzımdaki değişmelere uyum sağlamam son derece güçtür.			1 2 3 4 5
137.	Çoğu kimseden daha mükemmeliyetçiyimdir.			1 2 3 4 5
138.	Başkaları, benden istediklerini yapmayacağım için, çoğu kez benim aşırı bağımsız birisi olduğumu düşünürler.			1 2 3 4 5
139.	Para biriktirmede çoğu kimseden daha iyiyimdir.			1 2 3 4 5
140.	Düşündüğümden daha uzun sürerse, çoğu kez o işi bırakırım.			1 2 3 4 5
141.	Bir şeyin doğru mu yanlış mı olduğu, sadece bir görüş meselesidir.			1 2 3 4 5

1	2	3	4	5
Kesinlikle Yanlış	Çoğu kez Yanlış	Ne Doğru ne de Yanlış, ya da eşit derecede Doğru ya da Yanlış	Çoğu kez Doğru	Kesinlikle Doğru
142.	Çoğu kez başkalarından çok şey öğrenirim.			1 2 3 4 5
143.	Tüm yaşamın, bütünüyle açıklanamayacak bir manevi düzen ya da güce bağlı olduğuna inanırım.			1 2 3 4 5
144.	Çok dikkatli olmazsam, benim için işler çoğu kez ters gider.			1 2 3 4 5
145.	Yeni düşünceler ve etkinliklerden heyecan duymada, çoğu kimseye göre daha geriyimdir.			1 2 3 4 5
146.	Belki de yaptığımdan daha fazlasını başarabilirim, ancak bir şeye ulaşmak için kendimi gereğinden fazla zorlamada bir yarar görmüyorum.			1 2 3 4 5
147.	Arkadaş canlısı oldukları söylenmiş olsa bile, genellikle yabancılarla tanışmak zorunda kalacağım sosyal ortamlardan uzak dururum.			1 2 3 4 5
148.	Çoğu kez çevremdeki kimselerle öylesine bağlantılı olduğumu düşünürüm ki, sanki aramızda bir ayrılık yokmuş gibi gelir.			1 2 3 4 5
149.	Çoğu durumda doğal tepkilerim, geliştirmiş olduğum iyi alışkanlıklara dayanır.			1 2 3 4 5
150.	Bir şeylerin yanlış gidebileceğinden endişelendiğim için, çoğu kez yapmakta olduğum işi bırakmak zorunda kalırım.			1 2 3 4 5
151.	Yapmakta olduğum işe kendimi fazla kaptırıp başka her şeyi unuttuğumdan, çoğu kez “dalgın” olarak adlandırılırım.			1 2 3 4 5
152.	Bir başkasının duygularını, çoğu kez kendiminkiler kadar dikkate alırım.			1 2 3 4 5
153.	Çoğu kez kendisinden bekleneni veremeyen kimse olarak tanımlanırım.			1 2 3 4 5
154.	Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman biraz riskli şeyler (sarp tepeler ve keskin virajlar üzerinde araba kullanmak gibi) yapmayı tercih ederim.			1 2 3 4 5

