



T.C.
AMASYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

AKCİĞER KANSERİ HASTALARININ SAĞLIKTA KADERCİLİK
İNANCI VE ÖZ-YETERLİLİK ALGILARI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GAMZE TOPUZ

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Nurhan DOĞAN AYDIN

AMASYA

OCAK 2025

**T.C.
AMASYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

**AKCİĞER KANSERİ HASTALARININ SAĞLIKTA KADERCİLİK İNANCI VE
ÖZ-YETERLİLİK ALGILARI**

Gamze TOPUZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Nurhan DOĞAN AYDIN**

**AMASYA
OCAK 2025**

Gamze TOPUZ tarafından hazırlanan “**Akciğer Kanseri Hastalarının Sağlıkta Kadercilik İnancı ve Öz-yeterlilik Algıları**” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ ile Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Programında YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç. Dr. Nurhan DOĞAN AYDIN

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Amasya Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum.

.....

Başkan: Doç. Dr. Banu ÇEVİK

Hemşirelik Anabilim Dalı, Başkent Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum.

.....

Üye: Doç. Dr. Neşe UYSAL

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Amasya Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum.

.....

Tez Savunma Tarihi: 22/01/2025

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

.....

Doç. Dr. Gonca ÜSTÜN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



Aileme ithafen...

ETİK BEYAN

Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

Tez içinde sunduğum verileri, bilgiler ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,

Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,

Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,

Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

İmza

Gamze TOPUZ

../../....

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve tez çalışmamın tüm aşamalarında bilgi ve tecrübeleri ile yoluma ışık tutan, sevgi ve sabrı ile beni destekleyip yanımda olan, bana olan güven ve inancı ile beni hep motive eden, verdiği tüm emekler için minnettar olduğum, öğrencisi olmaktan büyük kıvanç ve mutluluk duyduğum saygı değer hocam Doç. Dr. Nurhan DOĞAN AYDIN’a,

Yaşamımın her anında olduğu gibi yüksek lisans eğitimim boyunca da desteklerini benden esirgemeyen, sevgi, sabır ve anlayış gösteren, eğitim hayatım için büyük emek sarf eden, annem Ayşe TOPUZ ve babam Kamil TOPUZ başta olmak üzere tüm aileme,

Bilimin ışığında gitmem için beni cesaretlendiren ve yol gösteren halam Öğr. Gör. Fatma TOPUZ’a,

Tezimin her aşamasında beni destekleyen, motive eden ve her durumda bana yardımcı olan sevgili arkadaşım Sümeyye YALÇIN’a,

Veri toplama sürecimde bana yardımcı olan tüm meslektaşlarıma ve verilerimin analizinde bana destek olan sayın Metin ALTIN’a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca varlığı ile beni rahatlatan, beni hiç yalnız bırakmayan ve bana çok büyük destek sağlayan sevgili kedim Eyşan’a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar	iv
ŞEKİLLER	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Akciğer Kanseri	4
2.1.1. Akciğer kanseri patolojisi	4
2.1.2. Akciğer kanserinde sınıflandırma	5
2.1.3. Akciğer kanseri etiyolojisi	6
2.1.4. Akciğer kanserinde belirti ve bulgular	8
2.1.5. Akciğer kanserinde tanı yöntemleri	11
2.1.6. Akciğer kanserinde tedavi	12
2.2. Kadercilik	13
2.2.1. Kaderciliğin gelişimi	13
2.2.2. Sağlıkta kadercilik inancı	13
2.2.3. Kanser ve kadercilik ilişkisi	15
2.3. Öz-Yeterlilik	16
2.3.1. Öz-yeterlilik ve sağlık ilişkisi	17
2.4. Akciğer Kanserinde Kadercilik, Öz-Yeterlilik ve Hemşirelik Bakımı	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1. Araştırmanın Tipi	20
3.2. Araştırma Soruları	20
3.3. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Özellikleri	20
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	20
3.4.1. Dâhil edilme kriterleri	22

3.4.2. Dışlama kriterleri	22
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	23
3.6. Veri Toplama Araçları	23
3.6.1. Hasta tanıtım formu.....	23
3.6.2. Kadercilik ölçeği (KÖ).....	23
3.6.3. Genel algılanan öz-yeterlilik ölçeği (GAÖÖ).....	23
3.7. Verilerin Toplanması	24
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	24
3.9. Verilerin Analizi.....	24
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA.....	40
5.1. Akciğer Kanseri Bireylerin Sosyo-Demografik ve Hastalık Özellikleri ile Sağlıkta Kadercilik İnançlarının Tartışılması.....	40
5.2. Akciğer Kanseri Bireylerin Sosyo-Demografik ve Hastalık Özellikleri ile Öz-Yeterlilik Algılarının Tartışılması.....	43
5.3. Akciğer Kanseri Bireylerin Sağlıkta Kadercilik İnançları ve Öz-Yeterlilik Algıları Arasında İlişkinin Tartışılması.....	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	45
6.1. Sonuçlar	45
6.2. Öneriler	45
KAYNAKLAR	47
EKLER.....	55
EK-1. Amasya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı	55
EK-2. Samsun Ondokuz Mayıs Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kurum İzni ...	56
EK-3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	57
EK-4. Ölçek Kullanım İzinleri	59
EK-5. Hasta Tanıtım Formu	60
EK-6. Kadercilik Ölçeği.....	61
EK-7. Genel Algılanan Öz-Yeterlilik Ölçeği	62
ÖZGEÇMİŞ.....	63

TABLÖLAR

Tablo 4. 1. Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımları	26
Tablo 4. 2. Bireylerin Hastalık ve Tedavi Özelliklerine Göre Dağılımları	28
Tablo 4. 3. GAÖÖ ve KÖ Puan Ortalamaları.....	30
Tablo 4. 4. Bireylerin Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre GAÖÖ ve KÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	31
Tablo 4. 5. Bireylerin GAÖÖ Toplam Puanı ile KÖ Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki.....	39



ŞEKİLLER

Şekil 3. 1. G*Power yazılımı kullanılarak yapılan güç analizi sonucu.22



SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılan simgeler ve kısaltmaları aşağıdaki gibidir.

Kısaltma	Anlamı
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome / Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Sendromu
AK	Adenokarsinom
ALP	Alkalen Fosfataz
BHK	Büyük Hücreli Karsinom
BT	Bilgisayarlı Tomografi
DNA	Deoksiribo Nükleik Asit
EBİA	Endobronşiyal İğne Aspirasyonu
FDG	Fluoro-Deoksi-D-Glukozu
GAÖÖ	Genel Algılanan Öz-Yeterlilik Ölçeği
HIV	Human Immunodeficiency Virus / İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü
KHAK	Küçük Hücreli Akciğer Karsinomu
KHDAK	Küçük Hücreli Dışı Akciğer Karsinomu
KHK	Küçük Hücreli Karsinom
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KÖ	Kadercilik Ölçeği
MRG	Manyetik Rezonans Görüntüleme
NNK	4-(Metilnitrosamino)-1-(13-Pridil-1-Bütünon)
OFB	Otofloresans Bronskopi
PAH	Polisiklik Aromatik Hidrokarbonlar
PET	Pozitron Emisyon Tomografisi
SHK	Skumöz Hücreli Karsinom
SPSS	Statistical Pack Age for Social Sciences / Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı
TBİA	Transbronşiyal İğne Aspirasyonu
TSNA	Tütüne Özgü Nitrozamin

ÖZET

AKCİĞER KANSERİ HASTALARININ SAĞLIKTA KADERCİLİK İNANCI VE ÖZ-YETERLİLİK ALGILARI

GAMZE TOPUZ

Amasya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans, Ocak/2025
Danışman: Doç. Dr. Nurhan DOĞAN AYDIN

Bu çalışmanın amacı; akciğer kanseri hastalarının sağlıkta kadercilik inançlarını ve öz-yeterlilik algılarını değerlendirmek ve arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

Kesitsel tipteki bu araştırma 10.02.2023-01.06.2023 tarihleri arasında Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde bulunan Kemoterapi Ünitesine tedavi amaçlı başvuran ve Onkoloji Servisi'nde yatarak tedavi alan, son 6 ay içinde tanı almış, akciğer kanseri olan 119 birey ile yürütülmüştür. Amasya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı onay (Tarih:20.01.2023) ve kurum izni alınmıştır. Araştırmada veriler; Hasta Tanıtım Formu, Kadercilik Ölçeği ve Genel Algılanan Öz-Yeterlilik Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Nicel bağımsız verilerin analizinde ölçek puanlarının tanıtıcı özellikler ile karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Korelasyon analizinde Spearman korelasyon analiz yöntemi uygulanmıştır. Araştırmanın gücü Post Hoc Power analizine göre belirlenmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bireylerin yaş ortalaması $64,0\pm9,0$ olup, %80,7'sinin erkek, %82,9'unun evli ve %53,8'inin ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Ayrıca bireylerin %53,4'ünün emekli olduğu ve %95,0'nın çalışmadığı ve %75,6'sının gelir gider dengesinin eşit olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin Genel Algılanan Öz-Yeterlilik Ölçeği puan ortalaması $33,30\pm5,22$, Kadercilik Ölçeği puan ortalaması $3,02\pm0,77$ olarak hesaplanmıştır. Geliri giderinden fazla olanların, düzenli egzersiz yapanların ve sağlıklı beslenen bireylerin Genel Algılanan Öz-Yeterlilik Ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bekar, okuryazar olan ve olmayan, çalışmayan, geliri giderinden az olan ve düzenli egzersiz yapmayan bireylerin Kadercilik Ölçeği toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Genel Algılanan Öz-Yeterlilik Ölçeği toplam puanı ile Kadercilik Ölçeği toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($r=-0.130$, $p>0.05$).

Akciğer kanseri hastalarının sağlıkta kadercilik inançlarının orta, öz-yeterlilik algılarının ise yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bireylerin sağlıkta kadercilik inançları ve öz-yeterlilik algıları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Sağlığı geliştirme konusunda öncü profesyoneller olan hemşirelerin akciğer kanseri hastalarının bakımında bireylerin inanç ve algılarını da ele alarak planlama ve uygulama yapmaları önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer Kanseri, Hemşirelik, Kadercilik, Öz-Yeterlilik

ABSTRACT

LUNG CANCER PATIENTS' BELIEF IN FATALISM IN HEALTH AND PERCEPTIONS OF SELF-EFFICACY

GAMZE TOPUZ

Amasya University, Institute of Health Sciences
Department of Nursing, Internal Medicine Nursing, Msc, January/2025
Advisor: Assoc. Prof. Nurhan DOĞAN AYDIN

The aim of this study was to evaluate lung cancer patients' health fatalism beliefs and self-efficacy perceptions and to determine the relationship between them.

This cross-sectional study was conducted between 10.02.2023-01.06.2023 with 119 individuals with lung cancer diagnosed in the last 6 months who applied to the Chemotherapy Unit in Samsun Ondokuz Mayıs University Health Application and Research Center for treatment and received inpatient treatment in the Oncology Service. Written approval (Date: 20.01.2023) and institutional permission were obtained from Amasya University Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee. Data were collected using the Patient Information Form, Fatalism Scale and General Perceived Self-Efficacy Scale. In the analysis of quantitative independent data, Kruskal-Wallis and Mann-Whitney U tests were used to compare scale scores and descriptive characteristics. Spearman correlation analysis method was applied in correlation analysis. The power of the study was determined according to Post Hoc Power analysis. Statistical significance level was accepted as $p < 0.05$.

The mean age of the individuals was 64.0 ± 9.0 , 80.7% were male, 82.9% were married and 53.8% were primary school graduates. In addition, it was determined that 53.4% of the individuals were retired, 95.0% were not working and 75.6% had equal income and expenditure balance. The mean score of the General Perceived Self-Efficacy Scale was 33.30 ± 5.22 and the mean score of the Fatalism Scale was 3.02 ± 0.77 . The mean score of the General Perceived Self-Efficacy Scale was found to be higher in individuals whose income was higher than their expenses, who exercised regularly, and who ate a healthy diet ($p < 0.05$). It was determined that the mean total score of the Fatalism Scale was higher in individuals who were single, literate and illiterate, unemployed, whose income was less than their expenses and who did not exercise regularly ($p < 0.05$). There was no significant relationship between the total score of the General Perceived Self-Efficacy Scale and the total score of the Fatalism Scale ($r = -0.130$, $p > 0.05$).

It was determined that lung cancer patients had medium level of fatalistic beliefs in health and high level of self-efficacy perceptions. It was found that there was no significant relationship between individuals' fatalistic beliefs in health and their self-efficacy perceptions. It may be recommended that nurses, who are the leading professionals in health promotion, should plan and practice by considering the beliefs and perceptions of individuals in the care of lung cancer patients.

Keywords: Fatalism, Lung Cancer, Nursing Self-Efficacy

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Akciğer kanseri, dünya genelinde ölüme neden olan kanser türleri arasında önde gelen ciddi bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Akciğer kanseri tüm dünyada tahmini olarak 2,2 milyon yeni kanser vakası ile 2020’de en sık tanı konulan ikinci kanserdir [1]. Türkiye Kanser İstatistikleri 2021 raporunda görülme sıklığına göre trakea, bronş ve akciğer kanseri erkeklerde birinci sırada, kadınlarda ise dördüncü sırada yer almaktadır [1-3]. Ayrıca Amerikan Kanser Derneği’nin yaptığı çalışmalar sonucunda Amerika Birleşik Devletleri’nde 2024 içinde 252.950 yeni akciğer kanseri vakası ve 130.450 akciğer kanseri nedeniyle ölüm gerçekleşmiştir [4].

Akciğer kanseri pek çok etiyolojik faktör ve bulguyu içinde barındıran, uzun bir tedavi ve bakım süreci gerektiren, tüm dünyada insan sağlığını tehdit eden, görülme sıklığı giderek artan, çağımızdaki en önemli sağlık sorunlarından biridir. Kanser tanısı almak bireyde ölümü ve acıyı çağrıştırmakta; kaygıları, sorgulamaları ve kederi beraberinde getirmektedir [5]. Tanı sonrası tedavi sürecinde de birey istenmeyen pek çok semptomla karşılaşmakta ve fiziksel olarak da oldukça yıpranmaktadır [6]. Tüm bunlar akciğer kanseri tanısı alan bireylerin hem fiziksel hem de psikolojik açıdan kendilerini oldukça karmaşık bir sürecin içinde hissetmelerine sebep olmaktadır [7]. Bireyler bu karmaşık duruma yönelik tüm hastalık sürecinde bazı duygusal, ruhsal ve davranışsal tepkiler gösterirler. Bireylerin inançları, bu tepki ve davranışların gerçekleşmesinde rol oynamaktadır [5, 8]. Kaderciliğe olan inanç da bireyin tutum ve davranışlarını güçlü bir şekilde etkileyebilmektedir [9-11].

Kadercilik, ilahi bir güç tarafından olayların önceden belirlenmiş olduğuna ve olayların bireyin kontrolü dışında geliştiğine dair inançtır [9]. Sağlık kaderciliği ise, bireyin sağlık durumunun kendi kontrolü altında olmadığı, daha yüksek bir güç tarafından önceden belirlendiği inancını ifade eder [10, 11]. Kadercilik inancı olan kişiler, sağlık durumlarını ve hastalık hallerini kendi iradeleri dışında gelişip, devam eden bir durum olarak düşünebilmektedir. Bu kişiler kaderci yaklaşımları nedeniyle sağlıkları ile ilgili durumlarda daha ihmalci davranıp, yaşanılacak olan ya da yaşanmakta olan hastalıkların kaderinde var olduğunu düşünerek mücadele etmeye gereksinim duymadan mevcut durumlarını kabullenebilmektedirler [10].

Kadercilik inancı bireylerde olumlu ve olumsuz etkiler yaratabilmektedir. Kanserli bireylerde kadercilik, umutsuzluk, güçsüzlük ve değersizlik duygularıyla tanımlanan çok

boyutlu bir kavramdır [12, 13]. Kaderci inanç sahibi kanserli bireyler, kanserin ölümcül olduğuna inanıp tedaviyi erteleyebilmekte ya da tamamen reddedebilmektedir [14]. Bununla beraber, dini inanç zihinsel ve fiziksel sağlıkta bütünleştirici bir kaynak olabilmektedir. Dini inancın bir getirisi olan kadercilik, hastaların rahatlayıp iyileşmelerine ve hastalıkları ile başa çıkmalarına destek olup tedaviye uyum sağlamaları konusunda katkı sağlayabilmektedir [15, 16].

Öz-yeterlilik ise, bireyin sahip olduğu becerilerle farklı durumlarda neler yapabileceğine dair inancıdır. Öz-yeterlilik bireyin hangi davranışları seçtiğini, karşılaştığı sorunlar ya da deneyimler karşısında ne kadar çaba gösterdiğini ve bu çabayı ne kadar sürdürdüğünü etkiler [17]. Öz-yeterlilik kişinin ilgili sağlık davranışlarını yapabilme kapasitesine olan inancı anlamına da gelmektedir [18]. Öz-yeterlilik; sağlık davranışlarının uygulanması, hastalıkla daha etkili başa çıkma ve hastalıkla ilgili gerekli hedefleri uygulamada kişinin kendisine güvenmesi ve etkili performansı yerine getirebileceğine dair kontrol inancı olarak bilinen kişisel bir değişkendir [17]. Öz-yeterlilik düzeyi yüksek bireyler; hastalıklarını daha kolay kabullenmekte, hastalık ve tedavilerini daha iyi yönetmektedirler [19, 20]. Öz-yeterliliğin düşük olması çaba, kararlılık ve performansın düşük olması ile ilişkili iken; öz-yeterliliğin yüksek olması gerekli sağlık davranışlarını yerine getirme, kendini yönetme, çaba, kararlılık ve performansın artması ile ilişkilidir [17].

Her birey kendi kültürel değer ve inançlarıyla doğmakta ve bunlara göre hayatlarını devam ettirmektedir. Kadercilik inancı da buna örnek teşkil etmektedir ve bireylerin sağlık davranışları üzerinde etkisi olduğu görülmektedir [21-23]. Hastalık yönetiminde önemli bir değişken olan öz-yeterlilik, sağlık geliştirme davranışları için doğrudan motivasyona yol açar. Kronik hastalıklarda da algılanan öz-yeterlilik hastalıkla başa çıkmada bireyin davranışlarını etkilemektedir [17].

Kadercilik inancının ve öz-yeterlilik algısının, bireylerin sağlık ve hastalık hallerinde etkili olduğu görülmektedir [17, 21-23]. Tüm bunlara bakıldığında akciğer kanseri hastalarında önemli bir kavram olarak karşımıza çıkan öz-yeterliliğin, bu bireylerdeki kadercilik inancı ile birlikte değerlendirilmesi ve her iki kavramın birbiriyle olan ilişkisinin incelenmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Uluslararası literatürde akciğer kanseri hastalarında kadercilik inancının ve öz-yeterlilik algısının ayrı olarak incelendiği çalışmalar mevcuttur [24, 25]. Ulusal ve uluslararası literatürde akciğer kanseri hastalarında sağlıkta kadercilik inancı ve öz-yeterlilik algılarının birlikte incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma akciğer kanseri

hastalarının sağlıkta kadercilik inançları ve öz-yeterlilik algılarını değerlendirmek ve arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu çalışmada akciğer kanseri hastalarının sağlıkta kadercilik inançları ve öz-yeterlilik algıları arasındaki ilişkinin belirlenmesi ile literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı; akciğer kanseri hastalarının sağlıkta kadercilik inançları ve öz-yeterlilik algılarını değerlendirmek ve arasındaki ilişkiyi belirlemektir. Bu amaç doğrultusunda araştırma soruları aşağıdaki gibidir:

1. Akciğer kanseri hastalarının sağlıkta kadercilik inançlarının düzeyi nedir?
2. Akciğer kanseri hastalarının öz-yeterlilik algıları nasıldır?
3. Akciğer kanseri hastalarının sağlıkta kadercilik inançları sosyo-demografik ve hastalık özelliklerine göre değişmekte midir?
4. Akciğer kanseri hastalarının öz-yeterlilik algıları sosyo-demografik ve hastalık özelliklerine göre değişmekte midir?
5. Akciğer kanseri hastalarının sağlıkta kadercilik inançları ve öz-yeterlilik algıları arasında ilişki var mıdır?

