

T.C.

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**KANSER TARAMA ALGI ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE'YE
UYARLANMASI, GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

ARIF BOZKURT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Danışman
Prof. Dr. Medine YILMAZ**

İZMİR – 2023

T.C.

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**KANSER TARAMA ALGI ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE'YE UYARLANMASI,
GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

ARİF BOZKURT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman

Prof. Dr. Medine YILMAZ

İZMİR – 2023

KABUL ve ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne;

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 26/01/2023

Tez Danışmanı: Prof.Dr. Medine YILMAZ (İzmir Katip Çelebi Üniversitesi)

Üye: Doç.Dr. Özlem UĞUR (Dokuz Eylül Üniversitesi)

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Gülçin UYANIK (İzmir Katip Çelebi Üniversitesi)

ONAY : Bu yüksek lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'na belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

(İMZA)

Prof. Dr Hatice YILDIRIM SARI

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA ve FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini İzmir Katip Çelebi Üniversitesi'ne verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

- Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir. (Bu seçenekte teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etmeniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir.)
- Tezimin/Raporumun tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını istemiyorum (İç kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) (Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.)
- Tezimin/Raporumun..... tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.
- Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi

.../.../...

İmza

Arif BOZKURT

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Tez Danışmanım Prof.Dr. Medine YILMAZ danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığımı beyan ederim.

İmza

Arif BOZKURT

TEŐEKKÖR

Zor zamanlardan geçtiğimiz pandemi döneminde geçen yüksek lisans sürecimde bana her türlü destekte bulunan, sabrını esirgemeyen sevgili Prof. Dr. Medine YILMAZ hocama, akademik hayatımda da desteğini ve sevgisini hiçbir zaman eksik etmeyen, yol gösteren sevgili aileme tezime katkıları için teşekkürü borç bilirim.

Arif BOZKURT

ÖZET

KANSER TARAMA ALGI ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇEYE UYARLANMASI,

GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Amaç: Bu çalışmanın amacı bireylerin kanser tanısı almadan önce kanser tarama programlarıyla ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi için geliştirilen Kanser Tarama Algı Ölçeği'nin Türk dili ve kültürüne uyarlanması, geçerlilik ve güvenirlik çalışmalarının yapılmasıdır.

Yöntem: Metodolojik tipteki bu çalışma bir aile sağlığı merkezine 1 Ocak - 1 Aralık 2021 tarihleri arasında başvuran 18 yaş üstü 301 birey ile yürütülmüştür. Veriler, görüşme formu ve Kanser Tarama Algı Ölçeği ile toplanmıştır. Ölçek Mahmood ve arkadaşları tarafından 2016 yılında geliştirilmiş olup yirmialtı maddeden ve beş alt boyundan oluşmaktadır. Araştırma sonucunda elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak SPSS 26.0 (Statistical Package for Social Sciences) ve SPSS AMOS 24.0 programlarında analiz edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile incelenmiştir. Geçerlik analizleri için doğrulayıcı ve açımlayıcı faktör analizleri uygulanmıştır. Çalışmanın yürütülmesi için etik kurul izni alınmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılanların %64.8'i kadın, %31.9'u lise mezunu, %68.7'si evli ve %51.2'si geliri giderinden azdır. Yapı geçerliliği için Kaiser-Meyer-Olkin değeri 0.893 ve Kanser Tarama Algı Ölçeği'nin anlamlılık derecesi $p < 0,0001$ 'dir Uyum indeksleri CMIN/df=2,674, RMSEA=0,075, SRMR=0,072, CFI=0,923, NFI=0,883, GFI=0,835'dir. Maddelere ait tüm yol katsayıları istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$). Toplam öz değeri 1'in üzerinde olan 5 boyutun açıkladığı toplam varyans %70,7'dir. En yüksek madde faktörü yükü 0,958, en düşük madde faktör yükü ise 0,409'dur. Ölçek alt boyutlarının Cronbach Alpha değerleri sırasıyla şunlardır; Algılanan Engeller 0.90, Algılanan Şiddet 0.88, Algılanan Duyarlılık 0.94, Algılanan Faydalar 0.94, Algılanan Engeller 0.90, Harekete Geçme İpuçları alt boyutu için 0.63'tür.

Sonuç: Kanser Tarama Algı Ölçeği Türk dili ve kültürüne uygun, geçerli ve güvenilir olarak değerlendirilmiştir. Ölçek ülkemizde kanser tarama programlarıyla ilgili bireylerin algı ve tutumlarının ölçülmesinden kullanılabilir bir ölçüm aracıdır.

Anahtar Kelimeler: Kanser, Kanser Tarama Programları, Hemşirelik, Geçerlik, Güvenilirlik

ABSTRACT

ADAPTATION OF THE CANCER SCREENING PERCEPTION SCALE TO TURKISH; VALIDITY AND RELIABILITY STUDY

Objective: The aim of this study is to adapt the Cancer Screening Perception Scale, which was developed to evaluate the knowledge, attitudes and behaviors of individuals about cancer screening programs before receiving a cancer diagnosis, to the Turkish language and culture, and to conduct validity and reliability studies.

Method: This methodological type study was conducted with 301 individuals over the age of 18 who were admitted to a family health center between January 1, 2021 and December 1, 2021. The data were collected with the interview form and the Cancer Screening Perception Scale. The scale was developed by Mahmood and his colleagues in 2016 and consists of twenty-six items and five subscales. The data obtained as a result of the research were transferred to a computer environment and analyzed in SPSS 26.0 (Statistical Package for Social Sciences) and SPSS AMOS 24.0 programs. Compliance with the normal distribution was examined by Kolmogorov-Smirnov and Shapiro-Wilk tests. Confirmatory and exploratory factor analyses were applied for validity analyses. The permission of the ethics committee was obtained for the study to be conducted.

Results: 64.8% of the people participating in the research are female, 68.7% are married and 51.2% have less income than expenses. Kaiser-Meyer-Olkin value is 0.893 for construct validity and the significance level of Cancer Screening Perception Scale is $p < 0.0001$. Compliance indices are CMIN/df=2.674, RMSEA=0.075, SRMR=0.072, CFI=0.923, NFI=0.883, GFI=0.835. All path coefficients of the items are statistically significant ($p < 0.001$). The total variance explained by the 5 dimensions with a total eigenvalue above 1 is 70.7%. The highest item factor load is 0.958 and the lowest item factor load is 0.409. The Cronbach Alpha values of the scale sub-dimensions are as follows; Perceived Barriers were 0.90, Perceived Severity 0.88, Perceived Sensitivity 0.94, Perceived Benefits 0.94, Perceived Barriers 0.90, and 0.63 for Cues to Action sub-dimension.

Conclusion: It was evaluated that the Cancer Screening Perception Scale is appropriate, valid and reliable for the Turkish language and culture. Thus, the scale is a measurement tool that can be used to obtain the opinions of individuals about cancer screening programs in our country and to determine their attitudes.

Keywords: Cancer, Cancer Screenings, Nursing, Validity, Reliability

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY SAYFASI	2
YAYIMLAMA ve FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	ii
ETİK BEYAN	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ	xii
TABLOLAR DİZİNİ	xiii
GRAFİKLER DİZİNİ	xiv
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı	1
1.2. Amaç ve Varsayımlar	2
1.3. Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi	2
1.4. Araştırma Sınırlılıkları	2
2. GENEL BİLGİ	3
2.1. Kanserin Tanımı ve Tarihçesi	3
2.2. Dünyada ve Türkiyede Kanser	5
2.2.1. Dünyada Kanser	5
2.2.2. Türkiye'de Kanser	9
2.3. Kanserin Risk Faktörleri ve Etiyolojisi	12
2.3.1. Davranışsal Risk Faktörleri	12
2.3.2. Çevresel Risk Faktörleri	14
2.3.3. Genetik Faktörler	15
2.3.4. Biyolojik Faktörler	16
2.4. Kanserde Teşhis ve Erken Tanı Yöntemleri	19
2.5. Kansere Taramalarına Katılım ve Halk Sağlığı Hemşireliği	22
3. GEREÇ ve YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Tipi	28
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	28
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	28
3.4. Veri Toplama Araçları	28
3.5. Kansere Tarama Algı Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışma Aşamaları	31

3.5.1 Ölçeğin Dil ve Kapsam Geçerlik Çalışmaları	32
3.5.2. Ölçeğin Yapı Geçerliği	33
3.5.3 Ölçeğin Güvenirligi	33
3.6. Veri Toplama	33
3.7. Verilerin Analizi	34
3.8. Etik İzinler	34
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	34
4. BULGULAR	35
4.1. Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı	35
4.2. Geçerlilik Analizleri	38
4.3. Güvenirlik Analizi	46
4.4 Ölçeğin Zamana Karşı Değişmezliğine İlişkin Bulgular	48
4.5. Kanser Tarama Algı Ölçeği ve Alt Ölçeklerine İlişkin Bulguların Dağılımı	48
4.6. Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Bulgular	49
5. TARTIŞMA	58
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	64
KAYNAKLAR	66
EKLER	76
EK- 1 Görüşme Formu	76
EK-2 Kanser Tarama Algı Ölçeği	78
EK 3- Ölçek Kullanım İzni	80
EK-4: Etik Kurul İzni	81
EK-5 Kurum İzni	82
ÖZGEÇMİŞ	83

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

%	: Yüzde
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention (Amerika Hastalık Kontrol ve Koruma Merkezi)
DNA	: Deoksiribo Nükleik Asit
GLOBOCAN	: The Global Cancer Observatory (Küresel Kanser Gözlem Verisi)
KETEM	: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
IARCH	: The International Agency for Research on Cancer (Uluslararası Kanser
PSA	: Prostat Sfesifik Antijen
SHM	: Sağlıklı Hayat Merkezi
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UNAIDS	: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (Müşterek Birleşmiş Milletler HIV/AIDS Programı)
Ve ark.	: Ve Arkadaşları
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü) Araştırma Ajansı)

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Sağlık İnanç Modelini Oluşturan Bileşenler	26
Şekil 2: Standartlaştırılmış DFA Diyagramı	41
Şekil 3: Kansere Tarama Algı Ölçeği Yamaç Eğilim Grafiği	43

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: TÜİK 2020 Yılı Verilerine Göre Kanser İnsidans ve Mortalite Oranlarının Karşılaştırılması	11
Tablo 2 : Mikroorganizmalar Ve Neden Olduğu Kanser Türleri.....	15
Tablo 3: Östrojen ve Androjenin Bağışıklık Sistemindeki Etkisi.....	18
Tablo 4: Meme Kanserinde Yaşa Göre Kullanılan Erken Tanı Yöntemleri.....	21
Tablo 5: Kanser Tarama Algı Ölçeği (Türkçe formu).....	30
Tablo 6: Demografik Özelliklerin Dağılımı.....	36
Tablo 7: Sağlık Özelliklerinin Dağılımı.....	37
Tablo 8: Kanser Tarama Algı Ölçeği Puanlarının Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett Testindeki Sonuçları.....	39
Tablo 9: Kanser Tarama Algı Ölçeğine Ait Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları	40
Tablo 10: Kanser Tarama Algı Ölçeğine İlişkin Uyum İndeksleri	41
Tablo 11: Kanser Tarama Algı Ölçeği Açımlayıcı Faktör Analiz Sonuçları	42
Tablo 12: Kanser Tarama Algı Ölçeği Açımlayıcı Faktör Analizi.....	45
Tablo 13: Kanser Tarama Algı Ölçeği Toplam ve Alt Faktörler Arasındaki Korelasyon Değerleri.....	45
Tablo 14: Kanser Tarama Algı Ölçeği İç Tutarlılık Analizi Güvenirlilik Sonuçları	47
Tablo 15: Ölçeğin Analizi Sonrasında Belirlenen Alt Boyutlar ve Güvenirlilik Analizi ..	48
Tablo 16: Ölçek Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri.....	49
Tablo 17: Cinsiyete Göre Ölçek Puanlarının Dağılımı (Mann Whitney U Testi)	50
Tablo 18: Bireylerin Eğitim Durumuna Göre Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Dağılımı (Kruskal Wallis Testi)	51
Tablo 19: Bireylerin Medeni Durumuna Göre Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Dağılımı (Mann Whitney U Testi)	52
Tablo 20: Bireylerin Gelir Durumuna Göre Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Dağılımı (Kruskal Wallis Testi)	53
Tablo 21: Bireylerin 6 Aydan Uzun Süre Hastalığı Olma Durumuna Göre Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Dağılımı (Mann Whitney U Testi)	54
Tablo 22: Bireylerin Kanser Tanısı Almış Birisine Yakın Olma Durumuna Göre Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Dağılımı (Mann Whitney U Testi)	55

Tablo 23: Daha Önce Herhangi Bir Yerden Kanser Tarama Programlarıyla İlgili Bilgi Alma Durumuna göre Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Dağılımı (Mann Whitney U Testi)	56
Tablo 24: Daha Önce Kanser Tarama Programı Yaptırma Durumuna göre Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Dağılımı (Mann Whitney U Testi).....	57
Tablo 25: Bireylerin Yaşlarının Ölçeğin Alt Boyutlarına Göre Puan Ortalamalarının Dağılımı (Spearman's Rho Korelasyon Analizi).....	57

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1: 2020 GLOBOCAN verilerine göre dünyada tüm yaş ve cinsiyette görülen kanser türleri.....	5
Grafik 2: GLOBOCAN 2020 verilerine göre dünyada erkeklerde görülen kanser türleri.....	6
Grafik 3: GLOBOCAN 2020 verilerine göre dünyada kadınlarda görülen kanser türleri.....	7
Grafik 4: GLOBOCAN 2020 verilerine göre dünyada erkeklerde mortalite sebep olan kanser türleri.....	7
Grafik 5: GLOBOCAN 2020 verilerine göre dünyada kadınlarda mortalite sebep olan kanser türleri.....	8
Grafik 6: GLOBOCAN 2020 verilerine göre tüm yaş ve cinsiyette görülen kanser türleri.....	9
Grafik 7: GLOBOCAN 2020 verilerine göre erkeklerde görülen kanser türleri... ..	10
Grafik 8: GLOBOCAN 2020 verilerine göre kadınlarda görülen kanser türleri.....	10
Grafik 9 : 15-24 Yaş Arası Türkiye’de Erkek Bireylerde Görülen Kanser Türleri.....	17
Grafik 10 : 70 Yaş Ve Üzeri Türkiye’de Erkek Bireylerde Görülen Kanser Türleri.....	17

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

Kanser hem Türkiye’de hem de dünyada ölüm sebepleri arasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra en fazla ölüme neden olan bir hastalıktır. Türkiye’de kanser nedeniyle ölümler 2002 yılında %12 iken 2018 yılında bu oran %19,7’ye yükselmiştir. Kanser yayılımının bu hızla devam etmesi durumunda 2030 yılında yıllık 22 milyon kişinin kanser tanısı alacağı tahmin edilmektedir (1). Kanser risk faktörleri incelendiğinde kansere sebep olan faktörlerin %90’nın çevresel faktörler olduğu ve sadece %10’un genetik faktörlerden kaynaklandığı bilinmektedir. Kansere sebep olan faktörlerin %90’nının çevresel faktörler olması nedeniyle erken tanı ve teşhis yöntemlerinin doğru bir şekilde kullanılması durumunda kanser etkili ve doğru bir bakım, tedavi ve rehabilitasyon ile önlenebilen bir hastalık olarak kabul edilebilmektedir (2).

Bir toplumda kanserden ölümlerin azaltılabilmesi için kanserin erken evrede belirlenmesi hem hasta ve ailesi hem de sağlık bakım sistemi açısından büyük önem taşımaktadır. Kanser erken evrede yakalandığı toplumlarda, kanser mortalitesi daha düşüktür. Kanserden ölümlerin %30’dan fazla oranda önlenebilir olduğu bilinmektedir. Ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde kanser sıklığı giderek artmakta, bu artış kanser tarama programlarına başlanması gerekliliğini ortaya koymaktadır (3).

Kanser hem erken tanılanabilmesi hem de tedavi ve bakım maliyetlerinin yüksek olması nedeniyle kanserle mücadele ülkelerin öncelikli politikalarında yer almaktadır. Bu politikalarda kansere sebep olan faktörlerin etkisinin azaltılarak bireylerle etkileşiminin en aza indirilmesi ve lezyonların henüz kanserleşmeden erken tanı ve yöntemlerle bireylerden uzaklaştırılması gibi çalışmalar yer almaktadır (2).

Birey , aile ve toplum ile iç içe çalışan hemşireler kanserden korunma ve erken tanı için koruyucu sağlık davranışlarının kazandırılması konusunda gerekli yetkinlik ve becerilere sahiptirler. Bu bağlamda hemşirelerin toplumu, özellikle de risk altında

olan bireyleri kanserden korunma ve erken tanı belirtileri konusunda bilgilendirmeleri, tarama programlarına katılımlarını sağlamaları önemlidir (6).

1.2. Amaç ve Varsayımlar

Bu çalışmanın amacı bireylerin kanser tarama programlarına ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını ölçen Kanser Tarama Algı Ölçeği'nin Türk dili ve kültürüne uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılmasıdır. Elde edilen veriler araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden yüz yüze, görüşme formu ve Kanser Tarama Algı Ölçeği ile toplanmıştır. Bireylerin vermiş olduğu cevaplar doğru olarak kabul edilerek incelenmiştir.

1.3. Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi

Dünyada ve Türkiye'deki sağlık istatistikleri incelendiğinde en çok ölüme sebep olan durumlardan birisinin kanser olduğu görülmektedir. Diğer ölüm sebeplerine göre kanser, erken tarama programları ile erken zamanda tespit edilerek morbitide ve mortalitenin önüne geçilebilmesi mümkündür. Çalışma sonucunda Türk dili ve kültürüne uygun, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları tamamlanacak olan Kanser Tarama Algı Ölçeği ile kanser tarama programlarıyla ilgili bireylerin görüşlerinin alınabileceği ve tutumlarının elde edileceği bir ölçek ülkemize kazandırılmış olacaktır.

1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma bir aile sağlığı merkezine başvuran bireylerin yanıtları ile sınırlıdır.

