

T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
MERAM TIP FAKÜLTESİ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

## KANSER TARAMALARINA YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ GELİŞTİRİLMESİ

DR. ELİF NUR YILDIRIM ÖZTÜRK

UZMANLIK TEZİ

KONYA, 2019



T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
MERAM TIP FAKÜLTESİ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

## KANSER TARAMALARINA YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ GELİŞTİRİLMESİ

DR. ELİF NUR YILDIRIM ÖZTÜRK

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN: DR. ÖĞR. ÜYESİ MEHMET UYAR

KONYA, 2019

## ÖNSÖZ

Bilgi ve tecrübeleri ile bana ışık tutan, hoşgörölü tavırlarıyla Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Faköltesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda almış olduğum 4 yıllık uzmanlık eğitimimi keyifli bir yolculuğa dönüştüren başta sayın PROF. DR. TAHİR KEMAL ŞAHİN hocam olmak üzere BÜTÜN HOCALARIMA,

Uzmanlık eğitimime başladığım ilk günden itibaren desteğini, sabrını, güvenini, anlayışlı ve olumlu tavrını benden esirgemeyen, asistanı olmaktan gurur duyduğum tez danışmanım ve akıl hocam sayın DR. ÖĞR. ÜYESİ MEHMET UYAR'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca omuz omuza çalıştığım asistan arkadaşım DR. HÜLYA DUMAN'a ve TÜM DEĞERLİ ASİSTAN ARKADAŞLARIMA,

Manevi destekleri, sevgileri ve ilgileri ile hayatımın her aşamasında yanımda olan canım ANNEM, BABAM ve KIZ KARDEŞLERİME,

Hayatıma girdiği ilk günden başlayarak beni her anlamda destekleyen yol arkadaşım ve eşim MUSTAFA'ya ve yaşamımı daha güzel ve anlamlı kılan kızım NİL KUMSAL'a,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Temmuz/2019

DR. ELİF NUR YILDIRIM ÖZTÜRK

**ÖZET**  
**KANSER TARAMALARINA YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ GELİŞTİRİLMESİ**

**DR. ELİF NUR YILDIRIM ÖZTÜRK**

**UZMANLIK TEZİ**

**KONYA, 2019**

**Amaç:** Kanser taramalarının kanser ölümlerini azalttığı bilinmektedir. Ülkemizde Ulusal Kanser Tarama Programı içerisinde meme, serviks ve kolorektal kanser taramaları yer almaktadır. Bu çalışmada kanser taramalarına yönelik tutumu ölçmede kullanılacak bir ölçeğin geliştirilmesi, geliştirilen ölçeğin pilot uygulamasının ve geçerlilik-güvenilirlik çalışmasının yapılması ve ölçekten alınan puan ile ilişkili olabilecek özelliklerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Metodolojik türdeki bu çalışma, Meram ilçesindeki 29 Aile Sağlığı Merkezine gelen ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 30-70 yaş arası, çalışmaya katılmasına engel olacak düzeyde bilişsel, görsel ve ortopedik engeli bulunmayan 334 kadın ve erkek hasta yakını üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmada veri toplama amacıyla literatür desteği ile oluşturulmuş olan sosyodemografik özellikler formu ve aday ölçek kullanılmıştır. Veri toplama araçları katılımcılara gözetim altında uygulanmıştır. Veri analizleri bilgisayar ortamında SPSS ile yapılmış ve istatistiksel anlamlılık düzeyi  $p<0,05$  olarak kabul edilmiştir.

**Bulgular:** %50'si kadın ve %50'si erkek 334 kişiden oluşan araştırma grubunun yaş ortalaması  $42,93\pm 9,60$  idi. 28 maddeden oluşan aday ölçekten madde puan-ölçek puan korelasyonu  $\pm 0,200$ 'den küçük olan 4 madde çıkarıldı. 24 maddelik ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı 0,957 olarak hesaplandı. İki yarı güvenilirlik yöntemine göre Spearman-Brown katsayısı 0,907 ve Guttman katsayısı 0,902 olarak bulundu. Ölçeğin yüzeysel geçerliliği ve kapsam geçerliliği iki farklı uzman ekibin desteğiyle gerçekleştirildi. Yapı geçerliliğini belirlemek amacıyla kullanılan açıklayıcı faktör analizi sonucunda 24 madde ve tek boyuttan oluşan ölçeğin açıklanan varyans oranı %52,62 ve özdeğeri 12,66 olarak hesaplandı. Ölçekten alınan puan ile yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sigara kullanımı ve kişinin kendisinde kanser varlığı arasında anlamlı ilişki saptandı ( $p<0,05$ ).

**Sonuç:** Araştırma sonucunda "Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği" adında beşli Likert tipinde yeni bir ölçme aracı geliştirilmiştir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılarak toplumumuzda kullanılmaya uygun olduğu gösterilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Kanser taramaları, Tutum, Ölçek, Ölçek Geliştirme, Likert

**ABSTRACT**  
**DEVELOPMENT OF AN ATTITUDE SCALE FOR CANCER SCREENING**

**DR. ELİF NUR YILDIRIM ÖZTÜRK**

**SPECIALIZATION THESIS**

**KONYA, 2019**

**Objective:** Cancer screening is known to reduce cancer deaths. Breast, cervix and colorectal cancer screenings are included in the National Cancer Screening Program in Turkey. In this study, it is aimed to develop a scale to be used to measure the attitude towards cancer screenings, to conduct a pilot study and validity-reliability study of the developed scale and to determine the features that may be related to the score obtained from the scale.

**Method:** This methodological study is performed on 30-70 years of age 334 female and male patients' relatives who come to 29 Family Health Centers in Meram, volunteer to participate in the study and does not have any cognitive, visual and orthopedic disabilities to prevent participation in the study. In the study, sociodemographic form and candidate scale which is created with the support of literature are used for data collection. Data collection tools are applied to the participants under supervision. Data analysis is performed with SPSS on computer and statistical significance level is accepted as  $p < 0,05$ .

**Results:** The mean age of the study group was  $42,93 \pm 9,60$ , of which 50% were female and 50% were male. Candidate scale consisting of 28 items was excluded from the 4 items whose item score-scale score correlation was less than  $\pm 0,200$ . The Cronbach's Alpha coefficient of the 24-item scale was calculated as 0,957. Spearman-Brown coefficient was found 0,907 and Guttman coefficient was 0,902 according to two half reliability methods. Surface validity and scope validity of the scale was realized with the support of two different expert teams. As a result of the explanatory factor analysis that used to determine the construct validity, the variance ratio of the scale consisting of 24 items and one dimension was calculated as 52,62% and eigenvalue was calculated as 12,66. Significant relations were found between the scale score with age, gender, education level, smoking habit and the presence of cancer in the individual ( $p < 0,05$ ).

**Conclusion:** As a result of the research, a new five-point Likert-type measurement tool named 'Attitude Scale for Cancer Screening' is developed. After the validity and reliability study of the scale has been shown to be suitable for use in our society.

**Keywords:** Cancer screenings, Attitude, Scale, Scale Development, Likert

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖNSÖZ.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1 Giriş.....	1
1.2 Amaç.....	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Kanser Tanımı.....	3
2.2. Kanserin Vücutta Görüldüğü Yerler.....	3
2.3. Kanserin Etkilediği Bireyler.....	4
2.4. Kanser Etiyolojisi ve Kanserojenler.....	4
2.4.1. Yaş.....	4
2.4.2. Cinsiyet.....	4
2.4.3. Tütün Kullanımı.....	4
2.4.4. Beslenme ve Obezite.....	4
2.4.5. Alkol Kullanımı.....	5
2.4.6. Enfeksiyöz Ajanlar.....	5
2.4.7. Mesleki Etkilenimler ve Çevre Kirliliği.....	6
2.4.8. İyonizan Radyasyon.....	6
2.4.9. Genetik Faktörler.....	7
2.4.10. Doğurganlık.....	8
2.4.11. İatrojenik Maruziyetler.....	8
2.5. Kanser Epidemiyolojisi.....	10
2.5.1. Türkiye’de Kanser.....	10
2.5.2. Dünya’da Kanser.....	13
2.6. Kanserden Korunma.....	19
2.6.1. Önemli Hastalık Kavramı ve Kanser.....	19
2.6.2. Halk Sağlığı Bakış Açısıyla Hastalıklardan Korunma.....	19
2.6.2.1. Primordiyal Korunma.....	20
2.6.2.2. Primer Korunma.....	20
2.6.2.3. Sekonder Korunma.....	20
2.6.2.4. Tersiyer Korunma.....	20
2.6.2.5. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Hizmetler.....	20
2.6.2.6. Çevreye Yönelik Koruyucu Hizmetler.....	21
2.6.3. Kanseri Önleme.....	21
2.6.3.1. Tütün Kullanımının Önlenmesi.....	21
2.6.3.2. Fiziksel İnaktivite, Sağlıksız Beslenme, Obezite ve Fazla Kiloluluğun Önlenmesi.....	21
2.6.3.3. Alkol Kullanımı.....	21
2.6.3.4. Enfeksiyonlar.....	21
2.6.3.5. Çevresel Kirlilik.....	22
2.6.3.6. Mesleki Karsinojenler.....	22
2.6.3.7. Radyasyon.....	22
2.6.4. Erken Tanı ve Tarama Testlerinde Olması İstenen Özellikler.....	22
2.6.5. Erken Tanısı Mümkün Olan Kanserler ve Erken Tanı Yöntemleri.....	24
2.6.6. Spesifik Kanserlerin Taranması.....	26
2.6.6.1. Meme Kanseri.....	26
2.6.6.2. Serviks Kanseri.....	26
2.6.6.3. Kolorektal Kanserler.....	27
2.6.6.4. Akciğer Kanseri.....	27
2.6.6.5. Prostat Kanseri.....	28

2.6.6.6. Deri Kanseri	28
2.6.6.7. Endometrium Kanseri	28
2.6.6.8. Baş-Boyun Kanseri	28
2.7. Türkiye’de ve Dünya’da Kanseri Taramalarının Durumu	29
2.7.1. Türkiye’de Kanseri Taramaları	29
2.7.1.1. Türkiye’de Meme Kanseri Taraması	29
2.7.1.2. Türkiye’de Serviks Kanseri Taraması	29
2.7.1.3. Türkiye’de Kolorektal Kanseri Taraması	30
2.7.1.4. Kanseri Taramalarının Yürütüldüğü Yerler	30
2.7.1.5. Kanseri Taramalarında Kullanılan Malzemenin Temini	30
2.7.1.6. Kanseri Taramalarına Katılmak İstemeyen Bireyler	30
2.7.2. Dünya’da Kanseri Taramalarının Durumu	31
2.8. Ölçme Kavramı	31
2.8.1. Ölçmenin Tanımı ve Türleri	31
2.8.2. Ölçme Hataları	32
2.9. Ölçek Tanımı	32
2.9.1. Ölçek Türleri	33
2.10. Tutum Kavramı	33
2.11. Tutum ve Davranış İlişkisi	34
2.12. Tutumların Ölçülmesi ve Tutum Ölçekleri	35
2.12.1. Tutumların Ölçülmesinde Ölçek Kullanmanın Avantajları	35
2.13. Bir Ölçekte Bulunması Gereken Özellikler	35
2.14. Likert Tipi Ölçekler	36
2.14.1. Likert Tipi Ölçek Geliştirme Basamakları	36
3. GEREÇ VE YÖNTEM	38
3.1. Araştırmanın Türü	38
3.2. Araştırma İzinleri	38
3.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Formu ve Aday Ölçek	38
3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	38
3.5. Araştırma Kapsamına Alınan Kişiler	39
3.6. Veri Toplama Yöntemi	39
3.7. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	39
4. BULGULAR	42
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	42
4.2. Kanseri Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği’nin Güvenilirliği	43
4.3. Kanseri Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği’nin Geçerliliği	46
4.3.1. Kanseri Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği’nin Yüzeysel Geçerliliği	46
4.3.2. Kanseri Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği’nin Kapsam Geçerliliği	47
4.3.3. Kanseri Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği’nin Yapı Geçerliliği	47
4.4. Pilot Uygulaması ve Geçerlilik-Güvenilirlik İşlemleri Tamamlanan Kanseri Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği’nin Özellikleri	49
4.5. Katılımcıların Kanseri Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği’nden Aldıkları Puanlar ve Ölçek Puanı ile İlişkili Olabilecek Faktörler	50
5. TARTIŞMA	52
5.1. Kanseri Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği’nin Güvenilirliği	52
5.2. Kanseri Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği’nin Geçerliliği	53
5.2.1. Kanseri Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği’nin Yüzeysel Geçerliliği	53
5.2.2. Kanseri Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği’nin Kapsam Geçerliliği	54
5.2.3. Kanseri Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği’nin Yapı Geçerliliği	55
5.3. Katılımcıların Kanseri Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği’nden Aldıkları Puanlar ile İlişkili Olabilecek Faktörler	57
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	61
7. KAYNAKLAR	62
8. EKLER	67
8.1. Ek 1: İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Etik Kurulu’ndan Alınmış Olan Etik Kurul Onayı	67



8.2. Ek 2: Sosyodemografik Özellikler Formu.....	68
8.3. Ek 3: Aday Ölçek .....	69
8.4. Ek 4: Yüzeysel Geçerlilik İçin Danışılmış Olan 10 Kişilik Doktor Ekibi .....	70
8.5. Ek 5: Kapsam Geçerliliği İçin Danışılmış Olan 17 Kişilik Uzman Ekibi.....	70
8.6. Ek 6: Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinin Son Şekli Verilmiş Hali.....	71



## TABLolar DİZİNİ

	<b>Sayfa</b>
<b>Tablo 2.1.</b> Kanserin Kaynaklandığı Vücut Bölümlerinden Örnekler.....	3
<b>Tablo 2.2.</b> Kansere Sebep Olan Mikrobiyolojik Ajanlar, Hedef Organlar ve Kanıt Düzeyleri.....	5
<b>Tablo 2.3.</b> Kansere Predispozan Sendromlar ve İlişkili Durumlar.....	7
<b>Tablo 2.4.</b> İnsanlarda Kansere Neden Olan Ajanlar ve Yol Açtıkları Kanseler....	9
<b>Tablo 2.5.</b> Türkiye’de Ölüm Nedenlerinin Dağılımı.....	11
<b>Tablo 2.6.</b> Erken Belirti Veren Kanseler ve Semptomları.....	24
<b>Tablo 2.7.</b> Kansere Tiplerine Göre Erken Tanı ve Tarama Varlığı Durumu.....	25
<b>Tablo 2.8.</b> Ölçek Türlerinin Özellikleri.....	33
<b>Tablo 3.1.</b> Araştırmaya İlişkin Zaman Çizelgesi.....	40
<b>Tablo 4.1.</b> Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	42
<b>Tablo 4.2.</b> Madde-Toplam Korelasyon Katsayıları.....	43
<b>Tablo 4.3.</b> %27 Alt-Üst Grup Bağımsız Gruplarda T Testi Analiz Sonuçları.....	44
<b>Tablo 4.4.</b> Kansere Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği’nin Tanımlayıcı Özellikleri	46
<b>Tablo 4.5.</b> Ölçeğe Ait Faktör Yükleri.....	48
<b>Tablo 4.6.</b> Kansere Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği.....	49
<b>Tablo 4.7.</b> Ölçek Puanını Etkileyen Değişkenlere İlişkin Sonuçlar.....	51

## ŞEKİLLER DİZİNİ

	<b>Sayfa</b>
<b>Şekil 2.1.</b> 2015 Yılında Tüm Yaş Gruplarında ve Erkeklerde En Sık Görülen Kanselerler (100.000 kişide).....	11
<b>Şekil 2.2.</b> 2015 Yılında Tüm Yaş Gruplarında ve Kadınlarda En Sık Görülen Kanselerler (100.000 kişide).....	12
<b>Şekil 2.3.</b> 2015 Yılında 0-14 Yaş Grubu Erkek Çocuklarda En Sık Görülen Kanselerler (100.000 kişide).....	12
<b>Şekil 2.4.</b> 2015 Yılında 0-14 Yaş Grubu Kız Çocuklarda En Sık Görülen Kanselerler (100.000 kişide).....	13
<b>Şekil 2.5.</b> 2000-2016 Yılları Arasında Dünya Çapında Görülen En Sık 10 Ölüm Nedeni (100.000 kişide).....	13
<b>Şekil 2.6.</b> 2000-2016 Yılları Arasında Düşük Gelirli Ülkelerde Gözlenen En Sık 10 Ölüm Nedeni (100.000 kişide).....	14
<b>Şekil 2.7.</b> 2000-2016 Yılları Arasında Düşük-Orta Gelirli Ülkelerde Gözlenen En Sık 10 Ölüm Nedeni (100.000 kişide).....	14
<b>Şekil 2.8.</b> 2000-2016 Yılları Arasında Orta-Yüksek Gelirli Ülkelerde Gözlenen En Sık 10 Ölüm Nedeni (100.000 kişide).....	15
<b>Şekil 2.9.</b> 2000-2016 Yılları Arasında Yüksek Gelirli Ülkelerde Gözlenen En Sık 10 Ölüm Nedeni (100.000 kişide).....	15
<b>Şekil 2.10.</b> Her İki Cinsiyette, Tüm Yaş Gruplarında ve Tüm Kanseler Türlerinde İnsidans (2018).....	16
<b>Şekil 2.11.</b> Her İki Cinsiyette, Tüm Yaş Gruplarında ve Tüm Kanseler Türlerinde Mortalite (2018).....	17
<b>Şekil 2.12.</b> Her İki Cinsiyet, Tüm Yaş Grupları ve Tüm Kanseler Türleri İçin Beş Yıllık Prevalans (2013-2018).....	17
<b>Şekil 2.13.</b> Her İki Cinsiyet, Tüm Yaş Grupları ve Tüm Kanseler Türleri İçin DSÖ Bölgeleri'ne Göre Kanseler İnsidansı (2018).....	18
<b>Şekil 2.14.</b> Her İki Cinsiyet, Tüm Yaş Grupları ve Tüm Kanseler Türleri İçin DSÖ Bölgeleri'ne Göre Kanseler Mortalitesi (2018).....	18

<b>Şekil 2.15.</b> Her İki Cinsiyet, Tüm Yaş Grupları ve Tüm Kansere Türleri İçin DSÖ Bölgeleri'ne Göre Beş Yıllık Kansere Prevalansı (2013-2018).....	19
<b>Şekil 4.1.</b> Scree Plot.....	48



# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

## 1.1 Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre kanser; anormal hücrelerin normal sınırlarının ötesinde vücudun bitişik kısımlarını istila edebilecek ve/veya diğer organlara yayılabilecek şekilde büyümesi ile karakterize büyük bir hastalık grubu için kullanılan jenerik bir terimdir (WHO Cancer 2018).

Vücudun herhangi bir yerinden köken alıp ortaya çıkabilen ve genç-yaşlı, zengin-fakir, kadın-erkek-çocuk herkesi etkileyebilen kanser; yalnızca hastalar üzerinde değil, hastaların aileleri ve toplumlar üzerinde de büyük bir yük oluşturur (WHO Cancer Fact Files 2018).

Kanserden ölümler Dünya çapında en sık yaşam kaybına neden olan ilk on neden arasındadır (WHO The Top 10 Causes of Death 2018). Eylül 2018'de yayınlanan küresel kanser verisinde; Dünya'da 18,1 milyon kişinin yeni kanser tanısı aldığı ve 9,6 milyon kişinin kanser nedeniyle hayatını kaybettiği açıklanmıştır (GLOBOCAN 2018). Ülkemizde Nisan 2018'de yayınlanan Ölüm Nedeni İstatistikleri'nde ölüm nedenlerinin dağılımları incelendiğinde ölüm vakalarının %39,7'si dolaşım sistemi hastalıklarından, %19,6'sı malign ve benign neoplazmlardan ve %12'si solunum sistemi hastalıklarından kaynaklanmıştır (TUİK 2017).

Kanser riskiyle ilişkili birçok faktör vardır. Bunlar; yaş, cinsiyet, tütün kullanımı, beslenme, obezite, alkol kullanımı, enfeksiyöz ajanlar, mesleki etkilenimler, çevre kirliliği, iyonizan ve iyonizan olmayan radyasyon ve genetik faktörlerdir (Öztürk 2011, Detels 2015, Karakan 2016, Fauci 2018, Adami 2018).

Sigara ve alkol kullanmama, düzenli fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme ile bütün kanser vakalarının %30 ile %50 arasındaki bir oranı önlenebilir olma özelliğindedir (WHO Cancer Prevention 2018). Önemli bir halk sağlığı sorunu olan kanseri önlemek birincil koruma iken; kanserin erken tanısını sağlamak için taramalar yapmak ikincil korumadır. Klasik halk sağlığı yaklaşımında koruma tedaviden üstündür (Öztürk 2011).

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi ve Ulusal Kanser Enstitüsü; kanser ölümlerini azalttığı gösterilmiş olan meme, kolon ve rektum, serviks ve akciğer kanserleri için (CDC 2018); Harrison's Principles of Internal Medicine meme kanseri, prostat kanseri, kolorektal kanserler, serviks kanseri ve akciğer kanseri için (Fauci 2018) ve WHO meme, kolon ve rektum ve serviks kanserleri için (Stewart 2014) taramaların yapılabileceğini belirtmektedir.

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün girişimleri doğrultusunda taramalar aracılığıyla erken tanının mümkün olduğu meme, serviks ve kolon

kanserlerinin taranmasını önermektedir. Kadınlarda 40-69 yaş arasında iki yılda bir mamografi, 30-65 yaş arasında beş yılda bir servikal smear testi ve/veya HPV testi uygulaması ve hem kadınlarda hem erkeklerde 50-70 yaş arasında iki yılda bir gaitada gizli kan testi ve her 10 yılda bir kolonoskopi yapılması önerilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı b 2018).

Yaşantı ve deneyimler sonucu oluşan, ilgili olduğu bütün durumlara karşı bireyin davranışları üzerinde yönlendirici bir etki gücüne sahip duygusal ve zihinsel hazırlık durumu olarak tanımlanan tutumlar (Allport 1967) kanser taramalarına katılma da dâhil olmak üzere bireyin yaşamında önemli bir yer tutmaktadır. Literatürde bireylerin davranışlarının tutumlarından kaynaklandığı yönünde bir kanı vardır ve tutumların ölçülmesi bu temele dayanmaktadır (Özgüven 1994).

Tutum-davranış ilişkisinin anlaşılması ve tutumdan davranışın kestirilmesi her şeyden önce tutumların güvenilir şekilde ölçülmesine bağlıdır (Tavşancıl 2014). Soyut kavramlar olan tutumların ölçülmeleri oldukça zordur (Thurstone 1967). Tutumların ölçülmesinde kullanılacak çeşitli yöntemler geliştirilmiştir (Tavşancıl 2014). Bireylerin tutumlarını öğrenmek için onların düşünceleri, duyguları ve tepki eğilimleri ile ilgili bilgi edinilmeye çalışılır (Thurstone 1967).

## **1.2 Amaç**

Bu tez çalışmasıyla üç amaca ulaşılması hedeflenmektedir. Bu amaçlar aşağıda belirtilmiştir.

1. Kanser taramalarına katılımı etkilediği düşünülen tutumu ölçmede kullanılacak bir ölçeğin geliştirilmesi
2. Geliştirilen ölçeğin pilot uygulamasının ve geçerlilik-güvenilirlik çalışmasının yeterli sayıda gönüllü birey üzerinde yapılması
3. Ölçekten alınan puan ile ilişkili olabilecek özelliklerin belirlenmesi

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Kanser Tanımı

Fransızca “cancer” kelimesinden köken alan kanser; Türk Dil Kurumu’na ait Güncel Türkçe Sözlük’te “Bir organ veya dokudaki hücrelerin kontrolsüz olarak bölünüp çoğalmasına bağlı olarak yakın dokulara yayılmasıyla veya uzak dokulara sıçramasıyla beliren hastalık, amansız hastalık” olarak tanımlanmıştır (TDK 2018).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün tanımına göre kanser; anormal hücrelerin normal sınırlarının ötesinde vücudun bitişik kısımlarını istila edebilecek ve/veya diğer organlara yayılabilecek şekilde büyümesi ile karakterize büyük bir hastalık grubu için kullanılan jenerik bir terimdir. Kanser yerine kullanılan diğer yaygın terimler ise malign tümörler ve neoplazmlardır (WHO Cancer 2018).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı’nın internet adresinde yer alan tanıma göre kanser; vücudumuzun çeşitli bölgelerindeki hücrelerin kontrolsüz çoğalması ile oluşan yüzden fazla hastalık grubudur (T.C. Sağlık Bakanlığı a 2018).

Halk Sağlığı Genel Bilgiler kitabında “kanser; en kısa tanımı ile hücrelerin kontrolsüz şekilde çoğalmaları demektir” denilmektedir (Öztürk 2011).

### 2.2. Kanserin Vücutta Görüldüğü Yerler

Kanser vücudun herhangi bir yerinden köken alıp ortaya çıkabilir. Kanseri vücuttaki bütün hücre ve dokulardan kaynaklanabilir (WHO Cancer Fact Files 2018). Kanseri gelişebilen belli başlı vücut bölümleri Tablo 2.1’de sunulmuştur.

**Tablo 2.1. Kanseri Kaynaklandığı Vücut Bölümlerinden Örnekler (IARC 2018)**

Dudak	Mide	Pankreas	Plevra	Endometrium	Üreter
Oral kavite	Kolon	Nazal kavite	Periton	Over	Mesane
Tükrük bezi	Rektum	Paranasal sinuslar	Yumuşak doku	Penis	Göz
Tonsil	Anüs	Larenks	Meme	Prostat	Beyin
Farenks	Karaciğer	Akciğer	Vulva	Testis	Tiroid
Nazofarenks	Safra yolları	Kemik	Vajina	Böbrek	Kan
Özefagus	Safra kesesi	Cilt	Serviks	Renal pelvis	Lenf Nodu

### **2.3. Kanserin Etkilediği Bireyler**

Kanser genç ve yaşı, zengin ve fakir, kadın, erkek ve çocuk herkesi etkiler. Kanser yalnızca hastalar üzerinde değil, hastaların aileleri ve toplumlar üzerinde büyük bir yük oluşturur (WHO Cancer Fact Files 2018).

### **2.4. Kanser Etiyolojisi ve Kanserojenler**

Kanserin türüne göre önem düzeyi değişkenlik göstermekle beraber, kanser riskiyle ilişkili birçok faktör vardır. Bunlar; yaş, cinsiyet, tütün kullanımı, beslenme, obezite, alkol kullanımı, enfeksiyöz ajanlar, mesleksi etkilenimler, çevre kirliliği, iyonizan ve iyonizan olmayan radyasyon ve genetik faktörlerdir (Öztürk 2011, Detels 2015, Karakan 2016, Fauci 2018, Adami 2018).

#### **2.4.1. Yaş**

Yaş kanser için önemli bir risk faktörüdür. Yaş ilerledikçe kanser görülme riski yükselir. Tüm kanser olgularının üçte ikisi 65 yaşın üzerindeki kişilerden oluşmaktadır. Bir erkekte kanser gelişme olasılığı; doğumdan 49 yaşa gelene dek 29'da 1; 50-59 yaş aralığında 15'te 1; 60-69 yaş aralığında 6'da 1 ve 70 ve üzeri yaşlarda 3'te 1'dir. Bir kadında kanser gelişme olasılığı; doğumdan 49 yaşa gelene dek 19'da 1; 50-59 yaş aralığında 17'de 1; 60-69 yaş aralığında 10'da 1 ve 70 ve üzeri yaşlarda 4'te 1'dir (Fauci 2018).

#### **2.4.2. Cinsiyet**

Erkek cinsiyet kanser gelişimi için daha yüksek risk altındadır. Genel olarak, yaşamları boyunca erkekler % 44 oranında ve kadınlar % 38 oranında kanser geliştirme riski taşırlar (Fauci 2018).

#### **2.4.3. Tütün Kullanımı**

Dünya çapında insan kanserlerinin ana nedeni tütün kullanımıdır (Detels 2015). Yüksek geliri ülkelerde kanserlerin %30'u sigara kullanımı ile ilişkilendirilmektedir (Adami 2018, Doll 2005). Birçok orta ve düşük geliri ülkede tütün kullanımı geç başladığından kanser oranları göreceli olarak düşüktür (Detels 2015). Ayrıca sigara dumanında bulunan maddelerden bazıları da kanserle ilişkilendirilmektedir (Öztürk 2011).