1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma, Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde bulunan Kemoterapi Ünitesine tedavi amaçlı başvuran ve Onkoloji Servisi'nde yatarak tedavi alan, son 6 ay içinde tanı almış akciğer kanserli hastalar ile sınırlıdır. Kanser kronik bir hastalık olduğundan tedavi süreci uzun olabilmektedir. Bu uzun tedavi sürecinin hastaların öz-yeterliliklerini etkileyeceği düşünüldüğünden, tanı almasının üzerinden 6 aydan fazla süre geçen hastalar örnekleme dahil edilmemiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Akciğer Kanseri

Kanser; vücuttaki hücrelerin kontrolsüzce çoğalması, oluştuğu organa ve diğer organlara invazyon ve metastaz özellikleri ile karakterize olan bir hastalık olarak tanımlanmaktadır [26]. Akciğerlerde yer alan doku ve hücrelerin kontrolsüz bir şekilde çoğalması durumu ise akciğer kanseri olarak isimlendirilmektedir [27, 28]. Akciğer kanseri pek çok etiyolojik faktör ve bulgu içeren, uzun bir tedavi ve bakım süreci gerektiren, tüm dünyada insan sağlığını tehdit eden, görülme sıklığı giderek artan, çağımızdaki en önemli sağlık sorunlarından biridir [8].

Dünyada 2020 yılında 1,8 milyon ölüm ile kanser nedenli ölümlerin %18,0'ini akciğer kanseri oluşturmuştur. Son istatistiklere göre 2020 yılında tahmini olarak 2,2 milyon yeni kanser vakası ile akciğer kanseri ikinci en sık tanı konulan kanser olmuştur [1, 29]. Akciğer kanserinin ülkemizdeki yıllık insidansı erkeklerde 61,6/100.000 ve kadınlarda ise 5,1/100.000'dir. Yaş artıkça insidanda da artış görülmektedir [30]. Türkiye Kanser İstatistikleri 2021 raporunda görülme sıklığına göre trakea, bronş ve akciğer kanseri erkeklerde birinci sırada, kadınlarda ise dördüncü sırada yer almaktadır. Ayrıca Amerikan Kanser Derneği'nin yaptığı çalışmalar sonucunda Amerika Birleşik Devletleri'nde 2024 yılı içerisinde 252.950 yeni akciğer kanseri vakası geliştiği ve 130.450 akciğer kanseri nedeniyle ölüm gerçekleşmiştir [4]. Bu sonuçlar doğrultusunda, akciğer kanserinin morbidite ve mortalite oranları hem ülkemiz açısından hem de küresel açıdan oldukça yüksektir [1, 30].

Erken teşhisi zor olan ve genellikle III. ve IV. evrelerde tanı konulan akciğer kanseri, tanı anında çoğu zaman uzak metastaz ile karşımıza çıkmaktadır [1, 27, 31]. Bu nedenle akciğer kanserinde sağ kalım oranları da oldukça düşüktür. Hastaların beş yıllık sağ kalım oranları yaklaşık olarak %10,0-15,0 arasındadır ve tüm hastalarda ortalama sağ kalım oranı bir yıl olarak bulunmuştur [27, 29, 32, 33].

2.1.1. Akciğer kanseri patolojisi

Akciğer kanseri, belirli evre ve basamaklardan oluşan bir süreç sonucu meydana gelir. Karsinogenez; başlangıç, ilerleme ve gelişme evrelerinden oluşmaktadır. Başlangıç evresinde; hücre bir ajana maruz kalır ve ilk genetik mutasyon oluşur. Meydana gelen mutasyon kromozomlarda ya da tek bir nükleotid düzeyinde oluşabilir. Ancak ilerlemenin olması için başlangıç hücresinin, hücresel proliferasyona neden olabilecek bir ajan ile aktive edilmiş olması gerekir ve bu evre ilerleme evresi olarak adlandırılır. Gelişme evresinde ise;

bir önceki evre olan ilerleme evresinde oluşmuş hücreler, kanser kütesini oluşturur. Tüm bu evreleri geçirdikten sonra hücre; bağımsız büyüme sinyali, anjiyogenezin sürdürülmesi, büyüme karşıtı sinyallerin duyarsızlığı, apoptozdan kaçınma, doku invazyonu ve metastaz gibi kanser hücresine ait ayırıcı nitelikteki özelliklerinin bazılarını ya da tümüne sahip olabilmektedir. Kanser sürecindeki ana mekanizmalardan biri tümör baskılayıcı genlerin inaktif olması, protoonkogenlerin ise aktif olmasıdır [34-36].

Akciğer kanseri, akciğer dokularında kontrolsüz hücre büyümesi ile karakterize bir tümördür. Primer akciğer kanserleri olarak bilinen ve akciğerde başlayan kanserlerin çoğu, epitel hücrelerinden kaynaklanan karsinomlardır [28].

2.1.2. Akciğer kanserinde sınıflandırma

Akciğer kanseri patolojik olarak dört ana gruba ayrılmaktadır. Bunlar; skuamöz hücreli karsinom (SHK), adenokarsinom (AK), büyük hücreli karsinom (BHK) ve küçük hücreli karsinom (KHK)'dir. Küçük hücreli akciğer karsinomu (KHAK) diğer karsinomlar ile kıyaslandığında birbirleri arasında belirgin farklılıklar olduğundan klinik olarak akciğer kanserleri, KHAK ve küçük hücreli dışı akciğer karsinomu (KHDAK) olarak iki grupta sınıflandırılmaktadır [27, 28]. Akciğer kanseri olgularının yaklaşık %85,0'ini KHDAK ve yaklaşık %15,0'ini KHAK oluşturur. Bu ayrım tedavinin seçilmesi ve prognoz belirlenmesinde oldukça önemlidir [28, 29, 35]. Ülkemizdeki akciğer kanseri olgularının yaklaşık %45,0-50,0'sini AK, %35,0'ini SHK, %2,0'sini BHK, geri kalanını ise diğer tiplerin oluşturduğu belirtilmektedir [3].

2.1.2.1. Küçük hücreli akciğer karsinomu (KHAK)

Küçük hücreli akciğer kanseri, prognozu kötü olan bir karsinomdur. Klinik seyir olarak agresif olan ve çok hızlı ilerleyen KHAK, tüm akciğer kanserlerinin yaklaşık olarak %15,0'ini oluşturmaktadır. Pek çok hastada sigara ile bağlantılı olduğu görüldüğünden, sigara etiyolojisinde ilk sıradadır. Hızla ilerlediğinden genelde hastalar ileri evrelerde tanı almaktadır ve metastaz oluşumu yaygındır [27, 29].

2.1.2.2. Küçük hücreli dışı akciğer karsinomu (KHDAK)

Küçük hücreli dışı akciğer kanseri tüm akciğer kanseri olgularının yaklaşık olarak %85,0'ini oluşturmaktadır. Üç ana alt tipi bulunmaktadır. Bunlar; SHK, AK ve BHK'dır. KDHAK'ların yaklaşık olarak %60,0'ini adenokarsinomlar oluşturmaktadır [27, 29]. Erken metastaz yapma eğiliminde olan adenokarsinomlar, kadınlarda ve sigara içmeyen bireylerde

en sık görülen KHDAK tipidir [29]. SHK daha geç metastaz yapmaktadır ve erkeklerde en sık rastlanan KHDAK tipidir [27, 29].

2.1.3. Akciğer kanseri etiyolojisi

Akciğer kanseri oluşumunda pek çok etiyolojik faktör yer almaktadır. Sigara, radon gazı, asbest, hava kirliliği, yaş, ırk, cinsiyet, eğitim, meslek, genetik, radyasyon, enfeksiyonlar ve geçirilmiş akciğer hastalıkları başlıca etiyolojik faktörlerdendir [28, 29, 35].

2.1.3.1. Sigara

Tütün ve sigara kullanımı, akciğer kanseri gelişiminde en büyük risk faktörüdür [28]. Akciğer kanserlerinin %90,0'ında etiyolojik neden, sigara olarak gösterilmektedir. Sigara içmenin erkeklerde %79,0 kadınlarda ise %90,0 oranında akciğer kanseri ile direkt olarak bağlantılı olduğu saptanmıştır. Pasif sigara içiminde ise risk %3,5'tir. Sigara kullanan bireylerde sigaraya başlama yaşı, sigara kullanma süresi, kullanılan sigaranın tipi ve günlük olarak kullanılan sigara miktarı kanser gelişme riskini etkileyen durumlardır [2].

Tütünün bağımlılık yapan bileşeni, nikotindir. Nikotin, duyarlı reseptörleri uyatarak tütün bağımlılığını teşvik eder. Tütün yandığında, en az 60 kanserojen madde ürettiği bilinmektedir. En önemlileri; polisiklik aromatik hidrokarbonlar (PAH), Nitrat ve 4-(metilnitrosamino)-1-(13-piridil-1-bütanon) (NNK) gibi tütüne özgü nitrozaminlerdir (TSNA'lar) [28]. Laboratuvar çalışmaları NNK'nın akciğer kanserleriyle, özellikle de adenokarsinomlarla ilişkisini göstermiştir [28, 37].

2.1.3.2. Radon gazı

Sigaradan sonra akciğer kanserine sebep olan en önemli risk faktörü radon gazı maruziyetidir. Radon, yer kabuğundaki uranyumun bozunma reaksiyonu ile ortaya çıkan ve doğal olarak oluşan radyoaktif bir gazdır. Renksiz ve kokusuz olan radon gazı toprak, kaya ve taşlardan açığa çıkmaktadır. Radon gazı inşaatlarda kullanılan bazı malzemelerden de açığa çıkmaktadır. Binaların bodrum ve zemin katlarındaki radon gazı miktarı, üst katlara oranla oldukça yüksektir [32, 35].

Radon gazı solunduğunda akciğer bronşlarındaki mukoz tabaka oldukça fazla oranda alfa radyasyona maruz kalır. Bu durum akciğerdeki epitel hücrelerde deoksiribo nükleik asit (DNA) hasarına neden olur ve bunun sonucunda da akciğerlerde neoplazi meydana gelir [35].

2.1.3.3. Asbest

Doğal olarak oluşan bir silikat minerali olan asbest, lifli bir yapıda olup kimyasallara, ısıya ve aşınmaya karşı dayanıklıdır. Gemi, otomobil ve uçaklarda motor bölümünde, inşaat sektöründe ise izolasyon amaçlı kullanılmaktadır. Türkiye’de asbest minerali açısından zengin olan pek çok bölge mevcuttur. Bursa, Sivas, Eskişehir, Yozgat, Erzincan asbestin en çok bulunduğu şehirlerdendir [35].

Asbest solunduğunda akciğerlerde birikerek çengelli ve pürüzlü bir yapıda olduğundan akciğer dokusuna tutunur ve burada hasara neden olur [38]. Yapılan çalışmalar asbeste maruz kalmanın akciğer kanseri ve beraberinde pek çok ölümcül hastalığa yol açabileceğini kesin olarak ortaya koymuştur [38, 39].

2.1.3.4. Hava kirliliği

Odun, diğer bitki bazlı malzemeler ve katı atıkları içeren kömür ve biyokütle yakıtları gibi işlenmemiş fosil yakıtların ısıtma ve pişirme için kullanılmasından kaynaklanan iç mekan hava kirliliği, akciğer kanseri riskiyle ilişkilendirilmektedir [32]. Bununla beraber akciğer kanserinden kaynaklanan tüm ölümlerin yaklaşık %5,0’inin dış ortam hava kirliliğinden kaynaklandığı tahmin edilmektedir. Boyalarda bulunan formaldehit ve yemek dumanının da akciğer sağlığını olumsuz yönde etkilediği, egzoz dumanı ve sigara dumanına maruziyetin de akciğer kanseri riskini arttırdığı bilinmektedir [3, 32, 35].

2.1.3.5. Eğitim

Daha fazla eğitime sahip bireylerin sigaraya başlama olasılığı daha düşüktür ve bırakma eğilimleri daha fazladır. Daha iyi eğitilmiş insanlar ayrıca sağlık hizmetlerine daha fazla erişim ile daha fazla kaynağa sahiptir. Buda ölüm ve sağ kalımda eşitsizliklere yol açmaktadır [32].

2.1.3.6. Meslek

Uranyum madeninde çalışan işçiler radon gazına yüksek dozlarda maruz kaldığından akciğer kanseri riskleri fazladır. Nikel, arsenik, klorometiletiler, polisiklik, aromatik hidrokarbonlar ve kroma maruz kalan meslek grupları ve çalışanlarda da akciğer kanseri riski oldukça yüksektir. Madencilik, boyacılık, tersane işçiliği, baca temizleyiciliği, döküm işçiliği, petrokimya işlerinde çalışanlar, batarya işçileri ve cam seramik işleri bu meslek gruplarına örnek gösterilebilir [35].

2.1.3.7. Enfeksiyonlar

Enfeksiyonlar nedeniyle oluşan akciğer hasarı karsinogeneizde rol oynamaktadır. Geçmişte, tüberküloz gibi enfeksiyonlar, sigara kullanımından bağımsız şekilde akciğer kanseri gelişimine neden olmuştur fakat artık gelişmiş ülkelerde tüberküloz prevalansı azalmıştır [32]. Tüberküloz, bronşektazi, pnömoni, apse, pulmoner emboli ve interstisyel akciğer hastalıkları gibi akciğerde dokusunda hasar bırakan hastalıklarında, oluşturduğu skar dokusu nedeniyle akciğer kanseri gelişiminde rol oynadığı bilinmektedir [35]. Bununla birlikte kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve astımında akciğer kanseri oluşumu riskini arttırdığı bilinmektedir [40].

Akciğer kanseri, human immunodeficiency virus / insan bağışıklık yetmezliği virüsü (HIV) enfeksiyonu olan kişilerde acquired immune deficiency syndrome / kazanılmış bağışıklık yetersizliği sendromu (AIDS)' den sonra en sık görülen malignitedir. Akciğer kanseri, HIV ile enfekte hastalarda önde gelen ölüm nedeni haline gelmiştir ve kanser ölümlerinin yaklaşık %30,0'unu oluşturmaktadır [32, 40].

2.1.3.8. Genetik

Ailede akciğer kanseri öyküsü varlığı, akciğer kanseri gelişme riskini 1,7 kat attırmaktadır. Sigaradan bağımsız şekilde birinci derece akrabalarda akciğer kanseri varlığı, akciğer kanseri riskini iki kat arttırmaktadır. Bu durumun açıklanmasında genetik yatkınlıkla birlikte benzer kanserojenlere maruziyet ve benzer alışkanlıkların varlığı da dikkate alınmalıdır [32, 35].

2.1.3.9. Yaş

Yaşın ilerlemesi ile birlikte de bireyde genetik değişimler olabilmektedir. Zamanla DNA hasarı ve telomerlerin kısalması gibi biyolojik faktörler kanser gelişimiyle ilişkilendirilmektedir [32].

2.1.4. Akciğer kanserinde belirti ve bulgular

Akciğer kanserini erken evrelerde teşhis etmek zordur çünkü başlangıçta semptom vermeden ilerleyebilmektedir. Semptomlar daha çok ileri evrelerde görülmeye başlar bu nedenle tanıda gecikmeler yaşanabilmektedir [27, 41]. Geç evre tanı alınmasındaki sebepler arasında, akciğerin bol kanlanan bir organ olmasından dolayı tümörün sıklıkla heterojen dağılım göstermesi ve akciğer dokusunun ağrıya duyarlı olmaması gösterilebilmektedir [27].

Akciğer kanseri hastalarının %90,0'ı bir ya da daha fazla semptomla sahiptir. Hastalardaki semptom ve bulgular tümörün vücuttaki bölgesel, lokal, metastatik ya da sistemik etkileriyle oluşmakta olup akciğer kanserindeki semptom ve bulgular dört grupta toplanmaktadır [42, 43].

2.1.4.1. Primer tümörün büyümesi nedeniyle oluşan semptom ve bulgular

Özellikle santral yerleşimli tümörlerde sık rastlanan öksürük akciğer kanserinin en yaygın semptomudur [27, 42, 43]. Tümörün direkt ve lokal etkisiyle veya tümöre bağlı enfeksiyonlar nedeniyle görülebilen hemoptizi, akciğer kanserinde ayırıcı tanı olabilmektedir [27, 43]. Tümörün büyüyerek daha fazla yer kaplaması, atelektazi gelişimine neden olması, kalbe, ana damarlara veya büyük hava yollarına bası yapması nedeniyle nefes darlığı oluşabilmekte ya da var olan nefes darlığı artabilmektedir [42, 43]. Hastalarda tümörün hava yollarına obstrüksiyonu sonucu amfizem, stridor, lokalize ronküs, pnömoni ve apse görülebilmektedir. Pnömoni ve apsenin neden olduğu ateş de bu bulgulara eşlik edebilmektedir [43].

2.1.4.2. Akciğer kanserinin intratorasik yayılımı nedeniyle oluşan semptom ve bulgular

Akciğer kanserinde görülen bu semptom ve bulgular tümörün direkt büyüüp genişlemesinden dolayı ya da lenfatik yayılım yoluyla organların, sinirlerin, diyaframın ve göğüs duvarının tutulumuna bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir [41, 43].

Akciğer kanserinin intratorasik yayılımında rekürren larengeal sinirin etkilenmesine bağlı oluşan ses kısıklığı, süperior vena kavaya tümör ya da lenf nodlarının yaptığı invazyon ve basıya bağlı vena kava süperior sendromu ve bununla beraber baş ağrısı, baş dönmesi, uyuşukluk, bulanık görme, göğüs ağrısı, nefes darlığı, öksürük, disfaji ve göğüs ön duvarında venöz yapıların belirginleşmesi gözlenebilir. Sempatik trunkusun son servikal ve birinci torasik segment invazyonuna bağlı horner sendromu görülür. Süperior sulkus tümörü genellikle brakiyal plexus invazyonu nedeniyle omuz ve kolu tutan sürekli ağrıya neden olmaktadır. Göğüs duvarı tutulumu ve plevral sıvı birikmesi sonucu göğüs ağrısı ve nefes darlığı, perikard ve miyokard tutulumu nedeniyle kalp tamponadı, aritmi, periferik ödem, sinüs taşikardisi ve kalp yetmezliği görülebilir. Frenik sinir felci nedeniyle diyaframda yükseklik ve paradoksal hareketler, özofagus tutulumu nedeniyle disfaji de gözlenen semptom ve bulgulardandır [35, 41-43].

2.1.4.3. Akciğer kanserinin ekstratorasik yayılımı nedeniyle oluşan semptom ve bulgular

Akciğer kanserlerinin en sık tanı konulduğu zaman dilimi, genellikle hastalığın ilerlemiş olduğu metastatik evre olarak bilinen evre IV aşamasıdır. Bu metastazların nasıl bir dağılım gösterdiğine bakıldığında; %34,3 kemik, %32,0 akciğer, %28,4 beyin, %16,7 adrenal bez ve %13,4 karaciğer olarak görülmektedir [44].

Akciğer kanserinde serum kalsiyum yüksekliği, alkalen fosfataz yüksekliği ve lokalize kemik ağrısı kemik metastazını düşündüren bulgulardır. Metastazlar genellikle omurgaya, pelvise, kaburgalara ve uzun kemiklere olmaktadır [43, 44]. İştahsızlık, kilo kaybı, sağ üst kadranda ağrı, serum transaminaz yüksekliği, sertleşmiş ve sıklıkla nodüler yüzeye sahip karaciğer ve hepatomegali karaciğer metastazını işaret etmektedir. Obstrüktif sarılık pankreas metastazının göstergesidir [42, 43]. Baş ağrısı, güçsüzlük, senkop, kognitif bozulma gibi nörolojik belirtiler santral sinir sistemi metastazlarının belirtileri olabilmektedir [35]. Böbreküstü bez metastazlarında klinik bulgu vermemektedir. Bununla birlikte iştahsızlık, kilo kaybı, anemi, halsizlik, ateş belirli bir organa özgü olmayan metastaz bulgularındandır [43].