1 Kesinlikle Yanlış	2 Çoğu kez Yanlış	3 Ne Doğru ne de Yanlış, ya da eşit derecede Doğru ya da Yanlış	4 Çoğu kez Doğru	5 Kesinlikle Doğru
155.	Kimileri para konusunda aşırı cimri ya da eli sıkı olduğumu düşünür.		1 2 3 4 5	
156.	Bir iş yaparken “yeni ve geliştirilmiş” yollardan çok, eski “denenmiş ve doğru” yolları tercih ederim.		1 2 3 4 5	
157.	Çoğu kez hayvanları ve bitkileri yok olmaktan korumaya yarayacak işler yaparım.		1 2 3 4 5	
158.	Çoğu kez kendimi tükenmişlik sınırına dek zorlar, ya da gerçekte yapabileceğimden daha fazlasını yapmaya çalışırım.		1 2 3 4 5	
159.	Bir şeyi yanlış yaparken yakalandığımda, o sorundan kolayca kurtulamam.		1 2 3 4 5	
160.	Tekrarlanmış uygulamalar bana, çoğu anlık dürtüler ya da telkinlerden daha güçlü olan, iyi alışkanlıklar kazandırdı.		1 2 3 4 5	
161.	Gelecekte bir hayli şanslı olacağımı düşünürüm.		1 2 3 4 5	
162.	Diğer insanları çok iyi tanımasam da, onlara çabucak açılırım.		1 2 3 4 5	
163.	Başlangıçta bir işte başarısız olduğum zaman, o işi başarmak benim için kişisel bir meydan okuma olur.		1 2 3 4 5	
164.	Ticarette başarılı olmak için sahtekar olmak zorunda değilsiniz.		1 2 3 4 5	
165.	Konuşmalarda konuşmacı olmaktan çok, iyi bir dinleyiciyimdir.		1 2 3 4 5	
166.	Başkalarıyla iletişim kurmadığım bir işte mutlu olamam.		1 2 3 4 5	
167.	Tutumlarımı, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.		1 2 3 4 5	
168.	Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.		1 2 3 4 5	
169.	Çok kolay yorulduğumdan, çoğu kez kısa uykulara ya da ek dinlenme dönemlerine gereksinim duyarım.		1 2 3 4 5	

1	2	3	4	5
Kesinlikle Yanlış	Çoğu kez Yanlış	Ne Doğru ne de Yanlış, ya da eşit derecede Doğru ya da Yanlış	Çoğu kez Doğru	Kesinlikle Doğru
170.	Bir başkasının duygularını incitmek için söylenecek olsa bile, yalan söylemekte sıkıntı yaşarım.		1 2 3 4 5	
171.	Üstesinden gelmem gereken geçici sorunlara aldırmaksızın, daima her şeyin yolunda gideceğini düşünürüm.		1 2 3 4 5	
172.	Çok miktarda para biriktirmiş olsam bile, kendim için para harcamaktan kolay kolay hoşlanmam.		1 2 3 4 5	
173.	Çoğu kez zor koşullar altında elimden gelenin en iyisini yaparım.		1 2 3 4 5	
174.	Sorunlarımı kendime saklamaktan hoşlanırım.		1 2 3 4 5	
175.	Canlı bir hayal gücüm var.		1 2 3 4 5	
176.	Seyahat etmek ya da yeni yerler araştırmaktansa, evde oturmaktan hoşlanırım.		1 2 3 4 5	
177.	Başkalarıyla candan arkadaşlıklar benim için çok önemlidir.		1 2 3 4 5	
178.	Çoğu kez sonsuza dek genç kalabilmeyi dilerim.		1 2 3 4 5	
179.	Herhangi bir kağıdı imzalamam istendiğinde, Her şeyi okumaktan hoşlanırım.		1 2 3 4 5	
180.	Bana kızgın oldukları söylenmiş olsa bile, yabancılarla tanıştığımda güvenli ve rahat olacağımı düşünürüm.		1 2 3 4 5	
181.	Başkalarına karşı sempatik ve anlayışlı olmanın pratik ve katı düşünceli olmaktan daha önemli olduğunu düşünürüm.		1 2 3 4 5	
182.	Çoğu zaman "Süperman" gibi özel güçlerimin olmasını dilerim.		1 2 3 4 5	
183.	Öğrendiklerimi başkalarıyla paylaşmaktan hoşlanırım.		1 2 3 4 5	
184.	Zor durumları, genellikle bir meydan okuma ya da fırsat olarak değerlendiririm.		1 2 3 4 5	