2. GENEL BİLGİ

2.1 Kanserin Tanımı Ve Tarihçesi

Kanser, vücudun temel yapı taşı olan hücrelerin kontrolsüz bölünmesi ve çoğalmasıyla oluşan, birçok faktörün etkisi altında kalan kompleks bir kronik hastalıktır. Tespit edilmiş ve tanımlanmış 100'den fazla kanser türü bulunmasına rağmen her insanın DNA'sının farklı olması nedeniyle standardize edilemeyen bir kişisel hastalıktır. Hücreler kontrolsüz bir şekilde bölünmesi ve çoğalması sırasında yapısal farklılıklar görülmekte ve buna bağlı olarak fonksiyonlarında da değişiklikler görülmektedir. Kimi hücreler bu sırada normalde gerçekleştirebildiği bir fonksiyonu yerine getiremezken kimi hücrelerde normalde gerçekleştiremediği yeni bir fonksiyonu gerçekleştirebilmektedir (6).

Kanserle ilgili kaynaklara bakıldığında milattan önceki 3000'li yıllarda Edwin Smith'in yazmış olduğu papirüs ilk kaynak olarak kabul edilmektedir. Edwin Smith bu papirüsünde meme kanseri tanısı alan 8 vakayı derinlemesine incelemekte ve meme kanserinin tedavisinin olmadığını belirtmektedir. Kanser sözcüğü Latince'de yengeç anlamına gelen 'cancer' kelimesinden ortaya çıkmıştır. Hipokrat bir kanser hücrelerini incelerken etrafındaki şişmiş damarları görmesi üzerine bunu yengecin bacaklarına benzetmiş ve bu benzetme nedeniyle tümör sözcüğü ilk defa Hipokrat tarafından milattan önce 3. yüzyılda kullanılmıştır. Galen ise milattan sonra 130-200 yıllarda tümörü Latince'de şişkinlik anlamına gelen 'onkos' sözcüğüyle adlandırmıştır (7).

Hipokrat ile başlayan ve Galen gibi bilim adamlarıyla devam ederek gelen süreçte kara safranın kanser oluşumuna neden olduğuna inanılmıştır. Bu süreçte tedavi amacıyla bakır, sülfür gibi metalik tuzlar kullanılmış, kurbağa ve köpekten alınan serumla oluşturulan hayvansal ilaçlar ve menekşe yaprağı gibi bitkisel ilaçlarda kullanılmıştır (8).

Türk bilim insanlarının çalışmasına bakıldığında kanser "seretan" olarak adlandırılmıştır. Tarsuslu Osman Hayri Efendi bir eserinde kanseri, küçük bir yumru büyüklüğünde etrafında damarlı oluşumların olduğu ve ağrıya sebep olan bir hastalık

olarak tanımlamıştır. Şerafettin Sabuncuoğlu'nun bir eserinde ise kanserin çevresinin dağlanarak kitlenin tedavi edilebileceği belirtilmiş ancak büyük ve uzun bir süredir yer alması durumunda dağlanmaması gerektiği belirtilmiştir. Tıpkı dünya tıp tarihinde olduğu gibi Türk tıp tarihinde de kanserin nedeni ilk başlarda kara safranın nedeni olduğu düşünülmüştür (78).

Rönesans birçok bilim dalını etkilediği gibi tıp araştırmalarını da etkilemiştir. Rönesansın büyük cerrahı olan Ambroise Pare kanseri, oluşum gösterdiği yerde bulunan elemanlardan oluşan etin fazla ve hızlı bir şekilde büyümesi olarak tanımlamıştır. Ayrıca Pare, kadınlarda daha fazla kanserin görüldüğünü ve meme kanserinin koltuk altında bulunan ganglionlardan kaynaklandığı belirtmiştir. Kanser üzerine ilk mikroskobik ve bilimsel inceleme yapan kişi de Marcello Malpighi'dir. Şu anda 100'den fazla bulunan kanser türlerini ise Morgagni tanımlamıştır ve 17. Yüzyıldan itibaren cerrahların yapmış olduğu çalışmalarla kanser dokunulmaması gereken bir hastalık olmaktan çıkartılmıştır (79).

18. yüzyılda bilim adamları tarafından lenfatik sistemin bulunmasıyla birlikte kanserin diğer doku ve organlara lenf sıvısıyla geçiş yaptığı düşünülmüştür. Buna bağlı olarak John Hunter tarafından lenf bezlerinin çıkartılması ile kanser tedavi uygulamalarına başlanmıştır. Bu gelişmelerin yanı sıra tıpta mikroskobun kullanımı 19. Yüzyıla kadar beklemiştir (80).

Hastalıkların oluşumunu bilim adamları, neredeyse 19. Yüzyıla kadar vücutta bulunan organların kıvamının ve elastikiyetinin bozulmasını veya vücutta bulunan sıvılar arasındaki dengesizliği sebep olarak göstermiştir. 19. Yüzyıl itibarıyla ve mikroskobun araştırmalarda kullanılmasıyla birlikte kanserin tanı ve tedavisinde büyük değişiklikler görülerek kanserin nasıl oluştuğu, nedenlerinin neler olduğu, primer mi yoksa diğer hastalıklara bağlı olarak gelişen sekonder bir hastalık mı olduğu sorgulanmış ve büyük adımlar atılarak bu günkü bilgilere ulaşılmıştır (8).

2.2. Türkiye’de Ve Dünyada Kanser

2.2.1. Dünyada Kanser

Dünya nüfusu 2020 Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 8.8 milyara ulaşmış durumdadır. Gelişmişlik düzeyi, sosyoekonomik durum, yaşam tarzı gibi faktörler her ülkede farklılık göstermesine rağmen dünyada kanser önemli insidans ve mortalite oranlarına sahiptir (81).

Dünyada 2020 yılında 19.292.789 kişi kanser tanısı almıştır. Buna bağlı olarak aynı yılda 9.958.133 kişi kanser nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Bu durum çok fazla kişinin kanser tanısı aldığını ve kanser nedeniyle hayatını kaybeden sayısının yüksek olması göze çarpmaktadır (10).

Grafik 1: 2020 GLOBOCAN verilerine göre dünyada tüm yaş ve cinsiyette görülen kanser türleri (GLOBOCAN, 2020 (10)’den alınmıştır.)

Dünyada görülen ilk 7 kanser türüne bakıldığında bunların sırasıyla meme kanseri, akciğer kanseri, kolorektum kanseri, prostat kanseri, mide kanseri, karaciğer

kanseri ve serviks kanseri olduğu gör÷lmektedir. Bu kanserler toplam kanser türlerinin %54'ünü oluşturmaktadır.

Grafik 2: GLOBOCAN 2020 verilerine göre dünyada erkeklerde gör÷len kanser türleri (GLOBOCAN, 2020 (10)'den alınmıştır.)

2020 yılı verileri incelendiğinde erkeklerde en fazla akciğer kanseri, prostat kanseri, kolorektum kanseri, mide kanseri, karaciğer kanseri, pankreas kanseri ve gırtlak kanseri olduğu gör÷lmektedir. Yedi kanser türünün toplam gör÷lme sıklığı %61.9'dur.

Grafik 3: GLOBOCAN 2020 verilerine göre dünyada kadınlarda görülen kanser türleri (GLOBOCAN, 2020 (10) 'den alınmıştır.)

2020 yılında dünya genelinde kadınlarda en fazla meme kanseri, kolorektum kanseri, akciğer kanseri, serviks kanseri, tiroid kanseri, uterus kanseri ve mide kanseri görülmüştür. Yedi kanser türünün görülme sıklığı toplam %62.2'dir.

Grafik 4: GLOBOCAN 2020 verilerine göre dünyada erkeklerde mortalite sebep olan kanser türleri (GLOBOCAN, 2020 (10)'den alınmıştır.)

2020 yılı verileri incelediğinde erkekler en çok akciğer kanseri, karaciğer kanseri, kolorektum kanseri, mide kanseri, prostat kanseri, gırtlak kanseri ve pankreas kanseri nedeniyle hayatını kaybetmişlerdir.

Grafik 5: GLOBOCAN 2020 verilerine göre dünyada kadınlarda mortalite sebep olan kanser türleri (GLOBOCAN, 2020 (10)'den alınmıştır.)

2020 yılı kadınlarda mortaliteye sebep olan kanser türleri en çok meme kanseri, akciğer kanseri, kolorektum kanseri, serviks kanseri, mide kanseri, karaciğer kanseri ve pankreas kanseridir (10).

Ülkemizde yaş ile standardize edilmiş kanser hızı erkekler için yüz binde 259.2, kadınlar için ise yüz binde %187'dir. Toplam kanser insidansına bakıldığında ise bu oran yüz binde 223.1'dir Bu veri diğer ülkelerle karşılaştırıldığında ülkemizin kanser insidansının dünya insidasının bir miktar üzerinde seyrettiği görülmektedir. Ülkemiz; içerisinde bulunduğu Batı Asya bölgesi ile karşılaştırıldığında insidans oranı yine yüksektir. Ancak Orta ve Doğu Avrupa ve Amerika gibi gelişmiş bölgelerle karşılaştırıldığında ülkemizin kanser insidansı daha düşüktür (13).

2.2.2. Türkiye’de Kanser

Ülkemizin her geçen gün nüfusu artmaktadır. TÜİK tarafından 2021 yılında açıklanan rakama göre Türkiye’nin nüfusu 83 milyon 384 bin 680 kişidir (9). Buna bağlı olarak her geçen günle birlikte yeni kanser tanısı alan hasta sayısı da artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2020 yılında yapılan açıklamaya göre 2020 yılında 233.834 kişi kanser tanısı almıştır. Kansere nedeniyle yaşamını kaybeden sayısı ise 126.335 olarak açıklanmıştır (10).

Grafik 6: GLOBOCAN 2020 verilerine göre Türkiye’de tüm yaş ve cinsiyette görülen kanser türleri (GLOBOCAN, 2020 (10)’den alınmıştır.)

Grafik 6 incelediğinde ülkemizde 2020 yılında görülen en sık kanser türlerinin; akciğer kanseri, meme kanseri, kolorektal kanser, prostat kanseri ve tiroid kanseri olduğu görülmektedir. Belirtilen bu kanser türleri tüm kanser vakalarının %50’sini oluşturmaktadır (10).

Grafik 7: GLOBOCAN 2020 verilerine göre Türkiye’de erkeklerde görülen kanser türleri (GLOBOCAN, 2020 (10)’den alınmıştır.)

Ülkemizde erkeklerde en fazla görülen kanser türleri; akciğer kanseri, prostat kanseri, kolorektal kanser, mesane kanseri ve mide kanseridir. Yapılan çalışmalarda bu kanserlerin ortak nedeninin en az %40’nın sigara olduğu üzerinde durulmaktadır (11).

Grafik 8: GLOBOCAN 2020 verilerine göre Türkiye’de kadınlarda görülen kanser türleri (GLOBOCAN, 2020 (10)’den alınmıştır.)

Ülkemizde kadınlarda ise en fazla görülen kanser türlerin meme kanseri, tiroid kanseri, kolorektal kanser, akciğer kanseri ve serviks kanseridir. Hem kadın hem de erkeklerde ilk üç sırada kolorektal kanserin bulunması dikkat çekmektedir (10).

**Tablo 1: Kanser insidans ve mortalite oranlarının karşılaştırılması
(TÜİK, Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri 2021) (11)**

Yeni kanser tanısı almış olan ve kanser nedeniyle hayatını kaybeden bireylerin sayısı incelendiğinde erkeklerin daha fazla kanser tanısı aldığı ve hayatını kaybettiği

anlaşılmaktadır. Ayrıca her iki cinsiyette de 75 yaşını aşan her 4 kişiden birisi kanser tanısı almaktadır (1).

TÜİK verileri incelendiğinde 2020 yılında 233.834 kişinin kanser tanısı aldığı ve 126.335 kişinin yaşamını kanser nedeniyle kaybettiği görülmektedir. Son beş yıllık prevelans göz önüne alındığında beş yıl içerisinde kanser türlerinin sıklığında büyük bir değişiklik gözlenmemiştir (12).

2.3. Kanser Risk Faktörleri Ve Etiyolojisi

Kansere sebep olabilecek her türlü canlı ve cansız materyal kanser için bir risk faktörü oluşturur. Tütün ve tütün ürünleri, alkol ve bunun gibi riskli sağlık davranışları eğitimlerle ve danışmanlıklarla etkisi azaltılabiliyorken cinsiyet, genetik gibi değiştirilemeyen risk faktörleri de bulunmaktadır. Bu nedenle erken tanı ve programları uygulanırken bu risk faktörlerinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Böylelikle erken teşhis ile kanserin tedavi, bakım ve rehabilitasyonu daha kolay olacaktır (14).

Risk faktörleri 4 grup içerisinde ele alınabilmektedir:

2.3.1 Davranışsal Risk Faktörleri

Tütün ve tütün ürünlerinin kullanımı: Sigara, başta akciğer kanseri olmak üzere özofagus, larenks, mesane, böbrek, mide, servikal ve kolorektal kanserleri gibi 25'e yakın kanser tipinin görülmesine neden olmaktadır (82). 2016 yılında yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'na göre Türkiye'de aktif bir şekilde 19.2 Milyon kişi tütün ürünü kullanmaktadır. Bu da toplam nüfus düşünüldüğünde %31.6'sına denk gelmektedir. Cinsiyetler arasındaki farklar incelendiğinde ise tütün ürünü kullanan erkeklerin oranı %44.1 iken kadınlarda bu oran %19.2'dir (83). Dünya geneli düşünüldüğünde tütün kullanıcı sayısı 2015 yılında 1.32 milyarken 2020 yılında 1.3 milyara düşmüştür. Ülkeler ücretsiz danışma hatlarıyla, eğitim programlarıyla ve SMS bilgilendirme mesajlarıyla 2025 yılında tütün ürünü kullanımını %30 'a düşürmeyi planlamaktadır (15).

Beslenme alışkanlıkları: Beslenme alışkanlıklarının kansere olan etkisi önemli araştırmalarla hala devam etmesine rağmen kanıtlanmamıştır. Ancak bazı beslenme alışkanlıklarının kansere neden olduğu kanıtlanmıştır (84). Örneğin aflatoksine maruz kalma durumunda karaciğer kanseri riski artmaktadır. Günlük beslenmesinde yüksek miktarda kırmızı et bulunan kimselerde ise kolorektal kanser riskinde artış olduğu gözlenmiştir. Ayrıca obezite durumunun pankreas kanseri ve kolorektum kanseriyle ilişkili olduğu kanıtlanmıştır (16).

Alkol kullanımı: Fazla alınan alkol; özofagus kanserine, pankreas kanserine, meme kanserine ve kolorektum kanserine neden olmaktadır. 2018 yılındaki Türkiye’de genel nüfusta tütün, alkol ve madde kullanımına yönelik tutum ve davranış araştırması raporuna göre yaşamı boyunca en az 1 kez alkol kullananların oranı %22.1’dir. Erkeklerin %34.3’ünün kadınların ise %10.7’sinin düzenli olarak alkol aldığı belirlenmiştir (17). 2011 yılında yapılan ve 8 Avrupa ülkesini kapsayan bir araştırmada alkol kullanımının kansere sebep olma oranı erkeklerde %10, kadınlarda ise %3’dür (18).

Hareketsiz yaşam: Yeteri kadar fiziksel aktivite yapmama özellikle yetişkin ve yaşlı bireylerde gözlenmektedir. Bu durum psikolojik, fizyolojik ve davranışsal birçok faktör nedeniyle ortaya çıkmaktadır (85). Yeteri kadar fiziksel aktivite yapılmadığında ideal vücut kitle endeksi sağlanamaz ve buna bağlı olarak birçok kanser türüyle karşılaşılmaktadır (86). Ayrıca beden gereksinimden fazla beslenme sonucu fazla yağların vücutta depolanmasına bağlı olarak prostat kanseri ve kolon kanseri riski de artmaktadır (19).

Madde kullanımı: Madde kullanımı vücudun fonksiyonlarını olumsuz etkilerken aynı zamanda kansere de neden olmaktadır. Maddenin üretildiği içeriğe bağlı olarak vücuda olan zararı sigara ve alkolden daha fazladır. Örneğin en sık kullanan maddeler birisi olan esrar, sigaraya göre daha fazla kansere neden olurken uzun süreli kullanımı, akciğer kanseri gibi solunum sistemleri hastalıklarına neden olmaktadır (87). Ülkemizde 2018 yılında yapılan “Madde Bağımlılığı ve Bağımlılıklarla Mücadelede Sivil Toplumun Rolü” adlı araştırmada ülkemizdeki 10 milyona yakın insanın madde ve davranış bağımlısı olduğu belirlenmiştir.

2.3.2 Çevresel Risk Faktörleri

Davranışsal faktörlerden sonra kansere en fazla neden olan bir diğer faktör çevresel faktörlerdir. Günlük aktiviteler sırasında bireylerin buldukları ortam nedeniyle maruz kaldıkları mesleki kanserojenler, çevre kirlilikleri, ultraviyole ışınlar, mikroorganizmalar ve bunun gibi etkenler DNA hasarına sebep olarak veya hücre metabolizmasını etkileyerek kanser oluşumuna neden olmaktadır (21).

Çevre kirliliği: Bireyler çevresiyle sürekli olarak etkileşim içerisinde ve bu etkileşim bireylerin içerisinde yaşamış olduğu hava ve su kirliliği gibi çevre kirliliğinden direk etkilenmesine sebep olmaktadır. Bu tür etkenler de kanser hücrelerinin oluşmasına sebep olabilmektedir (88). Sadece hava kirliliğinin sebep olduğu akciğer kanseri 2017 yılında dünya genelinde 350167 kişinin ölümünden sorumludur (89). İçme suları ise endüstriyel ve tarımsal faaliyetler nedeniyle kirlenmektedir. Yapılan bir çalışma kirli suların tüketilmesinin mesane kanserine yakalanma oranını arttırdığını göstermiştir (22).

Mesleki kanserojenler: İşyerlerinde çalışan bireyler asbest, polisiklik aromatik hidrokarbonlar, ağır metaller ve silika gibi kanserojenlerle karşı karşıya kalmaktadır ve bu kanserojen maddeler akciğer, mesane, gırtlak, cilt, kan ve nazofarenks gibi kanserlere sebep olmaktadır (23). Gelişmiş ülkelerde mesleki kanserojenlerin küresel kanser yükü düşünüldüğünde %2-%3 civarında kansere neden olduğu tahmin edilmektedir (24).