#### **2.4.4. Beslenme ve Obezite**

Son yıllarda yapılmış çalışmalar beslenme faktörlerinin kansere neden olabildiği gibi, kanserden koruyucu etkilere de sahip olduğunu öne sürmektedir. Doymuş yağdan fakir, bitkisel liflerden zengin ve alkolden, tuzlanmış, salamura edilmiş, tütsülenmiş gıdalardan, kırmızı etten fakir bir beslenme tarzının kolon, prostat, meme, mide, akciğer ve özefagus kanserleri gibi kanserlerin oluşma riskini azaltacağı yönünde deliller bulunmaktadır (Öztürk



2011, Detels 2015). Kilo alımının, özofagus, pankreas, kolorektal, postmenopozal meme, endometriyum ve böbrek kanseri riskleri ile ilişkili olduğuna dair kanıtlar vardır (World Cancer Research Fund 2018).

#### 2.4.5. Alkol Kullanımı

Fazla miktarda ve uzun süre alkol alımı oral kavite, farenks, larenks, özofagus, karaciğer, pankreas, kolorektal ve meme kanseri riskini arttırmaktadır (Adami 2018), (Baan 2007).

#### 2.4.6. Enfeksiyöz Ajanlar

Son elli yıl içerisinde enfeksiyöz ajanların kanserle ilişkisi netlik kazanmaya başlamıştır (Adami 2018). Tüm dünyada ikinci sırada en önemli kanser risk faktörleri virus, bakteri ve parazitlerdir (Detels 2015). Enfeksiyöz ajanlar ve ilişkili oldukları kanser türleri Tablo 2.2'de sunulmuştur.

**Tablo 2.2. Kansere Sebep Olan Mikrobiyolojik Ajanlar, Hedef Organlar ve Kanıt Düzeyleri (Detels 2015, IARC 2009, IARC 2007, IARC 1997, IARC 1996, IARC a 1994, IARC b 1994)**

Mikrobiyolojik Ajan	Hedef Organ	Kanıt Düzeyi
Hepatit B	Karaciğer, Safra yolları, Lösemi/Lenfoma	Yeterli
Hepatit C	Karaciğer, Safra yolları, Lösemi/Lenfoma	Yeterli
Hepatit D	Karaciğer	Yetersiz
Human Papilloma Virus Tip 16	Serviks, Vulva, Vajina, Penis, Anüs, Oral kavite, Tonsil, Farenks, Larenks	Yeterli
Human Papilloma Virus Tip 18	Serviks, Oral kavite, Penis, Anüs, Vulva	Yeterli
Human Papilloma Virus Tip 31,35,39,45,51,52,56,58,59	Serviks	Yeterli
Human Papilloma Virus Tip 33	Serviks, Anüs, Vulva	Yeterli
Human Papilloma Virus Tip 6,11	Larinks	Yetersiz
Human Papilloma Virus Tip 26,53,66,67,68,70,73,82	Serviks	Sınırlı
Human Papilloma Virus Tip 30,34,69,85,97		Yetersiz
Human Papilloma Virus Tip Genus Beta tipleri (5 ve 8 dahil) ve Genus Gama tipleri	Cilt	Yetersiz
Human Papilloma Virus Tip 5,8 (Epidermodisplazi Verruciformisli hastalarda)	Cilt	Sınırlı

(Tablo 2.2'nin Devamı)

Mikrobiyolojik Ajan	Hedef Organ	Kanıt Düzeyi
Human Immunodeficiency Virus 1	Anüs, Kaposi sarkomu, Serviks, Göz, Lösemi/Lenfoma, Karaciğer/Safra yolları, Cilt, Vulva, Vajina, Penis	Yeterli
Human Immunodeficiency Virus 2	Kaposi sarkomu, Non-Hodgkin lenfoma	Sınırlı
Human T-Cell Lymphotropic Virus 1	Yetişkin T hücreli lösemi/lenfoma	Yeterli
Human T-Cell Lymphotropic Virus 2		Yetersiz
Ebstein Barr Virus	Nasofarenks, Lösemi/Lenfoma, Mide	Yeterli
Human Herpes Virus 8	Kaposi sarkomu, Lösemi/Lenfoma	Yeterli
Merkel Cell Polyomavirus	Cilt	Sınırlı
Helicobacter Pylori	Mide, Lösemi/Lenfoma	Yeterli
Shistosoma Haematobium	Mesane	Yeterli
Shistosoma Japonicum	Kolorektal, Karaciğer/Safra yolu	Sınırlı
Shistosoma Mansoni		Yetersiz
Opistorchis Viverrini	Karaciğer/Safra yolu	Yeterli
Opistorchis Felineus		Yetersiz
Clonorchis Sinensis	Karaciğer/Safra yolu	Sınırlı
Malaria (Plasmodium Falciparum)	Lösemi/Lenfoma	Sınırlı

#### 2.4.7. Mesleki Etkilenimler ve Çevre Kirliliği

Percival Pott 1775'te baca temizleyicilerde skrotal kanser sıklığının yüksekliğini tanımlamıştır (Adami 2018). Çalışılan meslekte akrilonitril, arsenik, asbest, benzen, kimyasal boyalar, krom, formaldehit, nikel, vinil klorid gibi kanserojenlere maruziyet yaygındır ve mesleki maruziyetler çeşitli kanser türleriyle ilişkilendirilmektedir (Detels 2015), (Adami 2018). Yüksek gelir düzeyine sahip olan ülkelerde mesleğe atfedilen kanser riski %2-3 dolaylarındadır (Doll 2005, Steenland 2003).

Yaşanılan çevrede yer alan ve maruz kalınan ultraviyole ışınları, arsenik, asbest, benzen, krom gibi çevresel ajanlar da kanser etiolojisiyle ilişkilendirilmektedir (Adami 2018).

#### 2.4.8. İyonizan Radyasyon

İyonizan radyasyonun kanser gelişimine neden olduğu veya kanser gelişimini uyardığı bilinmektedir (Adami 2018). Kanser gelişimi için radyasyonun dozu çok önemlidir (Öztürk 2011). Lösemi, deri, meme, akciğer, tiroid, beyin, mide, mesane, karaciğer, böbrek

ve over kanserleri radyasyonla ilişkilidir (Detels 2015, Adami 2018). Yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerde radyasyona atfedilen kanser riski %3-5 civarındadır (Doll 2005, Colditz 2000).

#### 2.4.9. Genetik Faktörler

Kanser başlı başına genetik geçişli bir hastalık değildir. Retinoblastom gibi bazı kanser türlerinde ailevi geçiş görülebildiği gibi, kendisi kanser olmayan Familial Adenomatöz Polipozis gibi bazı ailevi hastalıklarda kanser gelişebilmektedir. Bazı ailelerde ise hiçbir ailevi geçiş olmadığı halde bazı kanserler daha sık görülmektedir (Öztürk 2011). Bazı toplumlarda genetik faktörler alanına atfedilebilecek vaka sayısı az olmakla birlikte mutasyonlu bazı kalıtsal genler kanser riskini dramatik olarak arttırmaktadır (Detels 2015). Kansere ilişkisi bulunan durumlar ve genler Tablo 2.3'te sunulmuştur.

**Tablo 2.3. Kansere Predispozan Sendromlar ve İlişkili Durumlar (Fauci 2018)**

Sendrom	İlişkili Gen	Kromozom	Neden Olduğu Kanser
Ataksi Telenjektazi	ATM	11q22-q23	Meme
Otoimmün Lenfoproliferatif Sendrom	FAS FASL	10q24 1q23	Lenfoma
Bloom Sendromu	BLM	15q26.1	Çeşitli
Cowden Sendromu	PTEN	10q23	Meme, Tiroid
Familial Adenomatöz Polipozis	APC MUTYH	5q21 1p34.1	Kolorektal
Familial Melanom	CDKN2A	9p21	Melanom, Pankreas
Familial Wilms Tümörü	WT1	11p13	Böbrek (çocukta)
Herediter Meme/Over Kanseri	BRCA1 BRCA2	17q21 13q12.3	Meme, Over, Prostat
Herediter Diffüz Gastrik Kanser	CDH1	16q22	Mide
Herediter Multipl Ekzozitoz	EXT1 EXT2	8q24 11p11-12	Ekzozitoz, Kondrosarkom
Herediter Retinoblastom	RB1	13q14.2	Retinoblastom, Osteosarkom

(Tablo 2.3'ün Devamı)

Sendrom	İlişkili Gen	Kromozom	Neden Olduğu Kanser
Hereditör Nonpolipozis Kolon Kanseri	MSH2	2p16	Kolon, Endometrium, Over, Mide, İnce barsak, Üreter
	MLH1	3p21.3	
	MSH6	2p16	
	PMS2	7p22	
Hereditör Papiller Renal Karsinom	MET	7q31	Papiller Böbrek
Juvenil Polipozis Sendromu	SMAD4	18q21	Gastrointestinal sistem, Pankreas
	BMP1A		
Li-Fraumeni Sendromu	TP53	17p13.1	Sarkom, Meme
Multipl Endokrin Neoplazi 1	MEN1	11q13	Paratiroid, Pankreas, Hipofiz
Multipl Endokrin Neoplazi 2a	RET	10q11.2	Medüller Tiroid, Feokromasitoma
Nörofibromatozis Tip 1	NF1	17q11.2	Nörofibroma, Nörofibrosarkom, Beyin
Nörofibromatozis Tip 2	NF2	22q12.2	Vestibüler Schwannoma, Menenjiom, Omurga
Gorlin's Sendromu	PTCH1	9q22.3	Bazal Hücreli Karsinom, Medullablastom, Çene kistleri
Tuberosklerozis	TSC1	9q34	Anjiofibroma, Renal Anjiomiyolipom
	TSC2	16p13.3	
Von Hippel-Lindau Hastalığı	VHL	3p25-26	Böbrek, Beyincik, Feokromasitoma

#### 2.4.10. Doğurganlık

Kadınlarda çocuk doğurmanın meme, over ve uterus kanserlerinin sıklıklarını azalttığı yönünde epidemiyolojik kanıtlar bulunmaktadır (Adami 2018).

#### 2.4.11. İatrojenik Maruziyetler

Medikal tedavilerin komplikasyonları kısa bir süre içerisinde ortaya çıkabileceği gibi, uzun yıllar sonra da ortaya çıkabilir. Tedavilerin uzun dönem komplikasyonlarından biri kanser gelişimidir. Kanser in iatrojenik nedenlerle ilişkili kısmından iyonizan radyasyon ve

dietilstilbestrol, oral kontraseptifler, eksojen östrojen-progesteron alımı, analjezikler gibi ajanlar sorumlu tutulmaktadır (Adami 2018).

İnsanlarda neden oldukları kansere göre, hakkında yeterli veya sınırlı kanıt bulunan ajanların listesi Tablo 2.4'te sunulmuştur.

**Tablo 2.4. İnsanlarda Kansere Neden Olan Ajanlar ve Yol Açtıkları Kanseler (IARC 2018)**

Kanser Gelişen Alan	Yeterli Kanıt Bulunan Ajan	Sınırlı Kanıt Bulunan Ajan
Oral kavite	Alkollü içecekler Tütün ile Betel quid Tütün olmadan Betel quid Human Papilloma Virus Tip 16 Duman çıkarmayan tütün ürünleri Duman çıkaran tütün ürünleri	Human Papilloma Virus Tip 18
Nazofarenks	Epstein Barr Virüsü Formaldehit Çin tarzı tuzlanmış balık Duman çıkaran tütün ürünleri Talaş	
Kolon ve rektum	Alkollü içecekler Duman çıkaran tütün ürünleri X ışınları Gama ışınları İşlenmiş et	Asbestin tüm formları Schistosoma Japonicum Kırmızı et
Akciğer	Mesleki maruziyetlerle ilişkili Acheson süreci Alüminyum üretimi Arsenik ve inorganik arsenik bileşikleri Asbestin tüm formları Berilyum ve berilyum bileşikleri Bis (klorometil) eter; klorometil metil eter Kadmium ve kadmium bileşikleri Krom bileşikleri Kömürün ev yakma kaynaklı iç ortam emisyonları Kömür gazlaştırma Kömür katranı Kok üretimi Dizel motor egzozu Yer altı hematit madenciliği Demir ve çelik arama MOPP (vinkristin-prednizon-nitrojen mustard-prokarbazin karışımı) Nikel bileşikleri Dış ortam hava kirliliği Boyama Dış hava kirliliğinde partikül madde Plütonyum Radon-222 ve bozunma ürünleri Kauçuk üretim endüstrisi Silika tozu Kurum Kükürt mustard Pasif sigara içiciliği Duman çıkaran tütün ürünleri Kaynak dumanı X ışınları Gama ışınları	İnorganik güçlü asit dumanları Vitray, cam ürünler ve preslenmiş halleri (imalat aşaması) Benzen Biyomass yakıtı (başta odun) ve ev kaynaklı yakma Bitümenlere mesleki maruziyet ve çatı yapımı sırasındaki emisyonları Bitümenlere mesleki maruziyet ve asfaltlama çalışmaları sırasında sert ziftlere ve bunların emisyonlarına maruziyet Karbon elektrot üretimi (Alfa-klorlu toluenlere ve benzoil klorüre kombine maruziyet) Kobalt metali ile tungsten karbür Creosotes
Cilt (Melanom)	Güneş ışınları Ultraviyole yayan bronzlaşma cihazları Poliklorlu bifeniller	

(Tablo 2.4'ün Devamı)

Kanser Gelişen Alan	Yeterli Kanıt Bulunan Ajan	Sınırlı Kanıt Bulunan Ajan
Cilt (Diğer malign neoplazmlar)	Arsenik ve inorganik arsenik bileşikleri Azatioprin Kömür katranı distilasyonu Kömür katranı Siklosporin Methoxsalen plus ultraviyole A İşlenmemiş veya hafif arıtılmış mineral yağlar Şeyl yağları Güneş ışınları Kurum X ışınları Gama ışınları	Creosotes Human Immundeficiency Virus 1 Human Papilloma Virus Tip 5 ve 8 (Epidermodisplazi) Verrüçiformisli hastalarda) Hidroklorotiyazid Nitrojen mustard Petrol arıtma Ultraviyole yayan bronzlaşma cihazları Merkel Cell Polyomavirus
Meme	Alkollü içecekler Dietilstilbestrol Östrojen-progesteron içeren kontraseptifler Östrojen-progesteron içeren menopoz terapi X ışınları Gama ışınları	Dieldrin Digoksin Östrojen menopoz terapisi Etilen oksit Poliklorlu bifeniller Sirkadiyen ritimde bozulmaya neden olan vardiyalı çalışma Duman çıkaran tütün ürünleri
Serviks	Dietilstilbestrol (İntrauterin maruziyet) Östrojen-progesteron içeren kontraseptifler Human Immundeficiency Virus 1 Human Papilloma Virus Tip 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 Duman çıkaran tütün ürünleri	Human Papilloma Virus Tip 26, 53, 66, 67, 68, 70, 73, 82
Prostat		Androjenik (anabolik) steroidler Arsenik ve inorganik arsenik bileşikleri Kadmium ve kadmiyum bileşikleri Malatyon Kauçuk üretim endüstrisi Thorium-232 ve bozunma ürünleri X ışınları Gama ışınları Kırmızı et tüketimi
Testis		DDT Dietilstilbestrol (İntrauterin maruziyet) N, N-Dimetilformamid Perflorooktanoik asit

## 2.5. Kanser Epidemiyolojisi

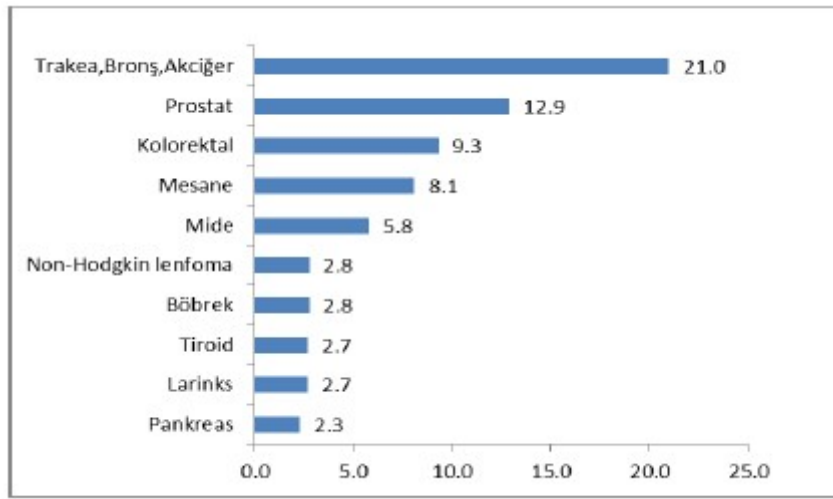
### 2.5.1. Türkiye’de Kanser

26 Nisan 2018’de yayınlanan Ölüm Nedeni İstatistikleri’nde ülkemizdeki ölüm nedenlerinin dağılımı incelendiğinde ölüm vakalarının %39,7’si dolaşım sistemi hastalıklarından, %19,6’sı malign ve benign neoplazmlardan ve %12’si solunum sistemi hastalıklarından kaynaklanmıştır (TUİK 2017). Bilginin ayrıntıları Tablo 2.5’te sunulmuştur.

**Tablo 2.5. Türkiye’de Ölüm Nedenlerinin Dağılımı (2017) (TUİK 2017)**

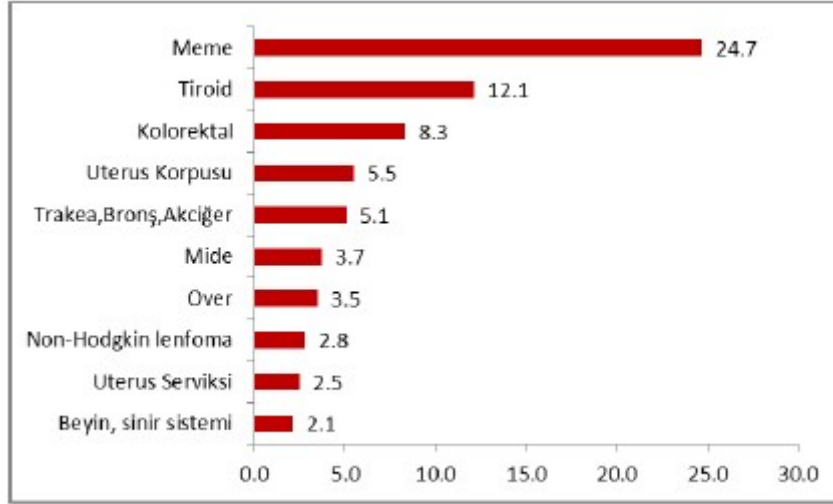
Ölüm Nedeni	Sayı (n)	Yüzde (%)
Dolaşım sistemi hastalıkları	165 323	39,7
Malign ve benign neoplazmlar	81 527	19,6
Solunum sistemi hastalıkları	49 855	12,0
Sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları	20 504	4,9
Endokrin, beslenme ve metabolizmaya ilgili hastalıklar	20 110	4,8
Dışsal yaralanmalar ve zehirlenmeler	18 901	4,5
Diğer	60 661	14,6

2015 yılında erkeklerde birinci sık görülen kanser trakea, bronş, akciğer, ikinci sık görülen kanser prostat ve üçüncü sık görülen kanser kolorektaldir (Şekil 2.1) (T.C. Sağlık Bakanlığı 2015).



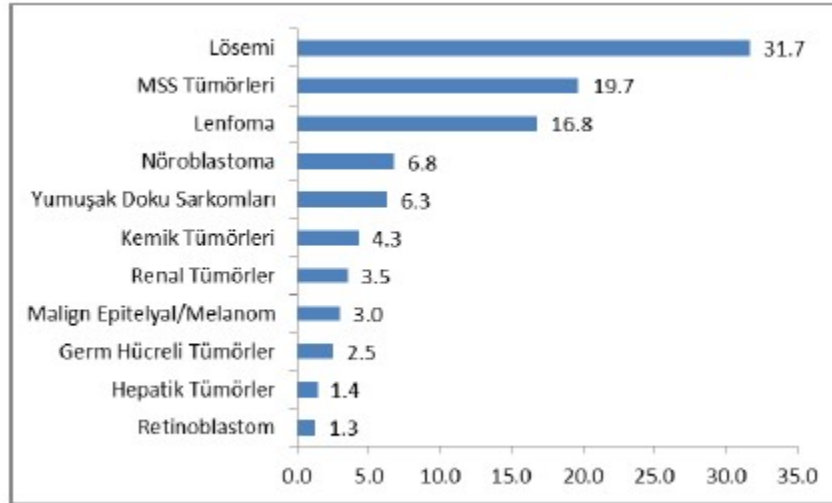
**Şekil 2.1. 2015 Yılında Tüm Yaş Gruplarında ve Erkeklerde En Sık Görülen Kanserler (100.000 kişide insidans) (T.C. Sağlık Bakanlığı 2015)**

2015 yılında kadınlarda birinci sık görülen kanser meme, ikinci sık görülen kanser tiroid ve üçüncü sık görülen kanser kolorektaldir (Şekil 2.2) (T.C. Sağlık Bakanlığı 2015).



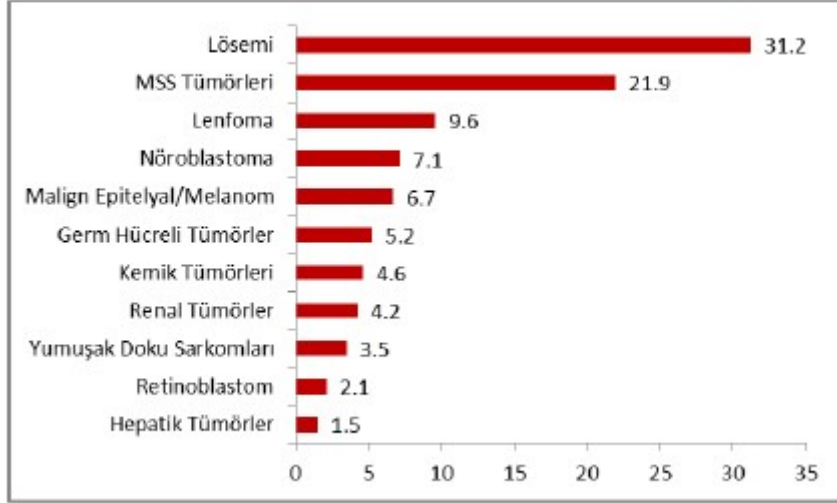
**Şekil 2.2. 2015 Yılında Tüm Yaş Gruplarında ve Kadınlarda En Sık Görülen Kanserler (100.000 kişide insidans) (T.C. Sağlık Bakanlığı 2015)**

2015 yılında 0-14 yaş çocuklarda birinci sık görülen kanser lösemi, ikinci sık görülen kanser merkezi sinir sistemi tümörleri ve üçüncü sık görülen kanser lenfomadır (Şekil 2.3 ve Şekil 2.4) (T.C. Sağlık Bakanlığı 2015).



**Şekil 2.3. 2015 Yılında 0-14 Yaş Grubu Erkek Çocuklarda En Sık Görülen Kanserler (100.000 kişide insidans) (T.C. Sağlık Bakanlığı 2015)**

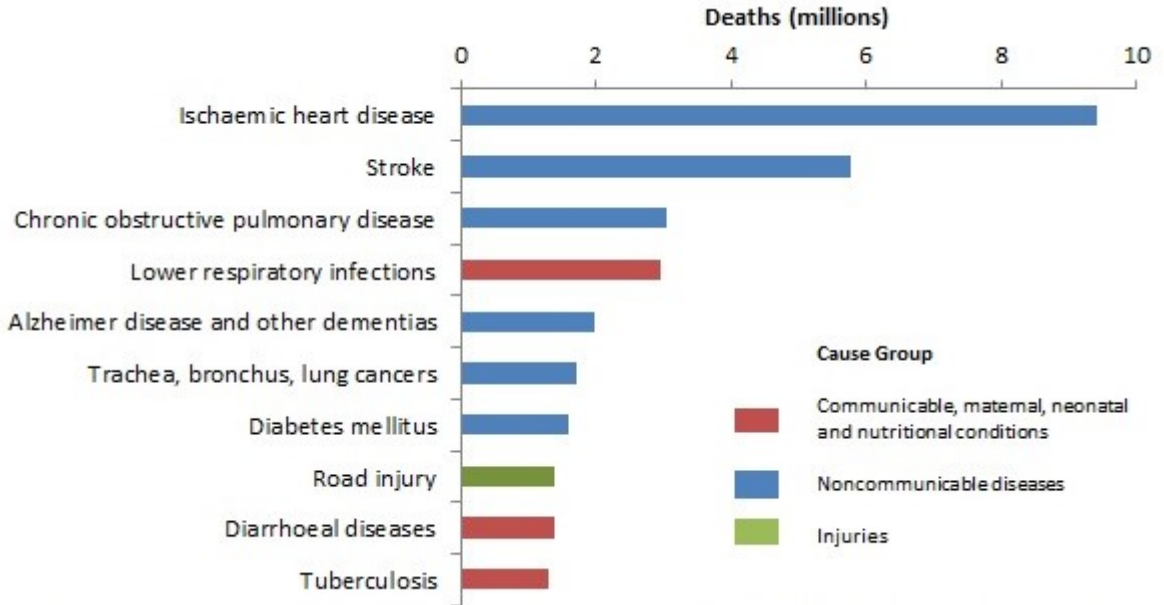




**Şekil 2.4. 2015 Yılında 0-14 Yaş Grubu Kız Çocuklarda En Sık Görülen Kanserler (100.000 kişide insidans) (T.C. Sağlık Bakanlığı 2015)**

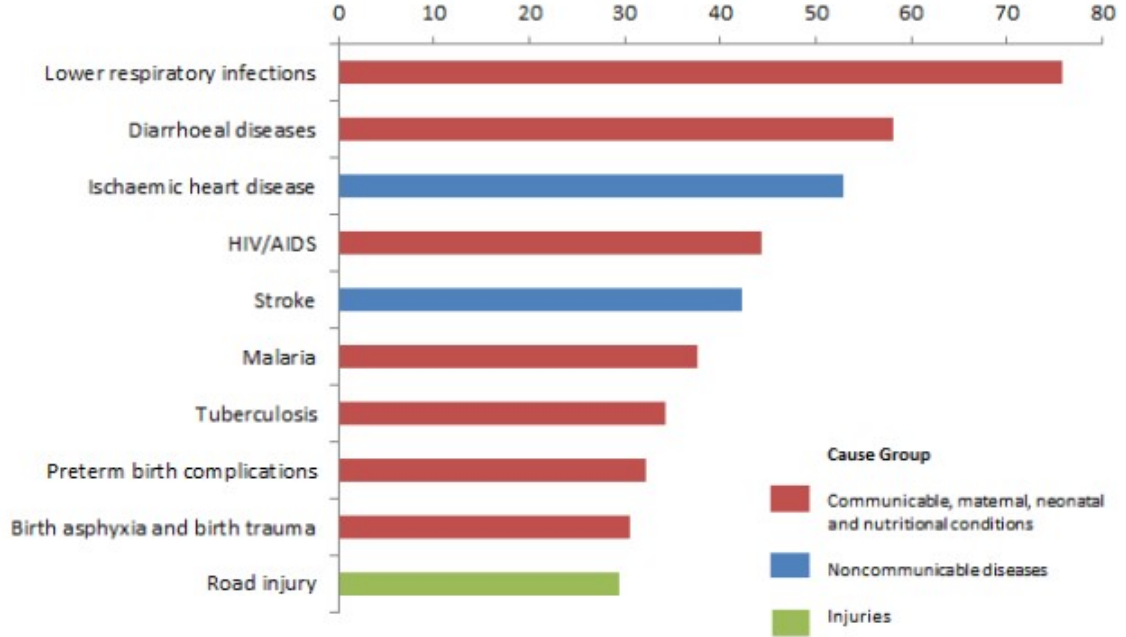
### 2.5.2. Dünya’da Kanser

DSÖ’nün 2000-2016 yılları arasındaki dönem için açıkladığı en sık ölüme sebebiyet veren on neden şöyledir: İskemik kalp hastalıkları, İnme, Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, Alt solunum yolu enfeksiyonları, Alzheimer ve diğer demans türleri, Trakea-bronş ve akciğer kanserleri, Diabetes Mellitus, Trafik kazaları, İshalli hastalıklar, Tüberküloz (Şekil 2.5) (WHO The Top 10 Causes of Death 2018).