1	2	3	4	5
Kesinlikle Yanlış	Çoğu kez Yanlış	Ne Doğru ne de Yanlış, ya da eşit derecede Doğru ya da Yanlış	Çoğu kez Doğru	Kesinlikle Doğru
185.	Tanıdığım çoğu kimse, başkasının incineceğine aldırmaksızın, yalnızca kendisini düşünür.			1 2 3 4 5
186.	Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten kurtulmak için daha çok dinlenme, destek ya da güvenceye gereksinim duyarım.			1 2 3 4 5
187.	Yaşamak için ilkeler olduğunu ve hiç kimsenin sonunda acı çekmeksizin bunları çiğneyemeyeceğini bilirim.			1 2 3 4 5
188.	Başka herkesten daha çok zengin olmak istemem.			1 2 3 4 5
189.	Bir işe başlarken kolay olsa bile yavaşça ilerlemek isterim.			1 2 3 4 5
190.	Dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için, kendi yaşamımı severek riske ederdim.			1 2 3 4 5
191.	Yaptığım iş fark edilmediği zaman, başarmak için daha kararlı olurum.			1 2 3 4 5
192.	Çoğu kez zamanın akışını durdurabilmeyi dilerim.			1 2 3 4 5
193.	Yalnızca ilk izlenimlerime dayanarak karar vermekten nefret ederim.			1 2 3 4 5
194.	Başkalarının sorunlarıyla uğraşmaktansa yalnız kalmayı tercih ederim.			1 2 3 4 5
195.	Başka herkesten daha fazla hayran olunmak istemem.			1 2 3 4 5
196.	İyi alışkanlıklar edinebilmem için, beni eğiten kişilerin yardımına çok gereksinim duyarım.			1 2 3 4 5
197.	Bir işi çabucak bitirmeyi ve daha fazlası için gönüllü olmayı isterim.			1 2 3 4 5
198.	Benim için, benden farklı olan insanlara katlanmak güçtür.			1 2 3 4 5
199.	Birisi beni incittiğinde, intikam almaktansa kibar davranmayı yeğlerim.			1 2 3 4 5
200.	Gerçekten meşgul olmaktan hoşlanırım.			1 2 3 4 5

1 Kesinlikle Yanlış	2 Çoğu kez Yanlış	3 Ne Doğru ne de Yanlış, ya da eşit derecede Doğru ya da Yanlış	4 Çoğu kez Doğru	5 Kesinlikle Doğru
201.	Başkalarıyla olabildiğince iş birliği yapmaya çalışırım.		1 2 3 4 5	
202.	Çoğu kez gayretim ve çok çalışmamdan dolayı başarılıyım.		1 2 3 4 5	
203.	Benden farklı değer yargıları olan insanları sevmek, genellikle benim için kolaydır.		1 2 3 4 5	
204.	İyi alışkanlıklar benim için “ikinci mizaç” olmuştur ve hemen her zaman otomatik ve kendiliğinden davranışlardır.		1 2 3 4 5	
205.	Çoğu kimse bana yeni ve daha iyi bir yol varolduğunu söylese bile işleri yapış tarzımı değiştirmekten nefret ederim.		1 2 3 4 5	
206.	Bilimsel olarak açıklanamayan şeylere inanmanın, akılcıca olmadığını düşünürüm.		1 2 3 4 5	
207.	Başarılı olmak için çok fazla fedakarlık yapmaya gönüllüyümdür.		1 2 3 4 5	
208.	Düşmanlarımin acı çektiğini hayal etmekten hoşlanırım.		1 2 3 4 5	
209.	Lütfen üç numarayı daire içine alınız; bu bir geçerlik maddesidir.		1 2 3 4 5	
210.	Yaptığım her işte ayrıntılara dikkat etmekten hoşlanırım.		1 2 3 4 5	
211.	Genellikle ne yapacağımı seçmede serbestimdir.		1 2 3 4 5	
212.	Çoğu kez kendimi yapmakta olduğum işe o kadar kaptırırm ki, bir an nerede olduğumu unuturum.		1 2 3 4 5	
213.	Başkalarının gerçekten onlara değer verdiğimi bilmelerini isterim.		1 2 3 4 5	
214.	Çoğu zaman birkaç saat boyunca sakin ve hareketsiz kalmaktansa planör ya da paraşütle atlamak gibi riskli şeyler yapmayı tercih ederim.		1 2 3 4 5	
215.	Çoğu zaman dürtüsel olarak o kadar çok para harcarım ki, tatil yapmak gibi özel planlar için bile para biriktirmek bana güç gelir.		1 2 3 4 5	