Ultraviyole ışınlar: Ultraviyole ışınlar ve radyasyon doğrudan ve dolaylı olarak DNA'da mutasyonların , hücrede reaktif oksijen tüplerinin oluşmasına sebep olur. Oluşan bu tüpler DNA lezyonlarının oluşmasına ve bu da DNA'da mutasyonların oluşma sıklığının artmasına neden olur (25).

Mikroorganizmalar: Bireylerin günlük aktiviteleri sırasında çeşitli mikroorganizmalara maruz kalmaktadır. Hepatit B virüsü, Epstein Bar ve bunun gibi mikroorganizmalar farklı hücreleri etkileyerek farklı kanser türlerinin oluşmasına neden olmaktadır (27). Bunlar:

**Tablo 2 : Mikroorganizmalar ve neden oldukları kanser türleri
(UNAIDS, 2018 (27) ve WHO, 2023 (28)'den alınmıştır.)**

2.3.3 Genetik Faktörler

Kansere genetik yatkınlık veya genetik duyarlılık, bir kişinin DNA'sı nedeniyle hastalığa yakalanma riskinin artması anlamına gelmektedir. Bu durum kalıtsal geçişten kaynaklanmaktadır. Genel olarak belirli bir kansere veya kansere genetik bir yatkınlığa sahip olmak, hastalığa yakalanılacağı anlamına gelmemektedir. Genel olarak, kanserlerin yaklaşık %10'u genetik olarak kabul edilir, ancak kalıtımın rol oynadığı derece farklı tiplere göre değişiklik gösterir (22).2015 yılında kanser tanısı almış 1000 çocuğun aile öyküsü incelediğinde birinci ve ikinci dereceden kanser tanısı almış akrabası olma oranı %40'tır (29). 2018 yılında yapılan bir diğer çalışmada ise 60 yaşından önce kanser tanısı alan bireylerin üçte birinde kansere yatkınlık genleri bulunduğu tespit edilmiştir (30).

2.3.4 Biyolojik Faktörler

Irklar arasındaki farklar biyolojik faktörlerle çevresel faktörlerin birleşmesiyle risk faktörü oluşmaktadır. Amerikan Kanseri Topluluğu'nun 2017 verilerine bakıldığında beyaz cilt rengine sahip bireylerin sadece %9'u yoksulluk seviyesindeyken siyah cilt rengine sahip olan bireylerde bu durum %22 durumundadır (30). Düşük sosyoekonomik durum bireylerin sağlık hizmeti almasını da kısmen veya tamamen engellemektedir. Örneğin 40-49 yaş arası erkekler arasında 1990-1991 yıllarında kanser ölüm oranı siyah cilt rengine sahip olanların beyaz cilt rengine sahip olan bireylere göre %102 daha yüksektir. Ancak bu durum sağlık hizmetlerinin eşit ve adaletli bir şekilde dağıtılmasıyla 2015-2017 yılları arasında %17'ye düşmüştür (31).

Kanser için bir risk faktörü olarak tanımlanan yaş, hemen hemen tüm kanser epidemiyolojisi çalışmalarında yer almaktadır (22). Kanser insidansı yaşla birlikte artmaktadır. Bu nedenle kanser yaşa bağlı bir hastalık olarak da kabul edilmektedir (61). Ancak bu, yaşlılığın kesinlikle kansere yol açtığı anlamına gelmemektedir (62). Yaşam boyu hücre oluşumunun ve gelişiminin devamıyla genetik ve epigenetik mutasyonların birikmesi, tıbbi görüntüleme yöntemlerinin orta yaşlardan itibaren sık kullanılması ve tütün/tütün ürünlerinin kullanımı gibi riskli sağlık davranışlarının etkisini ilerleyen yaşlarda göstermesiyle birlikte kanser riskini daha da arttırmaktadır (32). Örneğin Grafik 9 incelendiğinde; 15-24 yaş arası erkek bireylerde en fazla testis kanseri görülmektedir. Bu yaş aralığında bireyler ergenlik döneminde olduğu için cinsel organlarda büyüme ve gelişmeler görülmektedir. Büyüme ve gelişmeler sırasında oluşan mutasyonlar testis kanserine sebep olmaktadır. Grafik 10 incelendiğinde ise; 70 yaş ve üzerinde ise akciğer kanseri görülmektedir. Bu durumda erkeklerin sigara kullanımından ve özellikle çalıştıkları koşullar nedeniyle kötü hava inhale etmelerinden kaynaklanmaktadır (63).

Grafik 9 : 15-24 yaş arası Türkiye’de erkek bireylerde görölen kanser türleri (TÜİK, 2023 (63)’ten alınmıştır.)

Grafik 10 : 70 yaş ve üzeri Türkiye’de erkek bireylerde görölen kanser türleri (TÜİK, 2023 (63)’ten alınmıştır.)

Kadınlar ve erkekler arasındaki kanserden dolayı ölüm oranlarının farklılıkları bir ülkeye, bir nüfusa veya bölgeye özgü değildir (90). Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı tarafından yapılan bir araştırmada 5 kıtada kanser insidansından elde edilen yaşa ve cinsiyete özgü verilerin analizi kanserdeki cinsiyet eşitsizliğini doğrulamıştır. Otuzbeşkanser türünün 32 tanesinde insidans oranı erkeklerde daha yüksek çıkmıştır. Diğer 3 istisna ise tiroid, safra kesesi ve rektum kanseri olmuştur (64).

Erkekler ve kadınlar arasındaki fizyolojik ve genetik faktörler kanser duyarlılığında farklılıklar yaratmaktadır (34). Bunlar:

- Erkeklerde X kromozomu inaktivasyon eksikliği
- Erkeklerde kadınlara göre daha hızlı bir fetal büyüme ve doğum ağırlığının bulunması (33)
- Erkeklerde daha az leptin bulunması
- Erkeklerin daha küçük demir depolarına sahip olması
- D vitaminin immünomodülatör etkisini erkeklerde daha az göstermesi
- Otozomal ve cinsiyet kromozomlarındaki gen ekspresyon seviyelerindeki farklılıklar

Ayrıca kadınlarda ve erkeklerde ayrı olarak üretilen östrojen ve androjen ise bağışıklık sisteminde farklı etki de bulunmaktadır. Bunlar:

Tablo 3: Östrojen ve androjenin bağışıklık sistemindeki etkisi (Stelzer, 2016 (65)'dan alınmıştır.)

Sonuç olarak genetik/biyolojik faktörler kanserin risk faktörlerinin sadece %10'luk bir kısmını oluşturmaktadır. Bu faktörlerde de erkekler daha dezavantajlı durumdadır. En azından %90'ı oluşturan çevresel faktörlerin kontrol altına alınması sağlanarak etkisi azaltılırsa veya kaldırılırsa kanser insidansı ve mortalitesinde azalma olacaktır. Bu da birincil koruyucu sağlık hizmetlerinin önemini göstermektedir (36).

2.4. Kanserde Teşhis Ve Erken Tanı Yöntemleri

Tıp alanında gelişen teknoloji ile birlikte büyük adımlar atılmasına rağmen kanser hala birçok kişinin hayatını kaybetmesine neden olmaktadır. Kanser risk faktörlerinin çoğu önlenemezdir. Ancak yapılan tüm girişimlere rağmen önemliliğini hala korumaktadır. Buna bağlı olarak tedavi sırasında maliyetleri yükseltmekte ve ülke ekonomisi zora sokan durumlarla karşılaşabilmektedir. Bu durumda kanserden korunma ve erken tanı yöntemleri öne çıkmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün kanserin kontrolü için açıklamış olduğu iki temel bileşen bulunmaktadır. Bunlardan birincisi kanserin bireylerde semptomatik özellikler göstermeye başlarken erken tanı almasının sağlanmasıdır. İkinci ise kanserin sağlıklı bireylerde asemptomatik aşamadayken taranarak erken zamanda müdahale edilmesidir. Böylelikle 2013-2020 yılı Dünya Sağlık Örgütü Küresel Eylem Planı'nda ve 2030 Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'nde bulaşıcı olmayan

hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için ülkelerin kapsamlı bir kanser kontrolü yapmasını, bireylere verilecek eğitim programlarıyla erken teşhisin hayat kurtardığını anlamasını, sağlık personellerinin sağlamış olduğu sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde kullanılmasını ve ülke politikacılarının kanser gibi kronik hastalıkların birincil sağlık hizmetlerini desteklemesini istemektedir (91).

GLOBOCAN 2020 yılı verilerine göre kadınlarda en sık görülen kanser türleri meme kanseri, tiroid kanseri, kolorektal kanser, akciğer kanseri ve serviks kanseridir. Erkeklerde ise en sık görülen kanser türleri akciğer kanseri, prostat kanseri, kolorektal kanser, mesane kanseri ve mide kanseridir. Bu kanser türleri için kullanılan erken tanı yöntemleri ise aşağıda sunulmuştur. (37)

Meme kanseri; Meme kanserinde erken tanı amaçlı Tablo 5'te de belirtildiği üzere kendi kendine meme muayenesi, klinik meme muayenesi ve mamografi olmak üzere 3 çeşit erken tanı yöntemi vardır. Bu yöntemler sırasında bir anormallikle karşılaşılması durumunda yüksek enerjili ses dalgası ile görüntü elde eden ultrason kullanılır. Daha detaylı inceleme için manyetik rezonans görüntüleme teknikleri (MRG) kullanılabilir. Alınan dokunun detaylı incelemesi de biyopsi yöntemiyle yapılmaktadır (66).

Tablo 4: Meme kanserinde yaşıa göre kullanılan erken tanı yöntemleri (Sağlık Bakanlığı, 2023 (66)'dan alınmıştır.

Prostat kanseri; Prostat spesifik antijen ile kandaki prostat spesifik antijen miktarı ölçölmektedir Eğer bireyde genetik risk faktörleri bulunuyorsa 40 yaşından sonra yılda 1 kez PSA testi yapılmalıdır. Herhangi bir risk faktörü bulunmuyorsa 50 yaşında sonra 1 kez PSA testi yapılmalıdır (67).

Kolorektal kanser; Bireyin herhangi bir aile üyesinde polip, kolorektal kanser, Crohn hastalığı gibi gastrointestinal sistemi içeren kronik bir hastalık bulunması durumunda 40 yaşından 70 yaşına kadar yılda 2 kez gaitada gizli kan testi önerilmektedir. Bunun yanı sıra her 10 yılda 1 kez kolonoskopi önerilmektedir. Her pozitif test sonrası kolonoskopi tekrarlanmaktadır. Herhangi bir genetik faktör bulunmaması durumunda bu tarama programı 50-70 yaş arası için uygulanmaktadır (66).

Serviks kanseri; Ulusal kanser tarama standartlarına göre 30 ile 65 yaş arası bireylerde her 5 yılda 1 kez HPV ve Pap Smear testi yaptırması önerilmektedir. Herhangi bir anormallik durumunda transvajinal ultrason ile görüntü alınmaktadır.

Doku incelemesi gerektiğinde ise endometrial biyopsi ile parça alınarak mikroskop altında incelenmektedir (66).

Mide kanseri; Mide kanserinin tanısı için kullanılan temel araç gastrointestinal endoskopidir. Yapılan endoskopi ile parça alınarak mide karsinomlarının %95'den daha da fazlası anlaşılabilir. Hastalığın evresinin belirlenmesi için de görüntüleme teknikleri kullanılmaktadır. Ülkemizde ve dünyada mide kanseri için herhangi bir erken tanı yöntemi kullanılmamaktadır (68).

Mesane kanseri; Ülkemizde ve dünyada bu kanser türü için belirli periyotlu bir tarama programı bulunmamaktadır. Kanser belirti ve bulguları görülmesi durumunda sistoskopi aracılığıyla mesane incelemesi yapılmaktadır. Gerekli durumlarda ultrason, bilgisayarlı tomografi veya manyetik rezonans görüntüleme teknikleri kullanılabilir (69).

Akciğer kanseri; Ülkemizde ve dünyada bu kanser türü için de belirli periyotlu bir tarama programı bulunmamaktadır. Genellikle düz akciğer röntgenleri ile kitle görülmektedir. Daha sonra bireye bilgisayarlı tomografi çekilmektedir. Elde edilen görüntü ile gene tomografi ile yada bronkoskopi ile biyopsi yapılarak dokunun incelemesi yapılmakta ve tanı konmaktadır (70).

Tiroid kanseri; Bu kanser türü için de periyodik bir tarama programı bulunmamaktadır. Kanser belirti ve bulgularının görülmesi durumunda görüntüleme teknikleri öncelikli olarak kullanılır. Ardından şüphelenilmesi durumunda biyopsi yapılarak tanıya karar verilir (71).

2.5. Kanser Taramalarına Katılım ve Halk Sağlığı Hemşireliği

Ülkemizde en çok görülen kanser türlerinin erken süreçte teşhis edilmesi için gerekli tarama ve eğitim programları bulunmasına rağmen katılım ve farkındalık oranı oldukça düşüktür. Tunçez ve arkadaşlarının yapmış olduğu il geneli bir çalışmada hedef nüfusun sadece %17,1'ine test uygulanabilmiştir (72). 2021 yılı verilerine göre Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM), Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM), Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezileri (KETEM), Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve

Mobil Kanser Tarama araçları ile tarama yapılan kişi sayısı 7 milyona yakındır. Bu sayının nüfus sayısı düşünüldüğünde daha da artması gerekmektedir (36).

Toplum tarafından erken tanının önemi bilinmediği sürece erken tanı ve koruma yöntemlerinde başarılı olunmasının beklenilmemesi gerekmektedir. Karadağ ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada; bireylerin %55.4'ünün ailesinde kanser öyküsü bulunmaktadır. Yapılan araştırma sonucunda genetik yatkınlığı bulunan kişilerin kansere yakalanma olasılığının yüksek olduğunu belirtme oranı sadece %26.8'dir (38). Açıkgöz ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışma da ise kadınların erkeklere göre kanser ile ilgili daha fazla bilgili oldukları ancak erken tanı yöntemleriyle ilgili yeteri kadar bilgiye sahip olmadığı anlaşılmıştır (51). Merdin ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da katılımcıların %68'inin kanser açısından genetik yatkınlığı olmasına rağmen kanser erken tanı programlarıyla ilgili %72'sinin yeteri kadar bilgisi olmadığı ve %88'inin herhangi bir tarama programı yaptırmadığı tespit edilmiştir (39). Son olarak Erdem ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise katılımcıların %64.2'sinin herhangi bir aile üyesinde kanser tanısı bulunmakta,%61.3'ü kanserden korkmasına rağmen herhangi bir şey yapmamaktadır. Ayrıca, %56.4 kendi kendine meme muayenesini yapmadığını, buna da gerekçe olarak %28.4'ü ihmal ettiğini, %28'i herhangi bir sorun yaşamamasına, %26.3'ü yeteri kadar bilgisi olmadığı belirtmiştir (40). Tüm bu araştırmaların sonucuna göre toplumun yeteri kadar kanser ve kanserde kullanılan erken tanı yöntemleriyle ilgili bilgi ve farkındalık sahibi olmadığı anlaşılmaktadır. Bu nedenlerle sağlık personellerinin toplum tabanlı taramalarla ve etkili eğitim yöntemleri ile toplumun farkındalığını arttırması gerektiği ve çok önemli rollere sahip olduğu görülmektedir.

Sağlık ekibinin bir üyesi olan hemşirelere de kanser gibi kronik hastalıklarda büyük bir görev düşmektedir. Birincil koruma da görev alan halk sağlığı hemşireleri; eğitici, karar verici, vaka yöneticisi, savunucu, araştırmacı, liderlik ve danışman rolleriyle toplumun en küçük ekip üyesi olan bireylerden başlayarak vermiş olduğu hizmetlerle toplumun sağlığını korumasını ve geliştirmesini sağlamaktadır (41). Bu şekilde toplumda yer alan morbitide ve mortalite oranları düşmekte ve ülke ekonomisinin kanser yükü nedeniyle zarar görmesi engellenmektedir.

Halk sağlığı hemşirelerinin birincil korumadaki görevleri şu şekilde sıralanabilir (36, 92, 93).

- İçerisinde bulunduğu toplumu sosyal, ekonomik, davranışsal ve bunun gibi özelliklere göre analiz ederek tanınması
- Özellikle kronik hastalıklar açısından risk grubu altındaki kişi ve toplulukların belirlenmesi
- Yeni tanı almış olan bireylerin belirlenmesi ve gerekli yerlere bildirilmesi
- Bireylerin sahip olmuş olduğu risk faktörlerinin belirlenmesi
- Belirlenen risk faktörlerinin ve bu faktörlere olan maruziyetin azaltılması
- Bireylerle iletişim kurularak eğitim programlarının oluşturulması
- Oluşturulan eğitim programlarına katılım için kişilerin desteklenmesi
- Olumlu davranışların desteklenmesi ve olumsuz davranışların değişikliğinin desteklenmesi
- Bireylere tarama programlarıyla ilgili bilgiler verilerek örneklerin gösterilmesi
- Tarama programlarına bireylerin katılmasının desteklenmesi ve periyodik olarak tekrar eğitimlerine devam edilmesi
- Tanı almış olan bireylerin gerekli izlemlerinin yapılması ve periyodik olarak iletişim içerisinde kalma ve gerekli durumlarda gerekli bakım ve tedavinin verilmesi
- Daha önce kanser tedavisi almış kişilere de gerekli eğitim programları uygulanarak tarama programlarına aktif bir şekilde katılımının sağlanması.

2.6 Sağlık İnanç Modeli ve Kanser Taramalarına Yönelik Modelin Kullanımı

Ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde tarama programlarına katılım henüz arzu edilen seviyede değildir (95). Tarama programlarıyla ilgili yetersiz bilgi düzeyi, yanlış tutum ve inançlar bireylerin sağlığının korunması ve geliştirmesine yönelik uygunsuz davranışlar geliştirmesine neden olmaktadır. Bu nedenle bireylerin sağlık durumlarına ilişkin sahip olduğu düşüncelerin, karşılaştıkları engellerin ve karar verirken geçirdikleri süreçlerin ve tutumların değerlendirilmesi çok önemlidir. Bu amacın yerine getirilmesi için de sıklıkla Sağlık İnanç Modeli kullanılmaktadır (96). Sağlık inanç modeli halk sağlığı hizmetlerinin sunulması sırasında bireyin sağlık problemi karşısında sağlığını koruma ve geliştirme aşamasında nelerin desteklediğini ve engellediğini ölçen önemli bir rehberdir (43).