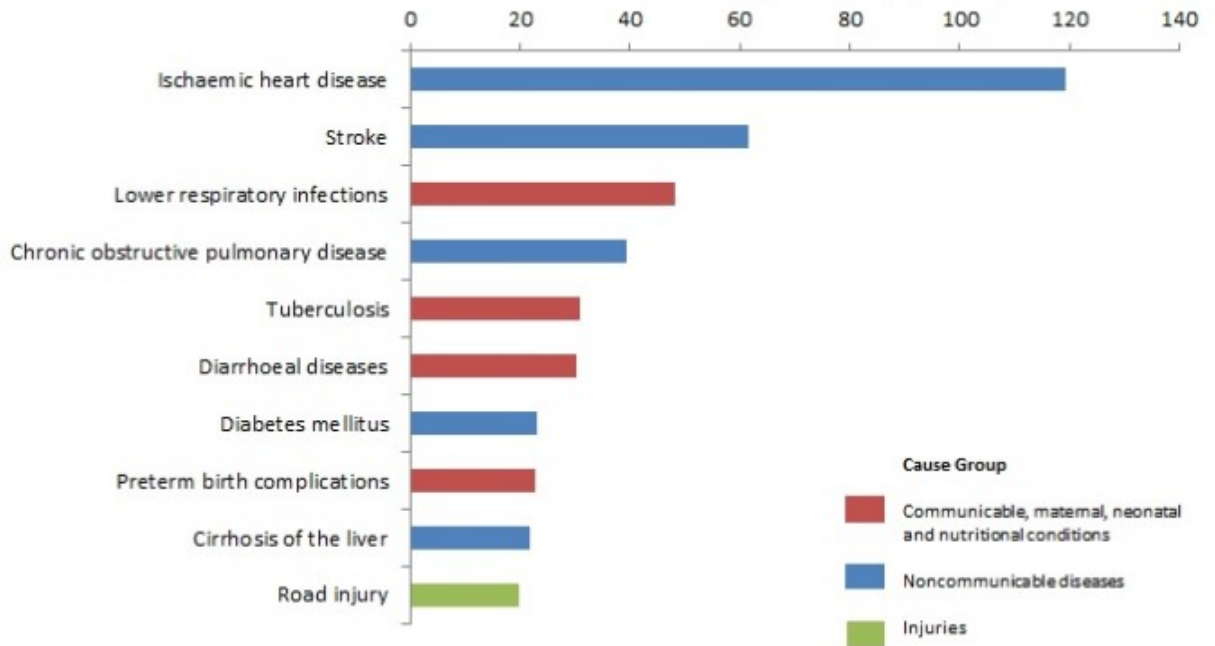


**Şekil 2.5. 2000-2016 Yılları Arasında Dünya Çapında Görülen En Sık 10 Ölüm Nedeni (100.000 kişide mortalite) (WHO The Top 10 Causes of Death 2018)**

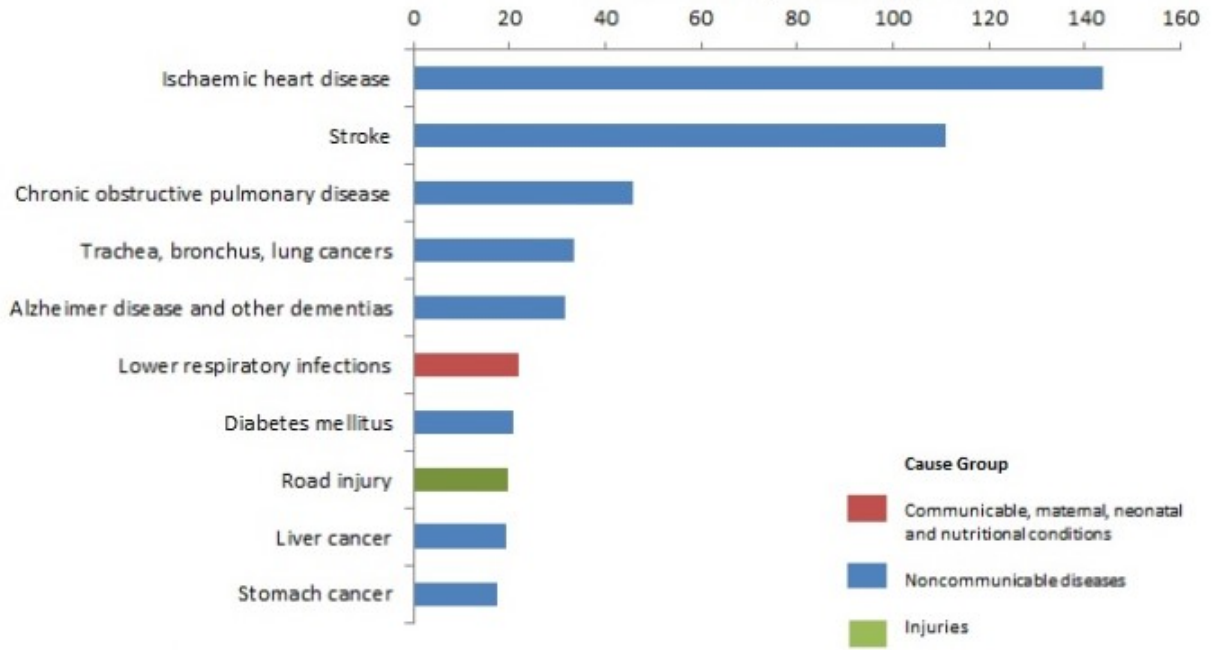
Kanserden ölümler Dünya çapında en sık yaşam kaybına neden olan ilk on neden arasındadır. Ölüm nedenleri ülkelerin gelir durumlarına göre incelendiğinde kanserden ölümler orta-yüksek ve yüksek gelirli ülkeler için ilk on ölüm nedeni arasında yer almaktadır. Ülkelerin gelir durumlarına göre (düşük, düşük-orta, orta-yüksek ve yüksek) en sık görülen 10 ölüm nedenine ilişkin grafikler aşağıda sunulmuştur (Şekil 2.6, Şekil 2.7, Şekil 2.8 ve Şekil 2.9)



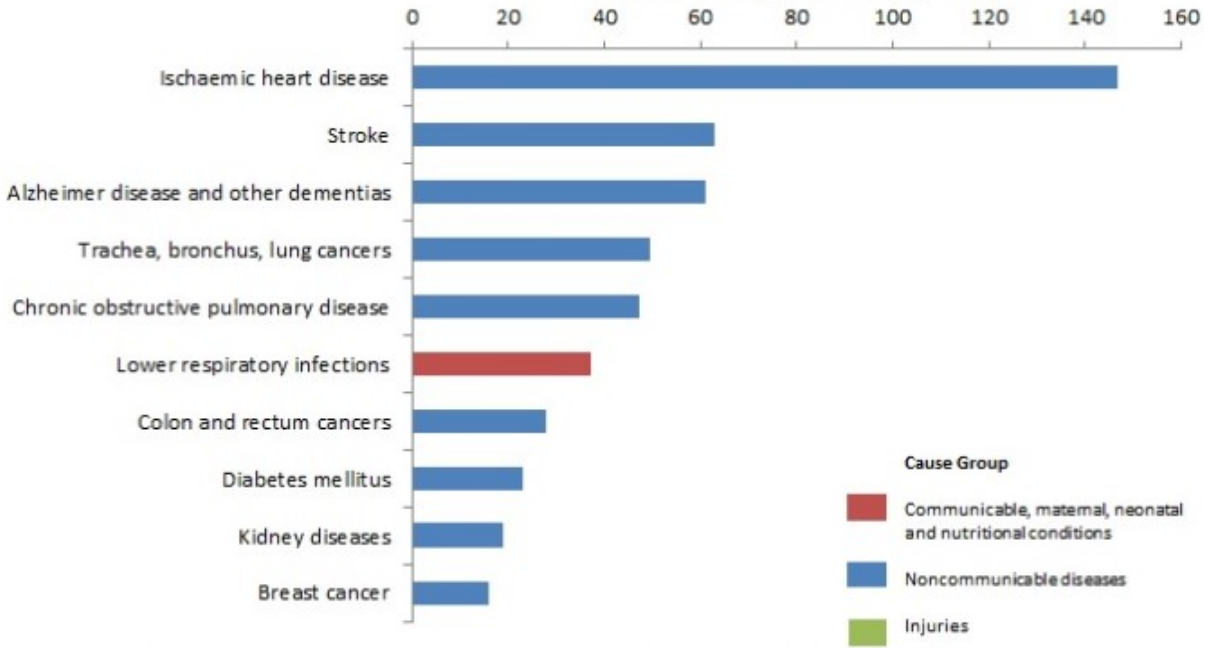
**Şekil 2.6. 2000-2016 Yılları Arasında Düşük Gelirli Ülkelerde Gözlenen En Sık 10 Ölüm Nedeni (100.000 kişide mortalite) (WHO The Top 10 Causes of Death 2018)**



**Şekil 2.7. 2000-2016 Yılları Arasında Düşük-Orta Gelirli Ülkelerde Gözlenen En Sık 10 Ölüm Nedeni (100.000 kişide mortalite) (WHO The Top 10 Causes of Death 2018)**



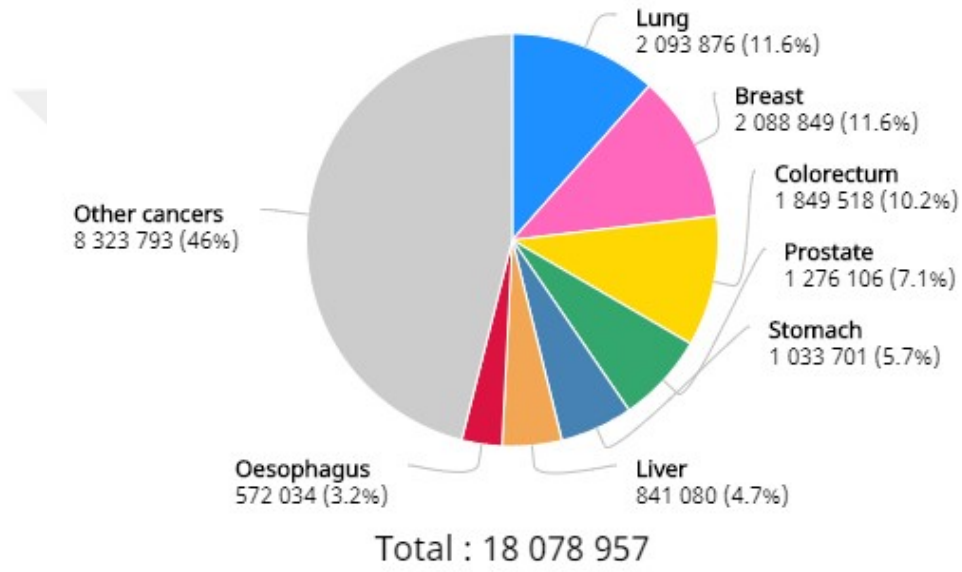
**Şekil 2.8. 2000-2016 Yılları Arasında Orta-Yüksek Gelirli Ülkelerde Gözlenen En Sık 10 Ölüm Nedeni (100.000 kişide mortalite) (WHO The Top 10 Causes of Death 2018)**



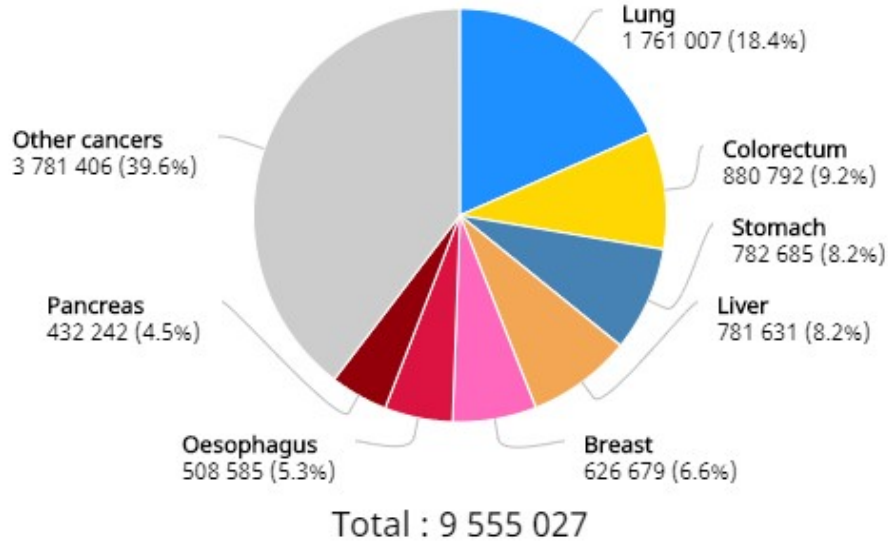
**Şekil 2.9. 2000-2016 Yılları Arasında Yüksek Gelirli Ülkelerde Gözlenen En Sık 10 Ölüm Nedeni (100.000 kişide mortalite) (WHO The Top 10 Causes of Death 2018)**

12 Eylül 2018'de yayınlanan küresel kanser verisinde; Dünya'da 18,1 milyon kişinin yeni kanser tanısı aldığı ve 9,6 milyon kişinin kanser nedeniyle hayatını kaybettiği açıklanmıştır (GLOBOCAN 2018). Her iki cinsiyette, tüm yaş grupları ve tüm kanser türleri dikkate alındığında yeni tanı alan kanserlerin %11,6'sı akciğer, %11,6'sı meme, %10,2'si kolorektal, %7,1'i prostat ve %5,7'si mide kökenlidir (Şekil 2.10) (GLOBOCAN 2018, WHO

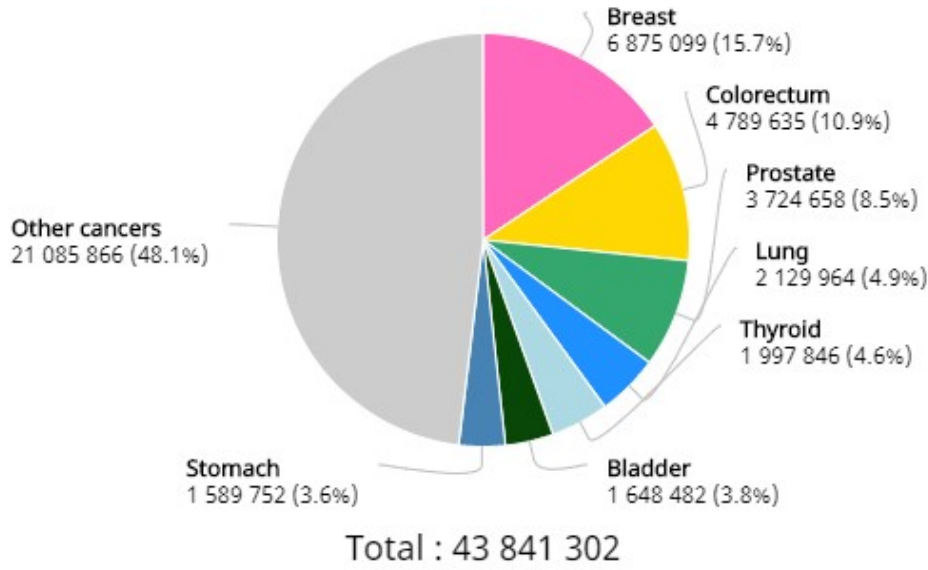
IARC Cancer Today a 2018). Her iki cinsiyette, tüm yaş grupları ve tüm kanser türleri dikkate alındığında en sık mortaliteye neden alan kanserlerin; %18,4'ü akciğer kanseri, %9,2'si kolorektal kanser, %8,2'si mide kanseri, %8,2'si karaciğer kanseri ve %6,6'sı meme kanseridir (Şekil 2.11) (GLOBOCAN 2018, WHO IARC Cancer Today b 2018). Her iki cinsiyette, tüm yaş grupları ve tüm kanser türleri için 2013-2018 yılları arasına ait beş yıllık prevalans oranları incelendiğinde meme kanseri %15,7, kolorektal kanser %10,9, prostat kanseri %8,5, akciğer kanseri %4,9 ve tiroid kanseri %4,6 yer tutmaktadır (Şekil 2.12) (WHO IARC Cancer Today c 2018).



**Şekil 2.10. Her İki Cinsiyette, Tüm Yaş Gruplarında ve Tüm Kanser Türlerinde İnsidans (2018) (GLOBOCAN 2018, WHO IARC Cancer Today a 2018)**

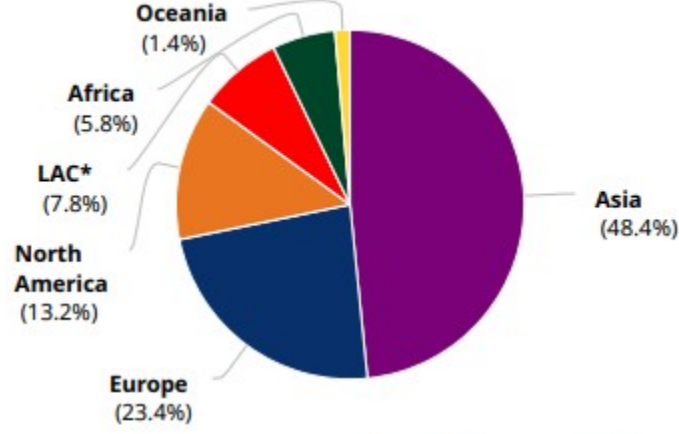


**Şekil 2.11. Her İki Cinsiyette, Tüm Yaş Gruplarında ve Tüm Kanser Türlerinde Mortalite (2018) (GLOBOCAN 2018, WHO IARC Cancer Today b 2018)**



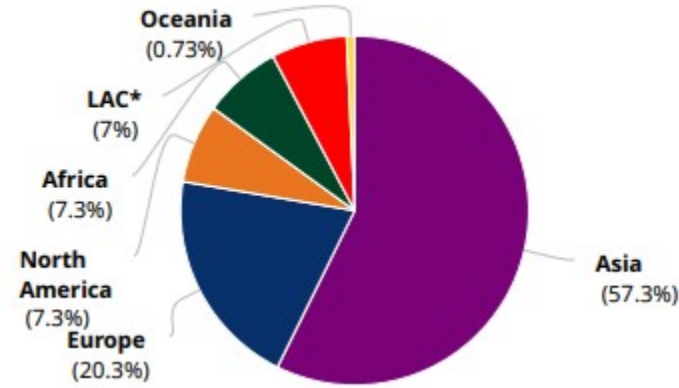
**Şekil 2.12. Her İki Cinsiyet, Tüm Yaş Grupları ve Tüm Kanser Türleri İçin Beş Yıllık Prevalans (2013-2018) (WHO IARC Cancer Today c 2018)**

2018 yılı için kanser insidansının (Şekil 2.13), 2018 yılı için kanser mortalitesinin (Şekil 2.14) ve 2013-2018 yılları için beş yıllık kanser prevalansının (Şekil 2.15) en yüksek olduğu DSÖ bölgesi Asya'dır (WHO Cancer Fact Sheets 2018). Türkiye DSÖ'nün Avrupa Bölgesi'nde yer almaktadır.



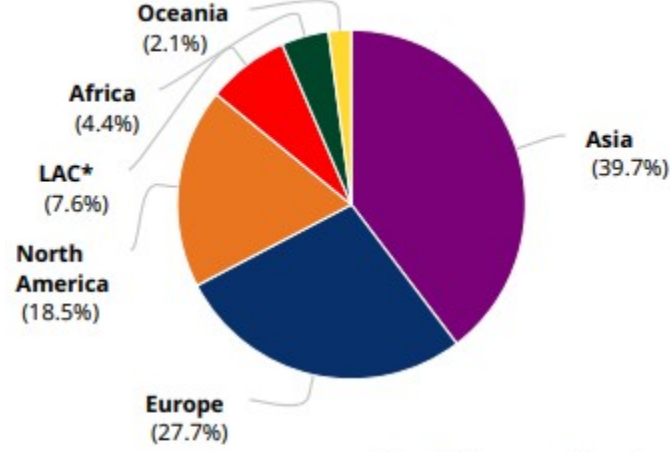
	Population	Number
Asia	8 750 932	
Europe	4 229 662	
North America	2 378 785	
*Latin America and the Carribean	1 412 732	
Africa	1 055 172	
Oceania	251 674	
Total	18 078 957	

Şekil 2.13. Her İki Cinsiyet, Tüm Yaş Grupları ve Tüm Kanser Türleri İçin DSÖ Bölgeleri'ne Göre Kanser İnsidansı (2018) (WHO Cancer Fact Sheets 2018)



	Population	Number
Asia	5 477 064	
Europe	1 943 478	
North America	698 266	
Africa	693 487	
*Latin America and the Carribean	672 758	
Oceania	69 974	
Total	9 555 027	

Şekil 2.14. Her İki Cinsiyet, Tüm Yaş Grupları ve Tüm Kanser Türleri İçin DSÖ Bölgeleri'ne Göre Kanser Mortalitesi (2018) (WHO Cancer Fact Sheets 2018)



	Population	Number
Asia	17 387 570	
Europe	12 132 287	
North America	8 132 437	
*Latin America and the Carribean	3 336 468	
Africa	1 930 912	
Oceania	921 628	
Total	43 841 302	

**Şekil 2.15. Her İki Cinsiyet, Tüm Yaş Grupları ve Tüm Kanser Türleri İçin DSÖ Bölgeleri'ne Göre Beş Yıllık Kanser Prevalansı (2013-2018) (WHO Cancer Fact Sheets 2018)**

## 2.6. Kanserden Korunma

### 2.6.1. Önemli Hastalık Kavramı ve Kanser

Bir toplumda sık görülen, çok sayıda ölüm, sakatlık ve iş gücü kaybına yol açan hastalıklara halk sağlığı açısından önemli hastalık adı verilmektedir (Öztürk 2011, Güler 2015). Türkiye'de ve Dünya'da sık görülen, yeti yitimine, ölüme ve ekonomik olarak doğrudan ve dolaylı kayıplara neden olan kanser de önemli bir hastalıktır.

### 2.6.2. Halk Sağlığı Bakış Açısıyla Hastalıklardan Korunma

Sağlık hizmetlerinin temel hedefi kişilerin hasta olmalarını önlemektir. Her türlü çabaya rağmen herkesi her hastalıktan korumak mümkün olmamaktadır. İşte o zaman sağlık hizmetlerinin ikinci hedefi hasta kişilerin uygun ve etkin tedavi edilmelerinin sağlanmasıdır. Sağlık hizmetlerinin üçüncü hedefi kronik hastalıklı ve engelli bireylerin başkalarına bağımlı olmadan kendilerine yetecek biçimde yaşamalarını sağlamak yani kişileri rehabilite etmektir. Buradan hareketle sağlık hizmetlerinin koruma, tedavi etme ve rehabilitasyon olarak üç hedefi olduğu söylenebilir (Güler 2015).

Koruyucu sağlık hizmetleri dörde ayrılarak incelenebilir (Öztürk 2011):

### **2.6.2.1. Primordiyal Korunma**

Temel korunma olarak da adlandırılmaktadır. Bu korumanın amacı hastalık riskini arttırıcı sosyal, ekonomik ve kültürel yaşam özelliklerinin oluşmasını engellemektir. Primordiyal korunmada hedef tüm nüfus olabileceği gibi, seçilmiş gruplar da olabilir (Öztürk 2011). Yüksek risk grubunda yer alan bebekler, çocuklar, adölesanlar, kadınlar ve yaşlılar gibi gruplar için sosyal ve çevresel koşulların iyileştirilmesi bir primordiyal korunma örneğidir.

### **2.6.2.2. Primer Korunma**

Birincil korunma olarak da adlandırılmaktadır. Hastalık kişide biyolojik olarak başlamadan önce alınacak önlemler bu gruba girmektedir (Güler 2015). Yeterli ve dengeli beslenme, bağışıklama, aile planlaması, çevreyi olumlu hale getirme, akraba evliliklerinden kaçınma, kişisel hijyene dikkat etme, sigara ve alkol kullanmama gibi önlemler primer korunmanın örneklerindedir (Öztürk 2011).

### **2.6.2.3. Sekonder Korunma**

İkincil korunma olarak da adlandırılmaktadır. Hastalıkların; henüz belirti vermediği dönemde veya belirtilerin hafif olduğu dönemde tanı konularak tedavi edilmesidir (Güler 2015). Sekonder korunmanın ana hedefi kronik hastalıkları presemptomatik dönemde yakalayıp hastalık ilerleyişini engellemektir. Kanseri taramaları, tüberkülin deri testi ile tüberküloz taraması, yenidoğan döneminde topuk kanından fenilketonüri taraması sekonder korunmanın örneklerindedir (Öztürk 2011).

### **2.6.2.4. Tersiyer Korunma**

Üçüncül korunma olarak da adlandırılmaktadır. Hastalığın klinik belirti ve bulgularının ortaya çıktığı dönemde hastaların en iyi şekilde tedavi edilmesi ve sekelli hastaların rehabilite edilmesidir. Ekstremitelere protez takılması, spastisitelerin yumuşatılması, işitme kusurlarının en aza indirilmesi, engellilik nedeniyle iş bulamayan kişilere istihdam sağlanması gibi girişimler tersiyer korunma örnekleridir (Güler 2015).

Bir başka yaklaşıma göre koruyucu sağlık hizmetleri kişiye yönelik ve çevreye yönelik olarak iki gruba ayrılarak incelenebilir (Güler 2015):

### **2.6.2.5. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Hizmetler**

Bağışıklama, ilaç profilaksisi, erken tanı, aile planlaması, iyi beslenme, sağlık eğitimi, kişisel hijyenin sağlanması gibi doğrudan bireylere götürülen sağlık hizmetleri bu grupta yer tutmaktadır (Güler 2015).



### **2.6.2.6. Çevreye Yönelik Koruyucu Hizmetler**

Atıkların zararsızlaştırılması, vektör kontrolü, temiz su sağlanması, çevre kirliliğinin önlenmesi, gıda kontrolü gibi çevredeki olumsuz biyolojik, fiziksel ve kimyasal faktörleri kontrol altına alan hizmetler bu grupta yer alır. Çevreye yönelik sağlık hizmetleri çoğunlukla mühendislik ile ilişkilidir (Güler 2015).

### **2.6.3. Kanser Önleme**

Bütün kanser vakalarının %30 ile %50 arasındaki bir oranı önlenebilir olma özelliğindedir (Fauci 2018), (WHO Cancer Prevention 2018). Kanserden korunmada önerilen temel noktalar şöyledir:

#### **2.6.3.1. Tütün Kullanımının Önlenmesi**

Tütün kullanımı, Dünya çapında kanser mortalitesi için en büyük önlenebilir risk faktörüdür. Tütün dumanı 7000'den fazla kimyasal içermektedir, bunların en az 250'si zararlıdır ve 50'den fazlası kansere neden olmaktadır. Tütün içmek; akciğer, özofagus, larinks, ağız, boğaz, böbrek, mesane, pankreas, mide ve serviks kanserlerine neden olur. Pasif içicilik; tütün kullanmayan erişkinlerde akciğer kanserine yol açar. Dumansız tütün ürünlerinin kullanımı oral, özefagial ve pankreatik kansere sebep olur (Fauci 2018, WHO Cancer Prevention 2018).

#### **2.6.3.2. Fiziksel İnaktivite, Sağlıksız Beslenme, Obezite ve Fazla Kiloluluğun Önlenmesi**

Beslenme modifikasyonu kanserin önlenmesindeki bir diğer önemli yaklaşımdır. Obezite ve fazla kiloluluk ile özofagus, kolorektum, meme, endometrium ve böbrek gibi birçok kanser türü arasında ilişki mevcuttur. Meyve ve sebze içeriği yüksek beslenme stili pek çok kansere karşı koruyucu etki yapar. Düzenli fiziksel aktivite ve sağlıklı vücut ağırlığının korunması, sağlıklı beslenme ile birlikte kanser riskini önemli ölçüde azaltır (Fauci 2018, WHO Cancer Prevention 2018).

#### **2.6.3.3. Alkol Kullanımı**

Alkol kullanımı, ağız boşluğu, farinks, larenks, özofagus, karaciğer, kolorektum ve meme kanseri gibi birçok kanser türü için risk faktörüdür. Risk tüketilen alkol miktarı ile artar (Fauci 2018, WHO Cancer Prevention 2018).

#### **2.6.3.4. Enfeksiyonlar**

2012 yılında, tüm kanserlerin yaklaşık %15'i Helicobacter pylori, Human papilloma virus, Hepatit B ve C, Epstein-Barr virüsü gibi enfeksiyöz ajanlara atfedilmiştir (Fauci 2018, WHO Cancer Prevention 2018).

#### **2.6.3.5. Çevresel Kirlilik**

Hava, su ve toprağın karsinojen kimyasallarla kirlenmesi kanser yüküne katkıda bulunmaktadır. Dış ortam hava kirliliği insanlar için kanserojen kabul edilmektedir. Kömürün yakılmasından kaynaklı iç ortam hava kirliliği, özellikle tütün kullanmayan kadınlarda akciğer kanseri riskini arttırmaktadır (Fauci 2018, WHO Cancer Prevention 2018).

#### **2.6.3.6. Mesleki Karsinojenler**

Çalışma ortamındaki 40'dan fazla ajan insanlar için karsinojeniktir. Akciğer kanseri, mezotelyoma ve mesane kanseri ile mesleki karsinojenler arasındaki ilişki gösterilmiştir (Fauci 2018, WHO Cancer Prevention 2018).