2.1.4.4. Paraneoplastik sendromlar

Paraneoplastik sendromlar kanserden kaynaklanan fakat tümör ve metastazlarından uzak bölgelerde görülen semptom ve bulgulardır [43]. Bu bulgulara tümör hücrelerinin salgıladığı hormon ve hormon benzeri bazı maddeler neden olmaktadır [27].

Akciğer kanseri ile ilgili paraneoplastik sendromlar gruplandırılacak olursa; endokrin (cushing sendromu, metastaz olmadan oluşan hiperkalsemi, ektojik adrenokortikotropik hormon salgılanması, jinekomasti, hiperkalsitoninemi, hipertiroidi vb.), nörolojik (nöropati, retinopati mononöritis multipleks, Lambert-Eaton sendromu, ensefalomyelit, nekrotizan myelopati vb.), metabolik (laktik asidoz, hipoürisemi, hiperamilazemi), renal (glomerülonefrit, nefrotik sendrom), hematolojik (anemi, lökositoz, eozinofili, trombositoz vb.) iskelet (çomak parmak, hipertrofik osteoartropati), cilt (hipertrikoz, lanuginosa, repens, bazex hastalığı, eritrodermi, Leser-Trelat bulgusu, pruritus, ürtiker vb.), koagülopati (dissemine intravasküler koagülasyon, tromboflebit vb.), kollagen-vasküler (dermatomiyozit, polimiyozit, vaskülit) ve sistemik (ateş, kaşeksi, hipertansiyon vb.) şeklinde ayrılabilir [27, 35, 43].

2.1.5. Akciğer kanserinde tanı yöntemleri

Akciğer kanseri tanı yöntemleri girişimsel ve girişimsel olmayan tanı yöntemleri olarak ikiye ayrılabilir [27, 45].

2.1.5.1. Girişimsel olmayan tanı yöntemleri

Akciğer grafisi: İki yönlü akciğer grafisi akciğer kanseri teşhisinde seçilecek ilk radyolojik yöntemdir. Eski grafilerin yenileri ile karşılaştırılması bu yöntem için önemli bir detaydır. Grafideki farklılıklar gözden kaçabileceğinden, eski grafilerle karşılaştırılıp, farklılıklar daha net görülüp doğru tanı konulabilmektedir. Bu tanı yönteminde direkt ve indirekt bulgular vardır. Kitle, hiler büyüme, nodül veya infiltratif lezyonlar direkt bulgulardır. Plevrel efüzyon, atelektazi, tedaviye cevapsız pnömoni, tek taraflı hava hapsi ve diyaframa felci indirekt bulgulardır [27, 43].

Bilgisayarlı toraks tomografisi (BT toraks): Akciğer kanserini teşhis etmek için kullanılan en önemli teknik, yüksek çözünürlüklü BT'dir. Çoğu merkezi akciğer kanserinde, genişlemiş mediastinal lenf nodlarına sahip kanserlerde ve üç boyutlu rekonstrüksiyonlarda tanı için kontrastlı BT önerilir [46]. Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) ile BT birlikte kullanıldığında tümörün teşhis oranı artmakta ve tümörün konsolidasyon ya da atelektaziden ayrımı kolaylaşmaktadır [27].

Pozitron emisyon tomografisi-bilgisayarlı tomografi (PET – FDG): BT ile, organların ve sistemlerin yapısal ve morfolojik değişiklikleri incelenirken, emisyon tomografisi fonksiyonel durumların incelenmesini sağlar. PET'te, normal ve tümöral dokular arasındaki radyofarmasötik birikme yeteneklerindeki farklılıklara göre organ fonksiyonları değerlendirilir [45]. PET'te kanser hücrelerinin belirlenmesinde radyoaktif ¹⁸F işaretli fluoro-deoksi-D-glukozu (FDG) kullanılarak akciğer kanserinin ve uzak metastazlarının özgül şekilde yüksek duyarlılık ile tanımlanması sağlanır [27, 45].

Balgam sitolojisi: Akciğer kanserinden şüphelenildiği bir durumda kolaylıkla uygulanabilecek bir tanı yöntemidir. Genel olarak santral yerleşimli tümörlerde tanı konulmasına yardımcı olan bir yöntemdir. Yüksek özgüllüğe sahiptir ancak duyarlılığı düşüktür [27, 45].

Toraks manyetik rezonans görüntüleme (MRG): Dokudaki yoğunluk farkını ve tümörü ayırt etmede kullanılan güçlü bir yöntemdir. Rutin şekilde kullanımı tavsiye edilmeyen bu tanı yöntemi; tümörün kemik metastazları, yumuşak doku metastazları ve özellikle beyin metastazlarının belirlenmesinde diğer tanı yöntemlerine göre daha başarılıdır [27].

Laboratuvar testleri: Laboratuvar testlerinde amaç lokal ya da metastatik tümörün neden olduğu etkileri saptamaktır. Akciğer kanseri şüphesi olan hastalarda tam kan sayımı, alkalen fosfataz (ALP), albümin, karaciğer enzimleri, total bilirübin, üre, kreatinin ve serum elektrolitleri incelenmelidir [35, 43].

2.1.5.2. Girişimsel tanı yöntemleri

Bronkoskopi: Akciğerdeki tümörün yeri, büyüklüğü ve evresi bu tanı yöntemi ile tespit edilebilmektedir [27]. Bronkoskopi sırasında bronş lavajı, forceps biyopsisi, bronşiyal fırçalama, transbronşiyal iğne aspirasyonu (TBİA), endobronşiyal iğne aspirasyonunun (EBİA), otofloresans bronkoskopi (OFB) gibi bazı teknikler kullanılabilmektedir [27, 43].

Transtorasik ince iğne aspirasyon biyopsisi: Floroskopi, ultrasonografi ve BT eşliğinde göğüs duvarından iğne yardımı ile girilip kitleden örnek alınması işlemidir [27, 43].

Torasentez ve plevral biyopsi: Plevra boşluğuna dik şekilde iğneyle girilip sıvı alınması işlemidir [27].

2.1.6. Akciğer kanserinde tedavi

Akciğer kanseri tüm Dünya’da en sık görülen kanser türü olup kansere bağlı ölümlerin önde gelen nedenidir [1, 2, 28, 33, 40]. Tedavideki son gelişmelere rağmen genel sağ kalım oranı akciğer kanserinde hala zayıftır [47]. Bu durumun temel nedeni, hastaların çoğunluğuna, geç evrelerde hastalık tanısı konulmasıdır [40, 48]. Akciğer kanseri daha çok ileri evrelerde belirti verdiğinden tanıda gecikmeler yaşanmaktadır. Bu nedenle erken tanı konulabilmesi için etkin bir tarama programı sağ kalımı arttırmada oldukça önemli bir uygulamadır [27, 35].

Akciğer kanserinde yapılacak tedavi seçiminde; hastalığın evresi, tümörün histolojisi, hastanın yaşı, pulmoner fonksiyonları ve komorbiditeler gibi hasta ile ilgili bazı özellikler dikkate alınmaktadır. Akciğer kanseri tanısı sonrasında prognozu ön görmek ve tedavi seçeneklerini oluşturmak için hastalığın evresinin belirlenmesi çok önemlidir [49, 50]. Aynı zamanda akciğer kanseri evrelemesi hangi hastaların cerrahi müdahaleye aday olduğunu belirlemeye yardımcı olması açısından da kritik öneme sahiptir [51]. Akciğer kanserinde tedavinin temeli cerrahi tedavidir; medikal olarak cerrahiye uygun evre I. ve II. evredir. Bu evrelerdeki akciğer kanserli hastalarda cerrahi ana tedavi seçeneğidir [49, 50]. Erken evrelerde tanı konulan hastalarda cerrahi sonrası yaşam sürelerinde oldukça iyi sonuçlar alınmaktadır. Lokal olarak ilerlemiş ya da ileri evre akciğer kanseri hastalarında kemoterapi ve radyoterapi ile yapılan kombine tedavi hastanın sağ kalımını arttıracak bir

seçenektir [52, 53]. Son yıllarda üzerinde çalışılan hedefe yönelik tedaviler de akciğer kanseri tedavisinde önemli bir yere sahiptir [53]. Aynı şekilde immünoterapi de son yıllarda akciğer kanseri hastalarının tedavi planına entegre edilmiş ve bazı hastalarda sağ kalımı ve yaşam kalitesini büyük ölçüde iyileştirmiştir [54]. Fotodinamik tedavi ise kritik havayolu darlığı olmayan, tümör çapı $\leq 1\text{cm}$ olan ve görüntülemeye ekstrasbronşiyal tutulumu rastlanmayan akciğer kanseri hastalarında alternatif bir tedavi seçeneği olmaktadır [55].

2.2. Kadercilik

Kadercilik, “yaşamdaki tüm olayların önceden doğaüstü bir gücün iradesiyle belirlendiği; önceden belirlenmiş olan bu alınyazısının değişmeyeceği, çaba göstererek ya da önceden harekete geçip önlem alarak bu belirlenmiş yazgının dışına çıkılamayacağı, bireyin kendi yaşamını kontrol edemeyeceği ve seçim yapma şansının olmadığı inancı” olarak tanımlanmaktadır [56].

2.2.1. Kaderciliğin gelişimi

“Fatum” kelimesinden gelen ve her şeyin kişinin kaderine göre önceden belirlendiği ve bireyin bu kaderi hiçbir şekilde değiştiremeyeceği inancını ifade eden kadercilik; mitoloji, felsefe, psikoloji ilahiyat, sosyoloji ve sağlık gibi pek çok alanda incelenen bir kavramdır [10, 56, 57].

Kadercilik inancı ilk çağlardan beri insanların doğal ve doğaüstü kuvvetler karşısında hissettiği çaresizlik duygularını göstermektedir. Kadercilik anlayışının ilk örneklerine Yunan mitolojisinde rastlanmaktadır. İslam tarihinde de Emeviler’in kader inancını siyasal çıkarları için kullandıkları bilinmektedir. Ünlü kuramcı Freud “anatomi kaderdir” anlayışıyla cinsiyet rollerinin insanların kaderi olduğunu iddia etmiştir. Fromm ise insanın kendi kaderine aktif bir şekilde katkıda bulunabilen tek varlık olduğunu belirtmiş ve kaderciliği, insanın kendine yabancılaşması olarak tanımlamıştır [56]. Sosyolojik olarak kaderciliği açıklama girişimini ilk kez 1897’de Durkheim’in intihar araştırmasında görmek mümkündür. Pek çok disiplin tarafından ele alınmış olan kadercilik anlayışı hala incelenmeye devam edilen bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır [13, 56].

2.2.2. Sağlıkta kadercilik inancı

Sağlık kaderciliği, bireyin sağlık durumunun kendi kontrolleri altında olmadığı, daha yüksek bir güç tarafından önceden belirlendiği inancını ifade etmektedir [10, 11]. Bazı hastalıkların konu olduğu araştırmalarda sağlık ve kadercilik kavramları arasında negatif

yönde bir ilişki olduğu bulunmuşken; bazı çalışmalarda ise kaderciliğin sağlık davranışlarını olumsuz etkilemediği, aksine hastalıkla başa çıkma konusunda pozitif bir etkisinin olduğu belirlenmiştir [13, 58-61].

Kadercilik inancının bireyi pasifliğe iten ve kişinin sorumluluklarını bulanıklaştıran bir yönü vardır [56]. Kaderciliğe olan inanç, bireyin tutum ve davranışlarını güçlü bir şekilde etkileyebilmekte, bireyler sağlığa zararlı olan davranışlar sergileyebilmektedirler [9-11]. Kadercilik inancı olan kişiler, sağlık ve hastalık hallerini iradeleri dışında olan bir durum olarak düşünebilmekte ve sağlıkları konusunda ihmalcı davranıp ve mücadele etmeye gereksinim duymamakta; mevcut durumlarını kabullenmektedirler [11].

Yapılan araştırmalar kaderciliğin öz-yeterliliği ve koruyucu sağlık davranışlarını sürdürmeyi olumsuz olarak etkilediğini göstermiştir [13, 58-60]. Bir araştırmaya göre; kaderci olan kadınların, düşük öz-yeterliliğe sahip olmaları ve kaderlerini değiştirmek adına çok az şey yapabileceklerine inanmalarından dolayı, tarama testlerine katılma oranlarının düşük olduğu bildirilmiştir [13, 59]. Kanseri hastalarda yapılan bir çalışmada ise erken teşhis ve tedaviyi reddeden bireylerin, reddetme sebepleri arasında öz-yeterlilik ve kaderciliğin de etkilerinden söz ettikleri görülmüştür [60]. Dini inanç zihinsel ve fiziksel sağlıkta bütünleştirici bir kaynak olabilmektedir. Dini inancın bir getirisi olan kadercilik, hastaların rahatlayıp iyileşmelerine ve hastalıkları ile başa çıkmalarına destek olup tedaviye uyum sağlamaları konusunda katkı sağlayabilir [16]. Dini kaderciliğin anlamını ve sağlık inançlarını nasıl etkilediğini tanımlamak için yapılmış bir çalışmanın sonucunda, bireylerin sağlıklarından kendilerinin sorumlu olduğuna inandığı, ancak kaderciliği kontrolleri dışındaki olayları nasıl kabul edebilecekleri ve sağlık durumlarıyla nasıl başa çıkabilecekleri konusunda yardımcı olan bir inanç olarak anlamlandırdıkları bulunmuştur [13, 61]. Kadercilik ve depresyonla ilgili bir çalışmada, kadercilik aktif ve pasif kadercilik olarak iki farklı biçimde tanımlanmıştır. Çalışmada önceden belirlenmiş olan geleceğin sonuç verebilmesi için bireyin üzerine düşeni yapması gerektiğini savunan aktif kaderciliğin, depresyonu azaltmadaki etkilerinden bahsedilmektedir [13, 62]. Bu konudaki araştırmalar incelendiğinde kadercilik, hastalık teşhisi sonrasında ve tedavi aşamasında hastalıkla başa çıkmayı kolaylaştırabildiği gibi; genellikle hastalıklara karşı önlem alma, düzenli sağlık kontrolüne gitme, doktor önerilerine uyma gibi davranışların önüne geçen ve hastalığın oluşması ya da ilerlemesine sebep olabilecek bir faktör olarak değerlendirilmektedir [13, 61, 62].

2.2.3. Kanser ve kadercilik ilişkisi

Kanser; bireyi fiziksel, duygusal ve psikolojik olarak etkileyen oldukça zor bir hastalıktır [13, 61, 62]. Hastalık fiziksel bir süreç olarak görülse de bireyde hastalığın yansımaları ruhsal, sosyal, çevresel, psikoseksüel olarak çoklu boyutlarda olabilmektedir [5]. Kanseri tanısı; ölümü ve acıyı çağrıştırmakta, kaygıları, sorgulamaları ve kederi beraberinde getirmektedir [5]. Birey, kanser tanısı ve tedavisine uyum aşamasında fiziksel ve psikolojik yönden kendini oldukça karışık bir sürecin içinde hissedebilmektedir [7]. Birey bir hastalık tanısı aldığı anda, hastalığı anlamak ve baş etmek adına bilgi, tecrübe, değer, gereksinim ve inançlarına göre hastalıklarını anlamlandırıp açıklama gayretine girmektedir. Hastalığın yanında, hastalığa yüklenen bu anlamlar bireyin tepkilerini etkileyebilmektedir [7, 11]. Kanserle yönelik gösterilen tepkiler ve bireyin kansere yüklediği anlamlar, bireyin değerleri ve inançları ile yakından ilişkilidir ve bu durum hastalığı yönetmede önemli bir belirleyicidir [5, 11].

Kanser kaderciliği, umutsuzluk, güçsüzlük ve değersizlik duygularıyla tanımlanan çok boyutlu bir kavramdır [12, 13]. Kanser hastalarında kadercilik hakkındaki yapılmış bir çalışmadaki görüşme analizlerinde, sağlık hizmetlerine yetersiz erişim ve yetersiz mahremiyet gibi çok sayıda ve karmaşık faktörün kadercilik kavramının kullanımını teşvik ettiği gösterilmiştir [63].

Literatürde kaderciliğin sağlık davranışlarını olumsuz etkilediğine dair pek çok bulgu vardır [56, 57, 64, 65]. Sağlığını iyileştirmeye yönelik davranışlarda bulunmayan bireylerin daha yüksek düzeyde kaderci inançlara sahip oldukları bildirilmiştir [64]. Bazı çalışmalarda kaderciliğin sağlık hizmeti kullanımını azalttığı bulunmuş olsa bile, bazı çalışmalarda da kaderciliğin hastalıkların tedavisine yönelik bir engel oluşturduğuna dair güçlü delillerin var olmadığı sonucuna varılmıştır [57]. Meme ve prostat kanseri hastaları ile yapılan tarama çalışmalarında; erken tanı davranışı göstermeyen yetişkinlerin, tarama yaptıranlardan daha yüksek kaderci eğilimlere sahip olduğu bulgusu paylaşılmıştır [13, 64]. Yüksek kadercilik inancının, kanser gibi yaşamı büyük ölçüde etkileyen hastalıklarda hastalıkla ilgili bilgi ve önlem almayı azalttığı da araştırmalar sonucunda ortaya çıkmıştır [56, 65]. Kanserin erken teşhisinde diğer faktörlerle birlikte kaderciliğin etkisini inceleyen bir çalışmada kadınların eğitim düzeyleri ile kadercilik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir [66].

Kadeci inanç sahibi kanserli bireyler kanserin ölümcül olduğuna inanıp tedaviyi erteleyebilmekte ya da tamamen reddedebilmektedir [14]. Sharf ve arkadaşları tarafından

yapılan nitel bir araştırmada, kaderci dūřünceleri nedeniyle akciğer kanseri hastalarının teşhis ve tedavi için öneriye gereksinim duymadıkları, kendilerini güvende ve iyi hissettikleri sonucuna varılmıştır [60].

Kanser kaderciliğiyle ilgili tüm bu olumsuzlukların ele alınması, kaderci tutumları değiştirmeye yönelik çalışmaları gündeme getirmiştir. Powe ve Weinrich video ile müdahalenin kanser kaderciliğini azaltmadaki etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada, müdahale grubu, Güney Carolina Tıp niversitesi'nin ‘‘Hikyeyi Anlatmak Yaşamak Tanrı'nın İradesi’’ videosu izletilmiştir. Videoda kansere ilişkin bilgiyi arttırma ve kanser tarama programlarına katılımı arttırmayı destekleyici içerik kullanılmıştır. Kontrol grubu ise Amerikan Kanser Derneği'nin Kolorektal Kanser: Kimsenin Bahsetmediği Kanser videosunu izlemiştir. Müdahale videosunu izleyen kişilerin, izlemeyenlere göre kanser kaderciliği puanlarında daha büyük bir düşüş olduğu, videonun kanser kaderciliğini azalttığı bildirilmiştir [67].

Pek çok araştırmada kaderciliğin, bireylerin hastalıklara karşı kendini koruma davranışlarını engelleyebildiği ve sağlıklı yaşam şeklini sürdürme davranışlarında olumsuz etkiler yarattığı belirtilmiştir [13, 60, 64, 68]. Literatürde bunun aksini gösteren çalışma sonuçları da vardır. Yapılan bir çalışmada kaderci inanç sahibi olmalarına rağmen bireylerin kanser taramalarına yönelik olumlu tutumda oldukları bildirilmektedir [68].