Sağlık inanç modeli; bireylerin hastalık tarama programlarına olan yetersiz katılımını açıklamak için 1950'li yıllarda kullanılmaya başlanmıştır. Model, bireyin koruyucu sağlık davranışlarının belirlenmesinde karşısına çıkan durumları tespit etmektedir. Aynı zamanda bireylere sadece tarama programlarını açıklamakla kalmayıp bireyin davranışlarını açıklayarak tarama programlarına katılmasını kolaylaştıracak durumları da açıklayabilmektedir (94). Sağlık inanç modeli Şekil 1'de görüldüğü gibi 6 temel bileşenden oluşmaktadır. Bunlar:

Algılanan duyarlılık: Bireyin sağlığını etkileyen hastalıkla ilgili olan algısıdır.

Algılanan ciddiyet: Bireyin gerekli olan tedaviyi kabul etmediğinde ortaya çıkacak olan sonuçları içermektedir.

Algılanan yarar: Bireyin gerekli olan davranışı gösterdikten sonra hastalıktan korunacağına dair olan yararadır.

Algılanan engeller: Bireyden istenen davranışı gerçekleştirme için bireyin yaşamış olduğu engelleri tanımlamaktadır.

Özyeterlilik: Bireyin gerekli davranışı yerine getirmesi için sahip olması gereken kararlılığını ve iradesini göstermektedir.

Davranış ile ilgili ipuçları: Bireyin gerekli davranışı yerine getirmesi için sahip olması gereken mekanizmayı ifade etmektedir (42).

**Şekil 1: Sağlık İnanç Modelini oluşturan bileşenler (Bulduk, 2015
(42)'den alınmıştır.)**

Sağlık inanç modeli; bireylerin bir sağlık davranışını benimserken sahip olmuş olduğu inanç ve değer yargılarının göz önünde bulundurulması gerektiğini temel almıştır. Kişinin sahip olduğu yargılarda sağlık davranışını olumsuz şekilde etkileyecek bir durum olması tespit edilmesi durumunda verilecek sağlık eğitimi ile sağlık davranışı bireye kazandırılabilir.

Sağlık inanç modeli özellikle birincil koruma da kullanıldığı gibi ikincil ve üçüncül koruma da kullanılabilen bir rehberdir. Başta meme kanseri olmak üzere kanser tarama programlarıyla ilgili bireylerdeki sağlık davranışının incelenmesi için kullanılmaktadır (43).

Sağlık inanç modeliyle ilgili literatür araştırması yapıldığında bu modelin kullanıldığı birçok ölçeğe rastlanılmaktadır. Örneğin Champion'un 1993 yılında sağlık inanç modelini temel alarak geliştirdiği Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (97) Gözüm ve Aydın tarafından 2003 yılında meme kanseri tarama programlarıyla ilgili bireylerin tutumlarını ölçmek için kullanılmıştır (98). Jacobs ise gene aynı ölçeği (99) 2002

yılında kolorektal kanser için uygulamıştır ve bununda Türkçe'ye uyarlanması Özsoy ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılmıştır (100). Bir başka çalışmada ise serviks kanseriyle ilgili tarama programlarına ilişkin tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi için Özmen ve Özsoy 2009 yılında ölçek geliştirmişlerdir (101). Son olarak da Çapık ve Gözüm 2011 yılında prostat kanser taramaları sağlık inanç modeli ölçeğini geliştirmiştir (102). Testis kanseri üzerine Barnes 2000 yılında Champion'un ölçeğini (97) testis kanseri taramaları için geliştirmiştir (103) ve bunun Türkçe'ye uyarlanmasını Pınar ve arkadaşları tarafından 2011 yılında yapılmıştır (104). Son olarak bir başka çalışmada ise Human Papilloma virüsüne karşı sağlık inanç modeli kullanılarak Kim tarafından 2012 tarihinde ölçek geliştirilmiştir (105) ve bu ölçek 2016 yılında Güvenç ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanması yapılmıştır (106). Bu araştırmalar incelendiğinde sağlık inanç modelini baz alan ölçeklerin sadece bir kanser türü üzerine değerlendirme yaptığı gözlenmiştir.

Ülkemizde bireylerin genel kanser tarama programlarına yönelik tutum ve davranışlarını değerlendirilen bir ölçeğe literatürde rastlanmamıştır. Mahmood ve arkadaşlarının 2016 yılında Sağlık İnanç Modeli temel alınarak geliştirdiği Kanser Tarama Algı Ölçeği (44) ise diğer ölçeklerden farklı olarak bireylerin kanser tarama programlarına yönelik tutum ve davranışlarını ölçmektedir. Kanser Tarama Algı Ölçeğinin kanser tarama programlarıyla ilgili eğitim ve bilgilendirme çalışmalarında bireylerin tutumlarını belirlemede kullanımı eğitim içeriklerinin ve yöntemlerinin planlanmasında kullanılabilir. Böyle bireylerin kanser tarama programlarına katılımını artıracak girişimler organize edilebilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma metodolojik tipte olup Kanser Tarama Algı Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışmasıdır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma; İzmir ilinde yer alan Katip Çelebi Üniversitesi 17 No'lu Aile Sağlığı Merkezi'nde, 1 Ocak- 1 Aralık 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Çalışmanın evreni İzmir ilinde yer alan Katip Çelebi Üniversitesi 17 No'lu Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 18 yaş üstü bireylerden oluşmuştur. Çalışmada olasılıksız örnekleme yöntemlerinden amaçlı örnekleme yöntemi kullanılarak 1 Ocak – 1 Aralık 2021 tarihleri arasında aile merkezine başvuran kişilerden 18 yaşından büyük, herhangi bir psikiyatrik sorunu olmayan, kanser tanısı almamış ve çalışmaya katılmayı kabul eden 301 birey araştırmaya dahil edilmiştir. Metodolojik araştırmalarda örneklem hacminin hesaplanmasında, ölçek madde sayısının 5 ile 10 kat büyüklüğünün dikkate alınması gerektiği belirtilmektedir (107). Bir diğer öneri de faktör analizi için 200 denek sayısı “orta”, 300 denek sayısı “iyi”, 500 denek sayısı “çok iyi”, 1000 ise “mükemmel” olarak değerlendirilmektedir (1,2). Bu nedenle orijinalinde 26 maddeli olan bu ölçek için 301 bireyden veri toplanmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Çalışmada iki veri toplama aracı kullanılmıştır.

Görüşme Formu (EK1) : Araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formunda bireylerin cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, sağlık durumu gibi sosyo-demografik özellikleri yer almıştır.

Kanser Tarama Algı Ölçeği (EK2): Mahmood ve ark. tarafından 2016 yılında geliştirilen 26 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçek maddeleri genel olarak kanser tarama programlarına ilişkin bireylerin tutum, davranış ve düşüncelerini

kapsamaktadır. Ölçekte 5 alt faktör bulunup bu faktörler “Algılanan Şiddet, Algılanan Duyarlılık, Algılanan Faydalar, Algılanan Engeller ve Harekete Geçme İpuçları”dır. Kanser Tarama Algı Ölçeği 6’lı likert tipindedir (1=Kesinlikle katılmıyorum, 6=Kesinlikle katılıyorum) (Tablo 6). Karışıklığın önlenmesi için “kararsızım” tarzında bir seçenek bulunmamaktadır. Ölçek toplanabilir özelliğe sahip değildir ve ölçekte yer alan her bir alt boyut kendi değerlendirilmelidir. Algılanan Ciddiyet alt boyutu bireyin kanser tarama programlarına olan ciddiyet algısını ölçmektedir. En düşük puan 5, en yüksek puan ise 30’dur. Bireyin bu boyutta vermiş olduğu puan yükseldikçe kanser tarama programlarına yönelik ciddiyet algısının düşük olduğunu göstermektedir. İkinci alt boyut olan Algılanan Duyarlılık alt boyutunda ise bireyin sağlığını etkileyebilecek olan kansere yönelik algısını göstermektedir. En düşük puan 5, en yüksek ise 36’dır. Elde edilen puan yükseldikçe bireyin kanser ve tarama programlarına yönelik duyarlılık algısının düşük olduğunu göstermektedir. Algılanan Yarar alt boyutu ise bireyin tarama testi yaptırdığında kanserden korunacağına yönelik hissettiği yarar algısını ölçmektedir. En düşük puan 5, en yüksek puan ise 36’dır. Elde edilen puan yükseldikçe bireyin tarama testlerine yönelik yarar algısının yüksek olduğunu göstermektedir. Dördüncü boyut olan Algılanan Engeller alt boyutunda bireyin tarama testlerine yönelik karşılaşmış olduğu engelleri tespit etmektedir. En düşük puan 5, en yüksek ise 36 puandır. Burada elde edilen puan yükseldikçe bireyin karşılaşmış olduğu engellerin fazla olduğunu göstermektedir. Son alt boyut olan Harekete Geçme İpuçları ise tarama testi yaptırması için sahip olduğu semptomları göstermektedir. Elde edilebilecek en düşük puan 6, en yüksek puan ise 36’dır. Elde edilen puan arttıkça bireyin sahip olduğu semptom sayısı artmaktadır. Orijinal ölçeğin Cronbach alfa değeri, ölçeğin tüm alt alanlarında 0.7’nin üzerindedir. Çalışmanın yapılabilmesi için Mohd Ihsani Mahmood’dan e-posta yolu ile izin alınmıştır.

Tablo 5: Kanser Tarama Algı Ölçeği (Türkçe formu)

3.5. Kanser Tarama Algı Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik alışma Aşamaları

Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmaları için aşağıdaki yöntemler uygulanmıştır;

I- Geçerlik Yöntemleri

- Dil Geçerliği (Dil Uyarlaması)
- İçerik/Kapsam Geçerliği (Kapsam Geçerlik İndeksi)
- Yapı/Kavram Geçerliği Faktör analizi (Doğrulayıcı ve Açımlayıcı Faktör Analizi)

II-Güvenirlilik Yöntemleri

- İç tutarlılık (Madde İstatistikleri; Cronbach Alpha Katsayısı ve Guttman Split half)
- Zamana karşı değişmezlik

3.5.1 Ölçeğin Dil ve Kapsam Geçerlik Çalışmaları

Ölçeğin dil ve kapsam geçerliliği çalışmaları yapılırken Dünya Sağlık Örgütü'nün "Kültürlerarası Ölçek Uyarlama Aşamaları, Dil ve Kültür Uyarlaması Rehberi"ne göre yapılmıştır (73). Ölçeğin orijinal dili İngilizce olup İngilizce'den Türkçe'ye çevirisi araştırmacı, araştırmacının danışmanı ve çeviri konusunda uzman olan bir kişi tarafından yapılmış olup elde edilen Türkçe formlar tek bir form haline getirilerek Türkçe'ye ve Türkiye'deki kullanıma en uygun şekilde ifade edilmiştir. Ölçeğin gerekli değişiklikleri yapıldıktan sonra geri çevirisi hem Türkçe'yi hem de İngilizce'yi anlayıp konuşabilen ve Türkiye'de yaşayan bir Amerikalı dil bilimci tarafından yapılmıştır. Bu işlem sonrasında geri çevirisi ile orijinal formu karşılaştırılarak yeni bir formu oluşturulmuş ve Halk Sağlığı Hemşireliği, İç Hastalıkları Hemşireliği, Onkoloji Hemşireliği, Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Çocuk Hastalıkları Hemşireliği ve Halk Sağlığı Tıp ana bilim dalındaki öğretim üyelerinden 13 kişinin uzman görüşüne sunulmuştur. Ölçekte yer alan maddelerin kapsam geçerlilik indeksinin hesaplanabilmesi için Davis tekniği kullanılmıştır. Bu yönteme göre uzman görüşüne başvuru alan kişilerin maddeleri (a) "uygun", (b) "madde hafifçe gözden geçirilmeli", (c) "madde ciddi olarak gözden geçirilmeli" ve (d) "madde uygun değil" şeklinde değerlendirilmesi istenmiştir. Son olarak (a) ve (b) seçeneğini tercih eden uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek ölçekteki maddelerin "kapsam geçerlilik indeksi" hesaplanmıştır (74). Uzmanlardan gelen görüşler incelendiğinde; ölçekte on altıncı maddede yer alan "Bir tarama testi almak pahalıdır" maddesi "Bir tarama testi yaptırmak pahalıdır" olarak, on yedinci madde olan "Bir tarama testi almak zor çünkü ona ulaşmak için yeteri kadar param yok" maddesi "Bir tarama testi yaptırmak zordur çünkü ona ulaşmak için yeteri kadar param yok" olarak, on sekizinci madde olan "Bir test almak için yeterli zamanım yok" maddesi "Bir test yaptırmak için yeterli zamanım

yok” olarak yeniden düzenlemiştir. Ölçekte yer alan diğer maddeler ise uzmanlar tarafından son derece uygun olarak değerlendirilmiştir.

3.5.2. Ölçeğin Yapı Geçerliliği

Faktör analizinin yapılabilmesi için örneklem büyüklüğünün uygunluğunun hesaplanmasında Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett’s Test of Sphericity analizleri kullanılmıştır. Ölçeğin yapı geçerliliği ise iki farklı faktör analizi tekniği kullanılarak değerlendirilmiştir. Ölçekteki değişkenler arasındaki ilişkinin ortaya çıkartılabilmesi için Açımlayıcı Faktör Analizi, ölçeğin faktör yapısının incelenebilmesi için de Doğrulayıcı Faktör Analizi (Confirmatory Factor Analysis) kullanılmıştır. Açımlayıcı Factor Analizinde faktörlerin sayısının belirlenebilmesi için Kaiser’s criterion (eigenvalues >1) ve the Cattell Scree testleri yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi ise maksimum likelihood tahmin yöntemine dayalı pearson korelasyon katsayıları kullanılarak yapılmıştır (75).

3.5.3 Ölçeğin Güvenirliği

Ölçeğin güvenirlilik analizinde zamana karşı değişmezlik ve iç tutarlılık analizleri yapılmıştır. İç tutarlılık ise Cronbach alfa ve madde toplam korelasyonu ile incelenmiştir (108).

3.6. Veri Toplama

1 Ocak – 1 Aralık 2021 tarihleri arasında İzmir Katip Çelebi Üniversitesi 17 No’lu Aile Sağlığı Merkezi’ne başvuran ve dahil edilme kriterlerine uygun olan bireyler ile haftanın üç günü 08:30 ile 17:00 saatleri arasında yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak veriler toplanmıştır. İlk olarak 15 birey ile ön çalışma yapılarak veri toplama araçlarının anlaşılabilirliğinde herhangi bir sorun olmadığı anlaşılmıştır. Bu bireylerin anketleri veri analizine dahil edilmemiştir. Bireylere öncelikle yapılan araştırma ile ilgili bilgi verilerek gönüllü kişiler arasında kağıt-kalem yöntemi ile hasta odasında veriler toplanmış olup okuma yazma bilmeyen bireylere sorular sorularak çalışmada yer alması sağlanmıştır. Ölçeklerin bazı maddelerini boş bırakan ve uygunsuz şekilde yanıt veren 12 adet veri geçersiz sayılarak araştırmanın örneklemini 301 kişiden oluşturulmuştur.

3.7. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak SPSS 26.0 (Statistical Package for Social Sciences) ve AMOS V24 programında analiz edilmiştir. Verilerin analizlere uygunluğu için aşırı uç değerler analizi yapılmıştır. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri, test-tekrar test puanlarının karşılaştırılmasında Eşleştirilmiş gruplarda t testi ve Wilcoxon testi kullanılmıştır. Ölçeğe ait yapıları belirlemek için açımlayıcı faktör analizi kullanıldı. Açımlayıcı faktör analizinde faktör çıkarımı için temel bileşenler analizi metodu ve döndürme işlemi için de Oblimin rotasyonu yöntemi, ölçeğe ait yapının doğrulanmasında birinci düzey DFA kullanılmıştır. Ölçeklere ait güvenilirlik için Cronbach's alfa ve Spearman Brown katsayısı kullanılmıştır. İkili grup karşılaştırmaları parametrik testler ile analiz edilmiştir. Normal dağılmayan veriler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Spearman's rho korelasyon katsayısı kullanıldı. İstatistiksel önem düzeyi %95 güven aralığında $p < 0,050$ olarak belirlenmiştir.

3.8. Etik İzinler

Çalışmanın yapılabilmesi için gerekli olan yazılı izin İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Karar No:1011, Tarih:22.10.2020) (EK 4) alınmıştır. Ayrıca bireylere araştırma ile ilgili bilgi verilerek yazılı onamlarının alınması sağlanmıştır. Ölçeğin araştırmada kullanılması için ölçek sahibi olan İhsani Mahmood'tan izin alınmıştır (EK 3). Araştırmanın yürütüldüğü eğitim aile sağlığı merkezinin bağlı bulunduğu sağlık uygulama merkezinden kurum izni alınmıştır (EK 5).

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu alışma 1 Temmuz- 1 Aralık 2021 tarihleri arasında İzmir Katip eleni Üniversitesi 17 No'lu Aile Sağlığı Merkezi'ne başvurarak araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan bireylerle yürütülmüştür. Araştırma verilerinin toplandığı dönemde pandeminin ikinci yılı olması nedeniyle bireylerin aile sağlığı merkezi kullanımının etkilendiği gözönüne bulundurulmalıdır.

4.

BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı

Tablo 6'da görüldüğü üzere çalışmaya katılan kişilerin %64.8'i (n=195) kadınlardan oluşmaktadır. Bireylerin %2'si (n=6) okuryazar değil, %5.3'ü (n=16) okuryazar, %26.2'si (n=79) ilkokul, %14'ü (n=42) ortaokul, %31.9'u (n=96) lise, %20.6'sı (n=62) üniversite mezunudur. Ayrıca kişilerin %31.2'si (n=94) bekar, dul veya boşanmış, %68.7'si (n=207) ise evlidir. Gelir durumları ;%51.2'sinin (n=154) geliri giderinden az, %41.5'inin (n=125) gelirinin giderine eşit olduğu ve %7.3'ünün (n=22) gelirinin giderinden fazladır.