1 Kesinlikle Yanlış	2 Çoğu kez Yanlış	3 Ne Doğru ne de Yanlış, ya da eşit derecede Doğru ya da Yanlış	4 Çoğu kez Doğru	5 Kesinlikle Doğru
216.	Çoğu kez arkadaşlarımla arzu ettiğime boyun eğdim.			1 2 3 4 5
217.	Gelecekte olabilecek kötü şeyler hakkında hiç endişelenmem.			1 2 3 4 5
218.	İnsanlar yardım, sempati ve candan bir anlayış bulmak için bana yaklaşmanın kolay olduğunu söylerler.			1 2 3 4 5
219.	Bana yanlış yapan birisini, çoğu zaman çabucak bağışlarım.			1 2 3 4 5
220.	Şimdiki doğal tepkilerimin, genellikle ilkelerim ve uzun vadeli amaçlarımla tutarlı olduğunu düşünürüm.			1 2 3 4 5
221.	İşleri yaparken başka birisinin liderliği almasını beklemeyi tercih ederim.			1 2 3 4 5
222.	Kendim için bir şeyler satın almak eğlencidir.			1 2 3 4 5
223.	Yaşamdaki rolümün berraklaşmasına yol açan, kendimi çok heyecanlı ve mutlu hissettiğim yaşantılarımla olmuştur.			1 2 3 4 5
224.	Genellikle başkalarının görüşlerine saygı duyarım.			1 2 3 4 5
225.	Davranışlarımla yaşamım için koyduğum belli amaçlar güçlü şekilde yol gösterir.			1 2 3 4 5
226.	Genellikle başkalarının başarılarını teşvik etmek aptalcadır.			1 2 3 4 5
227.	Çoğu kez sonsuza değin yaşamak isterim.			1 2 3 4 5
228.	Birisi hatalarıma dikkat çektiği zaman, onları düzeltmek için daha çok çalışırım.			1 2 3 4 5
229.	Uzun vadede beklenmeyen başarısızlıklardan dolayı yaptığım işten vazgeçmem.			1 2 3 4 5
230.	Yapmaya çalıştığım her şeyde genellikle şansım açıktır.			1 2 3 4 5
231.	Keşke başka herkesten daha iyi görünüşlü olsam.			1 2 3 4 5

1	2	3	4	5
Kesinlikle Yanlış	Çoğu kez Yanlış	Ne Doğru ne de Yanlış, ya da eşit derecede Doğru ya da Yanlış	Çoğu kez Doğru	Kesinlikle Doğru
232.	Mistik yaşantı söylentileri, muhtemelen sadece birer hüsnü kuruntudan ibarettir.		1 2 3 4 5	
233.	Bireysel haklar, herhangi bir grubun gereksinimlerinden daha önemlidir.		1 2 3 4 5	
234.	Sahtekar olmak, yalnızca yakalandığınızda sorun yaratır.		1 2 3 4 5	
235.	İyi alışkanlıklar, işleri istediğim şekilde yapmamı kolaylaştırır.		1 2 3 4 5	
236.	Sorunlarım için çoğu kez başkalarını ve koşulları sorumlu tutarım.		1 2 3 4 5	
237.	Kendimi zorlamaksızın genellikle tüm gün boyunca “hareket halinde” kalabilirim.		1 2 3 4 5	
238.	Yaptığım her işte en iyisi olmayı isterim.		1 2 3 4 5	
239.	Başkaları çabuk bir karar vermemi isteseler bile, karar vermeden önce <u>hemen her zaman</u> tüm olgular hakkında ayrıntılı düşünürüm.		1 2 3 4 5	
240.	Yapılması gereken bir iş olduğunda gönüllü olmada çabuk davranırım.		1 2 3 4 5	