#### **2.6.3.7. Radyasyon**

İyonizan radyasyon; lösemi ve birçok solit tümör dâhil kanserlerin riskini arttırmaktadır. Risk genç yaşta ve yüksek dozda maruz kalma ile artar. Ultraviyole ışınlar ve güneş ışınları deri kanseri riskini arttırmaktadır. Solaryum cihazları kanserojen olarak sınıflanmıştır. Radyasyonun tıp alanı içindeki uygunsuz kullanımı, tüm hastalarda ama özellikle çocuklarda zararlı etkilere yol açabilir. Binalardan kaynaklanan doğal bir radyasyon kaynağı olan radon, akciğer kanseri riskini yükseltmektedir (Fauci 2018, WHO Cancer Prevention 2018).

Kanseri önleme, kanser kontrolü için en uygun maliyetli uzun vadeli stratejidir. Ulusal politikalar ve programlar farkındalık yaratmak, kanser risk faktörlerine maruz kalmayı azaltmak ve insanların sağlıklı yaşam tarzlarını benimsemeleri için ihtiyaç duydukları bilgi ve desteğin sağlanması için kullanılmalıdır (Fauci 2018, WHO Cancer Prevention 2018).

#### **2.6.4. Erken Tanı ve Tarama Testlerinde Olması İstenen Özellikler**

Tarama, tanınmayan hastalıkların veya kusurların, testler, muayeneler veya hızlı bir şekilde uygulanabilecek diğer prosedürler aracılığıyla tanımlanmasıdır (WHO Cancer Screening for Various Cancer 2018). Bir diğer tanıma göre semptomu olmayan bireylerde morbidite ve mortaliteyi azaltmak amacıyla hastalığın erken saptanmasına tarama adı verilir. Tarama; potansiyel olarak yaşam kurtarıcıdır ancak bir kanseri erken saptamak tek başına yarar sağlamaz. Taramanın bir değeri olabilmesi için hastalık tarama sayesinde daha erken saptanmalı ve saptanan erken hastalığın tedavisi semptomlar başladıktan sonra yapılan tedaviden daha iyi bir sonuç vermelidir (Fauci 2018).

Tarama muayeneleri, testleri veya işlemleri genellikle kanser için tanısal değildir, sadece bireyde kanser olabileceğini gösterir. Tanı, biyopsi ve patolojik doğrulamayı içeren bir çalışmayı takiben daha sonra konur (Fauci 2018).

Tarama testleri hakkında yorum ve değerlendirme yapmayı sağlayan bazı tanımlar aşağıda belirtilmiştir (Fauci 2018, WHO Cancer Screening for Various Cancer 2018). Bunlar:

- **Duyarlılık/Sensitivite:** Kullanılan yöntemin hastalığı bulunan kişileri doğru saptama oranıdır.
- **Özgünlük/ Spesifisite:** Kullanılan yöntemin hastalığı bulunmayan sağlam kişileri ayırt edebilme gücüdür.
- **Pozitif prediktif değer:** Yöntemin pozitif sonuç verdiği kişilerden ne kadarının gerçekte hasta olduğunun derecesidir.
- **Negatif prediktif değer:** Yöntemin negatif sonuç verdiği kişilerden ne kadarının gerçekte sağlam olduğunun derecesidir.
- **Kabul edilebilirlik:** Yöntemin üzerinde kullanılacağı insan popülasyonu için ne denli kullanılabilir olduğunun ölçüsüdür.

Toplum taramalarında kullanılacak bir tarama testinde bulunması gereken özellikler aşağıda sunulmuştur (Fauci 2018, WHO Cancer Screening for Various Cancer 2018, Tezcan 2017):

- Taranan hastalık toplum için önemli bir sağlık sorunu olmalıdır.
- Taranan hastalığın prevalansı çok düşük olmamalıdır.
- Hastalığın taranabilmesi için latent ve/veya erken semptomatik bir dönemi olmalıdır.
- Taranan hastalığın latent dönemden en ileri haline kadar klinik seyri net olarak bilinmelidir.
- Hastaların tanı, tedavi ve izlemleri için gerekli muayene, laboratuvar ve personel gibi olanaklar yeterli olmalıdır.
- Taranan hastalık için uygun ve pratik bir test veya muayene yöntemi bulunmalıdır.
- Taramada kullanılacak yöntem toplum tarafından kabul edilebilir olmalıdır.
- Tarama testinin sensitivite ve spesifisitesi yüksek olmalıdır.
- Tarama sonucunda bulunan hastaların iyileştirilmeleri veya hastalık ilerleyişinin durdurulması için uygun tedavi yöntemleri olmalıdır.
- Taramada saptanan çeşitli evrelerdeki hastalardan hangilerinin ne şekilde tedavi edileceği konusunda üzerinde fikir birliğine varılmış tedavi protokolleri olmalıdır.
- İlgili hastalığın taranması, ileri tetkiki ve tedavisi arasında maliyet-yarar dengesi bulunmalıdır. Yani taramada bulunan vakaların sayısı yüksek olmalı, bunların erken tanı ve tedavi masrafları, tarama masrafından az olmalıdır.

Vaka bulma sürekli bir işlem olmalı, tarama bir defaya mahsus yapıp bırakılmamalıdır.

Ulusal bir kanser kontrol programında, hedef grubun büyük bir kısmının taranmasını ve anormalliklerin gözlemlendiği bireylerin uygun tanı ve tedavi almasını sağlamak için tarama programları düzenlenmelidir. Ulusal kanser kontrol programında uygulanacak prosedürler için kuralların netleştirilmesi gerekmektedir. Bu kurallar; tarama sıklığı, taramaya hangi yaşta başlanıp hangi yaşta sonlandırılacağı, tarama testleri için kalite kontrol sistemleri, bulunan anormalliklerin sevk ve tedavisi için tanımlanmış mekanizmalar, ilk tarama için davetiye göndermek, tekrar tarama için bireyleri geri çağırmak, belirlenen anormallikleri olanları takip etmek, programı izlemek ve değerlendirmek adımlarını takip eden bir bilgi sistemine sahip olmak biçiminde sıralanabilir (WHO Cancer Screening for Various Cancer 2018).

Uygulanan kanser tarama programının yararlı olduğunu söyleyebilmek için; taranan kanser türüne özel ölüm hızında düşme, kanser türüne özel fatalite hızında düşme, kanser türüyle ilişkili komplikasyon/sekel hızlarında düşme, nüksün ve metastazların önlenmesi ve azalması, hastaların yaşam kalitesinde yükselme olmalıdır (Tezcan 2017).

Herhangi bir hastalıkla ilgili tarama yapmanın çeşitli riskleri de bulunmaktadır. Tarama girişiminin kendisinden kaynaklanan zarara ek olarak; pozitif test sonucu elde edilmesi halinde bireylere yapılacak yeni tanı işlemlerinin ve tedavi prosedürlerinin zararlı etkileri olabilmektedir. Bu etkiler; maliyet, bireysel psikoloji ve invaziv işlemlerin hasarını içermektedir. Yavaş seyirli olan ve kişiye yaşamı boyunca herhangi bir zarar vermeyecek olan bir hastalığın tarama nedeniyle tanı alması sonucunda; kişinin pek de ihtiyacı olmadığı halde zararlı, acı verici ve pahalı bir tedavi alıp ilgili hastalık konusunda çeşitli stresler ve endişeler yaşaması ise taramaların bir diğer riskidir (Fauci 2018, Cancer.Net Cancer Screening 2018).

### 2.6.5. Erken Tanısı Mümkün Olan Kanserler ve Erken Tanı Yöntemleri

Erken evrelerde tanındığında kanser çok büyük olmamakta ve kan ve lenf yoluyla yayılmamış olmaktadır. Bu nedenle başarılı şekilde tedavisi daha olasıdır (CANCER RESEARCH UK a 2018). Birçok farklı belirtiyeye neden olabilen 200'den fazla farklı kanser türü vardır ve bunların hepsini bilmek mümkün değildir (CANCER RESEARCH UK b 2018). Ancak erken belirti veren bazı kanserleri tanımak mümkündür. Erken semptom veren kanserler ve neden oldukları belirtiler Tablo 2.6'da sunulmuştur.

**Tablo 2.6. Erken Belirti Veren Kanserler ve Semptomları (WHO 2017)**

Kanser Tipi	Semptomlar
Meme	Memede kitle, Asimetri, Deri retraksiyonu, Yakın zamanda meme başı retraksiyonu, Kanlı meme akıntısı, Areolada egzamatöz değişiklikler

(Tablo 2.6'nin Devamı)

Kanser Tipi	Semptomlar
Serviks	Post-koital kanama, Aşırı vajinal akıntı
Kolon ve rektum	Bağırsak alışkanlıklarında değişiklik, Açıklanamayan kilo kaybı, Anemi, Dışkıda kan (Rektal kanserde)
Oral kavite	Beyaz lezyonlar (lökoplaki) veya kırmızı lezyonlar (erythroplakia), Ağız içinde büyüme veya ülserasyon
Nasofarenks	Burun kanaması, Kalıcı burun tıkanıklığı, Sağırılık, Boynun üst bölümlerinde nodüller
Larenks	Sürekli ses kısıklığı
Mide	Üst karın ağrısı, Yakın zamanda hazımsızlık, Kilo kaybı
Melanom	Düzensiz sınırlı, yamalı görünümlü, kaşıntılı veya kanamalı kahverengi lezyonlar
Melanom Dışı Deri Kanseri	Deride geçmeyen yara veya lezyonlar
Mesane	Ağrı, Sık ve zor idrar yapma, İdrarda kan
Prostat	Uzun zamandır zor idrar yapma, Gece sık idrar yapma
Retinoblastom	Pupilde beyaz refle, Yakınsak şaşılık (Çocukta)
Testis	Bir testiste büyüme (Asimetri)

Kanser taramalarının etkisi 3-5 yılda ortaya çıkmayacağından, sınırlı yaşam beklentisi olan hastalara tarama yapılması önerilmemektedir (Fauci 2018). American Cancer Society, meme, kolon ve rektum, serviks, endometrium, akciğer ve prostat kanseri için (American Cancer Society a 2018); Centers for Disease Control and Prevention ve National Cancer Institute; kanser ölümlerini azalttığı gösterilmiş olan meme, kolon ve rektum, serviks ve akciğer kanserleri için (CDC 2018, National Cancer Institute 2018); Harrison's Principles of Internal Medicine meme kanseri, prostat kanseri, kolorektal kanserler, serviks kanseri ve akciğer kanseri için (Fauci 2018), Oxford Textbook of Global Public Health akciğer, karaciğer, mide, kolon ve rektum, meme, oral ve farengeal, prostat, serviks kanserleri için (Detels 2015) ve WHO meme, kolon ve rektum, serviks kanserleri için (Stewart 2014) taramaların yapılabileceğini belirtmektedir.

Kanser tiplerine göre erken tanı ve tarama durumları Tablo 2.7'de sunulmuştur.

**Tablo 2.7. Kanser Tiplerine Göre Erken Tanı ve Tarama Durumu (WHO Cancer Control Knowledge 2018)**

Kanser Tipi	Kanser Tipi İçin Planlanan Prosedürün Durumu	
	Erken Tanı Durumu	Tarama Durumu
Meme	Var	Var*
Serviks	Var	Var
Kolon ve rektum	Var	Var*

(Tablo 2.7'nin Devamı)

Kanser Tipi	Kanser Tipi İçin Planlanan Prosedürün Durumu	
	Erken Tanı Durumu	Tarama Durumu
Oral kavite	Var	Var
Nasofarenks	Var	Yok
Larenks	Var	Yok
Akciğer	Yok	Yok
Özefagus	Yok	Yok
Mide	Var	Yok
Melanom	Var	Yok
Diğer deri kanserleri	Var	Yok
Over	Yok	Yok
Mesane	Var	Yok
Prostat	Var	Yok
Retinoblastom	Var	Yok

\*Kaynak miktarı yüksek olduğunda önerilmektedir.

## 2.6.6. Spesifik Kanserlerin Taranması

### 2.6.6.1. Meme Kanseri

Kendi kendine meme muayenesi, klinik meme muayenesi, mamografi ve manyetik rezonans (MRG); meme kanseri taraması için önerilen yöntemler arasındadır (Fauci 2018, Cancer.Net Cancer Screening 2018, Brunicardi 2016, American Cancer Society b 2018).

American Cancer Society; taramaya katılmak isteyen kadınlarda 40-44 yaş arası yıllık mamografi ile meme kanseri taramasına başlanmasını önermektedir. 45-54 yaş arası kadınların her yıl, 55 yaş ve üzeri kadınların ise her yıl veya iki yılda bir mamografi ile taranmasını önermektedir. Taramalara kadının sağlık durumu iyi olduğu sürece ve yaşam beklentisi on yılın üzerinde olduğu sürece devam edilmelidir. Ayrıca kadınlar kendi memelerinin normalde nasıl görüldüğünü ve nasıl hissettirdiğini takip etmeli, memede herhangi bir değişiklik fark ettiğinde mutlaka bir doktorla iletişime geçmelidir. Meme kanseri açısından normal popülasyona kıyasla daha yüksek risk taşıyan kadınlar hem mamografi ile hem de MRG ile taranmalıdır (American Cancer Society a 2018).

### 2.6.6.2. Serviks Kanseri

Human Papilloma Virus (HPV) testi ve Papanicolaou sürüntü testi tarama için önerilen yöntemlerdir (Fauci 2018, Cancer.Net Cancer Screening 2018, Sawlow 2012).

American Cancer Society; servikal kanser için taramalara 21 yaşında başlanması gerektiğini belirtmektedir. 21-29 yaş arası kadınlarda her üç yılda bir pap smear testi yapılmalıdır ve şüpheli bulunan olgularda HPV testi uygulanmalıdır. Bu yaş aralığı için HPV testinin rutin kullanımına ihtiyaç yoktur. 30-65 yaş arası her beş yılda bir pap smear ve HPV testi veya her üç yılda bir pap smear taraması yapılmalıdır. 65 yaş üzeri olup düzenli servikal kanser taramasına katılmış olan kadınlarda son on yılda normal test sonuçları elde edildiye, tarama programı sonlandırılabilir. Total histerektomisi olan kadınların taranmasına gerek yoktur. HPV aşısı ile aşılanmış olan kadınların tarama programına devam etmesi önerilmektedir. Servikal kanser açısından normal popülasyona kıyasla daha yüksek risk taşıyan kadınların taranmasında daha farklı sıklıklar kullanılmaktadır (American Cancer Society a 2018).

### **2.6.6.3. Kolorektal Kanserler**

Gaitada gizli kan testi, gaitada antikor testi, gaitada DNA testi, dijital rektal muayene, sigmoidoskopi, kolonoskopi, çift kontrast baryumlu grafi ve CT kolonografi; kolorektal kanserlerin taranmasında önerilen yöntemlerdir (Fauci 2018, Cancer.Net Cancer Screening 2018, Brunicardi 2016, Wolf 2018).

American Cancer Society; kolorektal kanser taramasının hem kadınlarda hem de erkeklerde 45 yaşta başlamasını ve 75 yaşa kadar düzenli olarak sürmesini önermektedir. 76-85 yaş arası tarama için; hastanın isteği, beklenen yaşam süresi, sağlık durumu ve önceki tarama öyküsü göz önüne alınarak karar verilmesi gerektiği belirtilmiştir. 85 yaşın üzerinde taramalar kesilebilir. Gaitada gizli kan testi ve gaitada antikor testi kullanılacaksa yılda bir; gaitada DNA testi kullanılacaksa üç yılda bir tarama yapılır. Gaita bazlı testleri pozitif gelen hastalara kolonoskopi planlanmalıdır. Tarama için her beş yılda bir fleksible sigmoidoskopi veya CT kolonografi veya her on yılda bir kolonoskopi kullanılabilir (Wolf 2018).

### **2.6.6.4. Akciğer Kanseri**

Akciğer kanserinin taraması amacıyla kullanılması düşünülen balgam sitolojisi ve akciğer grafisinin akciğer kanserine bağlı mortaliteyi azaltmadığı görülmüştür (Fauci 2018). Düşük doz bilgisayarlı tomografinin taramada kullanımını öneren kaynaklar bulunmakla birlikte (WHO Cancer Control Knowledge 2018, American Cancer Society b 2018); bu taramanın mortaliteyi azaltma kapasitesi kanıtlanmamıştır (Fauci 2018).

American Cancer Society; geçmiş 15 yıl içinde 30 paket-yıl ve üzeri sigara içme öyküsü bulunan 55-74 yaş arası sağlıklı kişilerin akciğer kanseri açısından risk taşıdıklarını düşünerek her yıl düşük doz bilgisayarlı tomografi ile taranmalarını önermektedir (American Cancer Society a 2018).

#### **2.6.6.5. Prostat Kanseri**

Serum prostat spesifik antijen testi ve dijital rektal muayene prostat kanseri taramasında önerilen yöntemlerdir (Fauci 2018, Cancer.Net Cancer Screening 2018, American Cancer Society b 2018, Wein 2016).

Prostat kanserini taramanın yararı kanıtlanmadığından (Fauci 2018, American Cancer Society a 2018) taramaya katılıp katılmama her erkeğin kendi karar vereceği bir durumdur (American Cancer Society a 2018). Tarama yaptırmak isteyen bireylerde 50 yaşta taramalara başlamak uygundur. Ailesinde birinci derece akrabalarında 65 yaştan önce prostat kanseri tanısı almış birileri bulunanlar için ve Afroamerikan ırkı için taramaya başlama yaşı 45 olarak önerilmektedir. Taramada dijital rektal muayene ile kombine edilerek veya kombine edilmeden kanda prostat spesifik antijen düzeylerine bakılmaktadır. Taramanın sıklığına prostat spesifik antijen düzeylerine bakılarak karar verilir (American Cancer Society a 2018).

#### **2.6.6.6. Deri Kanseri**

Kendi kendine deri muayenesi, klinik deri muayenesi ve dermoskopi; skuamöz hücreli deri kanseri, bazal hücreli deri kanseri ve melanom taramasında önerilen yöntemlerdir (Fauci 2018, Cancer.Net Cancer Screening 2018, American Cancer Society c 2018). Taramanın mortaliteyi azaltmadaki başarısı gösterilebilmiş değildir (Fauci 2018).

#### **2.6.6.7. Endometrium Kanseri**

Rutin taramanın yararı gösterilmemiş olmakla beraber; transvajinal ultrason ve endometrium biyopsisi tarama yöntemleri olarak önerilmektedir (Fauci 2018). American Cancer Society, menapoz dönemine ulaşmış her kadına endometrial kanserin semptomlarının anlatılmasını tavsiye etmektedir. Kadınlar, menapozda ve menapoz sonrası dönemde, herhangi bir vajinal kanama veya lekelenme durumunda doktora başvurması gerektiğini bilmelidir (American Cancer Society a 2018).

#### **2.6.6.8. Baş-Boyun Kanseri**

Doktorun anormal herhangi bir değişikliği gözlemek amacıyla burun, ağız, boğaz ve boyundaki lenf nodlarını palpe ederek yapacağı baş-boyun muayenesi; baş-boyun kanserlerinin taramasında kullanılabilecek bir yöntem olarak önerilmektedir (Detels 2015, Cancer.Net Cancer Screening 2018). Düzenli diş hekimi kontrolleri de baş-boyun kanserlerinin taramasında önemli yer tutmaktadır (Cancer.Net Cancer Screening 2018).



## **2.7. Türkiye’de ve Dünya’da Kanser Taramalarının Durumu**

### **2.7.1. Türkiye’de Kanser Taramaları**

Türkiye’de Ulusal Kanser Tarama Programı içerisinde üç kanser türü yer almaktadır. Bunlar; meme kanseri, serviks kanseri ve kolorektal kanserlerdir (T.C. Sağlık Bakanlığı b 2018).

#### **2.7.1.1. Türkiye’de Meme Kanseri Taraması**

20 yaş ve üzeri kadınlara ayda bir kendi kendine meme muayenesi yapmaları için danışmanlık verilmesi, 20 yaş ve üzeri kadınlarda iki yılda bir ve 40 yaş ve üzeri kadınlarda yılda bir defa doktor tarafından klinik meme muayenesi yapılması ve 40-69 yaş arası kadınların iki yılda bir mamografi ile taranması işlemleri; kadınlarda meme kanseri taraması kapsamında yapılmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı b 2018). Asıl tarama yöntemi mamografidir; muayeneler mamografinin etkinliğini arttırmak amacıyla tarama programında yer almaktadır. Tarama sırasında her iki meme için de birisi medyolateral oblik ve diğeri kranyokaudal olmak üzere ikişer poz film çekilmektedir. Tarama filmleri iki ayrı radyoloji uzmanı tarafından ve birbirlerinden habersiz olarak okunmaktadır. Kişinin izlenmesinde her iki radyoloji uzmanının önerilerine de uyulmaktadır. Taramanın etkili olması, yani “meme kanseri mortalitesinin düşürülmesi” için, hedef nüfusun %70’ten fazlasının taramaya katılmış olması gerekmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı c 2018).

#### **2.7.1.2. Türkiye’de Serviks Kanseri Taraması**

Serviks kanseri taraması için 30-65 yaş arası kadınların her beş yılda bir Papanicalaou smear ve HPV testi ile taraması yapılmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı b 2018). Tarama son iki Papanicalau smear’i veya HPV testi negatif olan 65 yaş ve üzeri kadınlarda sonlandırılır (T.C. Sağlık Bakanlığı d 2018).

Pap-smear Testi; dökülen servikal hücrelerin toplanıp incelenmesi esasına dayanan sitolojik bir tarama testidir. Bu sitolojik tarama testi ile henüz semptomatik hale gelmemiş olan preinvazif ve erken invazif servikal lezyonlar saptanabilir. Pap-smear testleri konvansiyonel ya da sıvı bazlı olarak yapılabilir. HPV testlerinde; uluslararası geçerliliği olan ve toplum tabanlı sağlık taramalarında kullanılabilirliğini gösteren FDA onayının bulunması, In Vitro Diagnostics’i olması gibi Avrupa Birliği Yönergelerindeki gereklilikler karşılanmalıdır ve bu durum en az 2500 örnekleme yapılmış bir genel toplum primer kanser tarama çalışmasında gösterilmiş olmalıdır. (T.C. Sağlık Bakanlığı d 2018).

### **2.7.1.3. Türkiye’de Kolorektal Kanser Taraması**

50-70 yaş arası kadın ve erkeklerin her iki yılda bir gaitada gizli kan testi ile taranması ve her on yılda bir kolonoskopi yapılması; kolorektal kanserlerin taranması kapsamında kullanılan yöntemlerdir (T.C. Sağlık Bakanlığı b 2018).

Gaitada Gizli Kan Testi; poliklonal veya monoklonal antikorlar kullanarak gaitada hemoglobin varlığını gösterebilen bir testtir. Testlerde kullanılan antijenlerin sadece insan hemoglobinine hassas olması, gıdalarla alınabilecek hayvan kaynaklı hemoglobinlerle reaksiyona girmemesi ve bu şekilde yalancı pozitif sonuçlara yol açmaması önemlidir. Gaitada gizli kan testleri tamamen negatif olsa da tarama yaş grubundaki bireylerden tam bağırsak kolonoskopisi istenmektedir. Yeterli bir kolonoskopide tüm kolon segmentleri değerlendirilmiş olmalı ve şüpheli alanlardan biyopsi alınmış olmalıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı e 2018).

### **2.7.1.4. Kanser Taramalarının Yürütüldüğü Yerler**

Ulusal toplum tabanlı kanser taramaları Aile Sağlığı Merkezleri ve Toplum Sağlığı Merkezleri bünyesindeki Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri tarafından yürütülür. İl Sağlık Müdürlükleri çatısı altında bulunan Halk Sağlığı Başkanlıkları'nın toplum tabanlı kanser tarama çalışmalarının koordinasyon, kayıt, izlem ve bakanlığa bildiriminden Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser Birimi sorumludur (T.C. Sağlık Bakanlığı c 2018, T.C. Sağlık Bakanlığı d 2018, T.C. Sağlık Bakanlığı e 2018).

### **2.7.1.5. Kanser Taramalarında Kullanılan Malzemenin Temini**

Taramaların yapılması sırasında kullanılan testler aydınlatılmış onam alındıktan sonra uygulanır. Tarama için gerekli olan malzemeler Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından temin edilir ve ilgili merkezlere dağıtılır (T.C. Sağlık Bakanlığı c 2018, T.C. Sağlık Bakanlığı d 2018, T.C. Sağlık Bakanlığı e 2018).

### **2.7.1.6. Kanser Taramalarına Katılmak İstemeyen Bireyler**

Bireylere kanser taramaları hakkında gerekli bilgi verildikten sonra; kişi taramaların tamamını veya bir kısmını reddedebilir. Taramaya katılmak ve ilgili tetkiki yaptırmak istemediği Aile Sağlığı Merkezlerinde Aile Hekimliği Bilgi Sistemine, Toplum Sağlığı Merkezlerinde/İlçe Sağlık Müdürlüklerinde ise bireylerin kişisel dosyasına işlenir ve imzalı beyanları alınır. Kişiler bir yıl sonra taramaya tekrar davet edilir (T.C. Sağlık Bakanlığı c 2018, T.C. Sağlık Bakanlığı d 2018, T.C. Sağlık Bakanlığı e 2018).

## 2.7.2. Dünya’da Kanser Taramalarının Durumu

Dünya’da birçok ülkede farklı türden kanserlerin erken tanısını sağlamak amacıyla kanser taramaları yapılmaktadır. Bu kanserler; meme, serviks, kolorektal, prostat, akciğer ve deri kanserleridir.

Meme kanseri, serviks kanseri ve kolorektal kanser için tarama öneren ülkelerden bazıları şunlardır: Amerika Birleşik Devletleri, Lüksemburg, İsviçre, Norveç, Hollanda, Almanya, İsveç, İrlanda, Avusturya, Danimarka, Belçika, Kanada, Avustralya, Fransa, Japonya, İzlanda, Birleşik Krallık, Finlandiya, Yeni Zelanda, İtalya ve İspanya.

Prostat kanseri için tarama öneren ülkeler şöyledir: Amerika Birleşik Devletleri, Lüksemburg, Norveç, Hollanda, Almanya, İsveç, İrlanda, Avusturya, Danimarka, Belçika, Japonya, İzlanda, Finlandiya ve İtalya.

Akciğer kanseri için tarama öneren beş ülke vardır. Bunlar; Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, Japonya, Birleşik Krallık ve Avustralya’dır.

Pek çok ülke deri kanseri için tarama önermemektedir. Yalnızca Amerika Birleşik Devletleri, Almanya, Avusturya ve Fransa deri kanseri taramasını önermektedir (Ebell 2018).

## 2.8. Ölçme Kavramı

### 2.8.1. Ölçmenin Tanımı ve Türleri

Ölçme bir somutlaştırma işlemidir (Tan 2009). Ölçmeye konu olan şey nesnelere veya bireylere ait özelliklerdir. Bu özellikler nesneden nesneye ve bireyden bireye değişebildiği gibi duruma ve zamana göre de değişebilmektedir. Ölçmenin hem bilimsel çalışmalarda hem de günlük yaşamdaki önemi tartışılmayacak kadar fazladır (Tavşancıl 2014).

Genel olarak üç tür ölçmeden söz edilebilir. Bunlar; doğrudan ölçme, dolaylı ölçme ve türetilmiş ölçmedir (Seçer 2015).

- 1. Doğrudan ölçme;** herhangi bir şeye ait bir özelliğin başka bir elemanın aynı özelliğine karşılık gösterilmesiyle veya özelliğin doğrudan gözlenmesiyle yapılan ölçme işlemidir. Bir cismin uzunluğunun bir başka cisim ile ölçülmesi ve bir sınıftaki kız ve erkek öğrencilerin sayısını belirleme gibi ölçmeler doğrudan ölçmeye örnektir.
- 2. Dolaylı ölçme;** ölçülmek istenen özelliğin doğrudan gözlenmesinin mümkün olmadığı durumlarda ilgili özelliğin başka bir araç veya başka bir özellikle ölçülmeye çalışılması işidir. Kaygı, stres, zekâ, tutum, ilgi gibi özelliklerin standart ölçekler aracılığıyla ölçülmesi dolaylı ölçmedir.
- 3. Türetilmiş ölçme;** ölçülmek istenen bir özellik üzerinde herhangi bir ölçme işlemi yapılmadan, bu özellikle bağlantılı başka değişkenler arasındaki bir

bağlantıdan faydalanılarak elde edilen ölçümlerdir. Örneğin vize ve final sınavları arasında kurulan bir bağlantı ile öğrencilerin yılsonu başarılarının hesaplanması türetilmiş ölçmedir (Seçer 2015).