Tablo 7 incelendiğinde araştırmaya katılan bireylerin altı aydan uzun süre tanı konmuş bir hastalığının olma oranı %74.8' (n=225) dir. Bireylerin yakınlarında kanser tanısı alan kişilerin oranı %37.2 (n=112) dir. Daha önce herhangi bir yerden kanser tarama programlarıyla ilgili bilgi alanların oranı %46.2 (n=139) iken almayanların oranı ise %53.8 (n=162) dir. Kanser tarama programlarıyla ilgili bilgi alan kişilerden %79.6'sı doktor, hemşire veya eczacıları, %54.9'u TV-Radyo'yu, %26.5'i akraba ve komşuları, %14.8'i interneti, %13.6'sı afiş ve broşürü, %10.5'i ise diğer kaynaklardan bilgi almayı tercih ettirmiştir. Daha önce herhangi bir kanser taraması yaptırdığını söyleyen kişilerin oranı ise sadece %34.2 (n=103)'dir.

Kanser tarama programları içerisinde en çok yapılan tarama sırasıyla %54.3 ile Pap-Smear testi, %51.4 ile Klinik Meme Muayenesi, %39 ile ise mamografidir. Bireylerin %31.8(n=95)'i tarama programları için zamanının olmadığını, %24.8 (n=74)'inere de yapacağını bilmediğini, %22.1 (n=66)'i kanser tarama programından korktuklarını ifade etmişlerdir (Tablo 7).

Tablo 6. Demografik özelliklerin dağılımı

	Frekans (n) / Ort. \pm s. sapma	Yüzde (%) / Ort. (min. - maks.)
Yaş	41,46 \pm 13,42	40,00 (18,00 - 80,00)
Cinsiyet		
Kadın	195	64,8
Erkek	106	35,2
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	6	2
Okuryazar	16	5,3
İlkokul	79	26,2
Ortaokul	42	14
Lise	96	31,9
Üniversite	62	20,6
Medeni durum		
Bekar / Dul / Boşanmış	94	31,2
Evli	207	68,7
Gelir durumu		
Gelir giderden az	154	51,2
Gelir gidere eşit	125	41,5
Gelir giderden fazla	22	7,3

Tablo 7. Sağlık Özelliklerinin dağılımı

	Frekans (n) / Ort. \pm s. sapma	Yüzde (%) / Ort. (min. - maks.)
Altı aydan uzun süren, doktor tarafından adı konmuş bir hastalığınız var mı?		
Yok	225	74,8
Var	76	25,2
Yakınlarınız arasında kanser tanısı alan birisi var mı?		
Yok	189	62,8
Var	112	37,2
Daha önce herhangi bir yerden kanser tarama programlarıyla ilgili bilgi aldınız mı?		
Hayır	139	46,2
Evet	162	53,8
Bilginin nereden alındığı*		
Akraba ve komşular	43	26,5
Doktor, hemşire, eczacı	129	79,6
TV/Radyo	89	54,9
İnternet	24	14,8
Afiş, broşür, vb.	22	13,6
Diğer	17	10,5
Daha önce bir kanser taraması yaptırdınız mı?		
Hayır	198	65,8
Evet	103	34,2
Daha önce yapılan kanser taramaları*		
Klinik Meme Muayenesi	54	51,4
Mamografi	41	39
Gaitada Gizli Kan Testi	24	22,9
HPV Testi	11	10,5
Pap-Smear Testi	57	54,3
Kolonoskopi	15	14,3
Sigmoidoskopi	5	4,8
Kanser taraması yaptırmaya ilişkin görüşler*		
Tarama programlarının etkin olduğunu düşünmüyorum	43	14,4
Tarama programlarının yan etkileri olduğunu düşünüyorum	14	4,7
Tarama programlarının ticari /para amaçlı olduğunu düşünüyorum	21	7

TV/Radyo, internet, komşu /akrabalardan tarama programları ile ilgili olumsuz yorumlar duyuyorum.	29	9,7
Tarama testlerinin dini açıdan sakıncalı olduğunu düşünüyorum.	12	4
Tarama programlarıyla ilgili olumsuz düşüncelerim var.	18	6
Tarama programlarının canımı acıtacağını düşünüyorum.	54	18,1
Tarama programlarını yaptırmak için zamanım yok.	95	31,8
Tarama programlarını nerede yaptıracağımı bilmiyorum.	74	24,7
Kanser taraması yaptırmaktan korkuyorum.	66	22,1
Diğer	97	32,4

4.2. Geçerlilik Analizleri

4.2.1. Kapsam Geçerliliği

Kapsam geçerliliğinin değerlendirilmesi için halk sağlığı hemşireliği, iç hastalıkları hemşireliği, ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği, hemşirelik esasları, çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği akademisyenlerinden oluşan 10 uzmandan görüş alınmıştır. Ölçekte yer alan maddelerin kapsam geçerlilik indeksinin hesaplanabilmesi için Davis tekniği kullanılmıştır (76). Bu yöntemle göre uzman görüşüne başvurulmuş kişilerin maddeleri (a) “uygun”, (b) “madde hafifçe gözden geçirilmeli”, (c) “madde ciddi olarak gözden geçirilmeli” ve (d) “madde uygun değil” şeklinde değerlendirilmesi istenerek kapsam geçerlilik indeksi hesaplanmış ve tüm ölçek maddeleri için indeks 1,00 olarak belirlenmiştir.

4.2.2. Yapı Geçerliliği

Yapı geçerliliğinin değerlendirilmesi için yapılan analizde Kaiser-Meyer-Olkin değeri 0.893 ve Kanser Tarama Algı Ölçeği'nin anlamlılık derecesi $p < 0,0001$ olarak bulunmuştur (Tablo 8).

**Tablo 8: Kanser Tarama Algı Ölçeği puanlarının Kaiser-Meyer-Olkin (Kmo)
Ve Bartlett Testindeki sonuçları**

KMO Örneklem Yeterlilik Testi	0,893
Bartlett Küresellik Testi	6308,743
Sig. (Anlamlılık)	0,0001

4.2.2.1. Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Bulgular

Kanser Tarama Algı Ölçeği ile ilgili modifikasyonların ve uyum istatistiklerinin değerlendirmek için doğrulayıcı faktör analizi kullanılmıştır. Toplam 26 madde ile oluşturulan birinci düzey doğrulayıcı faktör analizi sonucunda 3 modifikasyon işlemi gerçekleştirilmiştir (Tablo 9). Yapılan çalışma sonucunda uyum istatistiklerinin değerlendirilmesi için χ^2/sd : Ki-Kare, RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation: Tahminin Ortalama Karekök Hatası, SRMR: Standardized Root Mean Square Residual: Standart Temel Ortalama Düzeltmesi Sonucu, GFI : Goodness of Fit Index: Uyum İyiliği İndeksi, Non-Formed Fit Index: Biçimlendirilmemiş Uyum İndeksi, NFI :Non-Formed Fit Index: Biçimlendirilmemiş Uyum İndeksi ve CFI Comparative Fit Index: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi incelendiğinde CMIN/df=2,674, RMSEA=0,075, SRMR=0,072, CFI=0,923, NFI=0,883, GFI=0,835 olarak elde edilmiştir (Tablo 10). GFI ve NFI dışındaki uyum indekslerinin tamamı kabul edilebilir sınırlar içerisinde elde edilmiştir. Ayrıca maddelere ait tüm yol katsayıları tamamı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 9. Kanser Tarama Algı Ölçeğine ait doğrulayıcı faktör analizi sonuçları

			β^1	β^2	S. hata	Test ist.	P
AD6	<---	Algılanan Duyarlılık	0,722	1,000			
AD10	<---	Algılanan Duyarlılık	0,932	1,150	0,071	16,294	<0,001
AD9	<---	Algılanan Duyarlılık	0,958	1,178	0,070	16,713	<0,001
AD8	<---	Algılanan Duyarlılık	0,836	1,052	0,072	14,543	<0,001
AD7	<---	Algılanan Duyarlılık	0,870	1,139	0,054	21,079	<0,001
AE16	<---	Algılanan Engeller	0,922	1,000			
AE17	<---	Algılanan Engeller	0,946	0,999	0,036	27,710	<0,001
AE18	<---	Algılanan Engeller	0,658	0,768	0,056	13,665	<0,001
AE19	<---	Algılanan Engeller	0,665	0,744	0,053	13,936	<0,001
AE20	<---	Algılanan Engeller	0,785	0,892	0,048	18,512	<0,001
AF11	<---	Algılanan Faydalar	0,838	1,000			
AF12	<---	Algılanan Faydalar	0,915	0,986	0,046	21,357	<0,001
AF13	<---	Algılanan Faydalar	0,944	1,049	0,046	22,641	<0,001
AF14	<---	Algılanan Faydalar	0,824	0,945	0,053	17,790	<0,001
AF15	<---	Algılanan Faydalar	0,854	1,009	0,053	18,875	<0,001
AS1	<---	Algılanan Faydalar	0,775	0,895	0,055	16,172	<0,001
AS5	<---	Algılanan Şiddet	0,662	1,067	0,082	13,063	<0,001
AS4	<---	Algılanan Şiddet	0,904	1,039	0,048	21,687	<0,001
AS3	<---	Algılanan Şiddet	0,922	0,998	0,044	22,445	<0,001
AS2	<---	Algılanan Şiddet	0,865	1,000			
HGİ21	<---	Harekete Geçme İpuçları	0,235	1,000			
HGİ26	<---	Harekete Geçme İpuçları	0,909	1,177	0,313	3,765	<0,001
HGİ25	<---	Harekete Geçme İpuçları	0,688	1,367	0,364	3,754	<0,001
HGİ24	<---	Harekete Geçme İpuçları	0,526	1,781	0,493	3,613	<0,001
HGİ23	<---	Harekete Geçme İpuçları	0,370	1,568	0,473	3,318	<0,001
HGİ22	<---	Harekete Geçme İpuçları	0,396	2,473	0,645	3,833	<0,001

AD:Algılanan Duyarlılık, AE:Algılanan Engeller, AF:Algılanan Faydalar, AŞ:Algılanan Şiddet, HGİ: Harekete Geçme İpuçları, β^1 : Standartlaştırılmış Beta Katsayısı, β^2 : Standartlaştırılmamış Beta Katsayısı

Tablo 10: Kanser Tarama Algı Ölçeğine ilişkin uyum indeksleri

Şekil 2: Standartlaştırılmış DFA diyagramı

F1: Algılanan Şiddet, F2: Algılanan Duyarlılık, F3: Algılanan Faydalar, F4: Algılanan Engeller, F5: Harekete Geçme İpuçları

4.2.2.2. Açıklayıcı Faktör Analizine İlişkin Elde Edilen Bulgular

Açıklayıcı faktör analizinde faktör çıkarımı için Temel Bileşenler Analizi metodu ve döndürme işlemi için de Oblimin rotasyonu yöntemi kullanılmıştır. KMO değeri 0,893 ve Bartlett testi kıkare değeri de 6308,743 ($p < 0,001$) olarak elde edilmiştir. Bu değerler veri setinin faktör analizi için uygunluğunu ortaya koymuştur (Tablo 11)

Tablo 11 : Kanser tarama algı ölçeği açıklayıcı faktör analiz sonuçları

Maddeler	Algılanan Faydalar	Algılanan Engeller	Harekete Geçme İpuçları	Algılanan Duyarlılık	Algılanan Şiddet	Extraction (Çıkarım)	Anti-image korelasyon
AF13	0,920					0,902	0,889
AF12	0,861					0,852	0,893
AF15	0,832					0,790	0,957
AF11	0,819					0,742	0,937
AF14	0,776					0,749	0,963
AS1	0,687					0,670	0,956
AE16		0,895				0,815	0,836
AE17		0,881				0,832	0,846
AE20		0,795				0,773	0,927
AE19		0,783				0,655	0,937
AE18		0,718				0,641	0,943
HGİ26			0,841			0,693	0,616
HGİ25			0,710			0,494	0,613
HGİ24			0,686			0,466	0,666
HGİ23			0,583			0,379	0,773
HGİ22			0,571			0,429	0,759
HGİ21			0,409			0,198	0,727
AD7				0,958		0,896	0,871
AD6				0,888		0,758	0,861
AD8				0,828		0,810	0,919
AD9				0,820		0,854	0,899
AD10				0,795		0,830	0,908
AS3					0,892	0,883	0,858
AS2					0,892	0,820	0,889
AS4					0,816	0,851	0,913
AS5					0,543	0,586	0,950

Öz-değer	9,503	3,162	2,602	1,764	1,337
VAO	36,552	12,161	10,009	6,785	5,141
KVAO	36,552	48,712	58,721	65,505	70,647

K-M-O= 0,893; Bartlett: 6308,743; P<0,001, VAO: Varyans Açıklama Oranı, KVAO: Kümülatif Varyans Açıklama Oranı, AF:Algılanan Faydalar, AE:Algılanan Engeller, HGİ: Harekete Geçme İpuçları, AD: Algılanan Duyarlılık, AS: Algılanan Şiddet

Analizde madde extraction değerlerinin 0,3 üzerinde olması gerekmektedir Yirmialtı maddeden oluşan ölçeğin extraction değerleri incelendiğinde HGİ21 maddesinin çıkarım değeri 0,198 olsa bile faktör yükü 0,40'ın üzerinde olmasından dolayı ölçekte bırakılmıştır. Anti-image korelasyon matrisinde de köşegen değerlerinin tamamının 0,5'in üzerinde olduğu görülmüştür. Orjinal ölçekten farklılık olarak sadece ölçeğin orjinalinde AS1 maddesi Algılanan Şiddet boyutu içerisinde yer alırken yapılan açımlayıcı faktör analizi sonucunda Algılanan Faydalar boyutunda yer almaktadır (Tablo 12).

Kanser Tarama Algı ölçeğinin kaç faktörlü bir yapıya sahip olacağını tespitinde scree plot test kullanılarak özdeğerleri 1'in üzerinde bulunan faktörler Şekil 3'deki gibi incelenmiştir. Buna göre 26 maddelik ölçeğin öz değeri 1'in üzerinde olan 5 alt faktörde toplandığı belirlenmiştir (Şekil 3).

Şekil 3: Kanser Tarama Algı Ölçeği yamaç eğilim grafiği

Şekil 3 incelendiğinde grafik eğrisinin hızlı bir biçimde düşük gösterdiği nokta 3. Faktörün bulunduğu yerdir. Bu faktörden sonra grafik eğrisi aynı düzeyde ilerlemiştir. Algılanan Faydalar boyutu toplam varyansın %36,6'sını, Algılanan Engeller boyutu toplam varyansın %12,2'si, Harekete Geçme İpuçları boyutu toplam varyansın %10'unu, Algılanan Duyarlılık boyutu toplam varyansın %6,8'ini ve Algılanan Şiddet boyutu toplam varyansın %5,1'ini açıklamaktadır. Toplam 5 boyut ile toplam varyansın %70,7'si açıklanmaktadır.

Yapılan analiz sonucu ölçekte yer alan maddelerin hangi alt boyutta yer aldığı Tablo 12'de yer almaktadır. Birinci faktör altı maddeden (1, 11, 12, 13, 14, 15), 2. Faktör beş maddeden (16, 17, 18, 19, 20), 3. Faktör altı maddeden (21, 22, 23, 24, 25, 26) ve 4. Faktör beş maddeden (6, 7, 8, 9, 10) 5. Faktör ise 4 maddeden (2, 3, 4, 5) oluşmuştur. Açıklayıcı faktör analizinde faktör çıkarımı için temel bileşenler analizi metodu ve döndürme işlemi için de Oblimin rotasyonu yöntemi kullanılmıştır. Yapılan bu analiz sonrasında ölçekte yer alan maddelerinin 5 faktör altında toplandığı görülmüştür. En yüksek madde faktörü yükü 0,958, en düşük madde faktör yükü ise 0,409 olarak elde edilmiştir (Tablo 12).

Yapılan faktör analizinden sonra tespit edilen alt faktörler arasında ve ölçeğin tümü ile anlamlı bir ilişki bulunup bulunmadığının değerlendirilmesi için Spearman's Rho Korelasyon analizi yapılmıştır (Tablo 13). Yapılan analiz sonucunda Algılanan Duyarlılık ile Algılanan Şiddet alt boyutları arasında ($r:0,437$, $p<0,001$), Algılanan Faydalar ile Algılanan Şiddet alt boyutları arasında ($r:0,529$, $p<0,001$) ve Algılanan Engeller ile Algılanan Şiddet alt boyutları arasında ($r:0,365$, $p<0,001$) arasında negatif yönlü ilişki olduğu belirlenmiştir. Algılanan Faydalar ile Algılanan Duyarlılık alt boyutları arasında ($r:0,493$, $p<0,001$), Algılanan Engeller ile Algılanan Duyarlılık alt boyutları arasında ($r:0,565$, $p<0,001$) ve Algılanan Engeller ile Algılanan Faydalar alt boyutları arasında ($r:0,4$, $p<0,001$) ise pozitif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır.

Tablo 12: Kanser Tarama Algı Ölçeği açımlayıcı faktör analizi

	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5
AF13	0,92				
AF12	0,861				
AF15	0,832				
AF11	0,819				
AF14	0,776				
AS1	0,687				
AE16		0,895			
AE17		0,881			
AE20		0,795			
AE19		0,783			
AE18		0,718			
HG26			0,841		
HG25			0,71		
HG24			0,686		
HG23			0,583		
HG22			0,571		
HG21			0,409		
AD7				0,958	
AD6				0,888	
AD8				0,828	
AD9				0,82	
AD10				0,795	
AS3					0,892
AS2					0,892
AS4					0,816
AS5					0,543

AF:Algılanan Faydalar, AE:Algılanan Engeller, HGİ: Harekete Geçme İpuçları, AD: Algılanan Duyarlılık, AS: Algılanan Şiddet

Tablo 13: Kanser Tarama Algı Ölçeği toplam ve alt faktörler arasındaki korelasyon değerleri

		Algılanan Şiddet	Algılanan Duyarlılık	Algılanan Faydalar	Algılanan Engeller	Harekete Geçme İpuçları
Algılanan Şiddet	r	---				
	p	---				
Algılanan Duyarlılık	r	-0,437	---			
	p	<0,001	---			
Algılanan Faydalar	r	-0,529	0,493	---		
	p	<0,001	<0,001	---		
Algılanan Engeller	r	-0,365	0,565	0,400	---	
	p	<0,001	<0,001	<0,001	---	
Harekete Geçme İpuçları	r	-0,099	0,044	-0,064	0,107	---
	p	0,086	0,446	0,270	0,065	---

4.3. Güvenilirlik Analizi

Açımlayıcı faktör analizi yapıldıktan sonra oluşan alt faktörlerin ve ölçek toplamı kapsamında güvenilirliğin tespit edilebilmesi için Cronbach Alpha değerleri ve ölçekte yer alan maddelerin araştırmaya katılan kişileri ne kadar ayırt ettiğinin tespit edilmesi için Spearman-Brown iç tutarlılık katsayıları hesaplanmıştır.