2.3. z-Yeterlilik

z-yeterlilik kavramı spor, sağlık, medya, psikiyatri, uluslararası ilişkiler ve daha pek çok alanda araştırılan bir kavramdır [69]. z-yeterlilik kavramı ilk kez psikolog Albert Bandura tarafından 1977 yılında, tanımlanmıştır [20, 70]. Bandura z-yeterliliği; ‘‘Bireyin belirli bir performans düzeyini başarma kapasitesine ilişkin yargısı’’ olarak tanımlamıştır [71].

z-yeterlilik, bireyin sahip olduğu becerilerle farklı durumlarda neler yapabileceğine dair inancıdır. z-yeterlilik bireyin hangi davranışları seçtiğini, karşılaştığı sorunlar ya da deneyimler karşısında ne kadar çaba gösterdiğini ve bu çabayı ne kadar sürdürdüğünü etkiler [17]. z-yeterlilik, motivasyonun ve hedefe yönelik davranışın sürdürülmesinde önemli bir role sahiptir [72]. Bununla birlikte öz-yeterlilik inancı insanların hayatlarını değiştirebilecek eylemleri de etkilemektedir. Ayrıca z-yeterlilik yeterli düzeyde motivasyon ve yetenek beraberinde ortaya çıkmakta ve bir işe başlayıp, o işi sürdürmede bireye yardımcı olmaktadır [69]. Yüksek z-yeterliliğe sahip bireyler daha zorlu görevleri yerine getirmeyi seçerler.

Kendilerine daha yüksek hedefler koyarlar ve bunlara bağlı kalırlar [73, 74]. Eylemler düşüncede önceden şekillendirilir ve insanlar öz-yeterlilik düzeylerine uygun olarak iyimser veya kötümser senaryolar öngörürler. Bir eylem gerçekleştirildikten sonra, yüksek öz-yeterliliğe sahip kişiler daha fazla çaba harcar ve bu çabaya düşük öz-yeterliliğe sahip olanlardan daha uzun süre devam ederler [73, 75]. Algılanan öz-yeterlilik ne kadar güçlü olursa, sorunlar karşısında gösterilen çabalar da o kadar aktif olmaktadır [76].

2.3.1. Öz-yeterlilik ve sağlık ilişkisi

Sağlığı geliştirici davranışları benimsemek ve sağlığa zararlı davranışlardan uzak durmak güçtür. Çoğu insan, değişime karar verme ve daha sonra benimsenen değişiklikleri sürdürme konusunda zorluk çeker [17, 73]. Öz-yeterlilik, bireylerin öz bakımlarını geliştirmesinde ve davranış değişikliği yapmasında etkilidir [17]. Algılanan öz-yeterlilik, kişinin riskli sağlık davranışlarını kişisel eylemle değiştirebileceğine olan inancını temsil eder [73, 76]. Hastalıklar kişinin yaşamına girip hayatında pek çok engel ve kısıtlılık yaratabilmektedir. Bu yüzden hastalıkları kabullenmek pek de kolay değildir [77]. Öz-yeterlilik düzeyi yüksek bireyler; hastalıklarını daha kolay kabullenmekte, hastalık ve tedavilerini daha iyi yönetmektedirler [19, 20].

Bandura öz-yeterlilik teorisinde; birey davranışı sonucunda sağlık durumunu iyileştirilebileceğine inanırsa, sağlık durumunu etkileyen davranışlarında algılanan öz-yeterliliğinin gelecekteki sağlığını öngöreceğini, öz-yeterliliğin durağan değil değiştirilebilir bireysel bir özellik olduğunu ve gelişmiş öz-yeterliliğin sağlık durumu gelişimi ile ilişkili olduğunu belirtmiştir [17, 77].

İnsanların kendi yeterliliklerine olan inançları, hedeflerine ulaşmaları üzerinde doğrudan bir etkiye sahiptir [75]. Bu nedenle, hastalık süreçlerinin öz yönetimini iyileştirmek için hastaların öz-yeterlilikleri artmış olmalı ve hastalıklarını yönetebileceklerine inanmalıdırlar [19, 74, 75]. Anekwe ve Rahkovsky, kronik hastalığı olan herhangi bir bireyin, hastalığının türü fark etmeksizin, hastalığını yönetmek için belirli becerilere ihtiyaç duyduğunu ve öz-yeterliliğin de bunlardan biri olduğunu savunmaktadır [78].

2.4. Akciğer Kanserinde Kadercilik, Öz-Yeterlilik ve Hemşirelik Bakımı

Akciğer kanseri pek çok etiyolojik faktör ve belirtiyi içinde barındıran, uzun bir tedavi ve bakım süreci gerektiren, tüm dünyada insan sağlığını tehdit eden, görülme sıklığı giderek artan, çağımızdaki en önemli sağlık sorunlarından biridir. Kanser, hastalık sürecinin her

aşamasında hastada stres yaratan, yaşamı zorlaştıran ve dengeyi bozan bir hastalıktır. Kanser tanısı konan bireyler tüm hastalık sürecinde bazı duygusal, ruhsal ve davranışsal tepkiler gösterirler. Bireylerin inançları da bu tepki ve davranışlarının gerçekleşmesinde etkilidir [5, 8]. Bu nedenle bireylerin öz-yeterlilik algıları ve kadercilik inançları da tüm hastalık sürecinde bireyin davranış ve tepkilerini etkilemektedir [11, 17].

Sağlık kaderciliği, bireyin sağlık durumunun kendi kontrolleri altında olmadığı, daha yüksek bir güç tarafından önceden belirlendiği inancını ifade etmektedir [10, 11]. Algılanan öz-yeterlilik ise, kişinin riskli sağlık davranışlarını kişisel eylemle değiştirebileceğine olan inancını temsil eder [73, 76].

Kaderciliğe olan inanç, bireyin tutum ve davranışlarını güçlü bir şekilde etkileyebilmekte, bireyler sağlığa zararlı olan davranışlar sergileyebilmektedirler [9-11]. Kadercilik inancı olan kişiler, sağlık ve hastalık hallerini iradeleri dışında olan bir durum olarak düşünebilmekte ve sağlıkları konusunda ihmalcı davranıp mücadele etmeye gereksinim duymamakta; mevcut durumlarını kabullenebilmektedirler [11]. Bununla beraber, dini inanç zihinsel ve fiziksel sağlıkta bütünleştirici bir kaynak olabilmektedir. Dini inancın bir getirisi olan kadercilik, hastaların rahatlayıp iyileşmelerine ve hastalıkları ile başa çıkmalarına destek olup tedaviye uyum sağlamaları konusunda katkı sağlayabilir [15, 16].

Yüksek öz-yeterlilik algısına sahip olan kişiler, bir işi istekle yapar, zor durumlarla karşılaştığında pes etmeden üstesinden gelmek için çaba gösterirler. Düşük öz-yeterlilik algısına sahip olan kişiler ise zorluklardan kaçınarak çabuk vazgeçerler ve daha az çaba gösterirler [18]. Bireyin öz-yeterlilik algısı, sağlığı geliştiren davranışların başlatılmasında ve sürdürülmesinde önemli bir belirleyici olarak karşımıza çıkmaktadır [79]. Kanser gibi kompleks tedavi ve bakım gerektiren hastalığa sahip kişilerin, yaşam şekli değişikliği yapabilmek ve hastalık süreci ile başa çıkabilmek için yeni beceriler kazanmasında öz-yeterlilik inancının rolü çok büyüktür [17, 79].

Olayların dış bir güç tarafından kontrol edildiğini düşünen bireylerin kendilerine olan inançları zayıflayabilmektedir [80]. Kadercilik ve sağlık davranışları arasındaki ilişkiyi ele alan 46 çalışmayı içeren bir meta-analizde yüksek kadercilik düzeyleri ile sağlığı tehdit eden davranışlar arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir [64]. Başka bir çalışmada ise kanser hastalarının öz-yeterlilik düzeylerinin düşük olduğu, öz-yeterliliğin düşük olmasının ise tükenmişliği arttırdığı ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görülmüştür [17, 81].

Kanser; fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi boyutlarda bireyi etkileyerek, bireyin hayatında önemli değişimler meydana getirebilen çok boyutlu bir hastalıktır. Bu nedenle bakımı da çok boyutlu bir yaklaşım gerektirmektedir [23]. Akciğer kanseri hastaları için tedavi sırasında destekleyici ve palyatif bakımın faydalı olduğu bilinmektedir [82]. Kanser hastasının bakımında onkoloji hemşiresi oldukça önemli bir role sahiptir. Hemşire hastaları bütüncül şekilde ele alarak, bireye özgü bakım vererek ve etkili iletişim becerilerini kullanarak hastaların yaşadığı sorunları belirleyip, bu sorunlara yönelik girişimleri planlayıp uygulamalıdır [8].

Hastalık yönetiminde önemli bir değişken olan öz-yeterlilik sağlık geliştirme davranışları için doğrudan motivasyona yol açar. Kronik hastalıklarda da algılanan öz-yeterlilik hastalıkla başa çıkmada bireyin davranışlarını etkilemektedir [17]. Her birey kendi kültürel değer ve inançlarıyla doğmakta ve bunlara göre hayatlarını devam ettirmektedir. Kadercilik inancı da buna örnek teşkil etmektedir ve bireylerin sağlık davranışları üzerinde etkisi olduğu görölmektedir. Bu nedenle hizmet verdiği bireylerin sağlığını geliştirme konusunda öncü profesyoneller olan hemşirelerin kanser hastalarının bakımında bu konulara özen göstererek, bakımlarında bireylerin inanç ve algılarını da ele almaları gerekmektedir [21-23]. Bakımların bu konular dahil edilerek planlanıp uygulanmasının; hastaların yaşadıkları sorunlarla baş etme becerilerini geliştirebileceği, hastalıklarına uyumlarını artıracabileceği ve yaşam kalitelerinde artış sağlayabileceği düşünölmektedir [8].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, akciğer kanseri hastalarında sağlıkta kadercilik inançları ve öz-yeterlilik algılarını ve sağlıkta kadercilik inançları ile öz-yeterlilik algıları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla kesitsel ve ilişki arayıcı tipte yürütülmüştür.

3.2. Araştırma Soruları

1. Akciğer kanseri hastalarının sağlıkta kadercilik inançlarının düzeyi nedir?
2. Akciğer kanseri hastalarının öz-yeterlilik algıları nasıldır?
3. Akciğer kanseri hastalarının sağlıkta kadercilik inançları sosyo-demografik ve hastalık özelliklerine göre değişmekte midir?
4. Akciğer kanseri hastalarının öz-yeterlilik algıları sosyo-demografik ve hastalık özelliklerine göre değişmekte midir?
5. Akciğer kanseri hastalarının sağlıkta kadercilik inançları ve öz-yeterlilik algıları arasında ilişki var mıdır?

3.3. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Özellikleri

Bu araştırma, 10.02.2023-01.06.2023 tarihleri arasında Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde bulunan Kemoterapi Ünitesi ve Onkoloji Servisi'nde yürütülmüştür. Kemoterapi ünitesi hafta içi 08:00-16:00 saatleri arasında hizmet vermektedir. Ünitede ayaktan tedavi için 52 yatak bulunmakta olup, bir sorumlu hemşire, bir eğitim hemşiresi ve beş hemşire çalışmaktadır. Onkoloji servisi 7/24 hizmet vermekte olup 36 yatak kapasitelidir. Serviste toplamda 23 hemşire çalışmaktadır.

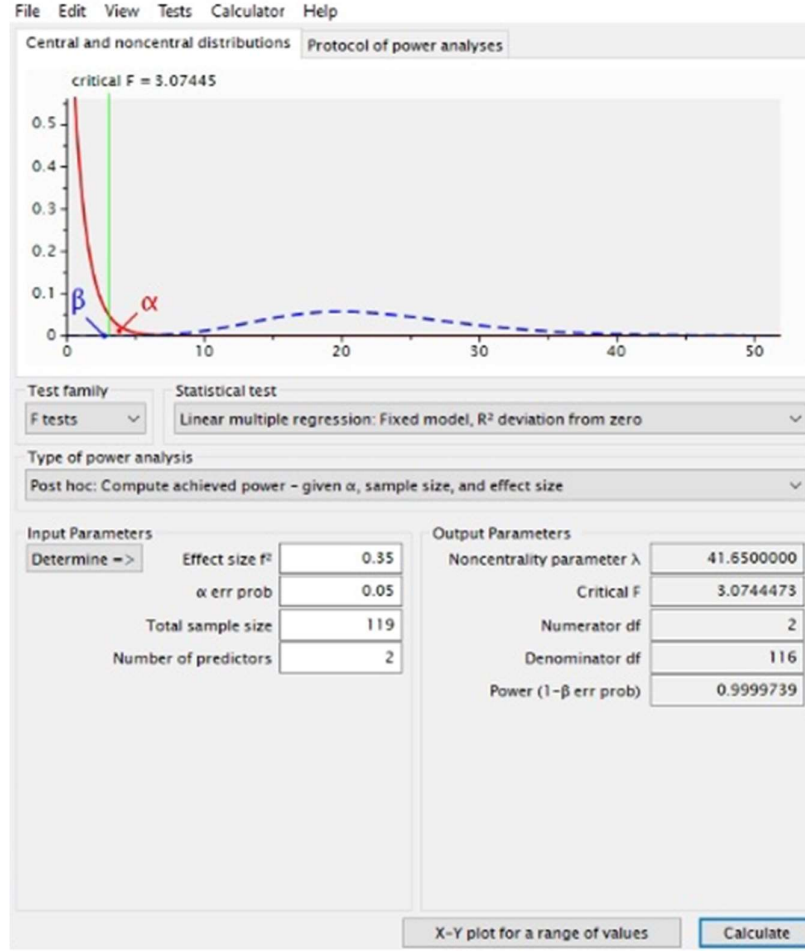
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini, 10.02.2023-01.06.2023 tarihleri arasında Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde bulunan Kemoterapi Ünitesine tedavi amaçlı başvuran ve Onkoloji Servisi'nde yatarak tedavi alan, son 6 ay içinde tanı almış akciğer kanserli hastalar oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini ise; 10.02.2023-01.06.2023 tarihleri arasında Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde bulunan Kemoterapi Ünitesine tedavi amaçlı başvuran ve Onkoloji Servisi'nde yatarak tedavi alan, son 6 ay içinde tanı almış akciğer kanserli hastalardan araştırmaya katılmaya onam veren ve

dahil edilme kriterlerine uyan bireyler oluşturmıştır ($n=123$). Örnekleme dahil edilen bireylerden bir kişinin larenks metastazından dolayı konuşamaması nedeniyle, bir kişinin kemoterapi tedavisi sırasında alerji geliştiği için kendini kötü hissetmesinden dolayı, bir kişinin trakeostomisi nedeniyle konuşamamasından dolayı ve bir kişinin de araştırmaya katılmayı kabul edip imza atmaktan kaçındığı için araştırmaya katılmayı reddetmesi nedeniyle toplamda dört kişi araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırmaya dâhil edilme kriterlerini sağlayan ve onam veren 119 akciğer kanserli birey ile çalışma tamamlanmıştır. G-Power güç analizi aşağıda sunulmuştur. Çalışmanın gücü G*Power yazılımı (sürüm 3.1.9.7, Düsseldorf, Almanya) kullanılarak değerlendirilmiştir. Girdi parametreleri; etki büyüklüğü = 0,35, anlamlılık düzeyi (α) = 0,05, toplam örneklem büyüklüğü = 119 ve yordayıcı sayısı = 2 olarak belirlenmiştir. Çıktılar, güç ($1-\beta$) = 0,9999 olarak hesaplanmıştır. Bu durum, çalışmanın istatistiksel gücünün (%99,99) oldukça yüksek olduğunu göstermektedir.





Şekil 3. 1. G*Power yazılımı kullanılarak yapılan güç analizi sonucu.

3.4.1. Dâhil edilme kriterleri

Araştırmanın dâhil edilme kriterleri amaç, hipotez ve değişkenlerine göre ilgili literatür kullanılarak belirlenmiştir [9, 11, 58, 74, 83, 84].

Dâhil edilme kriterleri:

- Son altı ay içinde akciğer kanseri tanısı almış olan,
- Sözel iletişim kurulabiliyor olan,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler araştırmaya dâhil edilmiştir.

3.4.2. Dışlama kriterleri

Araştırmaya katılmaya onam vermeyen, sözel iletişim kuramayan ve akciğer kanseri tanısı alması üzerinden 6 aydan fazla süre geçen bireyler araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Bireylerin sağlıkta kadercilik inançları ve öz-yeterlilik algısı puan ortalamaları çalışmanın bağımlı değişkenleri olarak tanımlanmıştır.

Bağımsız Değişkenler: Bireylerin demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim düzeyi, yaşadığı yer, meslek vb.), hastalığa ilişkin özellikleri (akciğer kanseri tanısını ne zaman aldığı, sigara kullanım durumu, başka hastalığının olup olmadığı vb.) bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, Hasta Tanıtım Formu, Kadercilik Ölçeği ve Genel Algılanan Öz-Yeterlilik Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

3.6.1. Hasta tanıtım formu

Hasta tanıtım formu, araştırmacı tarafından literatür incelenerek oluşturulmuştur. Sosyodemografik ve hastalık ile ilgili bilgiler içeren toplam 17 sorudan oluşmaktadır [11, 74].

3.6.2. Kadercilik ölçeği (KÖ)

Shen ve arkadaşları tarafından 2009 yılında geliştirilen Ölçek 20 maddeden oluşan 5'li likert tipinde bir ölçektir. Ölçek 1= kesinlikle katılmıyorum, 5= kesinlikle katılıyorum şeklinde cevaplanır. "Ön Belirlenim" (1.-10. maddeler), "Şans" (11.-14. maddeler) ve "Karamsarlık" (15.-20. maddeler) olmak üzere üç alt boyuttan oluşmakta ve kaderciliği değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. Ölçekten alınan puan 20 ile 100 arasında değişmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde ölçekten alınan toplam puan ölçek madde sayısına bölünür. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Veysel Kızılarıslan tarafından 2020 yılında yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alpha değeri 0,84 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınan puanın yüksek olması kaderciliğin yüksek olduğunu, düşük olması kaderciliğin düşük olduğunu gösterir [84, 85]. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alpha değeri 0,83 olarak bulunmuştur.

3.6.3. Genel algılanan öz-yeterlilik ölçeği (GAÖÖ)

Ölçek Matthias ve arkadaşları tarafından 1981 yılında geliştirilmiştir. Ölçek 10 maddeden oluşmakta ve maddeleri 1-4 arasında puan almaktadır. Ölçek pozitif maddelerden

oluşmakta ve değerlendirilmesi toplam puan üzerinden yapılmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Behice Erci tarafından 2006 yılında yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alpha değeri 0,89 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınan puanın yüksek olması algılanan öz-yeterliliğin yüksek olduğunu, düşük olması algılanan öz-yeterliliğin düşük olduğunu gösterir [83]. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alpha değeri 0,76 olarak bulunmuştur.

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırmada veriler, 10.02.2023-01.03.2022 tarihleri arasında, bireylerin dahil edilme kriterlerine uygunluğu değerlendirilerek, Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde bulunan Kemoterapi Ünitesine tedavi amaçlı başvuran ve Onkoloji Servisi'nde yatarak tedavi alan, son 6 ay içinde tanı almış akciğer kanserli hastalar ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak 30 dakikalık sürede Gamze Topuz tarafından toplanmıştır. Veriler hafta içi günlerde toplanmış olup serviste yatan hasta değişimi ihtimalinden dolayı hafta sonu servise gidilerek hasta kontrolü yapılmıştır. Kemoterapi ünitesindeki hastaların verileri hastalar kemoterapi alırken, onkoloji servisinde yatan hastaların verileri ise hasta odalarında toplanmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmaya başlamadan önce Amasya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (Tarih:20.01.2023, Karar No:10) (EK-1) ve Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü'nden (Tarih:17.01.2023, Sayı: E-44076052-903.99-390768) (EK-2) kurum izni alınmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için bireylere araştırma hakkında bilgi verilip, amaç açıklandıktan sonra araştırmaya katılmaya onam veren bireylerden sözel ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (EK-3) ile yazılı onam alınmıştır. Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için kullanılacak ölçeklerin izinleri mail yoluyla ölçeklerin yazarlarından yazılı olarak alınmıştır (EK-4). Çalışmanın tüm aşamalarında Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamaları gözetilmiştir.