### 2.8.2. Ölçme Hataları

Ölçme işlemi sırasında en önemli amaç ölçülen özelliğin doğru ve hatasız şekilde ölçülmesidir. Ancak hatasız bir ölçüm yapmak pek de olanaklı değildir. Doğrudan ölçme yapabildiğimiz fiziksel ölçümlerde dahi bir miktar hata bulunabilir. Duyuşsal ve davranışsal özelliklerin ölçülmesi gibi dolaylı ölçmelerde hataların yapılması daha büyük bir olasılıktır.

Ölçme sonuçlarına karışan hatalar ölçme işini gerçekleştiren kişiden, ölçme aracından, ölçmenin yapıldığı ortamdan ve ölçülen kişilerin bu sayılan etkenlerle etkileşiminden kaynaklanabilir. Ölçme hataları sabit hatalar, sistematik hatalar ve rastgele hatalar olarak üç grupta incelenebilir (Tavşancıl 2014).

- 1. Sabit Hatalar:** Her ölçmede aynı yönde etki eden ve miktarı değişmeyen hatalardır. Her zaman aynı miktarda eksik veya fazla tartan terazi, öğretmenin herkese belli miktarda bir puan eklemesi veya çıkarması bu tip hatalara örnektir (Tavşancıl 2014).
- 2. Sistematik Hatalar:** Sabit hatalara benzer hatalardır. Ancak miktar her ölçme için sabit değildir. Belli bir ağırlığa kadar eksik veya fazla tartan bir terazi, belli bir cinsiyete daha az veya daha çok puan veren bir öğretmen bu hataların örneğidir (Tavşancıl 2014).
- 3. Rastgele Hatalar:** Şans eseri ortaya çıkan ve ne yönde etki edeceği kestirilemeyen hatalardır. Bu tip hataların nedenleri genellikle bilinmez. Bir ölçmede rastgele hatalar ne kadar az ise, o ölçme o denli güvenilir olarak kabul edilir (Tavşancıl 2014).

### 2.9. Ölçek Tanımı

Tutum, kişilik, zekâ, psikopatoloji gibi değişkenler genellikle doğrudan gözlenemez. Örtük değişkenler de denilen bu tür yapıların araştırılabilmesi için kuramsal olarak sağlam temellere dayanan, geçerli ve güvenilir ölçme araçlarına ihtiyaç vardır (Güngör 2016). Bir özelliği ölçmek için geliştirilen araçlara ölçek adı verilir (Azaltun 2008). Bir diğer tanıma göre ölçmeye konu olan özelliklerin sınıflanması, sıralanması veya miktar ve derecelerinin belirlenmesi için uyulması gereken kural ve kısıtlamaları belirleyen ölçme araçlarına ölçek denir (Karakoç 2014).

### 2.9.1. Ölçek Türleri

Temel olarak ölçekleri iki gruba ayırarak incelemek mümkündür. Birinci gruptaki ölçekler ölçme sonuçlarına yalnızca nitel ayrımları yansıtabilirken; ikinci gruptaki ölçekler ölçme sonuçlarına hem nitel hem de nicel ayrımları yansıtabilir. Birinci grupta sınıflandırma ölçekleri yer alırken ikinci grupta sıralama ölçekleri, eşit aralıklı ölçekler ve oranlı ölçekler yer alır (Tavşancıl 2014, Seçer 2015).

**Tablo 2.8. Ölçek Türlerinin Özellikleri (Özçelik 1981)**

Ölçek Tipi	Ölçeğin Özellikleri					
	Başlangıç Noktası	Aralıkları	Nitelik Gösterme Gücü	Sıra	Farkın Anlamlılığı	Oran
Sınıflandırma	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
Sıralama	Var ama değişken	Var ama değişken	Var	Var	Yok	Yok
Eşit Aralıklı	Var ama keyfi	Var ve eşit	Var	Var	Var	Yok
Oranlı	Var ve mutlak sıfır	Var ve eşit	Var	Var	Var	Var

### 2.10. Tutum Kavramı

Tutum yaşantı ve deneyimler sonucu oluşan, ilgili olduğu bütün obje ve durumlara karşı bireyin davranışları üzerinde yönlendirici veya dinamik bir etki gücüne sahip duygusal ve zihinsel hazırlık durumu olarak tanımlanmaktadır (Allport 1967). Bir başka tanıma göre ise tutum; belirli nesne, durum, kurum, kavram veya diğer insanlara karşı öğrenilmiş, olumlu veya olumsuz tepkide bulunma eğilimidir (Tezbaşaran 2008). Tutumlar bireylerin davranışlarını yönlendirici birer unsur olarak ele alınabilir (Tavşancıl 2014).

Tutumların belli başlı özellikleri şu şekilde özetlenebilir:

- Tutumlar doğuştan gelmez, yaşantılar yoluyla sonradan öğrenilir.
- Tutumlar belli bir süre devamlılık gösterir.
- Tutumlar, birey ile obje arasındaki ilişkide bir düzenlilik sağlar.
- Birey-obje ilişkisinde tutumların belirlediği bir yanlılık söz konusudur.
- Bir objeye yönelik olumlu veya olumsuz bir tutumun oluşması ancak o objenin başka objelerle karşılaştırılması sonucu mümkündür.
- Kişisel tutumlar olduğu gibi toplumsal tutumlar da vardır.
- Tutumlar bir tepki gösterme şekli olmayıp tepki göstermeye ilişkin bir eğilimdir.
- Tutumlar olumlu veya olumsuz davranışlara yol açabilir (Tavşancıl 2014).

Tutumların bilişsel, duygusal ve davranışsal olarak üç ögesi vardır. Bireyin bir konu ile ilgili bildikleri o konuya olumlu bakmasını gerektiriyorsa (Bilişsel öge), birey o konuya ilişkin olumludur (Duygusal öge). Birey bu durumu sözleri ile veya davranışları ile gösterir (Davranışsal öge) (İnceoğlu 1993). Tutumlar yalnızca bir davranış eğilimi veya sadece bir duygudan ibaret olmayıp biliş-duygu-davranış eğilimi bütünleşmesidir (Kağıtçıbaşı 1999).

Pek çok tutumun kökeni kişilerin çocukluk çağlarına dayanmaktadır (Kağıtçıbaşı 1999). Ancak bu tutumların kaynağı kişisel deneyimlerden ziyade anne ve babalardır. Genel olarak bakıldığında anne-babalarla çocukların tutumları arasındaki benzerlikler farklılıklardan daha fazladır. Çocuklar büyüdükçe anne-babaların onların tutumları üzerindeki etkisi azalmakta ve diğer sosyal faktörlerin rolü giderek artmaktadır.

Bir bireyin tutumlarının büyük kısmı 12-30 yaş arasında son şeklini alır. Bu dönem tutumlar açısından kritik dönem olarak adlandırılmaktadır. Kritik dönem içinde tutumları anne-babalar, akranlar ve çeşitli kaynaklardan edinilen bilgiler etkilemektedir (Morgan 1995).

Bireyler sürekli birbirlerinin tutumlarını değiştirmeye çalışsalar da tutumlar değişime direnç gösterme eğilimindedirler. Bu dirence rağmen tutumlar yeni bilgi ve deneyimlerle yavaş da olsa değişebilir. Tutumların değişiminde iki tür süreç vardır. Bunlar tutuma zıt davranışta bulunmak ve ikna edici bir iletişime maruz kalmaktır (Davidoff 1987).

## **2.11. Tutum ve Davranış İlişkisi**

Tutumlar ve davranışlar arasında tutarlılık olup olmadığına ilişkin soruya verilecek yanıt oldukça önemlidir. Tutumların bilinmesinin davranışların tahmininde ne denli rolü olduğu bu sorunun cevabına bağlıdır. Belirli bir tutumun belirli bir davranışa yol açıp açmayacağı sorusuna yanıt bulmak amacıyla pek çok çalışma (La Piere 1934, Kurtner 1952, Minard 1952, Kelley 1974) yapılmıştır. Çalışma sonuçlarına göre tutumlar ile davranışların bazen tutarlı bazen ise tutarsız olduğu gözlenmiştir.

Tutumlar ile davranışların zaman zaman tutarsızlık gösteriyor olması gerçek tutumların iyi bir şekilde saptanamamasından kaynaklanabilir. Tutumlarla ilgili bir diğer önemli nokta tutumların ölçüldüğü zamanla davranışın gözlemlendiği zamandır. Bu ikisi arasında geçen sürede tutum değişmiş olabilir. Seçilen davranış ile ölçülen tutumun doğrudan ilişkili olmaması güçlü bir ilişki elde edilmesine engel olabilir. Ayrıca bazı ortamlarda bireylere hiçbir sorumluluk yüklenmediğinde ve baskı yapılmadığında tutumlar ile davranışlar paralel olmaktadır (Tavşancıl 2014). Abelson tutuma uymayan davranışın başlıca nedeni olarak bireyin tutumunu davranışla nasıl ifade edebileceğini öğrenmemiş olmasını görmektedir.

Tutumların davranışları etkilemesi basit bir olay değildir ve normlar, alışkanlıklar, öğrenme süreçleri, çevresel ve ölçme ortamı etkenlerinin olayda payı vardır (Tavşancıl 2014).

## 2.12. Tutumların Ölçülmesi ve Tutum Ölçekleri

Tutumların fiziksel bir boyutu olmadığı için yani tutumlar soyut kavramlar olduklarından ölçülmeleri oldukça zordur. Tutumlar gizli veya varsayılan değişkenlerdir. Bu nedenle tutumların doğrudan ölçülmesi mümkün değildir. Bireylere bir tutum objesi veya konusu ile ilgili tutumları sorulduğunda çoğunlukla tam bir cevap vermezler, yüzeysel veya yanlış ifadelerde bulunurlar. Bu yüzden bireylerin tutumlarını öğrenmek için onların düşünceleri, duyguları ve tepki eğilimleri ile ilgili bilgi edinilmeye çalışılır (Thurstone 1967).

Bireyin subjektif yaşantısı ile dışa açık yaşantısı arasındaki farklılıklar nedeniyle kişiler bazı durumlarda tutumlarını gizleme eğiliminde olabilirler (Tavşancıl 2014). Ancak bireylerin davranışlarının tutumlarından kaynaklandığı yönünde bir kanı vardır ve tutumların ölçülmesi bu temele dayanmaktadır (Özgüven 1994).

Tutum-davranış ilişkisinin anlaşılması ve tutumdan davranışın kestirilmesi her şeyden önce tutumların güvenilir şekilde ölçülmesine bağlıdır. Bu nedenle tutumların ölçülmesinde kullanılacak çeşitli yöntemler geliştirilmiştir. Tutum ölçümünde kullanılan yöntemler üç ana başlık altında toplanabilir (Tavşancıl 2014):

1. Bireylerin ortaya koyduğu davranışlardan çıkarımlar yapmaya izin veren gözlemsel veri toplamaya yönelik yöntemler
2. Bireylerin fizyolojik tepkilerine dayalı olarak çıkarımlar yapan yöntemler
3. Bireylerin bir dizi ifade, madde veya sığata verdikleri tepkilere dayanarak çıkarımlar yapan yöntemler

### 2.12.1. Tutumların Ölçülmesinde Ölçek Kullanmanın Avantajları

Ölçeklerle çalışmanın getirdiğı bazı avantajlar şunlardır (Tavşancıl 2014):

- Kullanımı kolaydır.
- Pahalı değildir.
- Uygulama ve puanlama kolaylıkları araştırmacıya ve cevaplayıcıya rahatlık sağlar.
- Diğer veri toplama yöntemlerine göre daha kesin ölçümler alınmasını sağlar.
- Ölçümlerin tekrarlanmasına olanak sağlar.
- Sistematik bir yaklaşıma olanak verir.
- Kavram, yapı gibi soyut kavramların ölçümü açısından uygundur.

## 2.13. Bir Ölçekte Bulunması Gereken Özellikler

Bir ölçme aracında bulunması gereken toplam üç özellik tanımlanmıştır. Bu özellikler şöyledir: Standardizasyon, Geçerlilik ve Güvenilirlik (Erkan 2004).

**1. Standardizasyon:** Ölçeklerin standardizasyonu ölçeğin uygulama ve puanlama işlemlerinin değişmezliği olarak tanımlanmaktadır. Ölçeği alan kişiler ve uygulayanlar değişebilir ancak ölçeğin uygulama ve puanlama koşulları kişiden kişiye değişiklik göstermemelidir (Seçer 2015). Ölçme aracının standardizasyonu objektifliği sağlamak açısından şarttır (Erkan 2004). Objektiflik, değerlendirmeyi yapan kişinin kişisel kanı ve görüşlerinin puanlar üzerindeki etkisinin ortadan kaldırılması olarak tanımlanabilir (Seçer 2015).

**2. Geçerlilik:** Bir ölçme aracının ölçmek istediği özelliği doğru ve diğer özelliklerle karıştırmadan ölçmesi, geçerlilik olarak adlandırılır (Alpar 2014).

**3. Güvenilirlik:** Bir testin aynı bireylere birden çok kez uygulanması durumunda testten beklenen şey, uygulama sonuçlarının benzer olmasıdır. Buna göre güvenilirlik kavramı içerisinde testin tekrarlanabilirliği, tekrarlandığında tutarlı olması, kararlılığı ve zamana göre değişmezliği özellikleri ön plana çıkmaktadır (Alpar 2014).

Bu tez çalışmasının amaçlarından biri kanser taramalarına yönelik tutumu ölçebilecek Likert tipi bir tutum ölçeği geliştirilmesi olduğundan, aşağıda bu konu detaylarıyla incelenecektir.

#### **2.14. Likert Tipi Ölçekler**

1932 yılında Rensis Likert tarafından geliştirilmiş bir tutum ölçeğidir. Likert tipi ölçekler kişilerin kendileri hakkında bilgi vermesi esasına dayalı olan tekniklerdendir (Tezbaşaran 2008). Likert ölçekleri, tutum ölçekleri içerisinde en yaygın kullanılanlardır (Tavşancıl 2014). Likert tipi ölçekler bireyin herhangi bir durumu benimseme düzeylerini ölçmez. İlgili duruma ilişkin olarak katılma derecesini belirtmesine olanak verir. Bu ölçeklerde cevaplayıcılar için olumlu veya olumsuz şekilde ifade edilmiş olan bir cümleye katılma dereceleri üçlü, beşli, yedili, dokuzlu veya onbirli kategorilerde cevap verme seçenekleri bulunmaktadır (Tavşancıl 2014, Seçer 2015). Cevaplayıcılardan ölçekte yer alan ifadelere “Tamamen katılıyorum, Biraz katılıyorum, Ne katılıyorum ne katılmıyorum, Biraz katılıyorum, Hiç katılmıyorum,” gibi yanıtlar vermeleri beklenmektedir (Tezbaşaran 2008). Yetişkinler için beşli, çocuk yaş grubu için ikili ve üçlü cevap verme seçeneklerinin uygun olduğu görüşü hâkimdir (Seçer 2015). Likert tipi ölçekler sıralama ölçekleridir (Tavşancıl 2014).

##### **2.14.1. Likert Tipi Ölçek Geliştirme Basamakları**

Bireyin ölçülmesi amaçlanan özelliğini uyaracak uyarıcılar takımını ve bu uyarıcılara uygun tepki kategorilerini oluşturma sürecine ve işlemine ölçek geliştirme adı verilir (Erkuş 2012). Ölçek geliştirme sürecinde araştırmacının ölçülmek istenen özelliklerle ilgili alana ve kuramsal altyapıya hâkim olması elzemdir (Seçer 2015). Ölçek geliştirme sürecinde genel



olarak aşağıdaki işlem basamakları takip edilir (Seçer 2015, Tavşancıl 2014, Tezbaşaran 2008):

1. İhtiyacı belirleme
2. Konuyla ilişkili literatürü tarama
3. Madde havuzu oluşturma
4. Uzman görüşü alma
5. Ölęe ilk şeklini verme ve uygulama formunu oluşturma
6. Örneklem grubunu belirleme
7. Pilot uygulama yapma
8. Pilot uygulamanın ardından ölęi düzenleme
9. Geçerlilik ve güvenilirlik ęalıřması yapma



### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Türü**

Araştırma metodolojik türde tasarlanmış bir epidemiyolojik çalışmadır.

#### **3.2. Araştırma İzinleri**

Araştırmanın yapılabilmesi için Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (Ek 1).

#### **3.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Formu ve Aday Ölçek**

Araştırmada kullanılacak veri toplama formu literatür taramasının ardından oluşturulmuştur. Veri toplama formu iki bölümden meydana gelmektedir. Bunlar; Sosyodemografik özellikler formu (Ek 2) ve Aday ölçektir (Ek 3).

Sosyodemografik özellikler formu toplam 15 sorudan oluşmaktadır. Bu sorular ile kişinin doğum yılı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, aktif olarak çalışma yaşamında bulunup bulunmadığı, gelir durumu, sağlık güvencesi, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, düzenli egzersiz yapıp yapmadığı, sağlıklı beslenip beslenmediği, kronik hastalık varlığı, kendisine ait kanser tanısı bulunup bulunmadığı, anne/baba/kardeşler ve çocuklarda kanser bulunup bulunmadığı ve daha önce herhangi bir kanser taraması yaptırıp yaptırmadığı sorgulanmıştır. Sorulardan 1 tanesi açık uçlu ve kalan 14 tanesi kapalı uçlu sorulmuştur.

Yüzeysel geçerlilik, kapsam geçerliliği ve sahada gerçekleştirilen pilot uygulamanın ardından son şekli verilen aday ölçek 28 maddeden oluşmaktadır. Maddelerin 16'sı anlamca olumsuz ve 12'si anlamca olumlu önermelerden meydana gelmektedir. Aday ölçek beşli Likert tipindedir. Aday ölçeğin "5: Tamamen katılıyorum, 4: Biraz katılıyorum, 3: Ne katılıyorum ne katılmıyorum, 2: Biraz katılmıyorum, 1: Hiç katılmıyorum," şeklinde 5'ten 1'e kadar bir aralıkta yanıtlanması gerekmektedir. 28 maddeden oluşan aday ölçeğin maddeleri, ölçek tek boyuttan oluşacak biçimde tasarlanarak yazılmıştır.

#### **3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma Konya ili merkez ilçelerinden biri olan Meram ilçesinde yürütülmüştür. Konya İli'nin yüz ölçümü 38.873 km<sup>2</sup>'dir. 2018 yılı Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi verilerine göre Konya'nın nüfusu 2.205.609 kişidir. Meram İlçesi'nin yüz ölçümü 1.949 km<sup>2</sup>'dir. 2018 yılı Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi verilerine göre Meram'ın nüfusu 342.315 kişidir (T.C. Konya Valiliği 2019). Meram'da toplam 29 tane Aile Sağlığı Merkezi bulunmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2019).

Araştırma 01.10.2018-01.07.2019 tarihleri arasında mesai saatleri içerisinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya ilişkin verileri toplamak için saha çalışması 01.03.2019-01.06.2019 tarihleri arasındaki hafta içine denk gelen günlerde ve mesai saatleri içerisinde Meram İlçesi'nde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde yapılmıştır.

### **3.5. Araştırma Kapsamına Alınan Kişiler**

Araştırma için örneklem büyüklüğü pilot çalışma için en az 50 kişi ve geçerlilik-güvenilirlik çalışması için en az 300 kişi olarak belirlenmiştir.

Çalışma kapsamına 30-70 yaş arası kadın ve erkek hasta yakınlarından çalışmaya katılmak için sözlü ve yazılı onam verenler, eğitim düzeyi en az okur-yazar olanlar ve formları doldurmasına engel olacak düzeyde bilişsel, görsel ve ortopedik engeli bulunmayanlar alınmıştır. Yaş aralığının 30-70 olarak belirlenmesinin nedeni ülkemizde uygulanmakta olan Ulusal Kansere Tarama Programı'nın en düşük yaş olarak 30 (Serviks kanseri için) ve en yüksek yaş olarak 70 (Kolorektal kanser için) yaş değerlerini sınır olarak kabul etmesidir. Geliştirilecek olan ölçme aracının hem kadınlarda hem de erkeklerde güvenle kullanılabilmesi için çalışma grubunun yarısının kadın ve yarısının erkek cinsiyette olmasına özen gösterilmiştir.

### **3.6. Veri Toplama Yöntemi**

Ek 2'de sunulmuş olan Sosyodemografik özellikler formu ve Ek 3'te sunulmuş olan Aday ölçek Meram İlçesi'nde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerine gidilerek, merkeze başvuran hastalara eşlik etmekte olan 30-70 yaş aralığındaki kadın ve erkek hasta yakınlarına uygulanmıştır. Uygulama, gözlem altında kişinin kendi kendisine formları doldurması biçiminde gerçekleştirilmiştir. Araştırmacı katılımcının yaşını ve okuryazarlık durumunu sorup öğrendikten ve araştırmaya katılım için tıbbi durumunun uygun olduğunu belirledikten sonra, kişiye çalışma hakkında bilgi vermiştir. Araştırmacı katılımcıdan sözlü ve yazılı onam aldıktan sonra formları ve bir kalemi katılımcıya teslim etmiştir. Ayrıca katılımcıdan yanıtız soru bırakmamasını istemiştir. Katılımcı, formu doldururken araştırmacı yanında beklemiştir. Her bir form ortalama olarak 20 dakika civarında doldurulmuştur.

### **3.7. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler**

Saha çalışmasının ardından elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Verilerin analiz işlemleri The Package for Social Sciences (SPSS) yazılımı aracılığıyla yapılmıştır. Rapor yazımı ise Microsoft Office Word programı ile gerçekleştirilmiştir.

Kategorik verilerin özetlenmesinde frekans dağılımları ve yüzdeler; sayısal verilerin değerlendirilmesinde aritmetik ortalama±standart sapma ve ortanca (minimum-maksimum) değerleri kullanılmıştır.

Aday ölçeğe ilişkin güvenilirlik çalışmasında madde puanı-ölçek puanı korelasyon katsayısı, %27 alt-üst grup ortalamaları farkına dayalı madde analizi, yarı test güvenilirlik yöntemi ve Cronbach's Alpha katsayısı kullanılmıştır.

Aday ölçeğe ilişkin geçerlilik çalışması için yüzeysel geçerlilik, kapsam geçerliliği ve yapı geçerliliği için açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır.

Ölçeğe ilişkin geçerlilik-güvenilirlik çalışmasının ardından ölçekten alınan puan ile katılımcıların bazı özellikleri arasındaki ilişkiler dağılımın normallik kriterlerini sağladığı durumlarda Bağımsız Gruplarda T Testi, Tek Yönlü Varyans Analizi ve Pearson Korelasyon Katsayısı ile değerlendirilmiştir. Normallik şartının sağlanamadığı hallerde aynı testlerin nonparametrik karşılıkları olan Mann Whitney U Testi, Welch ANOVA ve Spearman Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için p'nin 0,05'ten küçük olduğu durumlar kabul edilmiştir.

Pearson ve Spearman Korelasyon Katsayılarının değerlendirilmesinde 0,00-0,19 arası önemsenmeyecek düzeyde düşük ilişki, 0,20-0,39 arası zayıf ilişki, 0,40-0,69 arası orta düzeyde ilişki, 0,70-0,89 arası kuvvetli ilişki ve 0,90-1,00 arası çok kuvvetli ilişki olarak kabul edilmiştir. Pozitif işaretli korelasyon katsayıları değişkenlerin birlikte artıp azaldığına, negatif işaretli korelasyon katsayıları ise değişkenlerden biri artarken diğerinin azaldığına veya tam tersine işaret etmektedir (Alpar 2014). Madde puanı-ölçek puanı korelasyon katsayıları için sınır değer olarak  $\pm 0,200$  kabul edilmiştir. Cronbach's Alpha, Spearman-Brown ve Guttman katsayılarının 0,70'in üzerinde olması durumu anlamlı sayılmıştır. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem uygunluğu katsayısının 0,50'den büyük olduğu durumlar ve Bartlett'in küresellik testi için kullanılan Ki-kare istatistiğinde p değerinin 0,05'ten küçük olduğu durumlar önemli olarak alınmıştır.

**Tablo 3.1. Araştırmaya İlişkin Zaman Çizelgesi (Konya-2019)**

Tez Basamakları	Tarihler						
	10.2017-07.2018	08-12.2018	01.2019	02.2019	03.2019	04-06.2019	07.2019
Araştırma Konusunun Belirlenmesi	✓						
Literatür Tarama ve Ölçek İçin Madde Havuzunun Oluşturulması		✓					
Yüzeysel Geçerlilik ve Kolay Anlaşılabilirlik İçin Doktorlardan Oluşan Ekiple Görüşme			✓				
Kapsam Geçerliliği İçin Uzmanlardan Oluşan Ekiple Görüşme			✓				

(Tablo 3.1'in Devamı)

Tez Basamakları	Tarihler						
	10.2017- 07.2018	08-12.2018	01.2019	02.2019	03.2019	04- 06.2019	07.2019
Ölçek Maddelerinin Her İki Ekibin Yönlendirmesiyle Gözden Geçirilmesi				✓			
Etik Kurul Başvurusunun Yapılarak Etik İzin Alınması				✓			
Pilot Uygulamanın Yapılması ve Kolay Anlaşılmayan Maddelerin Gözden Geçirilmesi					✓		
Geçerlilik-Güvenilirlik Çalışmasının Verileri İçin Saha Çalışmasının Yapılması						✓	
Elde Edilen Verilerin Analizi						✓	
Tezin Yazılması							✓
Tezin Sunulması							✓

#### 4. BULGULAR

30-70 yaş aralığındaki kadınlardan ve erkeklerden oluşan toplam 358 kişi araştırmaya katılmayı kabul ederek Sosyodemografik özellikler ve Aday ölçek formlarını doldurmuştur. Ancak aday ölçek formunda en az bir soruyu yanıtsız bıraktığı belirlenen 24 kişi çalışmadan çıkarılmış ve 334 kişi kapsama alınmıştır.

##### 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Katılımcıların yaş ortalaması  $42,93 \pm 9,60$  ve yaş ortancası 42 (30-70) idi. Araştırma kapsamına alınan 334 kişinin %50'si (n=167) kadın ve %50'si (n=167) erkekti. Katılımcıların %85'i (n=284) evli, %8,1'i (n=27) bekar ve %6,9'u (n=23) boşanmış/duldu. Katılımcıların %12,3'ü (n=41) ilkokul, %9,3'ü (n=31) ortaokul, %15,9'u (n=53) lise, %41,6'sı (n=139) üniversite ve %21'i (n=70) yüksek lisans ve/veya doktora mezunuydu. Katılımcıların %76,9'u (n=256) aktif olarak çalışma yaşamında bulunurken; %23,1'i (n=77) çalışmıyordu. Katılımcılardan gelir durumlarını tanımlamaları istendiğinde %19,9'unun (n=66) geliri giderinden az, %54,5'inin (n=181) geliri giderine eşit ve %25,6'sının (n=85) geliri giderinden çoktu.

Araştırma grubunun %95,5'inin (n=318) sağlık güvencesi varken; %4,5'inin (n=15) sağlık güvencesi yoktu. Katılımcıların %58,1'i (n=194) hayatının bir döneminde sigara ve %29,6'sı (n=99) alkol kullanmıştı. Katılımcıların %38,9'u (n=130) düzenli olarak haftada en az üç gün ve en az yarım saat süreli fizik aktivitede bulunmaktaydı. Araştırma grubunun %56,6'sı (n=189) sağlıklı beslendiğine inanıyordu.

Kadın ve erkeklerin %25,7'sinde (n=86) Hipertansiyon, Koroner Arter Hastalığı, Tip 2 Diabetes Mellitus, Tiroid Hastalıkları, Psikiyatrik Hastalıklar gibi en az bir kronik hastalık mevcuttu. Katılımcıların 10'unda (%3) tanısı doktor tarafından konulmuş bir kanser hastalığı bulunmaktaydı. Kadın ve erkeklerin %22,5'inin (n=75) anne, baba, kardeşler ve çocuklar gibi birinci derece akrabalarına kanser tanısı konmuştu. Araştırma kapsamına alınan kişilerin %21,3'ü (n=71) daha önce en azından bir defa kanser taraması yaptırmıştı. Katılımcılara ilişkin özellikler Tablo 4.1'de sunulmuştur.

**Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri (Konya-2019)**

Özellikler		
Yaş (yıl)	Ortalama±Standart Sapma	42,93±9,60
	Ortanca (Minimum-Maksimum)	42 (30-70)
Cinsiyet [n (%)]	Kadın	167 (50,0)
	Erkek	167 (50,0)
	Toplam	334 (100,0)
Medeni Durum [n (%)]	Evli	284 (85,0)
	Bekar	27 (8,1)
	Boşanmış/Dul	23 (6,9)
	Toplam	334 (100,0)

(Tablo 4.1'in Devamı)

Özellikler		
Eğitim Durumu [n (%)]	İlkokul	41 (12,3)
	Ortaokul	31 (9,3)
	Lise	53 (15,9)
	Üniversite	139 (41,6)
	Yüksek Lisans/Doktora	70 (21,0)
	Toplam	334 (100,0)
Katılımcıların Çalışma Durumu [n (%)]	Çalışıyor	256 (76,9)
	Çalışmıyor	77 (23,1)
	Toplam	333 (100,0)
Algılanan Gelir Durumu [n (%)]	Gelirim giderimden az	66 (19,9)
	Gelirim giderime eşit	181 (54,5)
	Gelirim giderimden çok	85 (25,6)
	Toplam	332 (100,0)
Sağlık Güvencesi [n (%)]	Var	318 (95,5)
	Yok	15 (4,5)
	Toplam	333 (100,0)
Hayatının Herhangi Bir Döneminde Sigara Kullanma Durumu [n (%)]	Kullanmış	194 (58,1)
	Kullanmamış	140 (41,9)
	Toplam	334 (100,0)
Hayatının Herhangi Bir Döneminde Alkol Kullanma Durumu [n (%)]	Kullanmış	99 (29,6)
	Kullanmamış	235 (70,4)
	Toplam	334 (100,0)
Düzenli Olarak Fizik Aktivite Yapma Durumu [n (%)]	Yapıyor	130 (38,9)
	Yapmıyor	204 (61,1)
	Toplam	334 (100,0)
Sağlık Beslenme Durumu [n (%)]	Besleniyor	189 (56,6)
	Beslenmiyor	145 (43,4)
	Toplam	334 (100,0)
Kronik Hastalık Durumu [n (%)]	Var	86 (25,7)
	Yok	248 (74,3)
	Toplam	334 (100,0)
Kendisinde Kansere Bulunma Durumu [n (%)]	Var	10 (3,0)
	Yok	323 (97,0)
	Toplam	334 (100,0)
Birinci Derece Akrabalarında Kansere Bulunma Durumu [n (%)]	Var	75 (22,5)
	Yok	259 (77,5)
	Toplam	334 (100,0)
Daha Önce Kansere Taraması Yapılma Durumu [n (%)]	Yaptırılmış	71 (21,3)
	Yaptırılmamış	262 (78,7)
	Toplam	334 (100,0)

#### 4.2. Kansere Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği'nin Güvenilirliği

Ölçeğin güvenilirliğinin belirlenmesinde madde puanı-ölçek puanı korelasyon katsayıları (Tablo 4.2), %27 alt-üst grup ortalamaları farkına dayalı madde analizi (Tablo 4.3), iki yarı güvenilirlik ve Cronbach's Alpha katsayısı yöntemleri kullanılmıştır.

**Tablo 4.2. Madde Puanı-Ölçek Puanı Korelasyon Katsayıları (Konya-2019)**

Ölçek Maddeleri	Madde Puanı-Ölçek Puanı Korelasyonu	İlgili Madde Çıkarıldığında Ölçeğe Ait Cronbach's Alpha Değeri
Madde 1	0,837	0,930
Madde 2	0,738	0,932
Madde 3	0,012	0,940
Madde 4	0,795	0,931
Madde 5	0,801	0,931
Madde 6	0,822	0,930

(Tablo 4.2'nin Devamı)

Ölçek Maddeleri	Madde Puanı-Ölçek Puanı Korelasyonu	İlgili Madde Çıkarıldığında Ölçeğe Ait Cronbach's Alpha Değeri
Madde 7	0,811	0,931
Madde 8	0,708	0,932
Madde 9	0,785	0,931
Madde 10	0,372	0,936
Madde 11	0,850	0,930
Madde 12	-0,140	0,942
Madde 13	0,548	0,934
Madde 14	-0,193	0,942
Madde 15	0,547	0,934
Madde 16	0,473	0,935
Madde 17	0,362	0,936
Madde 18	0,171	0,939
Madde 19	0,500	0,935
Madde 20	0,534	0,934
Madde 21	0,831	0,930
Madde 22	0,708	0,932
Madde 23	0,483	0,935
Madde 24	0,418	0,936
Madde 25	0,739	0,932
Madde 26	0,775	0,931
Madde 27	0,820	0,931
Madde 28	0,814	0,931

Madde puanı-ölçek puanı korelasyonu  $\pm 0,200$ 'den küçük olan Madde 3, Madde 12, Madde 14 ve Madde 18'in ölçekten çıkarılması uygun bulundu. Ölçekten ilgili 4 madde çıkarıldıktan sonra hesaplanan Cronbach's Alpha katsayısı değeri 0,936'dan 0,957'ye yükseldi.

%27 alt-üst grup analizi için öncelikle 28 maddenin her biri için ortalama puanlar hesaplandı ve bu ortalamalar küçükten büyüğe doğru sıralandı. Üzerinde çalışılan 334 kişilik örneklemin ilk %27'lik kısmı (n=90) alt grup ve son %27'lik kısmı üst grup (n=90) olarak belirlendi. Her bir madde için bu iki grup arasında Bağımsız Gruplarda T Testi ile istatistiksel anlamlılık araştırıldı. %27 alt ve %27 üst grup arasında p değerlerinde anlamlılığın olmadığı madde ve/veya maddelerin aday ölçekten çıkarılması tasarlandı. Analiz sonucunda %27 alt grup ile %27 üst grup arasında 2 madde için anlamlı fark bulunmadı. Ancak bu 2 madde madde puanı-ölçek puanı korelasyon analizinde de çıkması gerekli olarak saptandığından ek bir işlem yapılmadı. Analiz sonuçları Tablo 4.3'te sunulmuştur.

Tablo 4.3. %27 Alt-Üst Grup Bağımsız Gruplarda T Testi Analiz Sonuçları (Konya-2019)

Madde Numarası	Grup	Gruptaki Kişi Sayısı	Ortalama	Standart Sapma	T İstatistiği	P Değeri
T1	%27 Alt Grup	90	1,19	0,616	-31,395	0,000*
	%27 Üst Grup	90	4,61	0,831		
T2	%27 Alt Grup	90	1,28	0,765	-21,351	0,000*
	%27 Üst Grup	90	4,33	1,122		
T3	%27 Alt Grup	90	2,72	1,805	-0,552	0,582
	%27 Üst Grup	90	2,87	1,704		



(Tablo 4.3'ün Devamı)

Madde Numarası	Grup	Gruptaki Kişi Sayısı	Ortalama	Standart Sapma	T İstatistiği	P Değeri
T4	%27 Alt Grup	90	1,19	0,616	-28,114	0,000*
	%27 Üst Grup	90	4,54	0,950		
T5	%27 Alt Grup	90	1,14	0,384	-27,875	0,000*
	%27 Üst Grup	90	4,39	1,035		
T6	%27 Alt Grup	90	1,00	0,000	-38,251	0,000*
	%27 Üst Grup	90	4,61	0,896		
T7	%27 Alt Grup	90	1,18	0,464	-29,304	0,000*
	%27 Üst Grup	90	4,51	0,974		
T8	%27 Alt Grup	90	1,31	0,744	-19,224	0,000*
	%27 Üst Grup	90	4,21	1,222		
T9	%27 Alt Grup	90	1,17	0,566	-27,075	0,000*
	%27 Üst Grup	90	4,43	0,995		
T10	%27 Alt Grup	90	1,97	1,426	-6,477	0,000*
	%27 Üst Grup	90	3,46	1,650		
T11	%27 Alt Grup	90	1,06	0,347	-44,826	0,000*
	%27 Üst Grup	90	4,64	0,676		
T12	%27 Alt Grup	90	2,93	1,654	0,891	0,374
	%27 Üst Grup	90	2,71	1,691		
T13	%27 Alt Grup	90	1,88	1,288	-12,152	0,000*
	%27 Üst Grup	90	4,17	1,238		
T14	%27 Alt Grup	90	3,48	1,595	2,966	0,003
	%27 Üst Grup	90	2,76	1,671		
T15	%27 Alt Grup	90	1,26	0,743	-13,086	0,000*
	%27 Üst Grup	90	3,66	1,573		
T16	%27 Alt Grup	90	1,48	1,019	-10,297	0,000*
	%27 Üst Grup	90	3,50	1,560		
T17	%27 Alt Grup	90	1,76	1,352	-8,005	0,000*
	%27 Üst Grup	90	3,53	1,616		
T18	%27 Alt Grup	90	2,20	1,602	-3,578	0,000*
	%27 Üst Grup	90	3,11	1,808		
T19	%27 Alt Grup	90	1,51	0,974	-12,051	0,000*
	%27 Üst Grup	90	3,84	1,557		
T20	%27 Alt Grup	90	1,63	1,096	-12,570	0,000*
	%27 Üst Grup	90	4,04	1,453		
T21	%27 Alt Grup	90	1,04	0,332	-33,668	0,000*
	%27 Üst Grup	90	4,66	0,962		
T22	%27 Alt Grup	90	1,18	0,696	-20,064	0,000*
	%27 Üst Grup	90	4,28	1,290		
T23	%27 Alt Grup	90	1,57	1,142	-11,506	0,000*
	%27 Üst Grup	90	3,84	1,491		
T24	%27 Alt Grup	90	1,68	1,225	-9,908	0,000*
	%27 Üst Grup	90	3,76	1,567		
T25	%27 Alt Grup	90	1,22	0,683	-25,415	0,000*
	%27 Üst Grup	90	4,53	1,030		
T26	%27 Alt Grup	90	1,21	0,645	-24,854	0,000*
	%27 Üst Grup	90	4,41	1,037		
T27	%27 Alt Grup	90	1,04	0,332	-33,651	0,000*
	%27 Üst Grup	90	4,60	0,946		
T28	%27 Alt Grup	90	1,14	0,510	-27,323	0,000*
	%27 Üst Grup	90	4,51	1,052		

24 soruluk ölçek iki yarı güvenilirliği metodu ile değerlendirildiğinde ilk 12 sorudan oluşan yarı form ile ikinci 12 sorudan oluşan yarı formun özellikleri şöyle bulundu: Birinci yarının Cronbach's Alpha katsayısı 0,945 ve ikinci yarı formun Cronbach's Alpha katsayısı

0,899'du. İki yarı form arası korelasyon katsayısı 0,830'du. Spearman-Brown katsayısı 0,907 ve Guttman katsayısı 0,902 olarak hesaplandı.

Araştırma kapsamına alınan kişilerin aday ölçekte yer alan 24 maddeye verdikleri yanıtların ortalama, standart sapma, standart hata, ortanca, minimum ve maksimum değerleri Tablo 4.4'te sunulmuştur. Buna göre en küçük ortalamaya yeni madde 5 (2,19±1,73) ve en büyük ortalamaya yeni madde 20 (2,88±1,61) sahipti.

**Tablo 4.4. Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği'nin Tanımlayıcı Özellikleri (Konya-2019)**

Ölçek Maddeleri	Yeni Adlandırma	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	Ortanca	Min	Max
Madde 1	Madde 1	2,51	1,64	0,090	2	1	5
Madde 2	Madde 2	2,57	1,63	0,089	2	1	5
Madde 4	Madde 3	2,35	1,70	0,093	1	1	5
Madde 5	Madde 4	2,33	1,61	0,089	1	1	5
Madde 6	Madde 5	2,19	1,73	0,095	1	1	5
Madde 7	Madde 6	2,54	1,61	0,089	2	1	5
Madde 8	Madde 7	2,40	1,64	0,090	2	1	5
Madde 9	Madde 8	2,36	1,62	0,089	2	1	5
Madde 10	Madde 9	2,60	1,61	0,088	2	1	5
Madde 11	Madde 10	2,36	1,67	0,092	1	1	5
Madde 13	Madde 11	2,69	1,53	0,084	2	1	5
Madde 15	Madde 12	2,49	1,60	0,088	2	1	5
Madde 16	Madde 13	2,67	1,57	0,086	2	1	5
Madde 17	Madde 14	2,79	1,60	0,088	3	1	5
Madde 19	Madde 15	2,71	1,60	0,088	3	1	5
Madde 20	Madde 16	2,74	1,60	0,088	3	1	5
Madde 21	Madde 17	2,35	1,73	0,095	1	1	5
Madde 22	Madde 18	2,44	1,66	0,091	2	1	5
Madde 23	Madde 19	2,78	1,64	0,090	3	1	5
Madde 24	Madde 20	2,88	1,61	0,088	3	1	5
Madde 25	Madde 21	2,55	1,68	0,092	2	1	5
Madde 26	Madde 22	2,50	1,60	0,088	2	1	5
Madde 27	Madde 23	2,31	1,70	0,093	1	1	5
Madde 28	Madde 24	2,41	1,63	0,089	2	1	5

### 4.3. Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği'nin Geçerliliği

Aday ölçeğin geçerlilik çalışmasında yüzeysel geçerlilik, kapsam geçerliliği ve yapı geçerliliği işlemlerinden faydalanıldı.

#### 4.3.1. Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği'nin Yüzeysel Geçerliliği

Aday ölçek için literatür desteği ile toplam 88 maddeden meydana gelen bir madde havuzu oluşturuldu. Madde havuzu gözden geçirilerek aynı anlama veya yakın anlama geldiği düşünülen maddeler çıkarıldı ve 35 maddeden oluşan bir aday ölçek meydana getirildi. Bu 35 madde yüzeysel geçerlilik ve kolay anlaşılabilirlik açısından 10 doktordan oluşan bir ekip (Ek 4) tarafından gözden geçirildi. Yüzeysel geçerliliğin ardından aday ölçekteki 35 madde üzerinde ekibin önerdiği ve çalışmacının uygun gördüğü değişiklikler yapıldı.

#### **4.3.2. Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği'nin Kapsam Geçerliliği**

Aday ölçeğin kapsam geçerliliği için 17 kişiden oluşan uzman bir ekibe (Ek 5) danışıldı. Uzmanlardan aday ölçekte yer alan her bir maddeyi amaca uygunluk, ayırt edicilik, anlaşılabilirlik, gereklilik ve anket hazırlama tekniği açılarından gözden geçirerek “3: Madde uygun”, “2: Madde uygun ancak düzeltilmeli” ve “1: Madde çıkartılmalı” şeklinde 3'ten 1'e puanlamaları ve her madde için verdikleri karara bir gerekçe sunmaları istendi. Uzman görüşleri değerlendirilip uygun değişiklikler ve madde çıkarma işlemleri yapıldıktan sonra, aday ölçekteki madde sayısı 29'a indi.

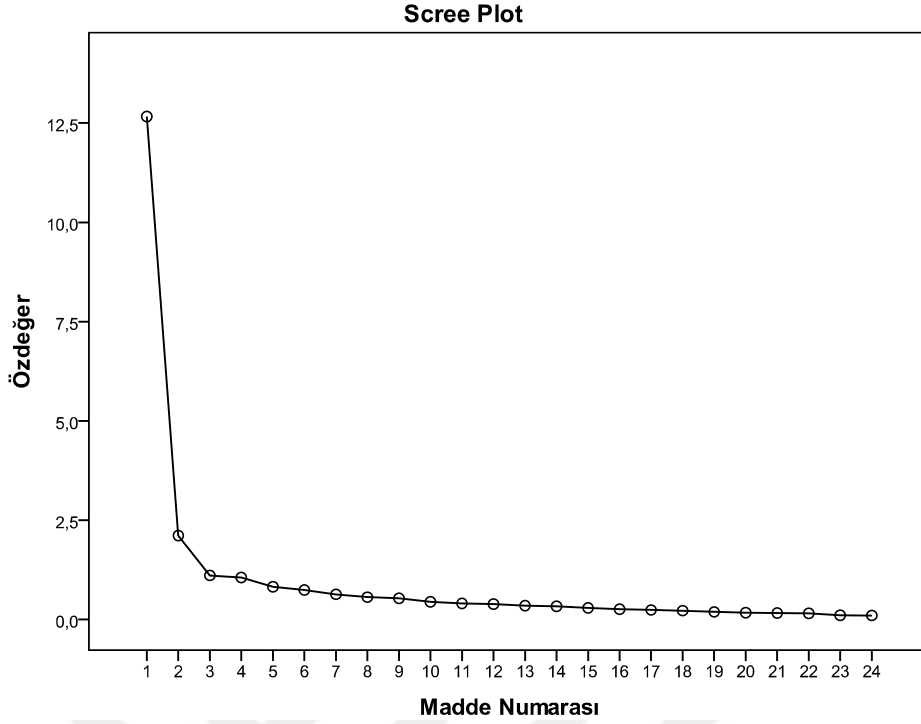
#### **4.3.3. Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği'nin Yapı Geçerliliği**

Kapsam geçerliliğinin ardından 29 maddeden oluşan aday ölçek için 30-70 yaş aralığındaki kadın ve erkeklerden oluşan 78 kişilik bir gruba sahada pilot uygulama yapıldı. Pilot uygulamanın değerlendirilmesi sürecinde aday ölçekte anlaşılmasında zorluk bulunan maddeler gözden geçirilerek düzeltildi ve 1 madde daha ölçekten çıkartıldı. Böylece 28 soruluk yeni ve son şekli verilmiş aday ölçek geçerlilik-güvenilirlik çalışmasına hazır hale getirildi.

28 maddelik aday ölçek geçerlilik-güvenilirlik çalışması için 30-70 yaş arası, kadın ve erkek toplam 334 kişiden oluşan bir gruba uygulandı. Aday ölçeğin yapı geçerliliğinin belirlenmesi amacıyla Açıklayıcı Faktör Analizi'nden yararlanıldı.

Faktör analizine başlamadan önce araştırma grubunun faktör analizi yapmak için uygun olup olmadığını belirlemek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem uygunluğu ve Bartlett'in küresellik testleri yapıldı. Çalışma grubu için KMO değeri 0,962 olarak hesaplandı. Bartlett'in küresellik testinin anlamlı sonuç verdiği bulundu (Ki-kare=6764,30,  $p<0,001$ ).

Araştırmacı tarafından 28 maddelik aday ölçeğin maddeleri ilk yazım aşamasında ölçek tek boyuttan oluşacak biçimde tasarlanarak yazıldığından yapılan faktör analizi ile bu durum sınıandı. Güvenilirlik analizleri sonucunda madde sayısı 24'e düşen ölçeğin açıklayıcı faktör analizi ile ölçek 24 madde ve tek boyuttan oluştuğunda açıklanan varyans değeri %52,62 olarak bulundu. Boyutun özdeğeri 12,66 idi. Scree plot Şekil 4.1'de sunulmuştur.



**Şekil 4.1. Scree Plot**

Ölçek tek boyutlu olduğundan herhangi bir rotasyon işlemine ihtiyaç duyulmadı. Tek boyut ve 24 maddeden oluşan ölçeğin “Principal Component Analysis” faktör analizi yöntemine göre faktör yükleri Tablo 4.5’te gösterilmiştir.

**Tablo 4.5. Ölçeğe Ait Faktör Yükleri (Konya-2019)**

Ölçek Maddeleri	Faktör Yükleri
Madde 1	0,888
Madde 2	0,801
Madde 3	0,865
Madde 4	0,844
Madde 5	0,885
Madde 6	0,862
Madde 7	0,779
Madde 8	0,852
Madde 9	0,372
Madde 10	0,909
Madde 11	0,627
Madde 12	0,542
Madde 13	0,514
Madde 14	0,333
Madde 15	0,493
Madde 16	0,536
Madde 17	0,878
Madde 18	0,731
Madde 19	0,455
Madde 20	0,399
Madde 21	0,761
Madde 22	0,809
Madde 23	0,857
Madde 24	0,846
<b>Özdeğer=12,66</b>	
<b>Açıklanan Varyans=%52,62</b>	

#### 4.4. Pilot Uygulaması ve Geçerlilik-Güvenilirlik İşlemleri Tamamlanan Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği'nin Özellikleri

Hem pilot uygulaması hem de geçerlilik-güvenilirlik çalışması tamamlanmış olan Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği 24 maddeden ve tek boyuttan oluşmaktadır. Ölçek beşli Likert tipindedir. Ölçeği oluşturan maddeler "5: Tamamen katılıyorum, 4: Biraz katılıyorum, 3: Ne katılıyorum ne katılmıyorum, 2: Biraz katılmıyorum, 1:Hiç katılmıyorum," şeklinde 5'ten 1'e kadar bir aralıkta yanıtlanmaktadır.

Ölçeğin 30-70 yaş aralığında bulunan, en az okuryazar olan, ölçeği yanıtlamasına engel olacak düzeyde bilişsel, görsel ve ortopedik engeli bulunmayan kadınlar ve erkekler üzerinde kullanılması uygundur. Ölçeğin uygulama yöntemi araştırmacının katılımcıyı gözlem altında tutacağı biçimde ve katılımcının ölçek maddelerini kendi kendine okuyup cevaplayacağı tarzda olmalıdır. Ölçek uygun örneklem ve uygun uygulama yöntemi ile kanser taramalarına yönelik tutumun ölçülmesine gerek duyulan her durumda kullanılabilir.

Ölçekten alınabilecek en düşük puan 24 ve en yüksek puan 120'dir. Katılımcıların puanları 24'e yaklaştıkça kanser taramalarına yönelik olumsuz tutum, 120'ye yaklaştıkça kanser taramalarına yönelik olumlu tutum lehine yorum yapılması uygun olur. Ölçek için belirli bir kesim noktası belirlenmemiştir. Ölçek puanları hesaplanırken anlamca olumsuz olan Madde 9, 12, 14, 15, 16 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 ters kodlanmalıdır. Ters kodlama için "6-Katılımcı Cevabı" formülünün kullanılması önerilir. Ölçekteki maddelerin sırası önemli değildir. Çalışmacılar tarafından karışık bir sıra kullanılabilir.

Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği'nin yeni bir ölçüm aracı olarak araştırmalarda kullanılabilecek son şekli verilmiş hali Tablo 4.6'da ve Ek 6'da sunulmuştur.

**Tablo 4.6. Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği (Konya-2019)**

Sıra No	İfadeler	5: Tamamen Katılıyorum	4: Biraz Katılıyorum	3: Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	2: Biraz Katılmıyorum	1: Hiç Katılmıyorum
1	Düzenli aralıklarla kanser taraması yaptırmak isterim.					
2	Yakın bir zamanda kanser taraması yaptırmak isterim.					
3	Kanser tarama testleri hakkında bilgi almak isterim.					
4	Kanser taramaları hakkında merak ettiğim bir şey olursa, öğrenmek için araştırırım.					
5	Kanser tarama testi yaptırdığımda sonuçları takip ederim.					
6	Yakın çevremdeki kişileri kanser taraması yaptırmaları konusunda cesaretlendiririm.					

(Tablo 4.6'nin Devamı)

Sıra No	İfadeler	5: Tamamen Katılıyorum	4: Biraz Katılıyorum	3: Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	2: Biraz Katılmıyorum	1: Hiç Katılmıyorum
7	Televizyonda, internette ve gazetede kanser taramaları hakkında bilgilendirme yapılması, tarama yaptırmamı olumlu etkiler.					
8	Bir sağlık çalışanının kanser taraması yaptırmamı önermesi, tarama yaptırma ihtimalimi artırır.					
9	Yakın çevremden birilerinin kansere yakalanması, kanser taraması yaptırma ihtimalimi arttırmaz.					
10	Kanser taraması yaptırdığımda; kendim için iyi bir şey yaptığımı düşünürüm.					
11	Kanser tarama testlerini sadece kendim istediğim için yaptırım.					
12	Test sonuçlarının kötü çıkacağından korktuğum için kanser taraması yaptırmak istemem.					
13	Herhangi bir şikâyetim olmasa bile kanser taraması yaptırım.					
14	Kanser taraması yapılan yer gidemeyeceğim kadar uzakta olduğunda tarama yaptırmam.					
15	Kanser taraması yaptırmak için zaman bulamam.					
16	Kanser taraması için başvurmayı unuturum.					
17	Kanser taraması yaptırmanın gereksiz olduğunu düşünürüm.					
18	Kanser taraması yaptırmak için yaşımın uygun olmadığını düşünürüm.					
19	Kanser tarama testlerinin canımı acıtmasından korkarım.					
20	Kanser tarama testlerinin yan etkilerinden çekinirim.					
21	Kanser taraması için yapılan işlemleri utandırıcı bulurum.					
22	Kanser tarama testlerinin sonuçlarına güvenmem.					
23	Kanser benim başıma gelmez diye düşündüğüm için kanser taraması yaptırma gereği duymam.					
24	Kanser taramaları yaptırmaktan daha önemli işlerim var.					

#### 4.5. Katılımcıların Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği'nden Aldıkları Puanlar ve Ölçek Puanı ile İlişkili Olabilecek Faktörler

Toplam 167 kadın ve 167 erkekte oluşan çalışma grubunun 24 maddelik Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği'nden aldıkları ortalama puan  $60,51 \pm 27,80$  idi. Ölçek puanının ortancası ise 51 (24-120) idi.

Ölçekten alınan puan ile yaş, cinsiyet, eğitim durumu, hayatının herhangi bir döneminde sigara kullanma, kendisinde kanser hastalığı bulunması arasında anlamlı ilişki ve fark saptanırken ( $p < 0,05$ ); ölçek puanı ile medeni durum, algılanan gelir durumu, aktif çalışma durumu, sağlık güvencesi varlığı, hayatının herhangi bir döneminde alkol alma

durumu, düzenli egzersiz yapma, sağlıklı beslendiğini düşünme, kronik hastalık varlığı, birinci derece akrabalarında kanser bulunma durumu ve daha önce kanser taraması yaptırma durumu arasında anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ). Ölçekten alınan puanı etkileyen değişkenlere ilişkin analiz sonuçları Tablo 4.7’de sunulmuştur.

**Tablo 4.7. Ölçek Puanını Etkileyen Değişkenlere İlişkin Sonuçlar (Konya-2019)**

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler	Çalışma Grubu Ortalaması/Ortancası	Test İstatistiği	P Değeri	
Ölçek Puanı	Yaş	60,51±27,80	Pearson $r=0,347$	0,001	
	Cinsiyet	Kadın	50,71±23,05	T=-6,876	0,001
		Erkek	70,31±28,74		
	Eğitim Durumu	İlkokul	81,75±29,33	Welch=16,092	0,001
		Ortaokul	75,48±26,32		
		Lise	65,24±31,48		
		Üniversite	54,94±25,73		
		Yüksek Lisans/Doktora	48,92±16,59		
	Hayatının Herhangi Bir Döneminde Sigara Kullanma	Kullanmış	63,93±28,51	T=2,710	0,007
		Kullanmamış	55,77±26,16		
Kendinde Kanser Hastalığı Varlığı	Var	48,80±31,84	Z=-2,021	0,043	
	Yok	60,75±27,60			

Ölçek puanı ile yaş arasında pozitif yönde zayıf ve anlamlı ilişki belirlendi. Kadın cinsiyette ölçek puanları erkek cinsiyete kıyasla anlamlı şekilde düşük bulundu. Welch ANOVA testi ile eğitim düzeyi yükseldikçe ölçek puanının istatistiksel açıdan anlamlı olacak biçimde düştüğünü gözlemlendi. Post-Hoc Tamhane’s T2 testi ile farkın ilkökul-üniversite, ilkökul-yüksek lisans/doktora, ortaokul-üniversite, ortaokul-yüksek lisans/doktora ve lise-yüksek lisans/doktora gruplarından kaynaklandığı belirlendi. Hayatının herhangi bir döneminde sigara kullanmış olanlarda ölçek puanları daha yüksek saptandı. Kendinde kanser hastalığı bulunanlarda, kanser hastalığı bulunmayanlara kıyasla ölçek puanları daha düşük hesaplandı.

## 5. TARTIŞMA

### 5.1. Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği'nin Güvenilirliği

Bir ölçeğin olmazsa olmaz üç özelliği geçerlilik, güvenilirlik ve standardizasyondur (Ercan 2004). Güvenilirlik bir ölçme aracının aynı bireylere birden çok kez uygulanması durumunda uygulama sonuçlarının benzer olmasıdır. Buna göre güvenilirlik kavramı içerisinde testin tekrarlanabilirliği, tekrarlandığında tutarlı olması, kararlılığı ve zamana göre değişmezliği özellikleri ön plana çıkmaktadır (Alpar 2014). Saha uygulamasını 167'si kadın ve 167'si erkek olmak üzere toplam 334 kişi üzerinde gerçekleştirdiğimiz 28 maddelik Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği'nin güvenilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla madde puanı-ölçek puanı korelasyon katsayıları, %27 alt-üst grup ortalamaları farkına dayalı madde analizi, Cronbach's Alpha katsayısı ve iki yarı güvenilirlik yöntemleri olmak üzere dört ayrı yöntem kullanılmıştır.

Madde puanı-ölçek puanı korelasyon katsayılarına ilişkin olarak; katsayıları eksi işaret taşıyan ve/veya sifıra yakın olan maddelerin ölçekten çıkarılması önerilmektedir (Tezbaşaran 2008, Seçer 2015). Ayrıca bu katsayıların 0,10'dan küçük ve 0,90'dan büyük olmasının istenmeyeceği de belirtilmiştir (Özdamar 2016). Analizler sırasında madde puanı-ölçek puanı korelasyon katsayıları  $\pm 0,200$ 'ün altında olan maddeler ölçekten çıkarılmıştır. Bu sayede 28 maddeden oluşan ölçeğin madde sayısı 24 olmuştur.