4.3.1. İç Tutarlılık Analizleri

Ölçeğin güvenilirliği için iç tutarlılık analizi yapılmıştır. Ölçek toplanabilirlik özelliğe olmadığı için her alt boyut ve madde için Cronbach's Alfa değeri hesaplanmıştır. Buna göre Algılanan Şiddet, Algılanan Duyarlılık, Algılanan Faydalar, Algılanan Engeller ve Harekete Geçme İpuçları alt boyutlarında sırasıyla 0.881, 0.943, 0.942, 0.904 ve 0.630 Cronbach's Alfa değerleri elde edilmiştir. (Tablo 14).

Kanser Tarama Algı Ölçeği ile ilgili alt boyutlarının güvenilirlik katsayıları daha detaylı bir şekilde incelendiğinde en düşük Cronbach Alpha Katsayısı'nın $\alpha = 0,630$ puanla beşinci alt faktörde, en büyük Cronbach Alpha Katsayısı'nın ise $\alpha = 0.943$ ile ikinci alt faktörde bulunduğu belirlenmiştir (Tablo 15). Elde edilen bu katsayılara göre boyut oldukça güvenilirlikte elde edilmiştir.

Tablo 14: Kanser Tarama Algı Ölçeği iç tutarlılık analizi güvenilirlik sonuçları

	Ortalama	S. sapma	Madde- Toplam korelasyonu	Madde silindiğinde Cronbach's alfa	Cronbach's alfa	Spearman Brown
AS1	1,814	1,240	0,748	0,941		
AF11	1,954	1,282	0,799	0,935		
AF12	1,920	1,158	0,879	0,925	0,942	0,947
AF13	1,990	1,193	0,914	0,921		
AF14	2,093	1,232	0,797	0,935		
AF15	1,973	1,270	0,825	0,931		
AE16	2,399	1,757	0,809	0,873		
AE17	2,336	1,712	0,833	0,869		
AE18	2,954	1,892	0,697	0,898	0,904	0,9
AE19	2,761	1,812	0,676	0,901		
AE20	2,455	1,841	0,800	0,875		
HG21	1,153	0,681	0,329	0,600		
HG22	1,269	0,999	0,469	0,567		
HG23	1,166	0,677	0,450	0,548	0,63	0,561
HG24	1,120	0,541	0,373	0,584		
HG25	1,050	0,318	0,361	0,606		
HG26	1,023	0,207	0,548	0,599		
AD6	2,930	1,897	0,775	0,944		
AD7	2,814	1,794	0,898	0,920		
AD8	2,608	1,724	0,835	0,932	0,943	0,913
AD9	2,435	1,685	0,880	0,924		
AD10	2,269	1,690	0,853	0,929		
AS2	5,562	1,027	0,780	0,837		
AS3	5,588	0,961	0,824	0,826	0,881	0,856
AS4	5,525	1,022	0,844	0,814		
AS5	5,120	1,433	0,626	0,925		

AF:Algılanan Faydalar, AE:Algılanan Engeller, HGİ: Harekete Geçme İpuçları, AD: Algılanan Duyarlılık, AS: Algılanan Şiddet

Tablo 15: Ölçeğin analizi sonrasında belirlenen alt boyutlar ve güvenilirlik analizi

Ölçek	Cronbach's Alpha	Spearman Brown
Algılanan Faydalar	,942	,947
Algılanan Engeller	,904	,900
Algılanan Duyarlılık	,943	,913
Algılanan Şiddet	,881	,856
Harekete Geçme İpuçları	,630	,561

Ölçeğin toplanabilir özellikte olup olmadığı incelendiğinde ise Tukey's toplanabilirlik testine göre ölçeğin toplanabilir özellikte olmadığı bulunmuştur ($p<0,001$). Her bir alt boyut kendi içerisinde ayrı değerlendirilmelidir. Ayrıca Hotelling's T2 testi sonucuna maddelere ait ortalamalar arasında bir fark vardır ($F=517,472$; $p<0,001$). Yani ölçeğin birden fazla alt boyut altında toplanacağı görülmüştür.

4.4. Ölçeğin Zamana Karşı Değişmezliğine İlişkin Bulgular

Ölçeğin zamana karşı değişmezliği durumu 30 kişinin katılımı ile test - tekrar test güvenilirliği ile incelenmiştir. Uygulama sonucunda %95 güven aralığında Algılanan Şiddet alt boyutunda en düşük ICC=0.993 ve Algılanan Engeller boyutunda en yüksek ICC=0.998 elde edilerek ölçümler arasında güçlü bir ilişki olduğu anlaşılmıştır ($p<0,001$).

4.5. Kanser Tarama Algı Ölçeği ve Alt Ölçek Puanlarına İlişkin Bulguların Dağılımı

Kullanılan ölçek sonucunda elde edilen tanımlayıcı istatistikler Tablo 16'da verilmiştir. Algılanan Şiddet'e ait alt ölçek puan ortalaması $5,40 \pm 0,94$, Algılanan Duyarlılık alt ölçek puan ortalaması $2,61 \pm 1,59$, Algılanan Faydalar alt ölçek puan ortalaması $5,01 \pm 1,10$, Algılanan Engeller alt ölçek puan ortalaması $2,58 \pm 1,53$ ve Harekete Geçme İpuçları alt ölçek puan ortalaması ise $1,13 \pm 0,37$ 'dir (Tablo 16).

Tablo 16 : Ölçek puanlarının tanımlayıcı istatistikleri

4.6. Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Kanser Tarama Algı Ölçek Bulguları

Cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, gelir durumu, altı aydan uzun süren hastalık durumu, kanser tanısı alan tanıdık durumu, kanser tarama programlarıyla ilgili bilgi alma durumu ve kanser taraması yaptırma durumu ile ilgili bulgulara bu bölümde yer verilmiştir.

Tablo 17 incelendiğinde cinsiyete göre Algılanan Şiddet ($p=0,483$), Algılanan Duyarlılık ($p=0,222$), Algılanan Faydalar ($p=0,056$) ve Harekete Geçme İpuçları ($p=0,234$) alt boyutlarında anlamlı bir fark yoktur. Sadece Algılanan Engeller alt boyutunda cinsiyete göre anlamlı bir fark vardır ($p=0,042$). Erkeklerin puan ortalaması kadınların puan ortalamasından yüksektir.

Tablo 17 : Cinsiyete göre ölçek puanlarının

		Ortalama	Std. Sapma	İstatistik
Algılanan Şiddet	Kadın	5,49	0,89	p=0,483
	Erkek	5,37	1,09	
Algılanan Duyarlılık	Kadın	2,53	1,59	p=0,222
	Erkek	2,75	1,58	
Algılanan Faydalar	Kadın	1,87	1,02	p=0,056
	Erkek	2,12	1,18	
Algılanan Engeller	Kadın	2,47	1,55	p=0,042
	Erkek	2,78	1,50	
Harekete Geçme İpuçları	Kadın	1,15	0,40	p=0,234
	Erkek	1,09	0,30	

Eğitim durumuna göre alt ölçekler incelendiğinde (Tablo 18) Algılanan Şiddet (p=0,082) ve Algılanan Faydalar (p=0,051) alt ölçeklerinde eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık yoktur. Algılanan Duyarlılık alt ölçeğinde eğitim durumuna göre anlamlı fark bulunmaktadır (p=0,002). Görülen bu farklılık ortaokul, lise ve üniversite eğitim düzeyleri arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır. Buna göre üniversite mezunu bireylerin kanser tarama programlarına olan duyarlılığı daha yüksek çıkmıştır. Algılanan Engeller alt ölçeğinde de anlamlı bir farklılık vardır (p=0,003). Görülen bu farklılık lise ve ortaokul arasındaki eğitim düzeyi farklılığından kaynaklanmaktadır. Buna göre ortaokul mezunu bireyler test yaptırmak istediklerinde daha fazla problemle karşılaştıklarını belirtmiştir. Harekete Geçme İpuçları alt ölçeğinde de anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (p=0,015). Bu farklılık ilkokul ve lise arasındaki eğitim düzeyi farklılığından kaynaklanmaktadır. Buna göre araştırmaya katılanların test yaptırmak için daha fazla nedene sahip olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 18: Bireylerin eğitim durumuna göre alt ölçekleri puan ortalamalarının

a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur.

Algılanan Şiddet, Algılanan Duyarlılık ve Algılanan Engeller alt boyutlarında medeni duruma göre anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$). Algılanan Şiddet alt boyutunda evli bireylerin puanı bekar/dul/boşanmış bireylere göre daha yüksektir. Algılanan Duyarlılık, Algılanan Faydalar ve Algılanan Engeller alt boyutlarında ise bekar/dul/boşanmış bireylerin puanı evli bireylere göre yüksektir. Harekete Geçme İpuçları alt ölçeğinde ise medeni duruma göre bir farklılık göstermemiştir ($p=0,939$).

Tablo 19: Bireylerin medeni durumuna göre alt ölçekleri puan ortalamalarının dağılımı

Gelir Durumuna göre alt ölçek puanları Tablo 20’de yer almaktadır. Gelir durumuna göre Algılanan Faydalar alt boyutunda anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0,001$). Bu farklılık ise geliri giderinden az ile eşit olanlar arasından kaynaklanmaktadır. Buna göre geliri giderinden az olan bireyler geliri giderine eşit olan bireylere göre tarama programlarının daha faydalı olduğunu düşünmektedir. Diğer tüm alt boyutlarda anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0,001$).

Tablo 20: Bireylerin gelir durumuna göre alt ölçekleri puan ortalamalarının dağılımı

a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur

Altı aydan uzun süren hastalığı olma durumunun alt boyutlara göre dağılımı incelendiğinde Harekete Geçme İpuçları alt boyutunda anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0,018$). Ayrıca bu boyutta altı aydan uzun süre hastalığı bulunmayanların puan ortalaması bulunanların puan ortalamasından yüksektir. Diğer alt boyutlarda altı aydan uzun süre hastalığın bulunma durumu ile anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$)(Tablo 21).

Tablo 21: Bireylerin 6 aydan uzun süre hastalığı olma durumuna göre alt ölçekleri puan ortalamalarının dağılımı

Bireylerin kanser tanısı almış bir yakını olma durumu Tablo 22'ye göre incelendiğinde Algılanan Şiddet ($p=0,108$) ve Algılanan Engeller ($p=0,107$) alt boyutlarında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Algılanan Duyarlılık, Algılanan Faydalar ve Harekete Geçme İpuçları alt boyutlarında anlamlı bir fark vardır ($p=0,001$). Algılanan Duyarlılık ve Algılanan Faydalar alt boyutlarında kanser tanısı almış yakını olmayan bireylerin puan ortalaması yakını olan bireylerin puan ortalamasından yüksektir. Harekete Geçme İpuçları alt boyutunda ise kanser tanısı alan yakını olan bireylerin puan ortalaması kanser tanısı alan yakını olmayan bireylerin puan ortalamasından yüksektir (Tablo 22).

Tablo 22: Bireylerin kanser tanısı almış birisine yakın olma durumuna göre alt ölçekleri puan ortalamalarının dağılımı

Tablo 23'de kanser tarama programlarıyla ilgili bilgi alma durumu ile ölçeğin alt boyutları arasındaki dağılım yer almaktadır. Buna göre Algılanan Şiddet ($p < 0,001$), Algılanan Duyarlılık ($p < 0,001$), Algılanan Faydalar ($p < 0,0$), Algılanan Engeller ($p < 0,001$) ve Harekete Geçme İpuçları alt boyutlarının ($p=0.008$) tamamında

kanser tarama programıyla ilgili bilgi alma durumu arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Algılanan Faydalar, Algılanan Duyarlılık ve Algılanan Engeller alt boyutlarında elde edilen puanlar detaylı bir şekilde incelendiğinde kanser tarama programıyla ilgili bilgi almayan bireylerin puanlarının bilgi alan bireylere göre daha yüksektir. Algılanan Şiddet ve Harekete Geçme İpuçları alt boyutlarında ise bilgi alan bireylerin puanı almayan bireylerin puanına göre daha yüksektir (Tablo 23).

Tablo 23: Daha önce herhangi bir yerden kanser tarama programlarıyla ilgili bilgi alma durumuna göre alt ölçekleri puan ortalamalarının dağılımı

Herhangi bir kanser taramasına katılma durumu incelendiğinde ölçeğin tüm alt boyutlarında göre anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p < 0,001$). Algılanan Duyarlılık, Algılanan Faydalar ve Algılanan Engeller alt boyutlarında elde edilen puanlar değerlendirildiğinde herhangi bir kanser taraması yaptırmayan bireylerin puanları yaptıran bireylere göre daha yüksektir. Algılanan Şiddet ve Harekete Geçme İpuçları alt boyutlarında ise herhangi bir kanser taraması yaptıran kişilerin puan ortalaması, yaptırmayan kişilerin puan ortalamasına göre yüksektir (Tablo 24).

Tablo 24: Daha önce kanser tarama programına katılma durumuna göre alt ölçekleri puan ortalamalarının dağılımı

Tablo 25’de bireylerin yaşlarının alt boyutlardaki puan ortalaması incelenmiştir. Buna göre yaş ile Harekete Geçme İpuçları alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı çok zayıf düzeyde pozitif bir ilişki vardır ($r=0,151$; $p=0,009$). Yaş ile diğer değişkenler arasında ise anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,050$).

Tablo 25: Bireylerin yaşlarının ölçeğin alt boyutlarına göre puan ortalamalarının dağılımı

	Yaş	
	R	p
Algılanan Şiddet	0,100	0,083
Algılanan Duyarlılık	-0,094	0,103
Algılanan Faydalar	0,065	0,261
Algılanan Engeller	-0,091	0,116
Harekete Geçme İpuçları	0,151	0,009

r: Spearman’s rho korelasyon katsayısı

5. TARTIŞMA

Bu tez çalışmasının amacı daha önce kanser tanısı almayan bireylerden oluşan bir örnekleme bireylerin kanser tarama programlarına ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek için Kanser Tarama Algı Ölçeği'nin Türk dili ve kültürüne uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılmasıdır. Araştırmanın örneklemi daha çok kadınlardan, ilkokul lise mezunu, evli ve geliri giderinden az kişilerden oluşmuştur.

5.1.1. Yapı Geçerliliği

Yapılan çalışmada yer alan örneklemin büyüklüğünün faktör analizinin yapılabilmesi için yeterliliği belirlemede KMO analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda elde edilen KMO değeri 0 ile 1 arasında olup 0.50'den düşük olan değerler "kabul edilemez", 0.50-0.60 arasındaki değerler "kötü", 0.60-0.70 arasındaki değerler "zayıf", 0.70-0.80 arasındaki değerler "orta", 0.80-0.90 arasındaki değerler "iyi", 0.90'dan büyük değerler ise "çok iyi" olarak değerlendirmeye alınmaktadır. Uygun ve yeterli bir örneklem büyüklüğü için KMO değerinin 0.80'den büyük ve 1'e yakın olması istenmektedir (45). Ölçeğin orijinal çalışmasında KMO değeri 0.825 olurken (44) bu çalışmada ise KMO değeri 0.893 elde edilerek faktör analizinin oldukça uygun olduğu belirlenmiştir.

Ölçeğe yapılan doğrulayıcı faktör analizi ile uyum indeksleri ve modifikasyon değerleri elde edilmiştir. Uyum indeksleri olan RMSEA 0.075, SRMR 0.072, GFI 0.835, NFI 0.883 ve CFI 0.923 olup ki-kare değeri 2.674 olarak elde edilmiştir. Elde edilen bu değerler modelin kabul edilebilir olduğunu göstermiştir. Yapılan literatür araştırmaları sonucunda elde edilen bu değerlerin 0.95'e eşit veya büyük olması mükemmel uyumlu olduğunu, 0.90'a eşit veya büyük olması iyi uyumlu olduğunu, 0.80'e eşit ve büyük olması durumunda ise uyumlu olarak kabul edilmektedir (109). χ^2/sd : Ki-Kare, RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation: Tahminin Ortalama Karekök Hatası, SRMR: Standardized Root Mean Square Residual: Standart Temel Ortalama Düzeltmesi Sonucu, GFI : Goodness of Fit Index: Uyum İyiliği İndeksi, Non-Formed Fit Index: Biçimlendirilmemiş Uyum İndeksi, NFI :Non-Formed Fit Index: Biçimlendirilmemiş Uyum İndeksi ve CFI Comparative Fit Index:

Karşılaştırmalı Uyum İndeksi incelendiğinde GFI ve NFI dışındaki uyum indekslerinin tamamı kabul edilebilir sınırlar içerisinde elde edilmiştir. Ayrıca bu maddelere ilişkin tüm yol katsayıları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Doğrulayıcı faktör analizine göre ölçek 26 madde ve 5 alt boyut ile uyum içerisinde olduğu tespit edilmiştir. Orijinal ölçekte ise ki-kare değeri 2.161, RMSEA 0.076, GFI 0.936, NFI 0.886 ve CFI 0.935 olarak elde edilmiştir. Buna göre orijinal ölçek ile benzer değerler elde edilmiştir (44).