3.9. Verilerin Analizi

Araştırmada kullanılan veriler, Statistical Pack Age for Social Sciences (SPSS) ve Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan, frekans ve yüzdelik değerler kullanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov test ile ölçülmüştür. Nicel

bağımsız verilerin analizinde ölçek puanlarının tanıtıcı özellikler ile karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Korelasyon analizinde Spearman korelasyon analiz yöntemi uygulanmıştır [86]. Ölçeklere ilişkin güvenirlikte Cronbach alpha kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

Araştırmaya katılan bireylerin demografik özellikleri Tablo 4.1.'de sunulmuştur.

Tablo 4. 1. Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımları (n=119)

	n	%
Yaş($\bar{x} \pm ss$)		64,0 $\pm$ 9,0
Cinsiyet		
Erkek	96	80,7
Kadın	23	19,3
Medeni Durum		
Evli	97	82,9
Bekar	20	17,1
Eğitim Durumu		
Okur Yazar Olan ve Olmayan	14	11,7
İlköğretim	64	53,8
Ortaöğretim	16	13,4
Lise ve Üstü Öğretim	25	21,1
Meslek		
Ev hanımı	20	16,9
İşçi	10	8,5
Memur	14	11,9
Emekli	63	53,4
Diğer	11	9,3
Çalışma Durumu		
Evet	6	5
Hayır	113	95
Gelir Düzeyi		
Gelirim giderimden fazla	8	6,7
Gelirim giderimle eşit	90	75,6
Gelirim giderimden az	21	17,7

*Yüzdele n değeri üzerinden hesaplanmıştır. SS: Standart sapma

Akciğer kanserli bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1’de verilmiştir. Bireylerin %80,7’sinin erkek, %82,9’unun evli ve %53,8’inin ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Ayrıca bireylerin %53,4’ünün emekli olduğu ve %95,0’inin çalışmadığı ve %75,6’sının gelir gider dengesinin eşit olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).



Akciğer kanserli bireylerin hastalık ve tedavi özellikleri Tablo 4.2.'de sunulmuştur.

Tablo 4. 2. Bireylerin Hastalık ve Tedavi Özelliklerine Göre Dağılımları (n=119)

	n	%
Sigara kullanma durumu		
Evet	10	8,4
Hayır	109	91,6
Alkol kullanma durumu		
Evet	2	1,7
Hayır	117	98,3
Genel sağlık durumu		
İyi	71	59,6
Orta	41	34,5
Kötü	7	5,9
Düzenli sağlık kontrolüne gitme durumu		
Evet	60	50,24
Hayır	59	49,66
Düzenli egzersiz yapma durumu		
Evet	50	42
Hayır	69	58
Sağlıklı beslenme durumu		
Evet	99	83,2
Hayır	20	16,8
Ailede kanser öyküsü varlığı		
Evet	76	63,9
Hayır	43	36,1

Tablo 4. 2. Devamı

Kanser evresi		
1. Evre	3	2,5
2. Evre	28	23,7
3. Evre	29	24,6
4. Evre	58	49,2
Başka kronik hastalık varlığı		
Evet	81	68,1
Hayır	38	31,9

*Yüzdelere n değeri üzerinden hesaplanmıştır. SS: Standart Sapma

Akciğer kanseri olan bireylerin hastalık ve tedavi özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.2.'de verilmiştir. Bireylerin %91,6'sının aktif olarak sigara kullanmadığı, %98,3'ünün alkol kullanmadığı, %52,9'unun genel sağlık durumunun iyi olduğu, %50,24'ünün düzenli sağlık kontrolüne gittiği, %83,2'sinin sağlıklı beslendiği ve %58,0'inin düzenli egzersiz yapmadığı, saptanmıştır. Bireylerden 63,9'unun ailesinde kanser öyküsü bulunduğu, %49,2'sinin akciğer kanserinin 4. evresinde olduğu ve %68,1'inin başka bir veya daha fazla kronik hastalığa sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4. 3. GAÖÖ ve KÖ Puan Ortalamaları (n=119)

ÖLÇEKLER	Min*	Max**	Ort***	SS****	Med*****
Öz-yeterlilik toplam	18	40	33,30	5,22	34,00
Kadercilik toplam	1,40	5,00	3,02	0,77	2,85
Karamsarlık	1,00	5,00	2,34	0,93	3,60
Şans	1,00	5,00	2,38	1,39	2,00
Ön Belirlenim	1,40	5,00	3,67	0,83	2,17

*Min: Minimum, **Max: Maksimum, ***Ort: Ortalama, ****SS: Standart Sapma, *****Med: Medyan

Araştırmada kullanılan ölçeklerin puan ortalamaları Tablo 4.3'te verilmiştir. GAÖÖ puan ortalaması $33,30 \pm 5,22$ 'dir. KÖ puan ortalaması $3,02 \pm 0,77$ olarak hesaplanmıştır ve ölçeğin alt boyutlarının puan ortalaması sırasıyla, "Karamsarlık" $2,34 \pm 0,93$; "Şans" $2,38 \pm 1,39$; "Ön Belirlenim" $3,67 \pm 0,83,0$ 'dır (Tablo 4.3).

Tablo 4. 4. Bireylerin Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre GAÖÖ, KÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=119)

		GAÖÖ toplam	KÖ toplam	Karamsarlık	Şans	Ön Belirlenim
		Ort±SS(min-max)/med	Ort±SS(min-max)/med	Ort±SS(min-max)/med	Ort±SS(min-max)/med	Ort±SS(min-max)/med
Cinsiyet	Kadın	33±5,18(18-40)/33	3,15±0,79(1,55-4,05)/3,45	2,58±0,80(1,50-4,17)/2,50	2,40±1,36(1,00-5,00)/2,00	3,80±0,94(1,40-5,00)/4,10
	Erkek	33,38±5,25(18-40)/34	2,98±0,77(1,40-5,00)/2,80	2,28±0,96(1,00-5,00)/2,00	2,38±1,41(1,00-5,00)/2,00	3,64±0,81(1,70-5,00)/3,55
Test Değeri		1192	945,5	856,00	1083,00	928,50
p değeri		0,55	0,25	0,94	0,89	0,24
Medeni Durum	Evli	33,60±5,23(18-40)/34	2,93±0,74(1,40-4,50)/2,80	2,28±0,93(1,00-4,67)/2,00	2,30±1,39(1,00-5,00)/2,00	3,57±0,80(1,40-5,00)/3,50
	Bekar	31,85±5,02(25-40)/31,5	3,45±0,81(2,05-5,00)/3,60	2,62±0,91(1,33-5,00)/2,42	2,83±1,35(1,00-5,00)/3,00	4,20±0,79(2,50-5,00)/4,30
Test Değeri		750	1316,5	1215,00	1229,00	1415,00
p değeri		0,11	0,01	0,11	0,08	0,00
Eğitim Durumu	Okuryazar Olan ve Olmayan ¹	29,71±4,76(24-40)/28	3,67±0,33(3,00-4,20)/3,65	2,89±0,70(2,17-4,67)/2,75	3,14±1,25(1,00-5,00)/3,75	4,34±0,61(3,00-5,00)/4,35
	İlköğretim ²	33,58±5,34(18-40)/34	3,17±0,73(1,70-4,45)/3,28	2,42±0,89(1,00-4,67)/2,25	2,81±1,40(1,00-5,00)/2,88	3,77±0,77(1,90-5,00)/3,80
	Ortaöğretim ³	34,38±4,57(26-40)/34,5	2,90±0,83(2,05-5,00)/2,65	2,34±1,23(1,00-5,00)/1,92	1,70±1,23(1,00-5,00)/1,00	3,71±0,67(2,50-5,00)/3,60
	Lise ve Üstü Öğretim ⁴	33,92±4,97(25-40)/35	2,32±0,48(1,40-3,50)/2,25	1,82±0,71(1,00-3,67)/1,67	1,31±0,52(1,00-2,75)/1,00	3,03±0,81(1,40-4,50)/3,10
Test Değeri		8,535	35,687	16,99	32,191	10,191
p değeri		0,036	0,000	0,010	0,000	0,000
Post-hoc		-	1-4; p=0,000 , 2-4; p=0,000	1-3; p=0,012 , 2-3; p=0,012 1-4; p=0,000 , 2-4; p=0,000	1-3; p=0,012 , 2-3; p=0,012 1-4; p=0,000 , 2-4; p=0,000	1-4; p=0,000 , 2-4; p=0,001

Tablo 4.4. Devamı

		GAÖÖ toplam	KÖ toplam	Karamsarlık	Şans	Ön Belirlenim
		Ort±SS(min-max)/med	Ort±SS(min-max)/med	Ort±SS(min-max)/med	Ort±SS(min-max)/med	Ort±SS(min-max)/med
Meslek	Ev Hanımı ¹	32,50±5,35(18-40)/32	3,37±0,57(2,15-4,05)/3,53	2,73±0,75(1,50-4,17)/2,75	2,56±1,38(1,00-5,00)/2,50	4,09±0,59(3,00-5,00)/4,15
	İşçi ²	34,80±6,00(23-39)/37	2,94±0,60(1,95-3,75)/3,00	2,28±1,08(1,00-4,17)/2,08	2,40±1,56(1,00-5,00)/1,88	3,55±0,74(2,10-4,60)/3,50
	Memur ³	33,79±5,16(24-40)/34,5	2,72±0,90(1,65-5,00)/2,40	2,24±1,24(1,00-5,00)/1,67	2,11±1,40(1,00-5,00)/1,38	3,26±0,79(1,90-5,00)/3,15
	Emekli ⁴	33,49±5,19(18-40)/34	2,98±0,80(1,40-4,50)/2,75	2,17±0,83(1,00-4,50)/2,00	2,37±1,44(1,00-5,00)/2,00	3,72±0,87(1,40-5,00)/3,80
	Diğer ⁵	31,55±4,99(22-40)/31	3,08±0,73(1,85-4,05)/3,20	2,79±1,09(1,50-4,67)/2,67	2,57±1,21(1,00-5,00)/2,25	3,45±0,75(1,90-4,60)/3,50
Test Değeri		4,244	7,818	9,257	1,888	2,565
p değeri		0,374	0,098	0,055	0,756	0,042
Post-hoc						1-3; p=0,024
Çalışma Durumu	Evet	31,83±5,27(23-39)/32,5	2,43±0,58(1,65-3,35)/2,33	1,75±0,46(1,00-2,17)/1,83	2,38±1,50(1,00-5,00)/2,13	2,87±0,69(1,90-3,50)/3,15
	Hayır	33,38±5,23(18-40)/34	3,05±0,77(1,40-5,00)/2,90	2,37±0,94(1,00-5,00)/2,17	2,38±1,39(1,00-5,00)/2,00	3,72±0,82(1,40-5,00)/3,80
Test Değeri		401	502	465,50	335,50	531,50
p değeri		0,45	0,04	0,12	0,97	0,19

Tablo 4.4. Devamı

		GAÖÖ toplam	KÖ toplam	Karamsarlık	Şans	Ön Belirlenim
		Ort±SS(min-max)/med	Ort±SS(min-max)/med	Ort±SS(min-max)/med	Ort±SS(min-max)/med	Ort±SS(min-max)/med
Gelir Düzeyi	Gelirim Giderimden Fazla ¹	34,75±3,88(28-39)/35,5	2,74±1,03(1,55-4,50)/2,60	2,31±1,03(1,50-4,50)/1,92	2,38±1,41(1,00-5,00)/2,00	3,15±1,10(1,40-4,70)/3,35
	Gelirim Giderime Eşit ²	33,78±5,21(18-40)/34,5	2,93±0,76(1,40-5,00)/2,70	2,24±0,92(1,00-5,00)/2,00	2,30±1,41(1,00-5,00)/1,88	3,59±0,80(1,70-5,00)/3,45
	Gelirim Giderimden Az ³	30,71±5,04(18-37)/32	3,51±0,51(2,60-4,30)/3,55	2,76±0,90(1,00-4,67)/3,00	2,76±1,33(1,00-5,00)/2,75	4,25±0,55(3,10-5,00)/4,20
Test Değeri		7,545	12,154	6,43	2,90	14,76
p değeri		0,02	0,002	0,04	0,24	0,000
Post-hoc		1-2; p=0,022	1-3; p=0,050 , 2-3; p=0,002	2-3; p=0,035		1-3; p=0,010 , 2-3; p=0,001
Sigara Kullanma Durumu	Evet	34,1±4,89(25-40)/35	2,88±0,82(1,95-4,15)/2,58	2,12±0,92(1,00-3,50)/2,08	2,48±1,53(1,00-5,00)/2,25	3,50±0,79(2,50-4,70)/3,35
	Hayır	33,23±5,26(18-40)/34	3,03±0,77(1,40-5,00)/2,90	2,36±0,94(1,00-5,00)/2,17	2,38±1,39(1,00-5,00)/2,00	3,69±0,84(1,40-5,00)/3,70
Test Değeri		509,5	616	622,00	521,00	638,50
p değeri		0,73	0,49	0,46	0,81	0,37
Genel Sağlık Durumu	İyi ¹	34,86±4,33(18-40)/35	2,88±0,78(1,40-5,00)/2,65	2,16±0,88(1,00-5,00)/2,00	2,14±1,36(1,00-5,00)/1,75	3,60±0,86(1,40-5,00)/3,60
	Orta ²	31,20±5,91(18-40)/32	3,23±0,73(1,90-4,50)/3,35	2,63±0,99(1,00-4,67)/2,50	2,70±1,38(1,00-5,00)/2,75	3,80±0,78(2,10-5,00)/3,60
	Kötü ³	29,86±3,24(26-34)/30	3,16±0,78(2,05-4,05)/3,30	2,36±0,72(1,00-3,17)/2,33	3,07±1,34(1,00-5,00)/3,25	3,69±0,89(2,50-5,00)/3,70
Test Değeri		16,534	5,587	6,654	7,085	0,679
p değeri		0,000	0,061	0,036	0,029	0,509
Post-hoc		1-2; p=0,001 , 1-3; p=0,021		1-2; p=0,032	1-2; p=0,026	

Tablo 4.4. Devamı

		GAÖÖ toplam	KÖ toplam	Karamsarlık	Şans	Ön Belirlenim
		Ort±SS(min-max)/med	Ort±SS(min-max)/med	Ort±SS(min-max)/med	Ort±SS(min-max)/med	Ort±SS(min-max)/med
Düzenli Sağlık Kontrolüne Gitme Durumu	Evet	33,9±4,94(18-40)/34	2,99±0,81(1,40-5,00)/2,85	2,29±0,99(1,00-5,00)/2,08	2,41±1,48(1,00-5,00)/2,00	3,64±0,80(1,80-5,00)/3,55
	Hayır	32,69±5,56(18-40)/32	3,05±0,73(1,55-4,30)/2,95	2,39±0,88(1,00-4,67)/2,17	2,36±1,31(1,00-5,00)/2,00	3,72±0,87(1,40-5,00)/3,70
Test Değeri		1526	1859	1915,00	1801,00	1881,00
p Değeri		0,19	0,63	0,44	0,86	0,55
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu	Evet	34,24±5,58(18-40)/35	2,85±0,84(1,40-5,00)/2,63	2,27±0,99(1,00-5,00)/2,00	2,15±1,44(1,00-5,00)/1,50	3,48±0,89(1,40-5,00)/3,40
	Hayır	32,62±4,87(22-40)/33	3,14±0,70(1,90-4,50)/3,15	2,39±0,89(1,00-4,67)/2,17	2,56±1,34(1,00-5,00)/2,50	3,82±0,77(2,10-5,00)/3,90
Test değeri		1300	2112	1908,00	2069,00	2099,50
p Değeri		0,02	0,03	0,32	0,58	0,04
Sağlıklı Beslenme Durumu	Evet	33,92±4,92(18-40)/34	2,96±0,78(1,40-5,00)/2,85	2,32±0,96(1,00-5,00)/2,17	2,29±1,38(1,00-5,00)/2,00	3,61±0,85(1,40-5,00)/3,60
	Hayır	30,25±5,69(18-40)/31	3,31±0,69(2,25-4,30)/3,43	2,42±0,81(1,00-4,33)/2,33	2,88±1,38(1,00-5,00)/2,75	4,01±0,64(2,70-5,00)/4,20
Test Değeri		611	1261	1905,50	1240,50	1266,00
p değeri		0,007	0,054	0,45	0,07	0,05
Ailede Kanser Öyküsü Varlığı	Evet	33,05±4,93(18-40)/33,5	2,98±0,70(1,40-4,30)/2,85	2,34±0,84(1,00-4,67)/2,17	2,29±1,39(1,00-5,00)/1,88	3,63±0,76(1,70-5,00)/3,55
	Hayır	33,74±5,73(18-40)/35	3,08±0,89(1,55-5,00)/2,90	2,33±1,09(1,00-5,00)/2,00	2,55±1,40(1,00-5,00)/2,50	3,75±0,96(1,40-5,00)/3,80
Test Değeri		1826,5	-0,711	1536	1814	1809
p değeri		0,29	0,47	0,537	0,308	0,332

Tablo 4.4. Devamı

		GAÖÖ toplam	KÖ toplam	Karamsarlık	Şans	Ön Belirlenim
		Ort±SS(min-max)/med	Ort±SS(min-max)/med	Ort±SS(min-max)/med	Ort±SS(min-max)/med	Ort±SS(min-max)/med
Başka Kronik Hastalık Varlığı	Evet	34,05±04,84(18-40)/35,00	3,04±0,87(1,40-4,45)/2,68	2,32±0,95(1,00-4,33)/2,25	2,61±1,52(1,00-5,00)/2,50	3,64±0,94(1,70-5,00)/3,65
	Hayır	32,95±05,38(18-40)/34,00	3,01±0,73(1,55-5,00)/2,95	2,35±0,93(1,00-5,00)/2,17	2,28±1,33(1,00-5,00)/2,00	3,69±0,79(1,40-5,00)/3,60
Test Değeri		1388,5	1507	1577,5	1359,5	1563
p değeri		0,389	0,855	0,826	0,295	0,891

*p<0.05

K: Kruskal-Wallis, M: Mann-Whitney U

Bireylerin tanımlayıcı özelliklerinin, GAÖÖ toplam, KÖ toplam ve "Karamsarlık", "Şans", "Ön Belirlenim" alt boyutlarının puan ortalamaları ile karşılaştırılması Tablo 4.4'te verilmiştir.

GAÖÖ puan ortalaması ile bireylerin cinsiyet, medeni durum, meslek, çalışma durumu, sigara kullanma durumu, düzenli sağlık kontrolüne gitme durumu, ailede kanser öyküsü varlığı ve başka kronik hastalık varlığı özellikleri arasında anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.4).

Bireylerin gelir düzeyi, genel sağlık durumu, düzenli egzersiz yapma durumu ve sağlıklı beslenme durumu ile GAÖÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.4).

Gelir düzeyi giderinden fazla olan bireylerin geliri giderine eşit ve geliri giderinden az olan bireylere kıyasla ve genel sağlık durumu iyi olan bireylerin, genel sağlık durumu orta ve kötü olan bireylere kıyasla GAÖÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı şekilde düzenli egzersiz yapan bireylerin yapmayanlara kıyasla ve sağlıklı beslenen bireylerin sağlıksız beslenen bireylere kıyasla GAÖÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan post-hoc testlerde geliri giderine göre fazla olanlar ile geliri giderine eşit olanlar arasında GAÖÖ için anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,022$). Aynı şekilde genel sağlık durumu iyi ve orta olan bireyler ile genel sağlık durumu iyi ve kötü olan bireyler arasında da GAÖÖ için anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur (sırasıyla: $p=0,001$, $p=0,021$) (Tablo 4.4).