Mizaç ve Karakter Envanteri-Gözden Geçirilmiş Formu (Türkçe TCI-R) Puanlaması

1) MİZAÇ BOYUTU

a) Yenilik Arayışı (YA)

i) **YA1:** Keşfetmekten heyecan duyma-Kayıtsız bir katılık
Maddeler: 1, 53, 63, 104, 122, 145, 156, 165, 176, 205

ii) **YA2:** Dürtüsellik-İyice düşünme
Maddeler: 10, 47, 71, 102, 123, 179, 193, 210, 239

iii) **YA3:** Savurganlık-Tutumluluk
Maddeler: 14, 24, 59, 105, 139, 155, 172, 215, 222

iv) **YA4:** Düzensizlik-Düzenlilik
Maddeler: 44, 51, 77, 109, 135, 159, 170

YA: Toplam Yenilik Arayış Puanı (35 Madde) =
YA1+YA2+YA3+YA4

b) Zarardan Kaçınma (ZK)

i) **ZK1:** Beklenti endişesi ve karamsarlık-Sınırsız iyimserlik
Maddeler: 2, 46, 61, 64, 82, 144, 150, 161, 171, 217, 230

ii) **ZK2:** Belirsizlik korkusu
Maddeler: 9, 38, 70, 103, 113, 154, 214

iii) **ZK3:** Yabancılardan çekinme
Maddeler: 19, 30, 78, 86, 131, 147, 180

iv) **ZK4:** Çabuk yorulma ve dermansızlık
Maddeler: 16, 81, 98, 121, 136, 169, 186, 237

ZK: Toplam Zarardan kaçınma Puanı (33 Madde) = ZK1 + ZK2
+ ZK3 + ZK4

c) Ödül Bağımlılığı (ÖB)

i) **ÖB1:** Duygusallık
Maddeler: 20, 31, 54, 65, 97, 181, 216, 218

ii) **ÖB2:** Yakın iletişime açıklık-kayıtsız uzaklık
Maddeler: 80, 92, 125, 127, 130, 162, 166, 177, 194, 213

iii) **ÖB3:** Bağlanma
Maddeler: 15, 79, 96, 110, 116, 174

iv) **ÖB4:** Bağımlılık
Maddeler: 11, 26, 39, 85, 138, 233

ÖB: Toplam Ödül Bağımlılığı Puanı (30 Madde) = ÖB1 + ÖB2 +
ÖB3 + ÖB4

d) Sebat Etme (SE)

i) SE1: Çaba sarfetme isteği-tembellik

Maddeler: 8, 60, 94, 114, 134, 189, 197, 200, 240

ii) SE2: Çok çalışkan olmak-şımartılmış olmak

Maddeler: 5, 22, 45, 111, 140, 163, 173, 228

iii) SE3: Azimli, kararlı olmak-düşük başarı göstermek

Maddeler: 37, 62, 72, 117, 126, 153, 191, 202, 207, 238

iv) SE4: Mükemmeliyetçi olmak-pragmatist olmak

Maddeler: 55, 76, 119, 129, 137, 146, 158, 229

SE: Toplam Sebat Etme Puanı (35 Madde) = SE1 + SE2 + SE3 + SE4

2) KARAKTER BOYUTU

a) Kendini Yönetme (KY)

i) KY1: Sorumluluk alma-Kınama

Maddeler: 3, 17, 34, 49, 66, 167, 211, 236

ii) KY2: Amaçlılık-Amaçsızlık

Maddeler: 6, 35, 57, 69, 87, 225

iii) KY3: Beceriklilik

Maddeler: 23, 58, 108, 184, 221

iv) KY4: Kendini kabullenme-Kendisiyle çekişme

Maddeler: 21, 83, 168, 178, 182, 188, 192, 195, 227, 231

v) KY5: Uyumlu ikincil huylar

Maddeler: 48, 90, 100, 107, 115, 149, 160, 196, 204, 220, 235

KY: Toplam Kendini Yönetme Puanı (40 Madde) = KY1 +KY2 +KY3 +KY4 +KY5

b) İş Birliği Yapma (İY)

i) İY1: Sosyal onaylama-Sosyal hoşgörüsüzlük

Maddeler: 4, 28, 124, 133, 142, 198, 203, 224

ii) İY2: Empati duyma-Sosyal ilgisizlik

Maddeler: 18, 41, 74, 89, 152

iii) İY3: Yardım severlik-Yardım sevmemezlik

Maddeler: 7, 27, 50, 84, 183, 185, 201, 226

iv) İY4: Acıma-İntikamcılık

Maddeler: 33, 67, 93, 128, 199, 208, 219

v) İY5: Erdemlilik, vicdanlılık-Kendine yarar sağlama

Maddeler: 13, 40, 75, 88, 141, 164, 187, 234

İY: Toplam İş Birliği Yapma Puanı (36 Madde) = İY1 + İY2 + İY3 + İY4 + İY5

c) Kendini Aşma (KA)