5.1.2 Açımlayıcı Faktör Analizine İlişkin Bulguların Tartışması

Ölçeğin kaç faktörlü bir yapı göstereceğinin tespiti için scree plot testi yapılarak özdeğeri 1'in üzerinde bulunan faktörler ele alınıp grafik yöntemi ile faktör analizi uygulanmıştır. Elde edilen grafik incelendiğinde ölçekte yer alan 26 maddenin öz değerinin 1'in üzerinde olduğu 5 alt faktör altında toplandığı belirlenmiştir. Orijinal ölçekte de maddeler 5 alt faktörde toplanmıştır (44). Sadece orijinal ölçekten farklı olarak daha önce Algılanan Şiddet içerisinde yer alan birinci madde yapılan faktör analizi sonrasında Algılanan Faydalar alt boyutunda yer almıştır. Madde incelendiğinde (*test yaptırmak ciddi sağlık sorunlarını önleyebilir*) Algılanan Faydalar alt boyutunda olmasının uygun olduğu görülmüştür.

Faktör yükleri 0.40 ile 0.60 arasında olması kabul edilebilir olarak değerlendirilmektedir. Analiz sonucu elde edilen varyans sonucu ne kadar yüksek olursa elde edilecek olan faktör yapısının da o kadar güçlü olacağı kabul edilmektedir (110). Bu araştırmada elde edilen sonuçlar incelendiğinde ölçeğin orijinal halinde de olduğu gibi çoklu faktör yapısına sahip olduğu anlaşılmıştır. Ölçekte yer alan Algılanan Faydalar boyutu toplam varyansın %36.6'sını, Algılanan Engeller boyutu toplam varyansın %12.2'sini, Harekete Geçme İpuçları boyutu toplam varyansın %10'unu, Algılanan Duyarlılık boyutu toplam varyansın %6.8'ini ve Algılanan Şiddet boyutu toplam varyansın %5.1'ini açıklamaktadır. Toplam beş boyut ile toplam varyans %70.7'dir. Analiz sonucu elde edilen değerlerin %50'nin üzerinde olması nedeniyle ölçeğin faktör yapısının güçlü olduğu görülmektedir (54).

Araştırmada kullanılan ölçekte birinci faktör altı maddeden (1, 11, 12, 13, 14, 15), ikinci faktör beş maddeden (16, 17, 18, 19, 20), üçüncü faktör altı maddeden (21,

22, 23, 24, 25, 26), dördüncü faktör beş maddeden (6, 7, 8, 9, 10) ve beşinci faktör ise dört maddeden (2, 3, 4, 5) oluşmuştur. Yapılan açımlayıcı faktör analizinde ise maddelerin toplam beş faktör altında toplandığı belirlenmiştir. En yüksek madde faktörü yükü 0,958, en düşük madde faktör yükü ise 0,409 olarak elde edilmiştir. Bu konu ile ilgili yapılan literatür çalışmasında bir faktörün 0.40 üzeri faktör ağırlığına sahip olmasının ölçeğin tek faktörlü yapıyı ölçtüğünü belirtmektedir (50). Buna bağlı olarak ölçekte yer alan maddelerin birlikte kullanılarak bireyin kanser programlarına olan bilgi, tutum ve davranışlarını ölçtüğü kabul edilebilir. Ölçeğin orijinal hali de 5 faktör olup en düşük faktör yükü 0.409 ve en yüksek faktör yükü ise 0.923'tür (44). Bu çalışmadaki ölçek, sağlık inanç modelini kanser tarama algısında kullanılmak üzere geliştirilmiş bir araçtır. Algılanan ciddiyet, algılanan hassasiyet, algılanan faydalar, algılanan engeller ve harekete geçme ipuçları alt alanları, Sağlık İnanç Modeli'nin ana bileşenleri olarak bu ölçekte yer almışlardır. İngilizcesinde olduğu gibi Türkçesinde de model alt boyutları ile uyumludur.

Faktör analizi yapıldıktan sonra elde edilen faktörlerin ölçeğin bütünü ile anlamlı bir ilişki kurup kurmadığının anlaşılması için korelasyon analizi yapılmıştır. Bu analizde ölçekte yer alan her maddenin varyansı ile toplam ölçek puanının varyansı karşılaştırılmakta ve aralarındaki ilişki Spearman's Rho Korelasyon analizi ile incelenmektedir (111). Testin tekrar aynı koşullarda uygulandığında önemli farklı sonuçlar alması yapılan çalışmanın güvenilirliğinin düşük olduğunu göstermektedir. Korelasyon sonucunun düşük olması durumunda düşük korelasyon değerine sahip olan maddenin diğer maddelerden farklı bir tekniği ölçtüğünü göstermektedir (54). Yapılan korelasyon analizi sonucu en düşük 0.365 en yüksek ise 0.565 faktör yükü tespit edilmiştir. Alt faktörler arası ilişki incelendiğinde; Algılanan Duyarlılık ile Algılanan Şiddet alt boyutları arasında ($r:0,437$, $p<0,001$), Algılanan Faydalar ile Algılanan Şiddet alt boyutlar arasında ($r:0,529$, $p<0,001$) ve Algılanan Engeller ile Algılanan Şiddet alt boyutları arasında ($r:0,365$, $p<0,001$) arasında negatif yönlü ilişki olduğu anlaşılmıştır. Algılanan Faydalar ile Algılanan Duyarlılık alt boyutları arasında ($r:0,493$ $p<0,001$), Algılanan Engeller ile Algılanan Duyarlılık alt boyutları arasında ($r:0,565$, $p<0,001$) ve Algılanan Engeller ile Algılanan Faydalar alt boyutları arasında ($r:0,4$, $p<0,001$) ise pozitif yönlü ilişki olduğu anlaşılmıştır.

5.2 Güvenirlik Analizi ile İlgili Bulguların Tartışması

Araştırmada kullanılan ölçeğin faktör analizinin yapılmasıyla elde edilen alt faktörler ve ölçek toplam puanının güvenirliliğinin değerlendirilmesi için Cronbach Alfa değeri hesaplanmıştır. Ayrıca ölçekte yer alan maddelerin kişileri ne düzeyde ayırt ettiğinin tespiti için Spearman Brown iç tutarlılık analizi yapılmıştır. Cronbach Alfa iç tutarlılığın analizinin güvenilir bir şekilde hesaplanması için kullanılan yaygın bir testtir. Literatür araştırmalarında likert tipi ile puanlamanın yer aldığı ölçeklerde iç tutarlılığın tespiti için Cronbach Alfa değerine bakılabileceğini belirtilmektedir (56). Hesaplama sonucu elde edilen katsayı ne kadar büyük olursa ölçekte yer alan maddelerin birbiri ile o kadar tutarlı olduğunu göstermektedir. Buna göre bu katsayı mümkünse 1'e yakın olması istenmektedir. Yapılan literatür araştırmalarında Cronbach Alfa katsayısının 0.40'dan düşük olması durumunda kullanılan ölçeğin güvenilirliğinin düşük olduğunu, 0.40-0.59 arasında düşük güvenirliliğe sahip olduğunu, 0.60-0.79 arasında oldukça güvenilir olduğunu ve 0.80-1.00 arasında ise yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir (57). Bu değerler göz önünde alındığında ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu ve Türk dili ve kültürüne uyarlanması yapılan ölçeğin araştırma sonucunda elde edilen Türkçe formunun orijinal formuna göre daha güvenilir olduğu anlaşılmaktadır.

Yapılan bu çalışmada iç tutarlılığın analizi Cronbach alfa ve madde toplam korelasyonu ile değerlendirilerek madde toplam korelasyon katsayısı >0.20 olarak göz önünde bulundurulmuştur (112). Madde toplam korelasyon analizinde 0.20 – 0.30 arası maddelerin düzeltilmesi gerektiğini, 0.30-0.40 arasında maddelerin iyi olduğunu, 0.40 ve daha üstü durumlarda ise maddelerin çok iyi ayırt edici özelliğe sahip olduğunu göstermektedir (55). Buna göre en düşük madde korelasyon değeri 0.329 olmuştur. Buna bağlı olarak maddelerin herhangi birisinin değiştirilmesine gerek kalmamıştır. Orijinal ölçekte de en düşük madde korelasyon değeri 0.409 elde edilmiştir (44) ve bu göz önüne alındığında orijinal ölçekle benzer değerler aldığı gözlenmektedir. Ayrıca faktörlere göre Cronbach Alpha değerlerine bakıldığında en düşük katsayı Harekete Geçme İpuçları alt boyutunda, en yüksek ise Algılanan Duyarlılık alt boyutunda bulunduğu belirlenmiştir. Orijinal ölçekte de Algılanan Faydalar alt boyutu en yüksek katsayıya sahipken Algılanan Engeller alt boyutu en düşük katsayıya sahip olmuştur.

Bu farklılığın araştırmaya katılan kişilerin sosyo-demografik özelliklerinin farklı olmasından kaynaklanmaktadır. Elde edilen bu katsayılar göz önüne alındığında ölçek oldukça güvenilirdir.

Ölçeğin toplanabilir özellikte olup olmadığı incelendiğinde ise Tukey's toplanabilirlik testine göre ölçeğin toplanabilir özellikte olmadığı bulunmuştur ($p < 0,001$). Her bir alt boyut kendi içerisinde ayrı değerlendirilmesi gerekmektedir.

5.3 Tanımlayıcı Bulgulara İlişkin Tartışma

Araştırma sonuçları sosyodemografik özelliklere göre değerlendirildiğinde erkeklerin kadınlara göre tarama testi yaptırmak için daha fazla engelle karşılaştığını göstermektedir. Dönmez ve Aytepe'nin yaptığı çalışmada da bireylerin tarama testi yaptırmak için yeteri kadar zamanlarının olmadığı ve hizmete ulaşmada zorluk yaşadıkları bildirilmiştir (113). Eğitim durumlarına göre üniversite mezunu bireylerin kanser ve tarama programlarına yönelik farkındalığı daha yüksektir. Bu araştırmada olduğu gibi Karakoyunlu ve Öztürk'ün (2020) çalışmasında üniversite mezunu bireylerin kanser tarama programlarına yönelik sağlık algılarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (114). Medeni duruma göre tarama programlarına katılımın medeni durumla ilişkili olmadığı bulgusu Göl ve Erkin'in (2019) tarama programlarına katılımı incelen çalışma sonucu uyumludur (115). Gelir durumlarına göre geliri giderinden az olan bireyler geliri giderine eşit olan bireylere göre tarama programlarının daha faydalı olduğunu düşünmektedir. Emiral ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında da geliri giderinden az olan bireyler tarama programlarını daha faydalı bulmuşlardır (116). Bu çalışmada olduğu gibi Emiral ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında kronik hastalık tanısı almış bireylerin tarama programlarına katılım oranı daha yüksektir (116). Kanser tanısı alan yakını olmayan bireylerin tarama programlarına yönelik farkındalığı daha düşüktür. Ata'nın kolorektal kansere yönelik tarama davranışları çalışmasında da (2020) ailesinde kanser tanısı almış bireylerin tarama programlarına daha fazla katıldığı belirlenmiştir (117). Kanser tarama programlarıyla ilgili daha önce bilgi almayan bireylerin tarama programlarını daha yararlı bulduğu bununla birlikte tarama testi yaptırmak için daha fazla engelle karşılaştığı, duyarlılık algısının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Kocaöz ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da (2018) tarama programlarıyla ilgili bilgi

almayan bireylerin algı düzeyleri daha düşüktür (118). Daha önce herhangi bir tarama testi yaptırmayan bireyler daha fazla engellerle karşılaştıklarını belirtmiş olup tarama testlerine yönelik farkındalıkları daha düşüktür. Herhangi bir tarama testi yaptıran bireylerin yaptırmayanlara göre ciddiyet algısı daha fazladır.

6.

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

- Yapı geçerliliğinin değerlendirilmesi için yapılan analizde Kaiser-Meyer-Olkin değeri 0.893 ve Barlett testi $p < 0,0001$ 'dir.
- Doğrulayıcı faktör analizinde uyum indeksleri CMIN/df=2,674, RMSEA=0,075, SRMR=0,072, CFI=0,923, NFI=0,883, GFI=0,835'dir.
- Öz değeri 1'in üzerinde olan 5 alt faktör toplam varyansın %70,7'sini açıklamaktadır.
- Alt boyutlar "Algılanan Faydalar, Algılanan Engeller, Harekete Geçme İpuçları, Algılanan Duyarlılık ve Algılanan Şiddettir.
- En yüksek madde faktörü yükü 0,958, en düşük madde faktör yükü ise 0,409'dur.

6.2. Öneriler

- Kanser Tarama Algı Ölçeği; uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları sonucunda bireylerin kanser tarama programlarıyla ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemede geçerli ve güvenilir olduğu belirlenmiştir.
- Ölçek maddeleri orjinalinde de olduğu gibi 5 alt boyutta toplanıp 26 maddeden oluşmaktadır.
- Çalışmanın örneklemini İzmir ilinde yer alan Katip Çelebi Üniversitesi 17 No'lu Aile Sağlığı Merkezi'ne 1 Temmuz- 1 Aralık 2021 tarihleri arasında başvuran kişilerden oluşmaktadır. Çalışma sonucu bireylerden alınan cevaplar farklı illerdeki sosyodemografik özelliklere sahip bireyler üzerinden uygulandığında değişebilecektir. Bu yüzden farklı illerde kanser tarama programlarıyla ilgili bilgi, tutum ve davranış ölçülen bir araştırmada bu ölçeğin bir ölçme aracı olarak kullanılması önerilebilir.
- Ölçeğin farklı örneklem gruplarında yürütülecek çalışmalarda psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi
- SİM'ne dayalı çalışmalarda bir ölçme aracı olarak kullanılması,

- Bireylerin kanser taramasına ilişkin algılarının ölçülerek çeşitli girişimler planlanması ve yürütülmesi önerilir

KAYNAKLAR

1. Türkiye İstatistik Kurumu [Çevrimiçi], Türkiye Ölüm İstatistikleri, 2020, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710>
04 Ocak 2023
2. Sağlık Bakanlığı [Çevrimiçi], Ulusal Kanser Kontrol Planı, 2020,
3. Hacettepe Üniversitesi [Çevrimiçi], Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları, 2018, https://hips.hacettepe.edu.tr/tr/2018_turkiye_nufus_ve_saglik_arastirmasi-55 04 Ocak 2023
4. Açıkgöz ve ark, Kadınların Kanser Konusunda Bilgi ve Tutumları ile Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Davranışları, DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 2011; 25(3):145-154.
5. Kanbur ve ark, Servikal Kanserden Korunma, Erken Tanı Tarama Yöntemleri ve Ebe/Hemşirenin Rolü, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2011;18 (1): 61-72.
6. Baykara, Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar, Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 2016;5(3): 154-165.
7. American Cancer Society [Çevrimiçi], <https://www.cancer.org/treatment/understanding-your-diagnosis/history-of-cancer.html> 28.12.22
8. Atıcı, Tıp Tarihinde kanser ve Lösemi, Türk Onkoloji Dergisi, 2007;22(4): 197-204.
9. TÜİK [Çevrimiçi], Nüfus ve Demografi, 2022, <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=Nufus-ve-Demografi-109> 04 Ocak 2023
10. Global Cancer Observatory [Çevrimiçi], <https://gco.iarc.fr/today/about> 04 Ocak 2023
11. Global Cancer Observatory [Çevrimiçi], <https://gco.iarc.fr/> 04 Ocak 2023
12. TÜİK [Çevrimiçi], Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2021 <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710> 04 Ocak 2023
13. Sağlık Bakanlığı [Çevrimiçi], Türkiye Kanser İstatistikleri, 2017, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri/yillar/2017-turkiye-kanser-i-istatistikleri.html> 04 Ocak 2023

14. Sağlık Bakanlığı [Çevrimiçi] <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-nedir-belirtileri/kanser-nedir-belirtileri1/risk-faktorleri.html> 04 Ocak 2023
15. Global Tütün Kullanımı, Dünya Sağlık Örgütü, 2021
16. Türkiye Kanser Kontrol Programı, Sağlık Bakanlığı, 2021
https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/Kitaplar/TURKIYE_KANSER_KONTROL_PROGRAMI_2016.pdf
17. Emniyet Genel Müdürlüğü, Türkiye’de Genel Nüfusta Tütün, Alkol Ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum Ve Davranış Araştırması Raporu, 2018
<http://www.narkotik.pol.tr/turkiyede-genel-nufusta-tutun-alkol-ve-madde-kullanimina-yonelik-tutum-ve-davranis-arastirmasi-raporu-yayimlanmistir> 04 Ocak 2023
18. Schütze, Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study, BMJ, 2011 ;Apr 7 :342.
19. Bulut, A Social Determinants of Health, Physical Activity, Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi (Turkish Bulletin of Hygiene and Experimental Biology), 2013;70(4):205-214. DOI: 10.5505/TurkHijyen.2013.67442
20. İHH [Çevrimiçi], Madde Bağımlılığı ve Bağımlılıklarla Mücadelede Sivil Toplumun Rolü, 2018 <https://ihh.org.tr/yayin/detay/madde-bagimlilik-ve-bagimliliklerle-mucadele> 4 Ocak 2023
21. Baran ve Kiraz, Multidrug Resistance in Chronic Myeloid Leukemia, Turkish Journal of Biology, 2014;38(6):806-816. DOI: 10.3906/biy-1405-21
22. WHO[İnternet], Erişim adresi: <https://www.who.int/news/item/11-11-2017-worldwide-health-risks-related-to-climate-change-are-on-the-rise> Erişim Tarihi: 04 Ocak 2023
23. WHO[İnternet], Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/occupational-carcinogens-assessing-the-environmental-burden-of-disease-at-national-and-local-levels> Erişim Tarihi: 04 Ocak 2023
24. Türkiye Kanser Kontrol Programı, Sağlık Bakanlığı, 2021
https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/Kitaplar/TURKIYE_KANSER_KONTROL_PROGRAMI_2016.pdf
25. Eisemann ve ark, Recombinant rabies virus particles presenting botulinum neurotoxin antigens elicit a protective humoral response in vivo, Moleculer Therapy Methods and Clinical Development, 2014;1(1):14046. DOI: 10.1038/mtm.2014.46
26. Genç, Microbiata and Cancer, J Biotechnol and Strategic Health Res. , 2017;(1):123-131.