Cinsiyet, sigara kullanma durumu, düzenli sağlık kontrolüne gitme durumu, sağlıklı beslenme durumu, ailede kanser öyküsü varlığı ve başka kronik hastalık varlığı ile KÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.4).

Eğitim durumu okuryazar olan ve olmayan bireylerin diğer eğitim seviyesindeki bireylere göre KÖ toplam ve "Karamsarlık", "Şans", "Ön Belirlenim" alt boyut puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla: $p<0.001$, $p=0.01$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.01$) (Tablo 4.4). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan post-hoc testlerde eğitim durumu lise ve üstü öğretim olanlar ile ilköğretim olanlar arasında ve lise ve üstü öğretim ile okuryazar olan ve olmayanlar arasında KÖ için anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (sırasıyla: $p=0,000$, $p=0,000$) (Tablo 4.4). "Karamsarlık" ve "Şans" alt boyutları için eğitim durumu ortaöğretim ile ilköğretim, ortaöğretim ile okuryazar olan ve

olmayan, lise ve üstü öğretim ile ilköğretim ve lise ve üstü öğretim ile okuryazar olan ve olmayanlar arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (sırasıyla: $p=0,012$, $p=0,012$, $p=0,000$, $p=0,000$) (Tablo 4.4). "Ön Belirlenim" alt boyutu için eğitim durumu lise ve üstü öğretim olanlar ile ilköğretim olanlar arasında ve lise ve üstü öğretim ile okuryazar olan ve olmayanlar arasında KÖ için anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur (sırasıyla: $p=0,001$, $p=0,000$) (Tablo 4.4).

Gelir düzeyi giderinden az olan bireylerin geliri giderine eşit ve geliri giderinden fazla olan bireylere göre, KÖ toplam, "Karamsarlık" alt boyut ve "Ön Belirlenim" alt boyut puan ortalamaları daha yüksektir (sırasıyla: $p<0.01$, $p<0.05$, $p<0.001$) (Tablo 4.4). Aynı zamanda Çalışmayan bireylerin KÖ toplam puan ortalamasının çalışan bireylere kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan post-hoc testlerde geliri giderine göre fazla olanlar ile geliri giderine eşit olanlar arasında ve geliri giderine eşit olanlar ile geliri giderinden az olanlar arasında KÖ ve "Ön Belirlenim" alt boyutu için anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur (sırasıyla: $p=0,050$, $p=0,002$, $p=0,010$, $p=0,001$) (Tablo 4.4). "Karamsarlık" alt boyutu için geliri giderine eşit olanlar ile geliri giderinden az olanlar arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p=0,035$) (Tablo 4.4).

Genel sağlık durumu orta olan bireylerin "Karamsarlık" alt boyut puanı genel sağlık durumu iyi ve kötü olan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Genel sağlık durumu kötü olan bireylerin ise genel sağlık durumu orta ve iyi olan bireylere kıyasla "Şans" alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan post-hoc testlerde genel sağlık durumu iyi ve genel sağlık durumu orta olan bireyler arasında "Karamsarlık" ve "Şans" alt boyutları için anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (sırasıyla: $p=0,032$, $p=0,026$) (Tablo 4.4).

Bekar bireylerin evli bireylere göre, KÖ toplam ve "Ön Belirlenim" alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0.01$, $p<0.001$) (Tablo 4.4). Aynı şekilde düzenli egzersiz yapmayan bireylerin düzenli egzersiz yapan bireylere kıyasla KÖ toplam ve "Ön Belirlenim" alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Ev hanımı olan bireylerin de diğer mesleklere kıyasla "Ön Belirlenim" alt boyut puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan post-hoc testlerde mesleği ev hanımı

olanlar ile memur olanlar arasında "Ön Belirleme" alt boyutu için anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p=0,024$) (Tablo 4.4).



Tablo 4. 3. Bireylerin GAÖÖ Toplam Puanı ile KÖ Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki (n=109)

			1	2	3	4	5
1	GAÖÖ Toplam	R	1				
		P	.				
2	KÖ Toplam	R	-0,130	1			
		P	0,159	.			
3	Karamsarlık	R	-0,298**	0,719***	1		
		P	0,001	0,000	.		
4	Şans	R	-0,017	0,784***	0,449***	1	
		P	0,854	0,000	0,000	.	
5	Ön Belirlenim	R	-0,029	0,844***	0,360***	0,481***	1
		P	0,755	0,000	0,000	0,000	.

Spearman's rho korelasyon değerleri: 0,00-0,29 zayıf; 0,30-0,64 orta; 0,65-0,84 güçlü; 0,85-1,00 çok güçlü ilişki.

*p<0,05; **p<0,01, ***p<0,001

Tablo 4.5'te sunulan korelasyon analizine göre, GAÖÖ Toplam Puanı ile KÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları arasındaki ilişkiler aşağıdaki gibidir:

1. GAÖÖ Toplam Puanı ile KÖ Toplam Puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($r=-0.130$, $p>0.05$) (Tablo 4.5).
2. GAÖÖ Toplam Puanı ile "Şans" alt boyutu ve "Ön Belirlenim" alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (sırasıyla $r=-0.017$, $r=-0.029$, $p>0.05$) (Tablo 4.5).
3. GAÖÖ Toplam Puanı ile "Karamsarlık" alt boyutu arasında negatif yönlü, zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ($r=-0.298$, $p<0.01$) (Tablo 4.5).
4. KÖ Toplam Puanı ile "Karamsarlık" alt boyutu, "Şans" alt boyutu ve "Ön Belirlenim" alt boyutu arasında pozitif yönlü, güçlü düzeyde anlamlı bir ilişki vardır (sırasıyla $r=0.719$, $r=0.784$, $r=0.844$, $p<0.001$) (Tablo 4.5).
5. "Karamsarlık" alt boyutu ile "Şans" alt boyutu arasında pozitif yönlü, orta düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ($r=0.449$, $p<0.001$) (Tablo 4.5).
6. "Karamsarlık" ile "Ön Belirlenim" arasında pozitif yönlü, orta düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ($r=0.360$, $p<0.001$) (Tablo 4.5).
7. "Şans" alt boyutu ile "Ön Belirlenim" alt boyutu arasında pozitif yönlü, orta düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ($r=0.481$, $p<0.001$) (Tablo 4.5).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde akciğer kanseri hastalarının sağlıkta kadercilik inançlarını ve öz-yeterlilik algılarını değerlendirmek ve arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular literatür ile birlikte üç başlık altında tartışılmıştır.

- Akciğer kanserli bireylerin sosyo-demografik ve hastalık özellikleri ile sağlıkta kadercilik inançlarının tartışılması
- Akciğer kanserli bireylerin sosyo-demografik ve hastalık özellikleri ile öz-yeterlilik algılarının tartışılması
- Akciğer kanserli bireylerin sağlıkta kadercilik inançları ve öz-yeterlilik algıları arasında ilişkinin tartışılması

5.1. Akciğer Kanserli Bireylerin Sosyo-Demografik ve Hastalık Özellikleri ile Sağlıkta Kadercilik İnançlarının Tartışılması

Sağlık kaderciliği, bireyin sağlık durumunun kendi kontrolü altında olmadığı, daha yüksek bir güç tarafından önceden belirlendiği inancını ifade etmektedir [10, 11]. Bu konudaki araştırmalar incelendiğinde kadercilik, hastalık teşhisi sonrasında ve tedavi aşamasında hastalıkla devam etmeyi kolaylaştırabildiği gibi; genellikle hastalıklara karşı önlem alma, düzenli sağlık kontrolüne gitme, doktor önerilerine uyma gibi davranışların önüne geçen ve hastalığın oluşması ya da ilerlemesine sebep olabilecek bir faktör olarak değerlendirilmektedir [13]. Çalışmaya katılan bireylerin KÖ puan ortalaması $3,02 \pm 0,77$ 'dir. Bu sonuç çalışmadaki bireylerin kadercilik inançlarının orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada bireylerin KÖ puan ortalaması $2,97 \pm 0,62$ olarak bulunmuştur [22]. Kaderciliğin kanser taramalarına etkisini araştıran bir diğer çalışmada ise KÖ puan ortalamasının $2,44 \pm 0,61$ olduğu bildirilmiştir. [87]. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda da bireylerin kadercilik inançlarının orta düzeyde olduğu görülmektedir [88]. Meme kanseri teşhis edilen kişilerde yapılan araştırmada ise bireylerin kadercilik puanı 2,8 olarak düşük düzeyde belirlenmiştir [89]. Çalışmada kadercilik puanının yapılan diğer çalışmalara kıyasla yüksek çıkmasının Türk toplumunun dini değerlerinden ya da çalışmanın yapıldığı bölgenin kültürel özelliklerinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmada kadın ve erkeklerin kadercilik inançları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Aynı şekilde Güneş ve Atalikoğlu Başkan'ında kanser taramalarına yönelik yaptığı çalışmada bireylerin kadercilik düzeylerinde cinsiyete dayalı bir fark saptamamıştır [87]. Shen ve arkadaşları yaptıkları çalışmada kadınların erkeklere göre daha yüksek kadercilik

puan ortalamasına sahip olduğu sonucuna ulaşmıştır [85]. Literatüre bakıldığında da çalışmalarda çoğunlukla kadınların daha fazla kaderci inanca sahip olduğu bildirilmiştir [12, 16, 58]. Çalışmada literatürden farklı bir sonuç çıkmasının nedeni erkeklerin kadınlara kıyasla çalışma örnekleminin çoğunluğunu oluşturması olabilir.

Çalışmada bekarların evlilere göre daha yüksek kaderci inanca sahip olduğu belirlenmiştir. Kanser hastaları ile yapılmış bir çalışmada bireylerin medeni durumu ile kadercilik arasında ilişki bulunmamıştır [90]. Müslüman kadınlar ile yapılan bir çalışmada da yine medeni durumun kaderciliği etkilemediği saptanmıştır [91]. Başka bir çalışmada da kadercilik ile medeni durum arasında ilişki bulunmamıştır [12]. Bobov ve Çapık yaptıkları çalışmada ise evli bireylerin bekar bireylere kıyasla kadercilik puanlarının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır [92]. Vrinten ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada çalışma sonuçları ile benzer şekilde bekar bireylerin kadercilik düzeylerini evli bireylere kıyasla daha yüksek bulmuşlardır [93]. Bu sonuç farklılıkların nedeni çalışmaların farklı sosyo-kültürel özellikteki bölgelerde gerçekleştirilmesi olabilir.

Çalışma sonuçlarına göre bireylerin eğitim seviyesi arttıkça kaderci inançlarının azaldığı görülmektedir. Gutierrez ve arkadaşları yaptıkları çalışmada hastaların lise ve altında eğitim seviyesine sahip olmasının kaderci tutumu arttırdığı sonucuna ulaşmışlardır [94]. Babov ve Çapık ise çalışmalarında okuryazar olmayan bireylerin sağlık kaderciliği puanlarının daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir [92]. Bu durumun nedeni eğitim ile birlikte gelen bilginin, bireyin bakış açısında ve inanç sisteminde yarattığı etkiler olabilir. Çalışmada iş durumuna göre çalışmayan bireylerin kadercilik inançları çalışan bireylerden daha yüksektir. Güneş ve Atalıkoğlu Başkan'da yaptıkları çalışmada çalışmayan bireylerin kadercilik düzeylerini daha yüksek bulmuşlardır [87]. Başka bir çalışmada da ev hanımlarının kadercilik puanlarının diğer meslek gruplarınınkinden yüksek olduğu belirlenmiştir [92]. Bu durumun nedeni çalışmadaki kişilerin çoğunluğunu emeklilerin oluşturması ve bireylerin uzun bir çalışma döneminden sonraki boşlukta kaderci bir eğilim göstermesinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışma sonucuna göre gelir düzeyi düşük olanların, geliri giderine eşit olan ve geliri giderinden yüksek olanlara göre kadercilik puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatüre bakıldığında da pek çok çalışmada yapılan çalışma ile benzer sonuçlar elde edilmiştir [11, 87, 92, 95, 96]. Bununla beraber literatürde farklı sonuçlarda bulunmaktadır. Prostat kanseri olan bireylerde yapılan bir çalışmada gelir durumunun kadercilik düzeyini etkilemediği belirlenmiştir [12]. Başka bir çalışmada da yine gelir durumu ile kadercilik arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı bildirilmiştir [97]. Düşük gelirli bireylerin ekonomik yetersizlikleri

nedeniyle sosyal yaşamlarındaki sorunları kadercilikle açıklama çabasına girmesi ve yine ekonomik yetersizlikleri nedeniyle eğitim erişimine olan zorluğun bireyleri kaderciliğe yöneltmesi çalışmada gelir düzeyi düşük kişilerin kadercilik puanlarının yüksek olmasına sebep olmuş olabilir.

Çalışmada düzenli egzersiz yapmayan bireylerin kadercilik inancı düzenli egzersiz yapanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Daha önce yapılan bir araştırmada da kanserde kaderci inançların, haftalık egzersiz yapma ile negatif ilişkili olduğu bildirilmiştir [98]. Benzer şekilde başka bir çalışmada da sağlığı geliştirici davranışlarda bulunmayan bireylerin daha yüksek düzeyde kaderci inançlara sahip oldukları belirtilmiştir [64]. Ülkemizde yapılan bir araştırmanın sonucunda da egzersiz yapmayan bireylerin kadercilik düzeyleri egzersiz yapanlara göre daha yüksek bulunmuştur [22]. Çalışma sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir. Çalışmadaki bireylerin yaş ortalamalarının yüksek olması ve pek çoğunun akciğer kanseri ile birlikte başka bir kronik hastalığının bulunmasından dolayı sağlıklarını geliştirebileceklerine olan inançlarının zayıflığı, bireyleri kaderciliğe yöneltmiş olabilir.

Çalışmaya katılan bireylerin KÖ "Karamsarlık" alt boyutu puan ortalaması $2,34 \pm 0,93$ 'tür. Kaderciliğin kanser taramalarına etkisini araştıran bir çalışmada KÖ "Karamsarlık" alt boyutu puan ortalaması $2,49 \pm 0,80$ 'dir [87]. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise bireylerin KÖ "Karamsarlık" alt boyutu puan ortalaması $3,59 \pm 0,89$ 'dur [99]. Buradaki puan ortalaması farklılığı araştırmaların yapıldığı bölgelerin sosyodemografik özelliklerinin farklılığından ya da araştırmalara dahil edilen bireylerden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmadaki bireylerin KÖ "Şans" alt boyutu puan ortalaması $2,38 \pm 1,39$ 'dur. Yapılan başka bir çalışmada KÖ "Şans" alt boyutu puan ortalaması $2,84 \pm 0,68$ 'dir [22]. Hemşirelik öğrencilerinin kadercilik düzeyini araştıran bir çalışmada ise KÖ "Şans" alt boyutu puan ortalaması $1,97 \pm 0,84$ olarak belirlenmiştir [21]. Başka bir çalışmada da KÖ "Şans" alt boyutu puan ortalaması $1,76 \pm 0,80$ 'dir [87]. Literatüre bakıldığında KÖ "Şans" alt boyutu puan ortalaması düşük ve orta düzeyde bulunan çalışmalar vardır. Çalışmada da KÖ "Şans" alt boyutu puan ortalaması orta düzeydedir. Bu göstermektedir ki çalışmaya katılan bireyler sağlıklarında şansın katkısına inanmaktadır.

Çalışmaya katılan bireylerin KÖ "Ön Belirlenim" alt boyutu puan ortalaması $3,67 \pm 0,83$ 'tür. Kanser hastalarında yapılan bir araştırmada bireylerin KÖ "Ön Belirlenim" alt boyutu puan ortalaması $2,68 \pm 0,76$ olarak belirlenmiştir [86]. Başka bir çalışmada ise KÖ "Ön Belirlenim" alt boyutu puan ortalamasının $2,68 \pm 0,60$ 'tır [21]. Bir diğer araştırmada da hastaların KÖ "Ön Belirlenim" alt boyutu puan ortalaması $3,16 \pm 0,67$ 'dir [22]. Çalışmada KÖ

"Ön Belirlenim" alt boyutu puan ortalamasının literatüre göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum çalışmaya katılan bireylerin dini değerlerinin ve kültürlerinin bir getirisi olabilir.

5.2. Akciğer Kanseri Bireylerin Sosyo-Demografik ve Hastalık Özellikleri ile Öz-Yeterlilik Algılarının Tartışılması

Bireyin öz-yeterlilik algısı, sağlığı geliştiren davranışların başlatılmasında ve sürdürülmesinde önemli bir belirleyici olarak karşımıza çıkmaktadır [79]. Çalışmaya katılan bireylerin GAÖÖ puan ortalaması $33,30 \pm 5,21$ 'dir. Bu sonuç çalışmadaki bireylerin öz-yeterlilik algılarının yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise bireylerin toplam öz-yeterlilik puan ortalaması $30,34 \pm 6,54$ olarak bulunmuştur [100]. Almanya'da yapılan bir başka çalışmada ise bireylerin GAÖÖ puan ortalaması $28,59 \pm 5,47$ olarak bulunmuştur. [101]. Ülkemizde yapılan çalışma sonuçları yapılan çalışmanın sonuçları ile benzerken Almanya'da yapılan çalışma sonucu farklılık göstermektedir. Bunun nedeni başka ülkelerdeki farklı sosyokültürel ortamlarda yaşam süren bireylerin karşılaştığı sorunların ve bu sorunlar karşısında gösterdikleri çaba düzeylerinin aynı olmaması olabilir.

Çalışmada kadın ve erkeklerin öz-yeterlilik puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ülkemizde Ünal ve Bilginer'in yaptığı çalışmada da erkek ve kadınların öz-yeterlilik puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir [100]. Burucu ve Durmaz'ın yaptıkları çalışmada ise erkeklerin öz-yeterlilik puanları kadınlarınkinden daha yüksektir [102]. Çalışmada kadın ve erkek birey sayılarındaki açık fark nedeniyle anlamlı bir sonuç elde edilememiş olabilir.

Çalışmada evli ve bekarların öz-yeterlilik puanları arasında anlamlı bir sonuç bulunamamıştır. Mystakidou ve arkadaşlarının kanser hastalarında yaptığı çalışmada da yaptığımız çalışmada olduğu gibi evli ve bekarlar arasında bir fark yoktur [103]. Çin'de kanser hastalarında yapılan bir çalışmada da yine aynı şekilde medeni durumun öz-yeterlilik puanını etkilemediği görülmüştür [104]. Çalışmadaki sonuçlar literatürle benzer bulunmuştur. Bandura teorisinde öz-yeterliliğin bireysel bir özellik olduğunu söylemiştir [77]. Bu nedenle bireylerin öz-yeterlilikleri medeni durumlarından etkilenmemiş olabilir.

Çalışmada geliri giderinden fazla olan bireylerin öz-yeterlilik puanları daha yüksek bulunmuştur. Burucu ve Durmaz'ın yaptıkları çalışmada da gelir düzeyi yüksek bireylerin öz-yeterlilikleri daha yüksektir [102]. Yapılan başka bir çalışmada ise bireylerin gelir düzeyi ile öz-yeterlilikleri arasında anlamlı bir sonuç bulunmamıştır [105]. Bireylerin ekonomik açıdan

iyilik halinde olmaları sorunlar karşısında daha güçlü hissetmelerine ve daha yüksek bir öz-yeterlilik algısına sahip olmalarına yol açmış olabilir.

Çalışmada düzenli egzersiz yapan bireylerin öz-yeterlilikleri yüksektir. Li ve arkadaşlarının kanser hastalarında yaptığı çalışmada, fiziksel aktivite ve öz-yeterlilik arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğu bildirilmiştir [106]. Yine aynı şekilde Küçük ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da düzenli egzersiz yapan bireylerin öz-yeterliliklerinin yüksek olduğu bildirilmiştir [107]. Yapılan randomize kontrollü deneysel bir çalışmada ise düzenli yürüyüş yapan bireylerin öz-yeterlilik düzeylerinde olumlu gelişmeler olduğu belirtilmiştir [108]. Düzenli egzersiz yapmak bireyin sağlığına verdiği önemin bir göstergesidir. Bu nedenle sağlığını önemseyen bireylerin öz-yeterlilik algıları yüksek çıkmış olabilir.