%27 alt-üst grup analizi için ölçeği meydana getiren her madde için puan ortalamaları hesaplanır ve bu ortalamalar küçükten büyüğe sıralanır. Üzerinde çalışılan örneklemin ilk %27'lik kısmı alt grup ve son %27'lik kısmı üst grup olarak belirlenir. Bu iki grup arasında her bir madde için Bağımsız Gruplarda T Testi ile istatistiksel anlamlılık araştırılır. Alt ve üst grup arasında anlamlılığın olmadığı madde ve/veya maddeler ölçekten çıkarılır (Tezbaşaran 2008). Analiz sonucunda %27 alt grup ile %27 üst grup arasında 2 madde için anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak bu 2 madde; madde puanı-ölçek puanı korelasyon analizinde de çıkması gerekli olarak saptandığından ek bir işlem yapmaya gerek duyulmamıştır.

Ölçeğin iç tutarlılığın sınanmasında en yaygın kullanılan yöntem Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısının hesaplanmasıdır. Cronbach (1951) tarafından geliştirilen Alpha katsayısı yöntemi, maddeler ikiden fazla kategoride olacak şekilde puanlandığında kullanılması uygun olan bir yöntemdir (Ercan 2004). Cronbach's Alpha katsayısı ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlılığının, homojenliğinin bir ölçüsüdür. Güvenilirlik katsayısı 0 ile 1 arasında değişen bir değer alır. Değer 1'e yaklaştıkça güvenilirliğin yüksek olduğu kabul edilir (Demirali 1995, Aksakoğlu 2013). Nunnally'e (1998) göre alfa güvenilirlik değeri 0,70'ten büyük olmalıdır. George ve Mallery'e (2003) göre ise alfa değerinin 0,90'ın üzerinde olması



mükemmel, 0.80-0,90 arasında olması iyi, 0,70-0,80 olması kabul edilebilir, 0,60-0,70 arasında olması orta, 0,50-0,60 arasında olması zayıf ve 0,50'nin altında olması ise kabul edilemez olarak değerlendirilmektedir (Şencan 2005). 24 maddeden oluşan ölçek için Cronbach's Alpha katsayısını 0,957 olarak hesaplanmıştır. Bulduğumuz değer literatüre göre mükemmel kabul edilmektedir. Buradan yorumla 24 maddelik ölçeğin güvenilir olduğu söylenebilir.

İki yarı güvenilirliği; geliştirilen ölçeğin iki eşit parçaya bölünmesi ve iki eşit parça arasındaki ilişkinin belirlenmesi esasına dayalı bir güvenilirlik yöntemidir. Testin iki yarıya bölünmesinin nedeni testin her iki yarısının da aynı şeyi ölçmeye çalışıyor olmasıdır. Analiz sonucunda iki katsayı elde edilir. Bunlar; Spearman-Brown katsayısı ile Guttman yarıya bölme katsayısıdır. Her iki katsayının 0,70'in üzerinde olması test edilen ölçeğin iki yarı güvenilirlik kriterini sağladığını söylemek için yeterlidir (Seçer 2015, Özdamar 2016). 24 soruluk ölçek iki yarı güvenilirliği metodu ile değerlendirildiğinde Spearman-Brown katsayısı 0,907 ve Guttman katsayısı 0,902 olarak hesaplanmıştır. Her iki katsayı da 0,70'ten büyük olduğundan ölçeğin iki yarı güvenilirliği kriterini sağladığı söylenebilir.

Geliştirilen Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği'nin güvenilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla kullanılan madde puanı-ölçek puanı korelasyon katsayıları ve %27 alt-üst grup ortalamaları farkına dayalı madde analizi yöntemleri sonucunda 28 maddelik ölçekten 4 madde çıkarılmıştır. 24 maddelik ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı ve iki yarı güvenilirliği değerlendirilerek ölçeğin güvenilir olduğu gösterilmiştir. Ölçeğin güvenilirliğinin sağlanmış olması literatür taramasına yeterli zamanın ayrılması, detaylı literatür araştırması, madde havuzunun geniş tutulması, çalışma grubuna benzer 78 kişilik bir grupta pilot uygulamanın yapılmış olması, pilot uygulama sonrası soruların gözden geçirilip uygun değişikliklerin ve düzeltmelerin yapılması, geçerlilik-güvenilirlik çalışmasının 334 kişi ile yürütülmesi, istatistiksel analizlerin kurallara uygun ve titiz şekilde yapılması, literatürde bahsedilen ölçek geliştirme ve güvenilirlik kurallarına uygun davranılmış olması ile ilişkilendirilebilir.

## **5.2. Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği'nin Geçerliliği**

### **5.2.1. Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği'nin Yüzeysel Geçerliliği**

Ölçek geliştirme çalışmalarında belli bir tutumla ilgili olduğu kabul edilen olumlu ve olumsuz çok sayıda tutum maddesi yazılarak bir madde havuzu oluşturulması önerilmektedir (Tavşancıl 2014). Hatta "Aynı belirti ile ilgili birden fazla madde yazılmalıdır" denilmektedir. Oluşturulan madde havuzu yeterli olmalı, ilgili niteliğin bütün belirtilerini ve göstergelerini içerecek şekilde hazırlanmalıdır (Seçer 2015). Madde yazım işlemi esnasında genel geçer ifadelerden sakınılması, -meli/-malı gibi takılarla geniş zamanda yazılması, maddelerin yirmi

kelimeden daha uzun olmaması, çift olumsuzluk içermemesi, yaygın kullanılan kelimelerle ifade edilmesi gibi önerilerde bulunmaktadır (Tavşancıl 2014, Seçer 2015).

Literatür desteğiyle ölçek için toplam 88 maddeden meydana gelen bir madde havuzu oluşturulmuştur. Madde havuzu gözden geçirilmiş ve aynı anlama veya yakın anlama geldiği düşünölen maddeler ölçekten çıkarılmıştır. Sonuçta 35 maddeden oluşan bir ölçek elde edilmiştir. Bu 35 maddeyi yüzeysel geçerlilik açısından 10 doktordan oluşan bir ekip değerlendirmiştir. Yüzeysel geçerlilik ölme aracındaki soruların net bir şekilde incelenen konu ile ilgili bilgiye yönelik olduğuna dair uzman görüşüdür (Karakoç 2014). Yüzeysel geçerlilik ile ölçme aracının neyi ölçtüğü değil de neyi ölçer göröndüğü belirlenmektedir (Tavşancıl 2014, Ercan 2004). Yüzeysel geçerliliğin ardından ölçekteki 35 madde üzerinde doktorlar tarafından önerilen ve araştırmacı tarafından uygun görölen değişiklikler yapılmıştır.

### **5.2.2. Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği'nin Kapsam Geçerliliği**

Ölçek geliştirme çalışmalarında yüzeysel geçerliliğin ardından gelen bir diğer basamak kapsam geçerliliğidir. Kapsam geçerliği bir bütün olarak ölçeğin ve ölçekteki her bir maddenin amaca ne derece hizmet ettiğinin belirlenmesi işidir (Karakoç 2014). Geliştirilen ölçme aracı incelenen konunun tüm alt başlıklarını içeriyorsa aracın kapsam geçerliliğinin olduğu söylenebilir (Alpar 2014).

Kapsam geçerliliğinin sağlanması amacıyla başvuru en sık yöntem uzman görüşüne başvurmaktır. Uzman grubunun 5 ile 40 kişi arasında olması önerilmektedir. Uzman grubunun konu alanında yeterli donanım ve bilgiye sahip, çalışmanın önemini kavrayan ve yeterli zamanı ayırabilecek kişilerden oluşturulması önerilmektedir. Geliştirilmek istenen ölçeğe ilişkin maddeler uzmanlara sunulur ve uzmanlardan ölçekte yer alan her bir maddeyi amaca uygunluk, ayırt edicilik, anlaşılabilirlik, gereklilik ve anket hazırlama tekniği açılarından gözden geçirmeleri istenir. Uzmanlardan ölçeği gözden geçirirken “3: Madde uygun”, “2: Madde uygun ancak düzeltilmeli” ve “1: Madde ıkartılmalı” şeklinde 3'ten 1'e veya “4: Uygun”, “3: Madde hafifçe gözden geçirilmeli”, “2: Madde ciddi olarak gözden geçirilmeli” ve “1: Madde uygun değil” şeklinde 4'ten 1'e puanlamaları istenebilir. Ayrıca uzmanlar her madde için verdikleri puana bir gerekçe sunmalıdırlar (Alpar 2014, Yurdugöl 2005).

Araştırma kapsamında 35 soruluk ölçek kapsam geçerliliği için 17 kişiden oluşan uzmanlar ekibine danışılmıştır. Uzmanlardan ölçekte yer alan her bir maddeyi amaca uygunluk, ayırt edicilik, anlaşılabilirlik, gereklilik ve anket hazırlama tekniği açılarından gözden geçirerek “3: Madde uygun”, “2: Madde uygun ancak düzeltilmeli” ve “1: Madde ıkartılmalı” şeklinde 3'ten 1'e puanlamaları ve her madde için verdikleri karara bir gerekçe sunmaları istenmiştir. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinin ardından uzmanlar tarafından üzerinde

değişiklik yapılması önerilen maddeler düzeltilerek ve ölçekten çıkarılması önerilen toplam 6 madde ölçekten çıkarılarak ölçekteki madde sayısı 29'a indirilmiştir.

### **5.2.3. Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği'nin Yapı Geçerliliği**

Ölçek geliştirme çalışmalarında, kapsam geçerliliği için uzman görüşlerinin alınmasının ardından geçerlilik-güvenilirlik çalışması öncesinde pilot uygulama yapılması önerilmektedir. Pilot uygulama ölçeğin iç geçerliliğini ve her bir maddenin ölçeğin bütünüyle olan uyumunu ortaya koyacaktır. Ayrıca pilot uygulama hazırlanan madde havuzunun gerçek koşullarda ve gerçek örneklem üzerinde gözden geçirilmesine olanak sağlar. Pilot uygulama için ölçeğin hedef kitlesini temsil edecek özelliklere sahip bir çalışma grubu seçilmesi önerilmektedir. Pilot uygulama için örneklem büyüklüğünün madde analizi yapmaya yetecek kadar olması gerekmektedir. Madde sayısı 30'un altında olduğunda 50 kişi almanın, madde sayısı 30 ve üzerinde olduğunda ise madde sayısının 2 veya 3 katı kadar kişi almanın yeterli olacağı görüşü hâkimdir (Seçer 2015).

Kapsam geçerliliği sonrasında 29 maddeden oluşan ölçek için sahaya çıkılarak 30-70 yaş aralığındaki kadın ve erkeklerden oluşan 78 kişilik bir gruba pilot uygulama yapılmıştır. Pilot uygulama sırasında anlaşılmasında zorluk bulunduğu düşünülen birkaç madde gözden geçirilip düzeltilmiş ve 1 maddenin daha ölçekten çıkarılmasına karar verilmiştir. Bu sayede 28 soruluk yeni ve son şekli verilmiş ölçek elde edilmiştir.

Kapsam geçerliliği ve pilot uygulama basamaklarının ardından geliştirilmesi hedeflenen ölçeğin yapı geçerliliği sınanmıştır. Literatürde "Yeni ölçme aracını karşılaştıracak bir ölçüt yoksa yapı geçerliliği sınanmalıdır" denilmektedir (Karakoç 2014, Tavşancıl 2014). Yapı birbirleriyle ilgili olduğu düşünülen belli öğelerin veya öğeler arasındaki ilişkilerin oluşturduğu bir örüntüdür (Ercan 2004). Yapı geçerliliğinin belirlenmesi için en yaygın kullanılan yöntemler faktör analizleridir. Genel olarak önsel bir bilginin olmadığı durumlarda açıklayıcı, var olan bir kuramın test edilmesinde ise doğrulayıcı faktör analizi kullanılmaktadır. Bu nedenle test geliştirme süreci için açıklayıcı faktör analizi, adaptasyon için ise doğrulayıcı faktör analizi daha uygun görünmektedir (Güngör 2016, Alpar 2014, Seçer 2015, Tavşancıl 2014).

Geliştirilmesi hedeflenen ölçeğin yapı geçerliliğinin belirlenmesi amacıyla Açıklayıcı Faktör Analizi'nden yararlanılması planlanarak, 28 maddelik ölçek geçerlilik-güvenilirlik çalışması için 30-70 yaş arası, kadın ve erkek, toplam 334 kişiden oluşan bir gruba uygulanmıştır. Literatürde faktör analizi için katılımcı sayısının toplam madde sayısının beş veya on katı kadar olmasının yeterli olacağı belirtilmektedir (Gorush 1983, Nunnally 1978). Bir başka yaklaşıma göre 50 kişinin çok yetersiz, 100 kişinin yetersiz, 200 kişinin orta

düzeyde yeterli, 300 kişinin yeterli ve 500 kişinin çok yeterli olacağı belirtilmiştir (Sümbüloğlu 2005).

Faktör analizine başlanmadan önce araştırma grubunun faktör analizi yapmak için uygun olup olmadığını belirlemek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem uygunluğu ve Bartlett'in Küresellik testleri yapılmıştır. Kaiser (1974) KMO testiyle ilgili olarak 0,50'den düşük değerlerin kabul edilemeyeceğini, 0,50-0,60 değerinin kötü, 0,60-0,70 değerinin zayıf, 0,70-0,80 orta, 0,80-0,90 değerinin iyi, 0,90'dan büyük değerlerin ise mükemmel olduğunu bildirmiştir (Şencan 2005, Tavşancıl 2014). Bartlett'in küresellik testi ise ki-kare istatistiği üzerinden çalışmaktadır. Bu testte tıpkı diğer ki-kare testlerinde olduğu gibi p anlamlılık değerine bakılmaktadır. P değerinin 0,05'ten küçük olması söz konusu verinin faktör analizine uygunluğunu göstermektedir. Üzerinde çalışılan grup için KMO değeri 0,962 olarak hesaplanmıştır. Yani çalışma grubu faktör analizi yapmaya yetecek büyüklüktedir. Bartlett'in küresellik testinde elde edilen p değeri 0,05'ten küçük olduğundan veri üzerinde faktör analizi yapılabileceği kararına varılmıştır.

Ölçeğin ilk yazımı esnasında ölçeğin tek boyuttan oluşacağı düşünüldüğünden ve maddeler bu duruma uygun olacak biçimde tasarlanarak yazıldığından yapılan açıklayıcı faktör analiziyle bu durumun sınanması hedeflenmiştir. Literatürde bu konuyla ilgili olarak "Açıklayıcı faktör analizinde faktör sayısına kısıt koyarak doğrulayıcı bakış açısıyla, doğrulayıcı faktör analizini ise tüm parametreleri serbest bırakarak açıklayıcı bakış açısıyla yapmak mümkündür" denilmektedir (Güngör 2016). Açıklayıcı faktör analizinde en küçük faktör yükü olarak 0,30'un kabul edilmesi gerekmektedir. Bu değer altında kalan maddelerin ölçekten çıkarılması önerilmektedir (Field 2009, Alpar 2014, Büyüköztürk 2002, Özdamar 2016). Faktör analizi sonucunda 24 maddenin tamamının faktör yükleri 0,30'dan büyük olarak saptanmıştır ve bu sayede herhangi bir maddenin ölçekten çıkarılması gerekmemiştir.

Ölçek 24 maddeden ve tek boyuttan oluştuğunda Açıklayıcı faktör analizi ile açıklanan varyans değeri %52,62 olarak hesaplanmıştır. Literatürde klasik bir bilgi olarak ölçme aracının açıkladığı varyans oranının %67 ve/veya 2/3 olması gerektiği belirtilmektedir (Büyüköztürk 2002, Özdamar 2016, Alpar 2014). Ancak uygulamada bu değere ulaşmanın güç olduğu da söylenmektedir. Analizde faktör sayısının artırılmasının açıklanan varyansı arttıracığı ancak bunun faktörleri anlamlandırma ve isimlendirme gibi konularda zorlukları beraberinde getireceğinin altı çizilmiştir (Büyüköztürk 2002). Özellikle ölçek tek boyuttan oluştuğunda açıklanan varyans oranının %30 ve %40 olmasının yeterli olacağını belirten kaynaklar vardır (Yıldırım 2014, Alpar 2014). Ölçek boyutunun özdeğeri 12,66 bulunmuştur. Özdeğerin en az 1,00 olması gerektiği ve daha düşük özdeğere sahip boyutların boyut olarak değerlendirilmemesi gerektiği belirtilmektedir (Seçer 2015, Tavşancıl 2014, Field 2009,

Özdamar 2016). Bu bilgilerden yola çıkılarak 24 maddelik tek boyutlu Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği'nin açıklanan varyans ve özdeğer açısından uygun ve yeterli olduğu rahatça söylenebilir.

Geliştirilmesi hedeflenen Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği'nin geçerliliğinin değerlendirilmesi amacıyla yüzeysel geçerlilik, kapsam geçerliliği ve yapı geçerliliği yöntemleri kullanılmıştır. Geçerliliğin her üç basamağında da 24 maddelik ölçeğin geçerli olduğu belirlenmiştir. Bu durum literatürün ayrıntılı ve yeterli süre ayrılarak taranmasına, madde havuzunun geniş tutulmasına, yüzeysel geçerlilik ve kapsam geçerliliği için geniş ve birbirlerinden farklı iki ekip kullanılmasına, ekip üyelerinin önerilerinin dikkate alınıp ölçekte uygun değişiklik ve düzenlemelerin yapılmasına, sahaya çıkılıp pilot uygulama yapılmasına, pilot uygulamanın çalışma grubuna benzer bir grupta yürütülmüş olmasına, geçerlilik-güvenilirlik çalışması için yeterli sayıda örneklem büyüklüğüne ulaşılmış olmasına, literatürdeki ve kitaplardaki ölçek geliştirme ve geçerlilik kurallarına tam olarak uyulmasına ve istatistiksel analizlerin kurallara uyarak ve titiz şekilde yürütülmesine bağlanabilir.

### **5.3. Katılımcıların Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği'nden Aldıkları Puanlar ile İlişkili Olabilecek Faktörler**

Araştırmada Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği'nin puanı ile ilişkili olabilecek değişkenleri belirlemek araştırmanın amaçları arasında bulunmaktadır. Ölçek puanı ile yaş arasında pozitif yönde zayıf ve anlamlı ilişki belirlenmiştir. Yani yaş arttıkça ölçek puanının da arttığı, yaş azaldıkça ölçek puanının da azaldığı saptanmıştır. Açıkgöz ve arkadaşlarının 23-73 yaş arasındaki 152 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada 40-49 yaş arası kadınların pap-smear yaptırma ve 50-59 yaş arası kadınların mamografi çekirme oranı anlamlı yüksek bulunmuştur (Açıkgöz 2011). Antalya'da 752 kadın ve erkek üzerinde yürütülmüş bir çalışmada yaş arttıkça kanser taraması yaptırma isteğinin arttığı bulunmuştur (Tekpınar 2018). Özaydın ve arkadaşlarının 2009'da yaptığı çalışmada 50-59 yaş arası kadınların meme kanseri taramalarına katılma oranları diğer yaş gruplarından yüksek saptanmıştır (Özaydın 2009). Şahin ve arkadaşlarının 2012 yılında Aydın'da yaptıkları çalışmada yaş arttıkça kolorektal kanser taraması yaptırma sıklığının arttığı bulunmuştur (Şahin 2015). 79 makalenin gözden geçirilmesiyle kolorektal kanser taramalarına katılım konusunda yazılmış bir sistematik derlemede yaş azaldıkça taramalara katılmanın da azaldığı bulgusuna ulaşılmıştır (Wools 2015). Kanser taramaları ile yaş arasındaki ilişki yaş arttıkça bireylerin sağlık konusundaki farkındalıklarının, duyarlılıklarının ve endişelerinin artması ile ilişkili olabilir. Ek olarak kişiler kanseri genç yaşlardan ziyade daha ileri yaşlarda ortaya çıkan bir sağlık olayı olarak yorumluyor olabilirler.

Erkeklerin ölçek puanları kadınlarınkinden yüksek bulunmuştur. Kadın cinsiyette kanser taramalarına yönelik tutumun erkek cinsiyete kıyasla anlamlı şekilde düşük olduğu saptanmıştır. Tekpınar ve arkadaşlarının Antalya'da yaptığı çalışmada kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek oranda kanser taraması yaptırdıkları belirlenmiştir (Tekpınar 2018). Bingöl'de 20-60 yaş aralığındaki 380 kişi ile yürütülmüş olan bir çalışmada hem kadınlarda hem de erkeklerde kanser taraması yaptıran oranlarının düşük olduğu bildirilmiştir (Yiğitbaş 2016). 20-62 yaş arası 200 kadın sağlık çalışanıyla İstanbul'da bir hastanede yapılmış bir çalışmada kadınların genel kan tetkiklerini yaptırmaya istekli oldukları ancak kanser taramaları için aynı hassasiyete sahip olmadıkları bulunmuştur (Özçam 2014). Muğla'da 3 farklı hastanede 230 kadın sağlık çalışanıyla yapılmış bir çalışmada kadınların kanser taramalarına katılımları düşük saptanmıştır (Çakmak 2017). Trabzon'da yapılmış bir çalışmada ise kadın ve erkek katılımcıların kanser taramalarına katılım oranları benzer bulunmuştur (Bayçelebi 2015). Wools ve arkadaşlarının yazdığı sistematik derlemede kadınların erkeklere kıyasla taramalara daha az katıldıkları sonucuna varılmıştır (Wools 2015). Literatürde tarama tutum ve davranışlarının kadın cinsiyette erkeklerden yüksek oranda ve erkeklere benzer oranda olduğunu gösteren çalışmalara rastlanmıştır. Bu birbirinden farklı sonuçlar çalışma gruplarının cinsiyet dışındaki başka özellikleriyle ve farklılıklarıyla açıklanabilir.

Araştırmada eğitim düzeyi yükseldikçe ölçek puanının istatistiksel açıdan anlamlı olacak biçimde düştüğü gözlenmiştir. Bingöl'de kadın ve erkeklerden oluşan 380 kişilik bir grupta yürütülen çalışmada taramaya katılma ile eğitim düzeyi arasında ilişki saptanmamıştır (Yiğitbaş 2016). Tekpınar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise eğitim düzeyi yüksek olanların kanser taramalarına katılma isteği düşük olarak bulunmuştur (Tekpınar 2018). Aydın'da 562 kadın ve erkekle yürütülen bir çalışmada okuryazar olmayanların taramaya katılma isteği en yüksek olarak bulunmuştur (Şahin 2015). Wools ve arkadaşlarının sistematik derlemesinde düşük eğitim düzeyi taramalara katılımı azaltan bir engel olarak raporlanmıştır (Wools 2015). Eğitim düzeyi arttıkça kanser taramalarına yönelik olumlu tutumun zayıflıyor oluşu düşündürücüdür. Bu durum eğitilmiş insanların sağlık konusundaki korku ve endişelerinin daha az oluşuyla, aldıkları eğitimin özgüvenlerine yaptığı katkıyla, kendilerini sağlık sorunlarının üzerinde görüyor olmalarıyla, eğitimin getirdiği araştırma ve bilgiye ulaşma süreci bilgisinin eksik ve hatta yanlış kullanımıyla, doğru bilindiği düşünülen bazı konuların az ve/veya yanlış bilinmesiyle açıklanabilir. Ayrıca eğitim düzeyi yüksek insanların hem iş hayatında hem de sosyal hayatta daha meşgul olmaları yani kanser taramalarına katılmaktan başka meşgalelerinin olması da bu durumun bir diğer sebebi olabilir.

Hayatının herhangi bir döneminde sigara kullanmış olan katılımcılarda ölçek puanı daha yüksek olarak hesaplanmıştır. Bu bulgu sigara kullanan kişilerin kendi sağlıklarını riske attıklarının bilincinde olmalarıyla ilişkilendirilebilir. Sigara içen bireyler sigaranın doğrudan ve dolaylı yollarla çok çeşitli türden kanserlerin etiyolojisinde rolü olduğunu televizyon, internet, sağlık çalışanları ve hatta kendi kullandıkları sigaranın paketi yoluyla öğrenmiş olabileceklerinden bedenlerinin kanser tehdidi altında olduğunu düşünüyor olabilirler. Bu durum bu bireylerin en azından kanser taramalarına katılarak kanserin erken tanısının sağlanmasıyla sağlıklarını koruyabilecekleri düşüncesine sahip oldukları şeklinde yorumlanabilir. Yiğitbaş ve arkadaşları, Solmi ve arkadaşları, Tekpınar ve arkadaşları çalışmalarında sigara içen bireylerin kanser taramalarına daha yüksek oranda katıldığını veya katılmak istediğini bulmuşlardır (Yiğitbaş 2016, Solmi 2015, Tekpınar 2018). Wools ve arkadaşlarının sistematik derlemesinde sigarayı bırakmış olmanın taramaları arttırıcı, sigara kullanımına devam etmenin ise azaltıcı bir rolü olduğu bildirilmiştir (Wools 2015).

Kendinde kanser hastalığı bulunanlarda, kanser hastalığı bulunmayanlara kıyasla ölçek puanları daha düşük bulunmuştur. Bu bulgu kansere yakalanmış kişilerin yeniden kansere yakalanmayacakları inancından kaynaklanıyor olabilir. Oysa literatürde aynı bireyde birden fazla kanserin hem aynı anda hem de farklı zaman dilimlerinde ortaya çıkabileceği yönünde bilgiler mevcuttur (Fauci 2018). Açıköz ve arkadaşlarının İzmir'de kadınlarla yaptıkları çalışmada kişinin kendisinde kanser varlığı ile kanser taramalarına katılma durumu arasında ilişki kurulamamıştır (Açıköz 2011). Ankara'da 586 sağlık çalışanıyla yürütülmüş bir çalışmada bizim çalışmamızdan farklı bir sonuca ulaşılmış olup kendisinde ve/veya ailesinde kanser bulunan kişilerin kanser taramalarına katılma oranları kendisinde ve/veya ailesinde kanser bulunmayanlara kıyasla oldukça yüksek belirlenmiştir (Kaya 2017).

Ölçekten alınan puan ile medeni durum, algılanan gelir durumu, aktif çalışma durumu, sağlık güvencesi varlığı, hayatının herhangi bir döneminde alkol kullanmış olma durumu, düzenli egzersiz yapma, sağlıklı beslendiğini düşünme, kronik hastalık varlığı, birinci derece akrabalarında kanser bulunma durumu ve daha önce kanser taraması yaptıрма durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Algılanan gelir durumu, aktif çalışma durumu, sağlık güvencesi varlığı, hayatının herhangi bir döneminde alkol kullanmış olma durumu, düzenli egzersiz yapma, sağlıklı beslendiğini düşünme gibi değişkenlerin kanser taramalarına olan tutumu doğrudan etkilemeyeceği yorumu yapılabilir. Yine de tıpkı sigara kullanan kişilerin kullanmayanlara kıyasla ölçek puanlarının yüksek bulunmuş olması gibi alkol kullanmış olanların, düzenli egzersiz yapmayanların, sağlıklı beslendiğini düşünmeyenlerin, kronik hastalığı olanların, birinci derece akrabalarında kanser bulunanların ve daha önce kanser taraması yaptırmış olanların ölçek puanlarını daha yüksek bulmak

araştırmacının beklediği bir sonuçtur. Bu durum üzerinde çalışılan örnekleme oluşturan kişilerin bireysel farklılıklarından kaynaklanmış olabilir.





## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda “Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği” adında yeni bir ölçme aracı geliştirilmiştir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılarak toplumumuzda kullanılmaya uygun olduğu gösterilmiştir. Geliştirilen ölçek beşli Likert tipinde, 24 maddeden ve tek boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin açıkladığı varyans oranı %52,62’dir. Ölçek kanser taramalarına yönelik genel tutumu ölçebilecek özelliklere sahip geçerli ve güvenilir bir ölçme aracıdır. Ölçek 30-70 yaş arası kadın ve erkek erişkin bireylerde kanser taramalarına yönelik tutumu belirlemek amacıyla kullanılabilir.

Toplam 334 kişiden oluşan çalışma grubunun ölçekten alınabilecek en düşük puandan en yüksek puana dek geniş bir aralıkta ortalama  $60,51 \pm 27,80$  puan aldığı belirlenmiştir. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sigara kullanma durumu ve kişinin kendisinde kanser bulunma durumu ölçekten alınan puan ile ilişkili değişkenler olarak saptanmıştır.

Ölçeğin sahada yaygın kullanımı faydalı olabilir. Kanser taramalarına yönelik tutumu standart bir ölçme aracıyla ölçmek, tutumun düşük bulunduğu yerlerde kanser taramalarına yönelik bilgilendirme çalışmaları yapmak ve taramalara yönelik olumsuz tavrı kırmak, tutumun yüksek bulunduğu yerlerde İl Sağlık Müdürlükleri, İlçe Sağlık Müdürlükleri ve Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri işbirliğiyle yeni tarama çalışmaları düzenlemek bu faydalardan birkaçı olarak sayılabilir.

Ölçeğin kullanımıyla yapılacak çalışmalar ölçek puanıyla ilişkili olabilecek başka değişkenlerin tanımlanmasına aracılık edebileceğinden yeni çalışmaların farklı yerleşim birimlerinde, farklı örneklemeler üzerinde ve hatta çok merkezli olarak yürütülmesi önerilir.

## 7. KAYNAKLAR

- Açıkgoz, Çehrelı R, Ellidokuz H. Kadınların Kanser Konusunda Bilgi ve Tutumları ile Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Davranışları. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2011; 25: 145-154.
- Adami H, Hunter DJ, Lagiou P, Mucci L. Text Book of Cancer Epidemiology. 3rd Edition. New York; Oxford University Press; 2018.
- Aksakoğlu G. Sağlıkta araştırma ve çözümlleme. 3. Baskı. İzmir; Dokuz Eylül Üniversitesi Rektörlük Basımevi: 2013.
- Allport GW. Attitudes, Reading in Attitude Theory and Measurement. New York: John Wiley and Sons; 1967.
- Alpar R. Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik. 3. Baskı. Ankara; Detay Yayıncılık. 2014.
- American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer. a. <https://www.cancer.org/healthy/find-cancer-early/cancer-screening-guidelines/american-cancer-society-guidelines-for-the-early-detection-of-cancer.html> (Erişim tarihi: 18.12.2018)
- American Cancer Society Prevention and Early Detection Guidelines. Current Guidelines. b. <https://www.cancer.org/health-care-professionals/american-cancer-society-prevention-early-detection-guidelines.html> (Erişim tarihi: 26.12.2018)
- American Cancer Society Skin Cancer Prevention and Early Detection. c. [https://www.cancer.org/cancer/skin-cancer/prevention-and-early-detection.html?\\_ga=2.15281334.1605998150.1545741648-39637592.1545118550](https://www.cancer.org/cancer/skin-cancer/prevention-and-early-detection.html?_ga=2.15281334.1605998150.1545741648-39637592.1545118550) (Erişim tarihi: 27.12.2018)
- Baan R, Straif K, Grosse Y, Secretan B, El Ghissassi F, Bouyrd V, Altieri A, Coglianı V: WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group. Carcinogenicity of alcoholic beverages. Lancet Onkol. 2007; 8: 292-293.
- Bayçelebi G, Aydın F, Gökosmanoğlu F, Tat TS, Varım C. Trabzon'da Kanser Tarama Testleri Farkındalığı. J hum rhythm. 2015; 1: 90-94.
- Brunicardi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Mathews JB, Pollock RE. Schwartz's Principles of Surgery. 10<sup>th</sup> Edition. New York USA; Mc Graw Hill Education; 2016.
- Büyüköztürk ř. Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi. 2002; 32: 470-483.
- CANCER RESEARCH UK. What should I look for? b. <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/cancer-symptoms/how-do-i-check-for-cancer> (Erişim tarihi: 18.12.2018)
- CANCER RESEARCH UK. Why is early diagnosis important? a. <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/cancer-symptoms/why-is-early-diagnosis-important> (Erişim tarihi: 18.12.2018)
- Cancer.Net Cancer Screening. <https://www.cancer.net/navigating-cancer-care/prevention-and-healthy-living/cancer-screening> (Erişim tarihi: 25.12.2018)
- CDC. Cancer Prevention and Control. <https://www.cdc.gov/cancer/dcpc/prevention/screening.htm> (Erişim tarihi: 18.12.2018)
- Colditz GA, Atwood KA, Emmons K, Monson RR, Willet WC, Trichopoulos D, Hunter DJ. Risk Index Working Group. Harvard report on cancer prevention volume 4: Harvard Cancer Risk Index. Cancer Causes and Control. 2000; 11: 477-488.

- Çakmak R, Güler G. Kadın Sağlık Çalışanlarında Kanser Tarama Davranışları. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi. 2017; 4: 25-32.
- Davidoff LL. Introduction to Psychology. 3rd Edition. New York: Mc Graw Hill International Book Company; 1987.
- Demirali YE. Ölçeklerde geçerlik ve güvenilirlik. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi. 1995; 7: 125-148.
- Detels R, Gulliford M, Karim AQ, Tan CC. Oxford Textbook of Global Public Health. 6th Edition. Newyork: Oxford University Press; 2015.
- Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality from cancer in relation to smoking: 50 years observations on British doctors. Br J Cancer. 2005; 92: 426-429.
- Ebell MH, Thai TN, Royalty KJ. Cancer screening recommendations: an international comparison of high income countries. Public Health Reviews. 2018; 39; 1-19.
- Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2004; 30: 211-216.
- Erkuş A. Psikolojide Ölçme ve Ölçek Geliştirme. Ankara; Pegem Akademi Yayıncılık; 2012.
- Fauci J, Hauser K, Loscalzo L. Harrison's Principles of Internal Medicine. 20th Edition. Canada USA; Mc Graw Hill Education; 2018.
- Field A. Discovering statistics using SPSS. 3rd Edition. London; SAGE Publications: 2009.
- Gorusch RL. Factor Analysis. 2nd edition. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbau Associates: 1983.
- Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. 3. Baskı. Ankara; Hacettepe Üniversitesi Basımevi; 2015.
- Güngör D. Psikolojide Ölçme Araçlarının Geliştirilmesi ve Uyarlanması Kılavuzu. Türk Psikoloji Yazıları. 2016; 19: 104-112.
- IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. <https://monographs.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/07/Table4.pdf> (Erişim tarihi:23.11.2018)
- IARC Monographs Working Group. Biological Agents Volume 100 B A Review of Human Carcinogens. Lyon France, 2009.
- IARC Monographs Working Group. Epstein-Barr Virus and Kaposi's Sarcoma Herpesvirus/Human Herpesvirus 8 Evaluation of Carcinogenic Risks to Human Volume 90. Lyon France, 1997.
- IARC Monographs Working Group. Hepatitis Viruses Evaluation of Carcinogenic Risks to Human Volume 90. Lyon France, 1994.
- IARC Monographs Working Group. Human Immunodeficiency Viruses and Human T-Cell Lymphotropic Viruses Evaluation of Carcinogenic Risks to Human Volume 90. Lyon France, 1996.
- IARC Monographs Working Group. Human Papillomaviruses Evaluation of Carcinogenic Risks to Human Volume 90. Lyon France, 2007.
- IARC Monographs Working Group. Schistosomes, Liver Flukes and Helicobacter Pylori Evaluation of Carcinogenic Risks to Human Volume 90. Lyon France, 1994.
- İnceoğlu M. Tutum Algı İletişim. Ankara: Verso Yayıncılık; 1993.
- Kağıtçıbaşı Ç. Yeni İnsan ve İnsanlar. 10. Baskı. İstanbul: Evrim Basım Yayım ve Dağıtım; 1999.
- Karakan MŞ. E Yandal Dahiliye. 2. Baskı. Ankara: Göktuğ Ofset Yayıncılık; 2016.

- Karakoç FY, Dönmez L. Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler. Tıp Eğitimi Dünyası. 2014; 40: 39-49.
- Kaya C, Üstü Y, Özyörük E, Aydemir Ö, Şimşek Ç, Şahin AD. Sağlık Çalışanlarının Kansere Taramaları Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Ankara Med J. 2017; 17: 73-83.
- Morgan CT. Psikolojiye Giriş. 11. Baskı. Ankara: Meteksan A.Ş.; 1995.
- National Cancer Institute. Cancer Screening Tests. <https://www.cancer.gov/about-cancer/screening/screening-tests> (Erişim tarihi: 18.12.2018)
- New Global Cancer Data: GLOBOCAN 2018. <https://www.uicc.org/new-global-cancer-data-globocan-2018> (Erişim tarihi: 03.12.2018)
- Nunnally JC. Psychometric Theory. 2nd edition. New York: McGraw Hill: 1978.
- Özaydın AN, Güllüoğlu BM, Ünalın PC, Gorpe S, Cabioğlu N, Öner BR, Özmen V. Bahçeşehir'de Oturan Kadınların Meme Kanseri Bilgi Düzeyleri, Bilgi Kaynakları Ve Meme Sağlığı İle İlgili Uygulamaları. Meme Sağlığı Dergisi. 2009; 5: 214-24.
- Özçam H, Çimen G, Uzunçakmak C, Aydın S, Özcan T, Boran B. Kadın Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri, Serviks Kanseri ve Rutin Tarama Testlerini Yaptırmaya İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. İstanbul Med J. 2014; 15: 154-160.
- Özçelik DA. Okullarda Ölçme ve Değerlendirme. 2. Baskı. Ankara: ÖSYM Eğitim Yayınları; 1981.
- Özdamar K. Ölçek ve Test Geliştirme Yapısal Eşitlik Modellemesi. 2. Baskı. Eskişehir; Nisan Kitabevi: 2016.
- Özguven İE. Psikolojik Testler. Ankara; PDREM Yayınları: 1994.
- Öztürk Y, Günay O. Erciyes Üniversitesi Halk Sağlığı Genel Bilgiler. 1. Baskı. Kayseri: Önder Ofset; 2011.
- Sawlow D, Solomon D, Lawson HW, Killackey M, Kulasingam SL, Cain J, Garcia FAR et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. Ca Cancer J Clin. 2012;62:147-172.
- Seçer A. Psikolojik Test Geliştirme ve Uyarılma Süreci SPSS ve Lisrel Uygulamaları. 1. Baskı. Ankara: Anı Yayıncılık; 2015.
- Solmi F, Von Wagner C, Kobayashi LC, Raine R, Wardle J, Morris S. Decomposing socio-economic inequality in colorectal cancer screening uptake in England. Soc Sci & Medicine. 2015; 134: 76-86.
- Steenland K, Burnett C, Lalich N, Ward E, Hurrell J. Dying for work: The magnitude of US mortality from selected causes of death associated with occupation. Am J Ind Med. 2003; 43: 461-482.
- Stewart BW, Wild CP. World Cancer Report 2014. Lyon; WHO Press; 2014.
- Sümbüloğlu V, Sümbüloğlu K. Klinik ve Saha Araştırmalarında Örneklem Yöntemleri ve Örneklem Büyüklüğü. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi; 2005.
- Şahin NŞ, Üner BA, Aydın M, Akçan A, Gemalmaz A, Dişçigil G, Demirağ S, Başak O. Aydın merkez ilçede kolorektal kanser taramasına ilişkin bilgi, tutum ve engeller. Türk Aile Hek Derg. 2015;19: 37-48.
- Şencan H (2005). Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik. 1. Baskı. Ankara; Seçkin Yayıncılık: 2005.

- T.C. Konya Valiliği İl Nüfus ve Vatandaşlık Müdürlüğü. <http://konyainufus.gov.tr/2015-yili-konya-ilimiz-ve-ilelerine-ait-nfus-istatistikleri> (Erişim tarihi: 09.05.2019)
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. a. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-nedir-belirtileri> (Erişim tarihi: 19.11.2018)
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Kanser Taramaları. b. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari> (Erişim tarihi: 28.12.2018)
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. c. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/485-meme-kanseri-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html> (Erişim tarihi: 28.12.2018)
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. d. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/483-serviks-kanseri-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html> (Erişim tarihi: 28.12.2018)
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. e. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/484-kolorektal-kanser-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html> (Erişim tarihi: 28.12.2018)
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Kanser İstatistikleri 2015. [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye\\_Kanser\\_Istatistikleri\\_2015.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2015.pdf) (Erişim tarihi: 03.12.2018)
- T.C. Sağlık Bakanlığı Konya İl Sağlık Müdürlüğü. <https://konyaism.saglik.gov.tr/> (Erişim tarihi: 09.05.2019)
- Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. Ankara: Nobel Yayınları; 2019.
- TDK Güncel Türkçe Sözlük. [http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5bf276388286e5.03638122](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5bf276388286e5.03638122) (Erişim tarihi: 19.11.2018)
- Tekpınar H, Aşık Z, Özen M. Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastaların kanser taramalarına ilişkin yaklaşımlarının değerlendirilmesi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2018; 22: 28-36.
- Tezbaşaran AA. Likert Tipi Ölçek Hazırlama Kılavuzu. 3. Sürüm. Mersin: E-kitap; 2008.
- Tezcan SG. Temel Epidemiyoloji. Ankara; Hipokrat Kitapevi; 2017.
- Thurstone LL. Readings in Attitude Theory and Measurement. New York; John Wiley and Sons: 1967.
- TÜİK Ölüm Nedeni İstatistikleri 2017. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27620> (Erişim tarihi: 03.12.2018)
- Wein AJ, Kavoussi LR, Partin AW, Peters CA. Campell-Walsh Urology. 11th Edition. Philadelphia; Elsevier: 2016.
- WHO Cancer Control Knowledge into Action WHO Guide for Effective Programmes Early Action. <https://www.who.int/cancer/modules/Early%20Detection%20Module%203.pdf> (Erişim tarihi: 20.12.2018)
- WHO Cancer Fact Files. <http://www.who.int/features/factfiles/cancer/en/> (Erişim tarihi: 22.11.2018)
- WHO Cancer Fact Sheets. 2018. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf> (Erişim tarihi: 10.12.2018)

- WHO Cancer Prevention. <https://www.who.int/cancer/prevention/en/> (Erişim tarihi: 17.12.2018)
- WHO Cancer Screening for Various Cancer. <https://www.who.int/cancer/detection/variouscancer/en/> (Erişim tarihi: 20.12.2018)
- WHO Cancer. <http://www.who.int/cancer/en/> (Erişim tarihi: 19.11.2018)
- WHO Guide The Cancer Early Diagnosis 2017. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254500/9789241511940-eng.pdf;jsessionid=2445716BDDDB8B0DEFFC44DEF6253BEC?sequence=1> (Erişim tarihi: 18.12.2018)
- WHO IARC Cancer Today. a. [https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2018&mode=cancer&mode\\_population=continents&population=900&populations=900&key=total&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population\\_group=0&ages\\_group%5B%5D=0&ages\\_group%5B%5D=17&nb\\_items=7&group\\_cancer=1&include\\_nmssc=1&include\\_nmssc\\_other=1&half\\_pie=0&donut=0&population\\_group\\_globocan\\_id=](https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2018&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=total&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=7&group_cancer=1&include_nmssc=1&include_nmssc_other=1&half_pie=0&donut=0&population_group_globocan_id=) (Erişim tarihi: 03.12.2018)
- WHO IARC Cancer Today. b. [https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2018&mode=cancer&mode\\_population=continents&population=900&populations=900&key=total&sex=0&cancer=39&type=1&statistic=5&prevalence=0&population\\_group=0&ages\\_group%5B%5D=0&ages\\_group%5B%5D=17&nb\\_items=7&group\\_cancer=1&include\\_nmssc=1&include\\_nmssc\\_other=1&half\\_pie=0&donut=0&population\\_group\\_globocan\\_id=](https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2018&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=total&sex=0&cancer=39&type=1&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=7&group_cancer=1&include_nmssc=1&include_nmssc_other=1&half_pie=0&donut=0&population_group_globocan_id=) (Erişim tarihi: 03.12.2018)
- WHO IARC Cancer Today. c. [https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2018&mode=cancer&mode\\_population=continents&population=900&populations=900&key=total&sex=0&cancer=39&type=2&statistic=5&prevalence=1&population\\_group=0&ages\\_group%5B%5D=0&ages\\_group%5B%5D=17&nb\\_items=7&group\\_cancer=1&include\\_nmssc=1&include\\_nmssc\\_other=1&half\\_pie=0&donut=0&population\\_group\\_globocan\\_id=](https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2018&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=total&sex=0&cancer=39&type=2&statistic=5&prevalence=1&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=7&group_cancer=1&include_nmssc=1&include_nmssc_other=1&half_pie=0&donut=0&population_group_globocan_id=) (Erişim tarihi: 03.12.2018)
- WHO The Top 10 Causes of Death. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> (Erişim tarihi: 03.12.2018)
- Wolf AMD, Fontham ETH, Church TR, Flowers CR, Guerra CE, Lamonte SJ, Etzioni R et al. Colorectal Cancer Screening for Average-Risk Adults: 2018 Guideline Update From the American Cancer Society. *Ca Cancer J Clin.* 2018;68:250–281.
- Wools A, Dapper EA, Leeuw JRJ. Colorectal cancer screening participation: a systematic Review. *European Journal of Public Health,* 2015; 26: 158–168.
- World Cancer Research Fund and American Institute for Cancer Research. The Third Expert Report: Diet, nutrition, physical activity and cancer: a global Perspective. 2018.
- Yıldırım Ç. Faktör Analizi PDF Ders Notu. [https://www.academia.edu/5680238/Fakt%C3%B6r\\_Analizi](https://www.academia.edu/5680238/Fakt%C3%B6r_Analizi) Erişim tarihi: 20.06.2019
- Yiğitbaş Ç, Bulut A, Bulut A, Semerci M. Bingol Devlet Hastanesine Başvuran Yetişkinlerin Kanseri Tarama Testlerine İlişkin Bilgi Ve Tutumları. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi.* 2016; 2: 29-38.
- Yurduğül H. Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliği için Kapsam Geçerlik İndekslerinin Kullanılması. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi. Denizli. 2005.

## 8. EKLER

### 8.1. Ek 1: İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Etik Kurulu'ndan Alınmış Olan Etik Kurul

#### Onayı

T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ  
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı:83

Toplantı Tarihi: 15 Şubat 2019

**Karar Sayısı:2019/1733:**Fakültemiz Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Mehmet UYAR' ın "Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Geliştirilmesi" başlıklı uzmanlık tez çalışması ile ilgili 13.02.2019 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü, Arş. Gör. Dr. Elif Nur YILDIRIM ÖZTÜRK' ün uzmanlık tez çalışmasının Fakültemiz Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Mehmet UYAR' ın sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.  
Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.  
Sorumlu Araştırmacı: Dr. Öğr. Üyesi Mehmet UYAR  
Yardımcı Araştırmacı: Arş. Gör. Dr. Elif Nur YILDIRIM ÖZTÜRK

ASLI GİBİDİR  
15.02.2019

Prof. Dr. Saim AÇIKGÖZOĞLU  
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

## 8.2. Ek 2: Sosyodemografik Özellikler Formu

Sayın Katılımcı,

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.B.D. tarafından "Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Geliştirilmesi" isimli bir çalışma yürütülmektedir. Form üzerine ad soyad yazmayınız. Araştırmanın size maddi ve manevi zarar verme riski bulunmamaktadır. Elde edilen kişisel veriler gizli tutulacak ve sonuçlar sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ederseniz ve sözlü onam verirsiniz formu doldurabilirsiniz. Katılımınız için teşekkür ederiz.

1. Doğum yılınız: .....

2. Cinsiyetiniz:

(1)-Kadın (2)-Erkek

3. Medeni durumunuz:

(1)-Evli (2)-Bekâr (3)-Boşanmış (4)-Dul

4. Eğitim durumunuz (En son bitirilen okul):

(1)- Okuryazar (2)- İlkokul (3)- Ortaokul  
(4)- Lise (5)- Üniversite (6)- Üniversite üzeri (Yüksek lisans, Doktora)

5. Mesleğiniz:

.....

6. Aktif olarak çalışıyor musunuz?

(1)- Evet (2)- Hayır

7. Gelir durumunuza en çok uyan ifadeyi işaretleyiniz.

(1)- Gelirim giderimden az/Yetersiz

(2)- Gelirim giderime eşit

(3)- Gelirim giderimden çok/Yeterli

8. Sağlık güvenceniz (SSK, Emekli sandığı, Bağkur, Özel sigorta vb) var mı?

(1)- Evet (2)- Hayır

9. Hayatınızın herhangi bir döneminde sigara kullandınız mı?

(1)- Evet (2)- Hayır

10. Hayatınızın herhangi bir döneminde alkol kullandınız mı?

(1)- Evet (2)- Hayır

11. Düzenli egzersiz yapıyor musunuz? (Haftada en az üç gün en az yarım saatlik yürüyüş)

(1)- Evet (2)- Hayır

12. Sağlıklı beslendiğinizi düşünüyor musunuz?

(1)- Evet (2)- Hayır

13. Kronik bir hastalığınız var mı? (Yüksek tansiyon, kalp hastalığı, şeker hastalığı, tiroid hastalığı, böbrek hastalığı, psikiyatrik hastalık gibi)

(1)- Evet (2)- Hayır

14. Kendinizde tanısı kesinleşmiş/doktor tarafından tanı konmuş bir kanser hastalığı var mı?

(1)- Evet (2)- Hayır

15. Birinci derece akrabalarınızda (anne, baba, kardeşler, çocuklar) kanser hastalığı var mı?

(1)- Evet (2)- Hayır

16. Daha önce kanser taraması yaptırdınız mı?

(1)- Evet (2)- Hayır



### 8.3. Ek 3: Aday Ölçek

Sıra No	İfadeler	5: Tamamen Katılıyorum	4: Biraz Katılıyorum	3: Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	2: Biraz Katılmıyorum	1: Hiç Katılmıyorum
1	Düzenli aralıklarla kanser taraması yaptırmak isterim.					
2	Yakın bir zamanda kanser taraması yaptırmak isterim.					
3	Kanser tarama testlerinin tamamını yaptırmak istemem.					
4	Kanser tarama testleri hakkında bilgi almak isterim.					
5	Kanser taramaları hakkında merak ettiğim bir şey olursa, öğrenmek için araştırırım.					
6	Kanser tarama testi yaptırdığımda sonuçları takip ederim.					
7	Yakın çevremdeki kişileri kanser taraması yaptırmaları konusunda cesaretlendiririm.					
8	Televizyonda, internette ve gazetede kanser taramaları hakkında bilgilendirme yapılması, tarama yaptırmamı olumlu etkiler.					
9	Bir sağlık çalışanının kanser taraması yaptırmamı önermesi, tarama yaptırma ihtimalimi artırır.					
10	Yakın çevremden birilerinin kansere yakalanması, kanser taraması yaptırmaya ihtimalimi arttırmaz.					
11	Kanser taraması yaptırdığımda; kendim için iyi bir şey yaptığımı düşünürüm.					
12	Kanser taramalarına yalnız gitmek istemem.					
13	Kanser tarama testlerini sadece kendim istediğim için yaptırım.					
14	Yakınlarımı memnun etmek için düzenli olarak kanser taraması yaptırmak isterim.					
15	Test sonuçlarının kötü çıkacağından korktuğum için kanser taraması yaptırmak istemem.					
16	Herhangi bir şikâyetim olmasa bile kanser taraması yaptırım.					
17	Kanser taraması yapılan yer gidemeyeceğim kadar uzakta olduğunda tarama yaptırmam.					
18	Kanser taraması yaptırmak için başvurduğumda bana kötü davranılmasından çekinirim.					
19	Kanser taraması yaptırmak için zaman bulamam.					
20	Kanser taraması için başvurmayı unuturum.					
21	Kanser taraması yaptırmanın gereksiz olduğunu düşünürüm.					
22	Kanser taraması yaptırmak için yaşımın uygun olmadığını düşünürüm.					
23	Kanser tarama testlerinin canımı acıtmasından korkarım.					
24	Kanser tarama testlerinin yan etkilerinden çekinirim.					
25	Kanser taraması için yapılan işlemleri utandırıcı bulurum.					
26	Kanser tarama testlerinin sonuçlarına güvenmem.					
27	Kanser benim başıma gelmez diye düşündüğüm için kanser taraması yaptırmaya gereği duymam.					
28	Kanser taramaları yaptırmaktan daha önemli işlerim var.					

#### 8.4. Ek 4: Yüzeysel Geçerlilik İçin Danışılmış Olan 10 Kişilik Doktor Ekibi

Doktorun Adı	Çalışma Alanı
Arş. Gör. Dr. Hülya Duman	Halk Sağlığı
Arş. Gör. Dr. Reyhan Evcı	Halk Sağlığı
Arş. Gör. Dr. Ayşe Can	Halk Sağlığı
Arş. Gör. Dr. Zehra Ardıç	Halk Sağlığı
Arş. Gör. Dr. Güllü Eren	Halk Sağlığı
Arş. Gör. Dr. Sevda Mutlu	Halk Sağlığı
Arş. Gör. Dr. Ömer Keklicecek	Halk Sağlığı
Arş. Gör. Dr. Tuğçe Sarıtaş	Halk Sağlığı
Arş. Gör. Dr. Mehtap Yücel	Halk Sağlığı
Arş. Gör. Dr. Saniye Bilge Altınay	Halk Sağlığı

#### 8.5. Ek 5: Kapsam Geçerliliği İçin Danışılmış Olan 17 Kişilik Uzman Ekibi

Uzmanın Adı	Çalıştığı Branş
Prof. Dr. Tahir Kemal Şahin	Halk Sağlığı
Dr. Öğr. Üyesi Lütfi Saltuk Demir	Halk Sağlığı
Dr. Öğr. Üyesi Yasemin Durduran	Halk Sağlığı
Dr. Öğr. Üyesi Hasan Küçükkendirci	Halk Sağlığı
Prof. Dr. Özkan Tütüncü	Spor Bilimleri ve Teknolojisi Rekreasyon
Prof. Dr. Mehmet Artaç	Tıbbi Onkoloji
Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Karaağaç	Tıbbi Onkoloji
Umz. Dr. İrem Öner	Tıbbi Onkoloji
Uzm. Dr. Şerife Topbaş	Tıbbi Onkoloji
Uzm. Dr. Hatice Ceyda Deniz	Aile Hekimliği
Uzm. Dr. Mahmut Altuntaş	Aile Hekimliği
Uzm. Dr. İbrahim Demirtepe	Aile Hekimliği
Opr. Dr. Ebru Esen	Onkolojik Cerrahi
Prof. Dr. Adil Kartal	Genel Cerrahi
Opr. Dr. Gürcan Şimşek	Genel Cerrahi
Uzm. Dr. Bilal Toka	Gastroenteroloji
Dr. Seher Cıvcık	Kanser Erken Tanı, Tarama ve Eğitim Merkezi

## 8.6. Ek 6: Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğinin Son Şekli Verilmiş

Hali

Sıra No	İfadeler	5: Tamamen Katılıyorum	4: Biraz Katılıyorum	3: Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	2: Biraz Katılmıyorum	1: Hiç Katılmıyorum
1	Düzenli aralıklarla kanser taraması yaptırmak isterim.					
2	Yakın bir zamanda kanser taraması yaptırmak isterim.					
3	Kanser tarama testleri hakkında bilgi almak isterim.					
4	Kanser taramaları hakkında merak ettiğim bir şey olursa, öğrenmek için araştırırım.					
5	Kanser tarama testi yaptırdığımda sonuçları takip ederim.					
6	Yakın çevremdeki kişileri kanser taraması yaptırmaları konusunda cesaretlendiririm.					
7	Televizyonda, internette ve gazetede kanser taramaları hakkında bilgilendirme yapılması, tarama yaptırmamı olumlu etkiler.					
8	Bir sağlık çalışanının kanser taraması yaptırmamı önermesi, tarama yaptırma ihtimalimi artırır.					
9	Yakın çevremden birilerinin kansere yakalanması, kanser taraması yaptırmaya ihtimalimi arttırmaz.					
10	Kanser taraması yaptırdığımda; kendim için iyi bir şey yaptığımı düşünürüm.					
11	Kanser tarama testlerini sadece kendim istediğim için yaptırırım.					
12	Test sonuçlarının kötü çıkacağından korktuğum için kanser taraması yaptırmak istemem.					
13	Herhangi bir şikâyetim olmasa bile kanser taraması yaptırırım.					
14	Kanser taraması yapılan yer gidemeyeceğim kadar uzakta olduğunda tarama yaptırmam.					
15	Kanser taraması yaptırmak için zaman bulamam.					
16	Kanser taraması için başvurmayı unuturum.					
17	Kanser taraması yaptırmamanın gereksiz olduğunu düşünürüm.					
18	Kanser taraması yaptırmak için yaşımın uygun olmadığını düşünürüm.					
19	Kanser tarama testlerinin canımı acıtmasından korkarım.					
20	Kanser tarama testlerinin yan etkilerinden çekinirim.					
21	Kanser taraması için yapılan işlemleri utandırıcı bulurum.					
22	Kanser tarama testlerinin sonuçlarına güvenmem.					
23	Kanser benim başıma gelmez diye düşündüğüm için kanser taraması yaptırmaya gereği duymam.					
24	Kanser taramaları yaptırmaktan daha önemli işlerim var.					