27. UNAIDS, <https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2018/october/cervical-cancer-and-hiv> Erişim Tarihi: 04 Ocak 2023
28. WHO [Çevrimiçi], <https://www.iarc.who.int/pressrelease/iarc-calls-on-countries-with-high-stomach-cancer-burden-to-act-to-prevent-the-disease/> Erişim Tarihi: 04 Ocak 2023
29. Zhang ve ark, Breast cancer diagnosis from biopsy images with highly reliable random subspace classifier ensembles. Machine vision and applications, 2013;24(7):1405-1420.
30. Whitmorth ve ark. , Genome Analysis, Metabolic Potential, and Predatory Capabilities of Herpetosiphon llansteffanense sp. nov, 2018; 84 (22): e01040-18.
31. American Cancer Society, Erişim <https://www.cancer.org/treatment/understanding-your-diagnosis.html> Erişim Tarihi: 04 Ocak 2023
32. Hanahan, D., Weinberg, R. A. "Hallmarks of cancer: the next generation.". Cell, 2011; 144(5): 646–674.
33. Bukowski R, Smith GC, Malone FD, et al. Fetal growth in early pregnancy and risk of delivering low birth weight infant: prospective cohort study. Br Med J 2007;334:836.
34. Correale J, Ysraelit MC, Gaitan MI. Immunomodulatory effects of 1,25dihydroxyvitamin D3 in multiple sclerosis. Brain. 2009;132:1146–60.
35. Ling Chen M, Yu C, Yang C. Sleep Disturbances and Quality of Life in Lung Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. Lung Cancer, 2008:391-400.
36. Türkiye Kanser Kontrol Programı, Sağlık Bakanlığı, 2021
37. Dünya Sağlık Örgütü, Erken Tanı Yöntemleri Kılavuzu, 2020
38. Karadağ Caman O, Bilir N. Health promotion in cancer early diagnosis, screening and education centers: mixed methods research among women in Ankara. Turk J Public Health 2013; 11: 174-85.
39. Merdin A, Avcı F. Toplumsal Kanser ve Hematoloji Bilinci. Türk Onkoloji Dergisi. 2013; 28(4):150-3.
40. Erdem ve ark, Düzce’de Yaşayanların Kanser ve Kanser Risk Faktörleri Hakkında Bilgi Düzeyi. Journal of Duzce University Health Science Institute. (2017); 1: 1-10.
41. Soner ve Avcı. Savunmasız Gruplar, Risk Yönetimi ve Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü, Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi, 2019 ; 4(1), 11-22.
42. Bulduk ve ark. Journal of Duzce University Health Science Institute, 2015; 5(1):1-28.
43. Çapık ve Gözüm. Journal of Duzce University Health Science Institute. 2014;7(3): 230-237.

44. Mahmood, M. I., Shah, S. A., Ahmad, N., & Rosli, N. M. Cancer screening perception scale: development and construct validation. *Journal of Cancer Education*, 2018; 33(2):269-277.
45. Hill, P. C., & Hood, R. W., Jr. (Eds.). *Measures of religiosity*. Birmingham, AL: Religious Education Press, (1999).
46. Altınay S, Başar RP, Bal N, Özden F. Awareness of Breast Cancer and Methods of Early Diagnosis in Women Aged 50-69 Years in Regions Where Community Based Breast Cancer Screening Has Been Conducted or Not Conducted in Giresun City. *J Breast Health*. 2013; 9(3): 144-50.
47. Mahmood, M. I., Shah, S. A., Ahmad, N., & Rosli, N. M. Cancer screening perception scale: development and construct validation. *Journal of Cancer Education*, 2018; 33(2): 269-277.
48. Zamanzadeh V, Rassouli M, Abbaszadeh A, AlaviMajd H, Nikanfar AR, Ghahramanian A. Details of Content Validity and Objectifying It in Instrument Development. *Nursing Practice Today* 2014; 1(3): 163-71.
49. Capik C & Gozum S. The effect of web-assisted education and reminders on health belief, level of knowledge and early diagnosis behaviors regarding prostate cancer screening. *Eur J Oncol Nurs* 2012; 16(1): 71-77.
50. Şencan H. Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenirlik ve Geçerlilik. Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2005; 51-811.
51. Açıkgöz A, Çehrelı R, Ellidokuz H. Kadınların Kanser Konusunda Bilgi ve Tutumları ile Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Davranışları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2011; 25(3) 145-54.
52. Yıldırım M, Parlak C, Yıldız M, Demirci H, Çetin HO, Akgül B. Cancer Risk Factors and Factors Affecting Cancer Awareness. *Gaziantep Med J*. 2012; 18(1): 17- 20.
53. Zamanzadeh V, Rassouli M, Abbaszadeh A, AlaviMajd H, Nikanfar AR, Ghahramanian A. Details of Content Validity and Objectifying It in Instrument Development. *Nursing Practice Today* 2014; 1(3): 163-71.
54. Akgül A. Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri “SPSS Uygulamaları” (3), Emek Ofset, Ankara, 2005.

55. Karakoç ve ark. Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler, Tıp Eğitim Dünyası, 2014.Karagöz, Y. SPSS 23 ve AMOS 23 uygulamalı istatistiksel analizler. Nobel Akademik Yayıncılık, 2016: 48.
56. Hasançebi, B. , Terzi, Y. & Küçük, Z. Madde Güçlük İndeksi ve Madde Ayırt Edicilik İndeksine Dayalı Çeldirici Analizi . Gümüşhane Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi , 2020; 10 (1) : 224-240. DOI: 10.17714/gumusfenbil.615465
57. Kılıc, Cronbachs Alpha Reliability Coefficient, Journal of Mood Disorders, 2016;6(1):1.
58. Kurşun Ve Kanan, Bakım Davranışları Ölçeği-24'ün Türkçe Formunun Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012; 15(4): 229-235.
59. Yavan T, Akyüz A, Tosun N, Iyigün E. Women's breast cancer risk perception and attitudes toward screening tests. J Psychosoc Oncol 2010; 28: 189-201.
60. Şahin NŞ, Üner BA, Aydın M. Aydın Merkez İlçede Kolorektal Kansere Taramasına İlişkin Bilgi, Tutum ve Engeller. Türk Aile Hek Derg. 2015;19 (1): 37-48.
61. CDC [internet], Cdc's National Center For Chronic Disease Prevention And Health Promotion 2018 Erişim Adresi: <https://www.cdc.gov/chronicdisease/index.htm> ,Erişim Tarihi 05 Ocak 2023
62. Høybye MT, Dalton SO, Christensen J, Larsen LR, Kuhn KG, Jensen JN, Carlsen K, Johansen CResearch in Danish cancer rehabilitation: social characteristics and late effects of cancer among participants in the FOCARE research project. Acta Oncol 2008; 47(1) : 47-55. DOI:[10.1080/02841860701418846](https://doi.org/10.1080/02841860701418846)
63. TÜİK [Çevrimiçi], Sağlık ve Sosyal Koruma İstatistikleri, Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=Saglik-ve-Sosyal-Koruma-101> Erişim Tarihi: 05 Ocak 2023
64. WHO [Çevrimiçi], Human Cancer: Known Causes and Prevention by Organ Site, 2022, https://monographs.iarc.who.int/human_cancer_known_causes_and_prevention_organ_site/ Erişim Tarihi: 05 Ocak 2023
65. Stelzer IA, Arck PC. Immunity and the Endocrine System. Encyclopedia of Immunobiology. 2016;73–85. doi: 10.1016/B978-0-12-374279-7.19001-0. Epub 2016 May 9. PMID: PMC7151910.
66. Sağlık Bakanlığı [Çevrimiçi], Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari> Erişim Tarihi: 04 Ocak 2023

67. Sağlık Bakanlığı [Çevrimiçi], Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-turleri/kanser-turleri/prostat-kanseri.html> Erişim Tarihi: 04 Ocak 2023
68. Sağlık Bakanlığı [Çevrimiçi], Erişim Adresi : <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-turleri/kanser-turleri/mide-kanseri.html> Erişim Tarihi: 04 Ocak 2023
69. Sağlık Bakanlığı [Çevrimiçi], Erişim Adresi : <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-turleri/kanser-turleri/mesane-kanseri.html> Erişim Tarihi: 04 Ocak 2023
70. Sağlık Bakanlığı [Çevrimiçi], Erişim Adresi : <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-turleri/kanser-turleri/akciğer-kanseri.html> Erişim Tarihi: 04 Ocak 2023
71. Sağlık Bakanlığı [Çevrimiçi], Erişim Adresi : <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-turleri/kanser-turleri/larinks-girtlak-ve-hipofarinks-yutak-kanserleri.html> Erişim Tarihi: 04 Ocak 2023
72. Tunçez İ. H. , Aksoy N. , Koç M. Ulusal Kanser Tarama Programı Sonuçları; Bir İl Örneği. Phnx Med J. 2021; 3(2): 69-73.
73. Çapık, C., Gözüm, S. ve Aksayan, S. Kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları, dil ve kültür uyarlaması: Güncellenmiş rehber. FNJN Florence Nightingale Journal of Nursing, 2018; 26(3): 199-210. <https://doi.org/10.26650/FNJN397481>
74. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi Cilt/Vol 5 • Sayı/No 2 • Mayıs-Ağustos/May-August 2018
75. Karaman, H. , Atar, B. & Çobanoğlu Aktan, D. Açıklayıcı Faktör Analizinde Kullanılan Faktör Çıkartma Yöntemlerinin Karşılaştırılması . Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi , 2017; 37 (3): 1173-1193 . DOI: 10.17152/gefad.309356
76. Halil Yurdağül, Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerlik İndeksinin Kullanımı, 2020
77. American Cancer Society [Çevrimiçi] , History of Cancer Treatments: Surgery, 2014, Erişim Adresi : <https://www.cancer.org/treatment/understanding-your-diagnosis/history-of-cancer/cancer-treatment-surgery.html> Erişim Tarihi 05 Ocak 2023
78. Baylav N. Fatih Sultan Mehmed devrinde (te'lif, terceme ve istinsah edilen) tıp eserleri ile ilaçlar. İstanbul: Türkiye Tıbbi Müstahzarat Lab Derneği Yayınları No: 1; 1953. p. 21-2.
79. Yener N. Meme kanseri, Ankara Hastanesi Derg. 1973; 8(1): 5-13.

80. Sigerist HE. The historical development of the pathology and therapy of cancer. In: Marti-Ibanez F, editor. On the history of medicine. New York: MD Publications Inc; 1960. p. 59-65.
81. UNFPA [Çevrimiçi], State of World Population Report, 2021, Erişim Adresi : <https://turkiye.unfpa.org/en/publications/unfpa-2021-state-world-population-report#:~:text=Nearly%20half%20of%20women%20in,State%20of%20World%20Population%20report>. Erişim Tarihi: 05 Ocak 2023
82. Sağlık Bakanlığı [Çevrimiçi], Sigara ve Kanser, 2017, Erişim Adresi : <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bagimliliklamucadele-haberler/sigara-ve-kanser.html> Erişim Tarihi: 05 Ocak 2023
83. WHO [Çevrimiçi], Global Adult Tobacco Survey, 2016, Erişim Adresi: <https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/872> Erişim Tarihi: 05 Ocak 2023
84. Öztürk ve ark, Kanser hastalarında tanı öncesi ve sonrası beslenme alışkanlıkları, besin tüketim sıklıkları, besin takviyesi kullanımı ve kullanımı etkileyen faktörlerin karşılaştırılması, Mersin Üniv Sağlık Bilim Derg 2019;12(2):182-194.
85. Küçük Ve Karadeniz, Yaşlanmaya Bağlı Bireylerde Görülen Fizyolojik, Ruhsal, Sosyaldeğişiklikler Ve Korunmaya Yönelik Önlemler, Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi (Ysad), 2021; 14(2): 96-103.
86. Seçkin ŞENİŞİK, Kanser ve Egzersiz, Spor Hekimliği Dergisi, 2014; 49(3).
87. Bahar, Uyuşturucu Madde Kullanımının Nedenleri Ve Bağımlılık Oluşum Sürecinde İletişimsel Yaklaşımların Rolü Ve Önemi: Polis Kayıtları Üzerinden Olgusal Bir İnceleme, Istanbul University Journal Of Communication Sciences, 2018; 55: 1-36.
88. Şafak Kaypak, Çevre Hukukunun Ulusal Ve Uluslararası Boyutları, Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2017; 1308-9196.
89. Zencirci SA, Işıklı B. Hava Kirliliği. Türk Dünyası Uygulama Ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi. 2017; 2(2): 24-36.
90. Edgren and friends, Pattern of declining hemoglobin concentration before cancer diagnosis, International Journal of Cancer, 2010; 127(6).
91. Sağlık Bakanlığı [Çevrimiçi], Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı, 2017, Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar->

[engelli-db/hastaliklar/kalpvedamar/raporlar/BizzCaseTrSS.pdf](#) Erişim Tarihi: 05 Ocak 2023

92. Özsoy ve Koca, Dünyada Halk Sağlığı Hemşireliği, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2015; 31(3): 108-118.
93. Hemşirelik Yönetmeliği, Resmi Gazete, 2011
94. Atak ve Çenesiz, Türkiye’de Sağlık İnanç Modeli ile Yapılmış Araştırmaların Değerlendirilmesi, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007; 6(6).
95. Güvenç G, Akyüz A, Açıklık CH. Health belief model scale for cervical cancer and Pap Smear test: psychometric testing. J Adv Nurs. 2010; 67(2): 428-437.
96. Birhanu Z, Abdissa A, Belachew T, Deribew A, Segni, H., Tsu V, Mulholland K, Russell FM. Health seeking behavior for cervical cancer in Ethiopia: a qualitative study. Int J Equity Health. 2012; 29:11,83.
97. Champion V., Skinner C. S., Menon U. (Development of a self-efficacy scale for mammography. Research in Nursing & Health, 2005 ; 28(4) : 329–336.
98. Gözüm, S., Karayurt, Ö., ve Aydın, İ. MemeKanseri Taramalarında Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Türkçe Uyarlamalarına İlişkin Sonuçlar. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2004; 6(1): 71-85.
99. Jacobs, L. A. Health beliefs of first-degree relatives of individuals with colorectal cancer and participation in health maintenance visits: a population-based survey. Cancer nursing, 2002; 25(4): 251-265.
100. Kartal, A., ve Özsoy, S. A. Validity and reliability study of the Turkish version of Health Belief Model Scale in diabetic patients. International journal of nursing studies, 2007; 44(8), 1447-1458.
101. Özsoy, S. A., Ardahan, M., ve Özmen, D. Reliability and validity of the colorectal cancer screening belief scale in Turkey. Cancer nursing, 2007; 30(2): 139-45.
102. Çapık, C., ve Gözüm, S. Development and validation of health beliefs model scale for prostate cancer screenings (HBM-PCS): Evidence from exploratory and confirmatory factor analyses. European Journal of Oncology Nursing, 2011; 15(5), 478-485.
103. Barnes, R. J. Beliefs and practices of active duty air force males related to testicular cancer and testicular self-examination, Uniformed Services University of Health Sciences. Master of Science Thesis. Washington, USA, 2000.

104. Pınar, G., Öksüz, E., Beder, A., ve Elbaş, N. Ö. Testis kanseri taramalarında Champion'un sağlıksız model ölçüğünün Türkçe uyarlamasının güvenilirlik ve geçerliliği. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 2011; 9(2), 89-96.
105. Kim, H. W. Knowledge about human papillomavirus (HPV), and health beliefs and intention to recommend HPV vaccination for girls and boys among Korean health teachers. *Vaccine*, 2012; 30(36): 5327-5334.
106. Guvenc, G., Seven, M., ve Akyuz, A. Health belief model scale for human papilloma virus and its vaccination: adaptation and psychometric testing. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 2016; 29(3): 252-258.
107. Karagöz, Y. SPSS 23 ve AMOS 23 uygulamalı istatistiksel analizler. Nobel Akademik Yayıncılık, 2016: 48.
108. Karakoç ve Dönmez, Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler, Tıp Eğitimi Dünyası Mayıs 2014 Sayı 40.
109. Brown, TA., *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research*, 1st Ed., Guilford Publications, NY, 2006
110. Uyumaz, G., Mor-Dirlik, E., Çokluk, Ö. (2016). Açımlayıcı faktör analizinde tekrar edilebilirlik: kavram ve uygulama. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, Cilt 16(2), 659-675.
111. Baştürk ve ark. , Geçerlik ve Güvenirlik, *Bilimsel Araştırma Yöntemleri Kitabı*, Vize Yayıncılık, Ankara, 2013
112. Karagöz, Y. SPSS 23 ve AMOS 23 uygulamalı istatistiksel analizler. Nobel Akademik Yayıncılık, 2016: 48
113. Aytepe, U.E., & Dönmez, E. (2022). Türkiye'de kolorektal kanser tarama davranışları, etkileyen faktörler ve taramaya katılmama nedenleri: Sistemik derleme. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 4(1): 56-76. Doi: 10.54061/jphn.980767
114. Karakoyunlu Şen S. ve Kılıç Öztürk Y. | Sağlık Algısı ile Kanser Taraması Farkındalığı Arasındaki İlişki, *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi | Turkish Journal of Family Practice | Cilt 24 | Sayı 4 | 2020*
115. Göl İ, Erkin Ö. Yetişkinler Kanser Tarama Programları Hakkında Ne Biliyor? *TJFMPC*, 2019; 13(2): 167-176.
116. Emiral GÖ, Atalay BI, Önsüz MF, Zeytin MA, Küçük YS, Işıklı B, Metintaş S. Yarı Kırsal Alanda Yaşayan Kişilerde Gaitada Gizli Kan Taraması Ve Tarama Programları

Hakkında Farkındalıkları. Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi. 2018; 3(1),42-55

117. Ata, A. (2020) Elli yaş ve üzeri bireylerde kolorektal kanser tarama davranışları ve sağlık okuryazarlık düzeyi arasındaki ilişki (Yayımlanmış Yüksek Lians Tezi). Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
118. Taş, F., Kocaöz, S. & Çırpan. R. (2018). The effect of knowledge and health beliefs about colorectal cancer on screening behavior. Journal of Clinical Nursing, 28(23-24), 4471-4477. <https://doi.org/10.1111/jocn.15032>

EK 1- GÖRÜŞME FORMU

EK 2: KANSER TARAMA ALGI ÖLÇEĞİ

EK 3- ÖLÇEK KULLANIM İZİNİ

EK-4 EK KURUL İZİNİ

EK-5 KURUM İZİNİ

ÖZGEÇMİŞ