i) KA1: Kendilik kaybı-Kendilik bilincinde yaşantı

Maddeler: 25, 42, 56, 68, 95, 112, 151, 175, 212, 223

ii) KA2: Kişiler ötesi özdeşim-Kendine ayrışma

Maddeler: 12, 29, 73, 91, 99, 148, 157, 190

iii) KA3: Manevi kabullenme-Akılcı maddecilik

Maddeler: 32, 43, 52, 106, 118, 143, 206, 232

KA: Toplam Kendini Aşma Puanı (26 Madde) = KA1 + KA2 + KA3

Geçerlik Maddeleri: 36=4, 101=1, 120=5, 132=2, 209=3

Aşağıdaki maddeler, kendiniz hakkında ne düşünüp, genel olarak nasıl hissettiğinize ilişkin olarak hazırlanmıştır. Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyun ve kendiniz hakkında nasıl hissettiğinizi altlarındaki şıklardan uygun olanını işaretleyerek belirtiniz.

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
5. Kendimle gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
7. Genel olarak kendimden memnunum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
8. Kendime karşı daha fazla saygı duymayı isterdim.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını düşünüyorum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış

RBSÖ Puanlanması

Testi değerlendirmek için:

1, 2, 4, 6, 7. maddelerde:

Çok Doğru=4, Doğru=3, Yanlış=2, Çok Yanlış=1,

3, 5, 8, 9, 10. maddelerde:

Çok Doğru=1, Doğru=2, Yanlış=3, Çok Yanlış=4, olarak puanlanmaktadır ve ölçekten elde edilebilecek puanlar 10 ile 40 arasında değişmektedir.

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64)
KARAR FORMU

SAYI:

Tarih: 13.01.2021

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Bir Aile Sağlığı Merkezi' ne başvuran 40 yaş üzeri bireylerin kanser taramaları ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları ile mizaç-karakter özellikleri, benlik saygısı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Doktor Erkin Cad. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi
	TELEFON	216 570 91 90
	FAKS	216 565 55 26
	E-POSTA	etik@sbgztepehastanesi.gov.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	DR.ÖĞR. ÜYESİ HACER HICRAN MUTLU				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	AİLE HEKİMLİĞİ				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi				
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI					
	DESTEKLEYİCİ					
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)					
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ					
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐			
		FAZ 2	☐			
		FAZ 3	☐			
FAZ 4		☐				
Gözlemsel ilaç çalışması		☐				
Tıbbi cihaz klinik araştırması		☐				
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		☐				
İlaç dışı klinik araştırma		☒				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	SİGORTA	☐				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐				
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐				
	İLAN	☐				
	YILLIK BİLDİRİM	☐				
	SONUÇ RAPORU	☐				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐				
DİĞER:	☐					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2021/0031	Tarih: 13.01.2021				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tan sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.					

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64)
KARAR FORMU

SAYI:

Tarih: 13.01.2021

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bir Aile Sağlığı Merkezi' ne başvuran 40 yaş üzeri bireylerin kanser taramaları ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları ile mizaç-karakter özellikleri, benlik saygısı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza
Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER	Tıbbi Farmakoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Aytekin OĞUZ	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Işıl MARAL	Halk Sağlığı Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Asif Yıldırım	Üroloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Süleyman Daşdağ	Biyofizik	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Derya Büyükkayhan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Asiye KANBAY	Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Sıdıka Şeyma ÖZKANLI	Tıbbi Patoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Hacer Hicran Mutlu	Aile Hekimliği	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☒ H ☐	E ☐ H ☒	
Uzm. Dr. Ergül Demirçivi Bör	Kadın Hastalıkları ve Doğum	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Avukat Mahmut ÇELİK	Avukat	Çelik Hukuk Bürosu	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Saliha Şahin	İşçi		E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

Karar: ☒ Onaylandı ☐ Reddedildi