5.3. Akciğer Kanserli Bireylerin Sağlıkta Kadercilik İnançları ve Öz-Yeterlilik Algıları Arasında İlişkinin Tartışılması

Çalışmaya katılan akciğer kanseri hastalarının GAÖÖ toplam puanı ile KÖ toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($r=-0.130$, $p>0.05$). Literatürde akciğer kanseri hastalarında bu iki öncülü karşılaştıran başka bir çalışma olmadığı için uyum karşılaştırması yapılamamıştır. Fakat farklı alan ve disiplinlerde yapılan çalışma sonuçları incelenerek tartışılmıştır. Omu ve Reynolds yaptıkları araştırmada kaderci inançların öz-yeterliliği olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir [109]. Kaya ve Bozkur, ülkemizde yaptıkları eğitim alanındaki çalışmalarında öz-yeterlilik ile kadercilik arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir [58]. Kanser taramalarına yönelik yapılan bir çalışmada ise kadercilik inancının öz-yeterliliği ve koruyucu sağlık davranışlarını negatif yönde etkilediği belirlenmiştir [59]. Çalışmaya benzer şekilde akciğer kanserli hastalarda yapılan nitel bir çalışma sonucunda; hastaların akciğer kanserinin erken teşhisi ve tedavisi için yapılan önerileri neden reddettiğini incelemek için yapılan görüşmelerde bireylerin öz-yeterlilik ve tıbbi otoritelere güvensizlik ile birlikte kaderciliğin de etkilerinden söz ettikleri görülmüştür [60].

Literatürdeki benzer çalışmalara bakıldığında çalışma sonucu oldukça dikkat çekicidir. Literatürde iki öncül arasında negatif ve anlamlı bir ilişki olduğu ortaya koyulmaktadır fakat yapılan çalışmada bu konuda anlamlı bir sonuç bulunmamıştır. Bu açıdan çalışmanın literatüre farklı bir bakış açısı kazandırdığı söylenebilir. Benzer çalışmaların çoğaltılması veya farklı popülasyonlarda tekrarlanması literatürde daha net sonuçların bulunmasına katkı sağlayacaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Akciğer kanseri hastalarının sağlıkta kadercilik inançları ve öz-yeterlilik algılarını değerlendirmek ve arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen sonuçlar şu şekildedir:

- Akciğer kanserli bireylerin KÖ toplam puan ortalaması orta, GAÖÖ toplam puan ortalaması yüksek bulunmuştur (Tablo 4.3.).
- Geliri giderinden fazla olan, düzenli egzersiz yapan ve sağlıklı beslenen bireylerin Genel Algılanan Öz-Yeterlilik Ölçeği puan ortalaması yüksek bulunmuştur (Tablo 4.4.).
- Medeni durumu bekar olan, okuryazar olmayan ile okuryazar olan, çalışmayan, geliri giderinden az olan ve düzenli egzersiz yapmayan bireylerin Kadercilik ölçeği toplam puan ortalaması yüksek bulunmuştur (Tablo 4.4.).
- Kadercilik Ölçeği alt boyutlarından en düşük puanı "Karamsarlık" en yüksek puanı ise "Ön Belirlenim" almıştır (Tablo 4.3.).
- Genel Algılanan Öz-Yeterlilik Ölçeği toplam puanı ile Kadercilik Ölçeği toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur (Tablo 4.5.).

6.2. Öneriler

Çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Hemşirelerin akciğer kanseri hastalarının bütüncül bakımını sağlaması için, kadercilik gibi kişisel inançlarında bakıma dahil edilmesi,
- Sağlıktaki kadercilik inancının bireylerdeki olumlu etkilerinin belirlenmesi ve hemşirelik bakımına entegrasyonunun sağlanması,
- Sağlıktaki kadercilik inancının bireylerin öz-yeterlilik düzeylerinin artırılmasında kullanılmak üzere olumlu yönlerinin belirlenerek teşvikinin sağlanması,
- Hemşirelerin akciğer kanseri hastalarının öz-yeterlilik düzeylerinin artırılması için öz-yeterliliği etkileyen faktörleri irdeleyip göz önünde bulundurmaları,
- Kadercilik inancı yüksek olan akciğeri kanseri hastalarının inançları nedeniyle uyguladıkları sağlık davranışları belirlenerek bu konu ya da konular hakkında hemşirelerin eğitim planlaması,

- Yüksek kadercilik inancının sağlık davranışları üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması ve bireylerin öz-yeterliliklerinin arttırılması için akciğer kanserinde tedavi yöntem ve olanaklarına yönelik hemşirelerin hastalara eğitim vermesi,
 - Kanser evresinin kadercilik inancı ve öz-yeterlilik algısını etkileyebileceği düşünöldüğönden, gelecekte yapılan çalışmalarda akciğer kanserinin aynı evresindeki bireyler ile sınırlandırılması,
 - Kadercilik inancının akciğer kanseri hastalarının öz-yeterlilik algılarını ne şekilde etkilediğini daha iyi anlayabilmek için bu konuda daha fazla araştırma yapılması önerilebilir.
- 

KAYNAKLAR

1. Erdem, A. T., ve Tor, M. (2022). Kliniğimizde İzlenen Akciğer Kanseri Hastalarında Klinik Özellikler ve Sağ Kalımı Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi: Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Hastanesi Örneği. *Batı Karadeniz Tıp Dergisi*, 6(1), 88-95.
2. Akın, M. (2022). Güney Marmara Bölgesinde Yaşayan İleri Yaş Hastalarda Sigara ve Akciğer Kanseri: Epidemiyolojik Çalışma. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 9(2), 310-313.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2021). Türkiye Kanseri İstatistikleri. Erişim Adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2017.pdf.
4. Siegel, R. L., Giaquinto, A. N., and Jemal, A. (2024). Cancer statistics, 2024. *Cancer Journal for Clinicians*, 74(1).
5. Albayrak, A., Yıldırım, İ., ve Kurt, E. (2019). Kanseri Hastalarında Yaşam Kalitesini Etkileyen Din ve Maneviyat Üzerine Teorik Yaklaşımlar. *Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 21(40), 349-376.
6. Akeren, Z., ve Hintistan, S. (2021). Kanseri Hastalarının Semptom Yönetiminde Aromaterapi Kullanımı. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 4(3), 136-154.
7. Altıntaş, B., ve Doğan, S. (2021). Yeni Tanı Almış Meme Kanseri Hastalarının Kanser Tepkileri İle Dini Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Gevher Nesibe Journal of Medical and Health Sciences*, 6(11), 50-60.
8. Yılmaz, M., ve Yazgı, Z. G. (2020). Onkoloji Hastalarının Yaşadığı Psikososyal Sorunlarla Baş Etmesinde Hemşirenin Rolü. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 60-70.
9. Gündüz, İ. C., ve Aktaş, B. (2021). Testis Kanseri ve Kendi Kendine Testis Muayenesine Yönelik İnanç ve Tutumlar İle Kadercilik Eğilimi Arasındaki İlişki. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(3), 501-506.
10. Dayapoglu, N., Ayyıldız, N. İ., ve Şeker, D. (2021). Determination of Health Fatalism and The Factors Affecting Health Fatalism in Patients With Epilepsy in The North of Turkey. *Epilepsy & Behavior*, 115, 107641.
11. Özer, Z., Turan, G. B., ve Öztürk, D. (2022). Hemodiyaliz Hastalarında Sağlıkta Kadercilik Anlayışı ile Hastalık Algısı Arasındaki İlişki: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 10-17.
12. Aydoğdu, N. G., Çapık, C., Ersin, F., Kissal, A., ve Bahar, Z. (2017). The Reliability and Validity of Prostate Cancer Fatalism Inventory in Turkish Language. *Journal of Religion and Health*, 56, 1670-1682.

13. Köten, E. (2021). Kadercilik, Sağlık Davranışı ve Covid-19: Bir Literatür İncelemesi. *Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi*, 10(2), 515-528.
14. Lyratzopoulos, G., Liu, M. P. H., Abel, G. A., Wardle, J., and Keating, N. L. (2015). The Association Between Fatalistic Beliefs and Late Stage at Diagnosis of Lung and Colorectal Cancer. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 24(4), 720-726.
15. Aydın, C. (2019). Kader İnancının Savunma Mekanizması ve Dini Başa Çıkma Kavramları Açısından Değerlendirilmesi. *Hitit Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 18(35), 101-122.
16. Özer, Z., ve Turan, G. B. (2023). Hipertansiyon Hastalarında Sağlık Kaderciliğinin Tedaviye Uyuma Etkisi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 5(1), 29-36.
17. Kaynak, G. K. (2022). Kronik hastalıklarda öz yeterlilik algısı: Türkiye’de gerçekleştirilen çalışmalar üzerine bir derleme. *Oltu Beşeri ve Sosyal Bilimler Fakültesi Dergisi*, 3(2), 79-86.
18. Biçer, H., ve Karabulutlu, E. Y. (2020). Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların öz yeterlik düzeyleri ve sıvı kontrolüne uyumlarının değerlendirilmesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 3(2), 1-9.
19. Farley, H. (2020). Promoting self-efficacy in patients with chronic disease beyond traditional education: A literature review. *Nursing Open*, 7(1), 30-41.
20. Erol, Ö., ve Yanık, Y. T. (2016). Tip 2 diyabetli bireylerin öz-yeterlilik düzeylerinin değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(3).
21. Akgül, E., Yılmaz, F. T., Çolak, L., ve Kütük, H. (2022). Hemşirelik Öğrencilerinde Kaderciliğin Sağlığı Geliştirici ve Koruyucu Davranışlar ile İlişkisi. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 5(3), 301-311.
22. Alp, S. Ş., ve Özer, Z. (2024). Tip 2 Diyabetli Bireylerde Glisemik Kontrol, Diyabet Stresi ve Kadercilik Anlayışı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Turkish Journal of Diabetes Nursing*, 3(2), 46-52.
23. Dülgerler, Ş., ve Çam, O. (2016). Kanser tanısı konan hastalarda tanıyı söyleme süreci ve hemşirelik yaklaşımları. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 15-19.
24. Chen, H. L., Liu, K., and You, Q. S. (2018). Self-efficacy, cancer-related fatigue, and quality of life in patients with resected lung cancer. *European Journal of Cancer Care*, 27(6), e12934.
25. Bevilacqua, L. A., Evans III, N. R., and Okusanya, O. (2023). Stigma and Fatalism in Lung Cancer. *Lung Cancer Screening: A Population Approach* (pp. 15-24).
26. Kocamaz, D., Tuncer, A., Yamak, D., Sever, Ö., ve Yıldırım, M. (2019). Kanser ve onkolojik rehabilitasyon. *Zeugma Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 25-30.

27. Aydın, S. Akciğer Kanseri ve Sağkalımı Etkileyen Faktörler. *Academic Developments on Health Sciences*, 251.
28. Akhtar, N., ve Bansal, J. G. (2017). Risk factors of Lung Cancer in nonsmoker. *Current Problems in Cancer*, 41(5), 328-339.
29. Arslan, S. (2023). Akciğer Kanserinde Güncel Genetik Algoritma ve Tedavi Seçenekleri. *Kansere Yeni Hedefli Terapötik Yaklaşımlar*. Özgür Yayınları.
30. Özkan, İ., ve Eroğlu, N. (2022). Kemoterapi Alan Akciğer Kanseri Hastalarda Tat Değişiklerinin Değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 31(1), 33-42.
31. Kızılırmak, D., Göktalay, T., Gültekin, Ö., Havlucu, Y., ve Çelik, P. (2021). Akciğer kanserinin ve kemoterapinin uyku ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*, 35(2), 82-90.
32. Groot, P. M., Wu, C. C., Carter, B. W., ve Munden, R. F. (2018). The epidemiology of lung cancer. *Translational Lung Cancer Research*, 7(3), 220.
33. Satar, S. (2020). Pulmonary Rehabilitation in Lung Cancer. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 7(1), 120-125.
34. Açıkgöz, A., ve Yıldız, E. A. (2017). Meme kanseri etiyolojisi ve risk faktörleri. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 5(1), 45-56.
35. Aydiner, A. (2010). Akciğer Kanseri Tedavi ve Bakım. *Baskı, İstanbul, İpomet Matbaacılık*.
36. Baykara, O. (2016). Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 154-165.
37. Hecht, S. S. (2014). It is time to regulate carcinogenic tobacco-specific nitrosamines in cigarette tobacco. *Cancer Prevention Research*, 7(7), 639-647.
38. Şentürk, İ. (2022). Association of Asbestos Exposure with Lung Cancer. *Cumhuriyet Medical Journal*, 44(4), 313-317.
39. Gürbüz, B., Metintaş, S., Metintaş, M., Uçgun, I., Alataş, F., Erginel, S., ve Harmancı, E. (2004). Epidemiological features of bronchial carcinoma cases with environmental asbestos exposure. *Tuberkuloz ve Toraks Dergisi*, 52(1), 5-13.
40. Schabath, M. B., and Cote, M. L. (2019). Cancer progress and priorities: lung cancer. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention*, 28(10), 1563-1579.
41. Hyde, L., and Hyde, C. I. (1974). Clinical manifestations of lung cancer. *Chest*, 65(3), 299-306.
42. Erbaycu, A. E., Batur, Ö., Gülpek, M., Tuksavul, F., Tapan, U., Özgür, U. S. L. U., ve Güçlü, S. Z. (2009). Akciğer Kanseri Hastalarının Teşhis Anındaki Semptomları: 3547 Hastanın Analizi. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*, 23(2), 71-76.
43. Toraks Derneği Akciğer Maligniteleri Çalışma Grubu. (2006). Akciğer kanseri tanı ve tedavi rehberi. *Toraks Dergisi*, 7, 1-37.

44. Coşkun, H. S., ve Dabak, N. (2019). Akciğer kanseri kemik metastazları. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Derneği Dergisi*, 18, 578-584.
45. Арсеньев, А. И., Новиков, С. Н., Барчук, А. С., Канаев, С. В., Барчук, А. А., Тарков, С. А., and Аристидов, Н. Ю. (2020). Неинвазивные и инвазивные методы первичной и уточняющей диагностики рака лёгкого. *Вопросы онкологии*, 66(1), 42-49.
46. Cangır, A. K., Yumuk, P. F., Sak, S. D., Akyürek, S., Eralp, Y., Yılmaz, Ü., ... & Demirkazık, A. (2022). Lung cancer in Turkey. *Journal of Thoracic Oncology*, 17(10), 1158-1170.
47. Sousa, V. M. L., ve Carvalho, L. (2018). Heterogeneity in lung cancer. *Pathobiology*, 85(1-2), 96-107.
48. Doğan, N., ve Taşcı, S. (2015). Acupressure practice and dyspnea in patients with lung cancer. *Spatula DD*, 5(4), 199-205.
49. Güner, A., ve Kumsar, A. K. (2021). Akciğer kanseri nedeniyle ameliyat olan hastalarda konfor düzeyi ve konforu etkileyen faktörler. *Online Turkish Journal of Health Sciences*, 6(2), 155-162.
50. Yılmaz, Ü. (2018). Treatment Approaches in Lung Cancer. *Nuclear Medicine Seminars* (Vol. 4, No. 1, pp. 32-39). Galenos Yayınevi Tic. Ltd.
51. Hoy, H., Lynch, T., and Beck, M. (2019). Surgical treatment of lung cancer. *Critical Care Nursing Clinics*, 31(3), 303-313.
52. Öncel, M., Şanlı, A., ve Yıldırım, H. (2021). Akciğer kanser cerrahisinde onkolojik prensipler. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, 12(2), 223-231.
53. Öztop, İ. (2009). Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri Hedefe Yönelik Tedavi. *UHOD: Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi*, 19(3).
54. To, K. K., Fong, W., and Cho, W. C. (2021). Immunotherapy in treating EGFR-mutant lung cancer: current challenges and new strategies. *Frontiers in Oncology*, 11, 635007.
55. Çalışkan, T., Okutan, O., Taş, D., ve Kartaloğlu, Z. (2017). Akciğer Kanseri Fotodinamik Tedavi. *Respiratory Case Reports*, 6(2).
56. Kaya, A., ve Bozkur, B. (2015). Kadercilik eğilimi ölçeğinin geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 11(3).
57. Kuh, Z., ve Erdem, R. (2019). Fatalizm Eğiliminin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerine Etkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(1), 1-16.
58. Kaya, A., ve Bozkur, B. (2017). Kadercilik eğilimi ile öz yeterlik inancı ve savunma mekanizmaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ege Eğitim Dergisi*, 18(1), 124-145.

59. Straughan, P. T., and Seow, A. (1998). Fatalism reconceptualized: a concept to predict health screening behavior. *Journal of Gender, Culture and Health*, 3, 85-100.
60. Sharf, B. F., Stelljes, L. A., and Gordon, H. S. (2005). 'A little bitty spot and I'm a big man': patients' perspectives on refusing diagnosis or treatment for lung cancer. *Psycho-oncology*, 14(8), 636-646.
61. Hag Hamed, D., and Daniel, M. (2019). The influence of fatalistic beliefs on health beliefs among diabetics in Khartoum, Sudan: a comparison between Coptic Christians and Sunni Muslims. *Global Health Promotion*, 26(3), 15-22.
62. Shahid, F., Beshai, S., and Del Rosario, N. (2020). Fatalism and depressive symptoms: active and passive forms of fatalism differentially predict depression. *Journal of Religion and Health*, 59(6), 3211-3226.
63. Drew, E. M., and Schoenberg, N. E. (2011). Deconstructing fatalism: ethnographic perspectives on women's decision making about cancer prevention and treatment. *Medical Anthropology Quarterly*, 25(2), 164-182.
64. Cohn, L. D., and Esparza del Villar, Ó. A. (2015). Fatalism and health behavior: A meta-analytic review. *Instituto de Ciencias Sociales Administración*.
65. Ramírez, A. S. (2014). Fatalism and cancer risk knowledge among a sample of highly acculturated Latinas. *Journal of Cancer Education*, 29, 50-55.
66. Kissal, A., Ersin, F., Koç, M., Vural, B., ve Çetin, Ö. (2018). Determination of women's health beliefs, breast cancer fears, and fatalism associated with behaviors regarding the early diagnosis of breast cancer. *International Journal of Cancer Management*, 11(12).
67. Powe, B. D., and Weinrich, S. (1999, April). An intervention to decrease cancer fatalism among rural elders. *Oncology Nursing Forum* (Vol. 26, No. 3, pp. 583-588).
68. Akmeşe, N. B., ve Altunbaş, K. Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki Hemşirelerin Kanser Taramalarına Yönelik Tutumları ve Kadercilik Eğilimleri. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 5(3), 271-285.
69. Arseven, A. (2016). Öz yeterlilik: Bir kavram analizi. *Electronic Turkish Studies*, 11(19), 63-80.
70. Öztürk, Y., Kiraç, R., ve Kavuncu, B. (2018). Sağlık okuryazarlığı ve öz yeterlilik arasındaki ilişkinin incelenmesi. In *Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi 2nd International Social and Educational Science Symposium* (pp. 22-24).
71. Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist*, 37(2), 122.
72. Selzler, A. M., Habash, R., Robson, L., Lenton, E., Goldstein, R., and Brooks, D. (2020). Self-efficacy and health-related quality of life in chronic obstructive pulmonary disease: a meta-analysis. *Patient Education and Counseling*, 103(4), 682-692.

73. Conner, M., and Norman, P. (2006). Predicting health behaviour: research and practice with social cognition model. Second.
74. Yaşar, Z., ve Üstündağ, H. (2021). Stomalı Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Öz Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(1), 107-115.
75. Bandura, A. (2018). Toward a psychology of human agency: Pathways and reflections. *Perspectives on Psychological Science*, 13(2), 130-136.
76. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*.
77. Bandura, A. (1994). Bandura Self-efficacy defined. *Encyclopedia of Human Behavior*.
78. Grady, P. A., and Gough, L. L. (2014). Self-management: a comprehensive approach to management of chronic conditions. *American Journal of Public Health*, 104(8), e25-e31.
79. Şireci, E., ve Karabulutlu, E. Y. (2017). Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Hastalıklarını Kabullenme ve Kendi Bakımlarındaki Öz Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(1), 48-55.
80. Go, E., and You, K. H. (2018). Health-related online information seeking and behavioral outcomes: Fatalism and self-efficacy as mediators. *Social Behavior and Personality: an International Journal*, 46(5), 871-879.
81. Akin, S., ve Kas Guner, C. (2019). Investigation of the relationship among fatigue, self-efficacy and quality of life during chemotherapy in patients with breast, lung or gastrointestinal cancer. *European Journal of Cancer Care*, 28(1), e12898.
82. Doğan, N., ve Taşcı, S. (2020). The effects of acupressure on quality of life and dyspnea in lung cancer: a randomized, controlled trial. *Alternative Therapies in Health & Medicine*, 26(1).
83. Erci, B. (2010). Reliability and validity of the turkish version of generalized perceived self-efficacy scale. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences; Cilt 9, Sayı 2 (2006)*.
84. Kizilarslan, V., ve Yildiz, E. (2023). Turkish validity and reliability study of the Fatalism Scale. *Journal of Social and Analytical Health*, 3(1), 13-17.
85. Shen, L., Condit, C. M., and Wright, L. (2009). The psychometric property and validation of a fatalism scale. *Psychology and Health*, 24(5), 597-613.
86. Ural, A., ve Kiliç, İ. (2005). Bilimsel araştırma süreci ve SPSS ile veri analizi.
87. Güneş, D., ve Başkan, S. A. (2024). Does Fatalism Affect Cancer Screenings?. *Journal of Oncological Science*, 10(1).
88. Duberstein, P. R., Chen, M., Chapman, B. P., Hoerger, M., Saeed, F., Guancial, E., and Mack, J. W. (2018). Fatalism and educational disparities in beliefs

- about the curability of advanced cancer. *Patient Education and Counseling*, 101(1), 113-118.
89. Gullatte, M. M., Brawley, O., Kinney, A., Powe, B., and Mooney, K. (2010). Religiosity, spirituality, and cancer fatalism beliefs on delay in breast cancer diagnosis in African American women. *Journal of Religion and Health*, 49, 62-72.
 90. Molaei-Zardanjani, M., Savabi-Esfahani, M., and Taleghani, F. (2019). Fatalism in breast cancer and performing mammography on women with or without a family history of breast cancer. *Biomed Central Women's Health*, 19, 1-5.
 91. Padela, A. I., Murrar, S., Adviento, B., Liao, C., Hosseinian, Z., Peek, M., and Curlin, F. (2015). Associations between religion-related factors and breast cancer screening among American Muslims. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17, 660-669.
 92. Bobov, G., ve Capik, C. (2020). The reliability and validity of the religious health fatalism scale in Turkish language. *Journal of Religion and Health*, 59(2), 1080-1095.
 93. Vrinten, C., Wardle, J., and Marlow, L. A. (2016). Cancer fear and fatalism among ethnic minority women in the United Kingdom. *British Journal of Cancer*, 114(5), 597-604.
 94. Gutierrez, A. P., McCurley, J. L., Roesch, S. C., Gonzalez, P., Castaneda, S. F., Penedo, F. J., and Gallo, L. C. (2017). Fatalism and hypertension prevalence, awareness, treatment and control in US Hispanics/Latinos: results from HCHS/SOL Sociocultural Ancillary Study. *Journal of Behavioral Medicine*, 40, 271-280.
 95. Abraído-Lanza, A. F., Martins, M. C., Shelton, R. C., and Flórez, K. R. (2015). Breast cancer screening among Dominican Latinas: A closer look at fatalism and other social and cultural factors. *Health Education & Behavior*, 42(5), 633-641.
 96. Leyva, B., Nguyen, A. B., Cuevas, A., Taplin, S. H., Moser, R. P., and Allen, J. D. (2020). Sociodemographic correlates of cancer fatalism and the moderating role of religiosity: Results from a nationally-representative survey. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 48(1), 29-46.
 97. Yıldız, M., Yıldırım, M. S., Elkoca, A., Sarpdağı, Y., Aydın, M. A., Kabak, T., ve Dege, G. (2023). Consanguineous marriage, health literacy and fatalism levels of different generations: a descriptive-correlational study in a sample from Turkey. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(2), 197-207.
 98. Niederdeppe, J., and Levy, A. G. (2007). Fatalistic beliefs about cancer prevention and three prevention behaviors. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 16(5), 998-1003.
 99. Özer, Z., Turan, G. B., ve Karaman, S. (2023). Effects of fatalism perception and attitudes towards complementary and alternative medicine on medication

adherence in patients with epilepsy. *European Journal of Integrative Medicine*, 61, 102271.

100. Ünal, A., ve Bilginer, E. (2019). Hemşirelik bölümü öğrencilerinde meslek seçimi ve öz yeterlilik ilişkisi. *Journal Of Social, Humanities and Administrative Sciences*, 5(20): 993-1002
101. Melchior, H., Büscher, C., Thorenz, A., Grochocka, A., Koch, U., and Watzke, B. (2013). Self-efficacy and fear of cancer progression during the year following diagnosis of breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22(1), 39-45.
102. Burucu, R., ve Durmaz, M. (2022). Nursing Students' Applications, Knowledge Needs, Self-Efficacy During COVID-19: A Descriptive Study. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (18), 842-857.
103. Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Gogou, P., Theodorakis, P., and Vlahos, L. (2010). Self-efficacy beliefs and levels of anxiety in advanced cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 19(2), 205-211.
104. Qian, H., and Yuan, C. (2012). Factors associated with self-care self-efficacy among gastric and colorectal cancer patients. *Cancer Nursing*, 35(3), E22-E31.
105. Ozkaraman, A., Uzgor, F., Dugum, O., ve Peker, S. (2019). The effect of health literacy on self-efficacy and quality of life among Turkish cancer patients. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 69(7), 995-999.
106. Li, X., Geng, L., Yuan, Q., and Yue, S. (2023). Relationship between self-efficacy and physical activity among colorectal cancer patients: A cross-sectional study. *Nursing Open*, 10(6), 3613-3621.
107. Uludaşdemir, D., Karşıgil, P., Küçük, S., ve Güven, İ. (2023). Tip 2 Diyabet Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi ve Diyabet Öz Yeterliliği. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 7.
108. Atak, N., Gurkan, T., ve Kose, K. (2008). The effect of education on knowledge, self management behaviours and self efficacy of patients with type 2 diabetes. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26(2), 66-74.
109. Omu, O., and Reynolds, F. (2014). Religious faith and self-efficacy among stroke patients in Kuwait: Health professionals' views. *Disability and Rehabilitation*, 36(18), 1529-1535.

EKLER

EK-1. Amasya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 20.01.2023-113346



T.C.
AMASYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-30640013-050.01.04-113346

20.01.2023

Konu : Etik Kurul Onayı

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nurhan DOĞAN
Öğretim Üyesi

İlgi : a) 23.12.2022 tarihli ve 108206 sayılı dilekçeniz.
b) 06.01.2023 tarihli ve 06.01.2023-110808 sayılı yazımız.
c) 12.01.2023 tarihli ve 111939 sayılı dilekçeniz.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde öğrenim gören Yüksek Lisans öğrencisi Gamze TOPUZ ile işbirliğinizde yapılması planlanan "Akciğer Kanseri Hastalarının Sağlıkta Kadercilik İnancı ve Öz-Yeterlilik Algıları" konulu tez çalışması, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulumuz tarafından incelenmiştir.

Söz konusu tez çalışmasının yürütülmesinin ve uygulanmasının etik olarak uygun olduğu kanaatine varılmış olup, Kurul Kararının bir örneği ilişikte gönderilmiştir.
Bilgilerini rica ederim.

Doç. Dr. Güzide ŞENEL
Etik Kurul Başkanı

Ek:Kurul Kararı (1 Sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :RSCB75E96P Pta Kodu :11462

Belge Takip Adresi :

<https://belge.gov.tr/06N0K-55446a0-RSCB75E96PA-5-113346>

Adres: Akbük Mah. Hükümet Cad. No:43 F.K. 05100 Merkez/Amasya

Tel:0360 (258) 211 5005 Faks:0360 (258) 218 01 04

e-Posta: gsm@akademiklik@amasya.edu.tr Web: http://www.amasya.edu.tr/

Kapı Adresi: amasyauniVERSitesi@belge.kap.tr

Belge için: Etiler GÜÇ YATIRIM

Üniversite Bilgi İşlemci

Tel No: 2115005



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-2. Samsun Ondokuz Mayıs Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kurum İzni



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : E-44076052-903.99-390768
Konu : Tez Çalışması

SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 17.01.2023 tarihli ve E-15374210-757.01-389381 sayılı yazınız.

Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Gamze TOPUZ'un " Akciğer Kanseri Hastalarının Sağlıkta Kadercilik İnancı ve Öz-Yeterlilik Algıları" adlı tez çalışmasını 01.02.2023-01.02.2024 tarihleri arasında hastanemizde yapma isteği Onkoloji Bilim Dalı Başkanlığı tarafından uygun görülmüştür.
Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Ramis ÇOLAK
Anabilim Dalı Başkanı

Bu belge, gösterili elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : DSUM-YKVP-0034 Belge Doğrulama Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/ondokuz-mayis-universitesi-elbys>

Adres: Tıp Fakültesi Dekanlığı Kurupelit/Samsun

Telefon No : 0362 312 19 19

e-Posta :

Fax No : 0362 457 60 41

İnternet Adresi : <http://www.oma.edu.tr/>

Bilgi İçin : Canan KOBAL

Veri Giriş Personeli

Telefon No:



EK-3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Akciğer Kanseri Hastalarının Sağlıkta Kadercilik İnancı ve Öz-yeterlilik Algıları

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Proje Yürütücüsü: Doç. Dr. Nurhan DOĞAN

Araştırmanın Amacı: Bu araştırmanın, akciğer kanseri hastalarında sağlıkta kadercilik inancı ve öz-yeterlilik algılarını belirlemek amacıyla yapılması planlanmaktadır. Bu amaç doğrultusunda araştırmaya katılacak bireylerin, öncelikle “Tanıtıcı Form” kullanılarak sosyo-demografik ve hastalıkları ile ilgili özellikleri belirlenecektir. Sonrasında “Kadercilik Ölçeği” kullanılarak katılımcı bireylerin sağlıklarına yönelik kaderci düşünce düzeyleri belirlenecektir. Son olarak da “Genel Algılanan Öz-Yeterlilik Ölçeği” kullanılarak katılımcı bireylerdeki öz-yeterlilik algılarının düzeyi belirlenecektir. Bu süreçte okuma yazması olmayan bireyler için form ve ölçekler yardımcı araştırmacı tarafından okunarak bireylere uygulanacaktır. Çalışma ile ilgili açıklama katılımcının kendisine yapılarak onam alınacaktır.

Araştırmada İzlenecek Yöntem: Akciğer kanseri hastalarıyla bire bir yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak anket soruları cevaplandırılacaktır.

Bu araştırmanın protokolü, Amasya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiş ve onay alınmıştır. Helsinki beyannamesinde ortaya konan etik prensiplere riayet edilecektir. Bu formun bir kopyası size saklamanız için verilecektir.

Alternatif Tedaviler: Herhangi bir girişim uygulanmayacaktır.

Araştırma Sırasında Karşılaşılabilecek Riskler: Yardımcı araştırmacının araştırma yapmak için hastaneye gitmesinden dolayı araştırmacıda oluşabilecek enfeksiyonlar ve yardımcı araştırmacının anket uygulamasını yüz yüze görüşme yöntemiyle gerçekleştireceğinden dolayı yardımcı araştırmacının taşıyıcı kaynak görevi görmesi nedeniyle katılımcı bireylerde oluşabilecek enfeksiyonlar, araştırmanın riskleridir. Bu risklerin ortadan kaldırılabilmesi için gerekli önlemler alınacak olup yardımcı araştırmacı tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanımı sağlanacaktır.

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilecek Kişi Adı / Soyadı / Telefonu: Gamze TOPUZ
TEL:

Bu araştırmaya katılmanız tamamen gizli tutulacaktır. Sizin araştırmaya katılmanıza ilişkin bilgisi olan tek kişi proje yürütücüsü olacaktır. Doktorunuza verdiğiniz bilgiler kadar klinik bilgilerde gizli tutulacaktır. Bununla birlikte yetkili kurumların müfettişleri araştırmanın geçerli yasalar ve sağlık makamları mevzuatına uygun olarak yürütülmesini garantilemek üzere araştırmaya ilişkin kayıtlarınızı incelemekle yükümlü olabilirler. Kayıtlarınızdaki bilgiler sadece bu araştırma amacıyla ve bu araştırmayı izleyen yayınlar için kullanılacaktır. Her durumda kimliğiniz saklanacaktır. Her durumda kimliğiniz diğer amaçlar için kullanılmayacak veya üçüncü şahıslara açıklanmayacaktır. Muayeneleriniz ve diğer işlemler için sizden ücret alınmayacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim/araştırmacı tarafından yapıldı. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih / /
Gamze TOPUZ

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

EK-4. Ölçek Kullanım İzinleri

EK-5. Hasta Tanıtım Formu

HASTA TANITIM FORMU							
1) AD-SOYAD							
2) YAŞ							
3) CİNSİYET	KADIN ☐			ERKEK ☐			
4) MEDENİ DURUM	EVLİ ☐			BEKAR ☐			
5) EĞİTİM DURUMU	OKURYAZAR ☐		OKURYAZAR ☐		İLKÖĞRETİM ☐		
	DEĞİL ☐		LİSE ☐		YÜKSEKÖĞRETİM VE ÜSTÜ ☐		
6) MESLEK	EV HANIMI ☐		ESNAF ☐		İŞÇİ ☐		ÖĞRENCİ ☐
	MEMUR ☐		EMEKLİ ☐		İŞSİZ ☐		DİĞER ☐ (.....)
7) ÇALIŞMA DURUMU	EVET ☐			HAYIR ☐			
8) GELİR DÜZEYİ	GELİRİM GİDERİMDEN FAZLA ☐						
	GELİRİM GİDERİME EŞİT ☐						
	GELİRİM GİDERİMDEN AZ ☐						
9) SİĞARA KULLANMA DURUMU	EVET ☐			HAYIR ☐			
10) ALKOL KULLANMA DURUMU	EVET ☐			HAYIR ☐			
11) GENEL SAĞLIK DURUMU	ÇOK İYİ ☐		İYİ ☐		ORTA ☐	KÖTÜ ☐	ÇOK KÖTÜ ☐
12) DÜZENLİ SAĞLIK KONTROLÜNE GİTME DURUMU	EVET ☐			HAYIR ☐			
13) DÜZENLİ EGZERSİZ YAPMA DURUMU	EVET ☐			HAYIR ☐			
14) SAĞLIKLI BESLENME DURUMU	EVET ☐			HAYIR ☐			
15) AİLEDE KANSER ÖYKÜSÜ OLMASI DURUMU	EVET ☐			HAYIR ☐			
16) KANSER EVRESİ	1. EVRE ☐		2. EVRE ☐		3. EVRE ☐		4. EVRE ☐
17) BAŞKA KRONİK HASTALIK VARLIĞI	KALP HASTALIĞI ☐	KOAH ☐	BRONŞİT ☐	ZATÜRRİYE ☐	HİPERTANSİYON ☐	ASTİM ☐	DİYABET ☐
							DİĞER (.....)

EK-6. Kadercilik Ölçeği

KADERCİLİK ÖLÇEĞİ	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILIYORUM	KESİNLİKLE KATILIYORUM
1. Kişi ciddi bir hastalık geçirecekse, bu kişi ne tür yiyecekler tüketirse tüketsin bu hastalığı geçirir.					
2. Eğer kişi ciddi bir hastalık geçirecekse, ne yaparsa yapsın geçirecektir.					
3. Eğer kişi ciddi bir hastalık geçirdiğinde kaderinde bu şekilde ölmek varsa ölür.					
4. Eğer kişi ciddi bir hastalık geçireceğini düşünüyorsa, bu hastalığı geçirir.					
5. Eğer kişinin ciddi bir hastalığı var ve o hastalık için tedavi görse de muhtemelen bu hastalık yüzünden öleceğine inanır.					
6. Eğer kişi ciddi bir hastalığa yakalanırsa, doktorlar ve hemşireler kendisine ne söylerse söylesin, bunu önemsemez, yine de/ her halükarda bu hastalığa yakalanır.					
7. Ne kadar ömrümün olacağı önceden belirlidir.					
8. Kaderimde ne zaman ölmek varsa o zaman öleceğim.					
9. Sağlığım kaderime bağlı.					
10. Sağlığım, kendimden daha güçlü bir şeye bağlıdır.					
11. Eğer şansım yoksa hastalanacağım.					
12. Sağlığım şansa bağlı.					
13. Ne kadar yaşayacağım şansa bağlı.					
14. Eğer şanslıysam sağlıklı kalırım.					
15. Kendim için yaptığım her şey yanlış gidebilir.					
16. Hastalıktan ötürü çok acı çekeceğim.					
17. Sağlığımın kötü olmasından ötürü çok acı çekeceğim.					
18. Hayatımdaki sorunlarla uğraşırken başa çıkmada sık sık çaresiz hissedirim.					
19. Bazen hayatta itilip kakıldığımı hissedirim.					
20. Sahip olduğum bazı problemleri çözmemin gerçekten hiçbir yolu yok.					

EK-7. Genel Algılanan Öz-Yeterlilik Ölçeği

ÖZ-YETERLİLİK ÖLÇEĞİ	DOĞRU DEĞİL	BİRAZ DOĞRU	DAHA DOĞRU	TÜMÜYLE DOĞRU
1) Yeni bir durumla karşılaştığımda ne yapmam gerektiğini bilirim.				
2) Beklenmedik durumlarda nasıl davranmam gerektiğini bilirim.				
3) Bana karşı çıkıldığında kendimi kabul ettirecek çare ve yolları bulurum.				
4) Ne olursa olsun üstesinden gelirim.				
5) Eğer gayret edersem güç sorunların çözümünü her zaman başarırım.				
6) Tasarılarımı gerçekleştirmek ve hedeflerime erişmek bana zor gelmez.				
7) Bir sorunla karşılaştığım zaman onu halledebilmeye yönelik birçok fikrim vardır.				
8) Güçlükleri soğukkanlılıkla karşılarım, çünkü yeteneklerime her zaman güvenebilirim.				
9) Ani olaylarında üstesinden geleceğimi sanıyorum.				
10) Her sorun için bir çözümüm vardır.				

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Gamze TOPUZ

Öğrenim durumu: Lisans mezunu

Görev yeri: Kütahya Domaniç İlçe Devlet Hastanesi

Yabancı dil: İngilizce

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece: Lisans

Bölüm: Hemşirelik

Üniversite: Ankara Üniversitesi Yıl: 2016-2020

Y. Lisans: Amasya Üniversitesi 2022-2025

BİLİMSEL FAALİYETLER

a) Yayınlar

b) Bildiriler

Topuz G., Doğan N. (2024). Birinci Derece Yakınlarında Kronik Hastalık Tanısı Olan, 20-25 Yaş Aralığındaki Bireylerin Kronik Hastalıklar Hakkındaki Görüşleri: Nitel Bir Çalışma, 6. Uluslararası “Artemis” Sağlık ve Spor Bilimleri Kongresi, 17-19 Ocak 2024, Online, Türkiye. (Sözlü Bildiri)

İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER

Görev Unvanı: Hemşire

Görev Yeri: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yıl:2021

Görev Yeri: Kütahya Domaniç İlçe Devlet Hastanesi 2024- Halen devam ediyor.

İLETİŞİM

E-posta Adresi: