

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

KANSER ERKEN TEŞHİS ve TARAMA MERKEZİNE (KETEM) BAŞVURAN
KADINLARDA KANSER DAMGA ÖLÇEĞİ’NİN TÜRKÇE GEÇERLİK ve
GÜVENİRLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ ve İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN
SAPTANMASI

Dr. Çağla SUSUZ
UZMANLIK TEZİ
Olarak hazırlanmıştır

ANKARA
2020

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**KANSER ERKEN TEŞHİS ve TARAMA MERKEZİNE (KETEM) BAŞVURAN
KADINLARDA KANSER DAMGA ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE GEÇERLİK ve
GÜVENİRLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ ve İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN
SAPTANMASI**

Dr. Çağla SUSUZ
UZMANLIK TEZİ
Olarak hazırlanmıştır

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Ü. Şevkat BAHAR ÖZVARİŞ

ANKARA
2020

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimi ve tez çalışma sürecim boyunca değerli bilgi ve deneyimleriyle bana rehberlik eden saygıdeğer danışman hocam Prof. Dr. Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ'a,

Bilgi ve deneyimleriyle uzmanlık eğitimime katkı sunan ve her zaman desteklerini hissettiğim Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyeleri ve görevlilerine,

Araştırmanın kapsam geçerliğinin değerlendirilmesinde katkı sunan saygıdeğer hocalarım Doç. Dr. Nüket PAKSOY ERBAYDAR, Öğr. Gör. Dr. Meltem ŞENGELİN, Prof. Dr. Cengiz KILIÇ, Prof. Dr. Ömer DİZDAR ve Doç. Dr. Saadettin KILIÇKAP'a; dil geçerliğinin sağlanmasında katkı sunan saygıdeğer Zuhal TAŞ, Dinçer DÜZENLİ, canım kuzenim Merve TUNCA ve İngilizce öğretmeni arkadaşlarına,

Araştırmanın yapılabilmesi için olanak sağlayan Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığına,

Araştırmanın veri toplama sürecinde beni istisnasız her sabah güler yüzle karşılayıp, sıcaklık çalışma ortamı sunan başta saygıdeğer meslektaşım Dr. Neşe CANOLER olmak üzere saygıdeğer Mehtap DEMİRKOL, Macide NACAR, Safiye MİRAL ve Tülay YILMAZ'a

Araştırmaya katılmayı kabul edip, sabırla ve içtenlikle anket sorularını yanıtlayan tüm katılımcılara,

Her zaman olduğu gibi tez sürecimde de yanımda olan, desteğini benden esirgemeyen çalışma arkadaşlarıma, dostlarıma ve aileme

en içten duygularıyla teşekkür ederim.

Dr. Çağla SUSUZ

ÖZET

Susuz, Ç., Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezine (KETEM) Başvuran Kadınlarda Kanser Damga Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi ve İlişkili Faktörlerin Saptanması, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara, 2020. Bu araştırmada; Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezine (KETEM) tarama yaptırmak için başvuran kadınlarda Kanser Damga Ölçeği'nin (Cancer Stigma Scale-CASS) geçerlik ve güvenirliğinin değerlendirilmesi, katılımcıların kanser damga düzeyi, kanser ve risk faktörleri hakkında bazı bilgileri, kansere ilişkin bazı beden algıları ve bunlarla ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırma iki aşamadan oluşmakta olup, ilki metodolojik tipte, ikincisi tanımlayıcı tipte epidemiyolojik bir araştırmadır. Veriler 2 Aralık 2019-26 Ocak 2020 tarihleri arasında KETEM'de kanser taraması yapıldıktan sonra 500 katılımcıdan yazılı onam alınarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Araştırmada iki ayrı veri toplama formu kullanılmış olup, birincisinde Kanser Damga Ölçeği ile birlikte katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, kanser ve risk faktörleri hakkında bazı bilgileri ile kansere ilişkin beden algılarını öğrenmeye yönelik sorular yer almaktadır. İkincisi ise ölçeğin test-tekrar test güvenirlik analizi için sadece Kanser Damga Ölçeği'ni içermekte olup, ilk formun uygulanmasından 15-30 gün sonra ilk formu doldurmuş, takma adları belli olan 100 kadına uygulanmıştır. Kanser Damga Ölçeği'nin güvenirlik analizlerinde hesaplanan Cronbach alfa değeri 0,659 olup, alt boyutların Cronbach alfa değerleri 0,408-0,625 arasında değişmektedir. Ayrıca yapılan test-tekrar test güvenirlik analizi sonucunda, iki uygulama arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,488$, $p<0,001$). Ölçeğin altı faktörlü yapısı birinci ve ikinci düzey DFA ile doğrulanmış, standart uyum değerlerinin "kabul edilebilir uyum" ile "mükemmel uyum" arasında değiştiği görülmüştür. Sonuç olarak, ölçeğin "oldukça güvenilir, geçerli" bir ölçek olduğu kabul edilmiştir. Türkiye'de kanser taraması yaptırmak için KETEM'e başvuran kadınlarda kanser damga düzeyinin tespitinde ve takibinde kullanılabileceği sonucu çıkarılmıştır. Araştırmamızda eğitim düzeyi yüksek olan, ailesinde sağlık çalışanı olan ve geçmişte kanser taraması yaptırmış olan ve olumsuz kanser beden algısına sahip olan

katılımcıların kanser damga puanı istatistiksel anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Katılımcıların yaklaşık üçte birinin kanser korkusu veya kaygısı başta olmak üzere taramalar hakkında bilgi yetersizliği nedeniyle tarama yaptırmayı ertelediği saptanmıştır. Katılımcıların büyük çoğunluğunun kanser risk faktörleri hakkında bilgi sahibi oldukları, ancak kansere karşı koruyucu olan Hepatit B ve HPV aşısı hakkında bilgi sahibi olmadıkları saptanmıştır. Katılımcıların çoğunun kanser ve tedavisine bağlı bedenlerinde meydana gelen estetik açıdan olumsuz ve başkaları tarafından görünür olan değişimler karşısında olumsuz kanser beden algısına sahip oldukları tespit edilmiştir. Kanserden korunma yolları konusunda toplumun bilgilendirilmesi, kanser damgası ve olumsuz beden algısını kırmak için müdahale programları geliştirilmesi gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Kanser Damga Ölçeği, Kanser Taraması, Kanser Risk Faktörleri, Kanser Beden Algısı, KETEM

ABSTRACT

Susuz, Ç., Evaluation of the Turkish Validity and Reliability of Cancer Stigma Scale in Women Applying to the Cancer Screening and Early Diagnosis Center (KETEM) and Determination of Related Factors, Hacettepe University Faculty of Medicine, Department of Public Health, Ankara, 2019. In this study; it was aimed to evaluate the validity and reliability of Cancer Stigma Scale (CASS) in women who applied for screening to Cancer Screening and Early Diagnosis Center (KETEM), to determine the cancer stigma level, some information about the cancer and risk factors, some body perceptions related cancer and the factors associated with them. The research consists of two stages, the first is a methodological type and the second is a descriptive type epidemiological study. The data was collected between 2 December 2019 - 26 January 2020 after cancer screening at KETEM, after obtaining written consent from the 500 participants, using face-to-face interview technique. In the research, two different data collection forms were used, and the first one included the Cancer Stigma Scale, as well as questions about the sociodemographic characteristics of the participants, some information about cancer and risk factors, and body perceptions about cancer. The second one contains only the Cancer Stigma Scale and was applied for the test-retest reliability analysis of the scale. The second form was applied to 100 women who filled the first form and whose nickname was known, 15-30 days after the first form was applied. The Cronbach alpha value calculated in the reliability analysis of the Cancer Stigma Scale is 0,659, and the Cronbach alpha values of the sub-dimensions range between 0,408-0,625. In addition, as a result of the test-retest reliability analysis, a positive relationship was found between the two applications ($r=0,488$, $p<0,001$). The six-factor structure of the scale was confirmed with first and second level CFA, and it was seen that the standard fit values varied between "acceptable fit" and "perfect fit". As a result, the scale was accepted to be a "reliable, valid" scale that can be used to detection and following the cancer stigma levels of women who who apply to KETEM for cancer screening. In our study, the cancer stigma score of the participants with a high education level, who had a health worker in their family, who had cancer screening

in the past and who had a negative cancer body perception was found to be statistically significant. It was found that approximately one third of the participants postponed screening due to insufficient information about screening, especially fear of cancer or anxiety. It was found that the vast majority of the participants were informed about cancer risk factors, but they did not have knowledge about cancer-protecting Hepatitis B and HPV vaccine. It has been determined that most of the participants have negative cancer body perception in view of changes in their bodies associated with cancer and its treatment, which are aesthetically negative and visible to others. It is necessary to inform the public about the ways to prevent cancer, and to develop intervention programs to break the cancer stigma and negative body perception

Keywords: Cancer Stigma Scale, Cancer Screening, Cancer Body Perception, Cancer Risk Factors

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
SİMGE VE KISALTMALAR	xi
TERİMLER.....	xii
ŞEKİLLER.....	xiii
TABLolar	xiv
1. GİRİŞ	1
2. AMAÇLAR.....	4
2.1. Kısa Dönem Amaçlar	4
2.2. Orta-Uzun Dönem Amaçlar	4
3. GENEL BİLGİLER	4
3.1. KANSER	4
3.1.1. Kanser Epidemiyolojisi	4
3.1.2. Kanser Risk Faktörleri	7
3.1.3. Kanser Tedavisi	9
3.1.4. Kanser Taramaları.....	10
3.1.5. Türkiye’de Kanser Taraması	12
3.2. DAMGA ve DAMGALAMA KAVRAMI	16
3.2.1. Damgalanmaya Yol Açan Faktörlerin Özellikleri	18
3.2.2. Damgalamanın Basamakları	18
3.2.3. Kanserde Damgalama.....	20
3.2.4. Kanser Damgasında Etkili Olan Faktörler	21

3.2.5. Kanser Damgasının Sağlık Üzerine Etkileri	23
3.3. ÖLÇEK UYARLAMA ÇALIŞMASI	24
3.3.1. Psikolinguistik Özelliklerin Değerlendirilmesi	25
3.3.2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi	25
3.3.3. Kültürlerarası Karşılaştırma	30
4. GEREÇ VE YÖNTEM.....	31
4.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	31
4.2. Araştırmanın Evreni, Örneklemi ve Araştırma Grubu	32
4.3. Araştırmanın Tipi	34
4.4. Araştırmanın Değişkenleri	35
4.4.1. Tanımlayan Değişkenler	35
4.4.2. Tanımlanan Değişkenler	35
4.5. Araştırmanın Yöntemi ve Veri Toplama Aracı	35
4.6. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi	37
4.7. Araştırmanın Ön Denemesi	37
4.8. Verilerin Analizi ve Değerlendirme.....	38
4.9. Araştırma İçin Gerekli İnsan Gücü	47
4.10. Etik Konular ve Kurumsal İzinler.....	47
4.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	47
4.12. Araştırma Bütçesi	48
4.13. Araştırmanın Zaman Çizelgesi	49
5. BULGULAR	50
5.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Ait Bulgular	50
5.2. Kanser Damga Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Analizine Ait Bulgular.....	62

5.2.1.	Kanser Damga Ölçeği'nin Geçerlik Analizi	62
5.2.2.	Kanser Damga Ölçeği'nin Güvenirlik Analizi.....	72
5.3.	Katılımcıların Kanser Damga Puanı, Kanser Bilgi Puanı, Kansere İlişkin Beden Algısını Değerlendiren Önermelere Katılım Durumu ve Bunlarla İlişkili Faktörlere Ait Bulgular	75
5.3.1.	Katılımcıların Kanser Damga Ölçeği'ne Verdikleri Yanıtlar ve Kanser Damga Puanı.....	75
5.3.2.	Katılımcıların Kanser Bilgi Puanına Ait Bulgular	79
5.3.3.	Katılımcıların Kansere İlgili Bazı Beden Algılarına Ait Bulgular	83
5.3.4.	Katılımcıların Kanser Damga Puanı, Kanser Bilgi Puanı ve Kanser Beden Algıları ile İlişkili Faktörlere Ait Bulgular	86
6.	TARTIŞMA.....	117
6.1.	Kanser Damga Ölçeğini'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Bulgusuna İlişkin Tartışma	117
6.2.	Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri, kanser damga puanları, kanser ve risk faktörleri hakkındaki bilgileri, kanserle ilgili beden algıları ve ilişkili faktörler hakkında tartışma	120
7.	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	131
8.	KAYNAKLAR.....	135
9.	EKLER.....	145
9.1.	Ek 1: Veri Toplama Formu-1.....	145
9.2.	Ek 2: Veri Toplama Formu-2.....	152
9.3.	Ek 3: Ölçek Uyarlama İzni	154
9.4.	Ek 4: Etik Kurul Onayı	155
9.5.	Ek 5: Kurum Onayı	156
9.6.	Ek 6: Tablolar	157

SİMGE VE KISALTMALAR

%	Yüzde
n	Sayı
χ^2	Ki-kare
p değeri	İstatistiksel anlamlılık değeri
sd	Serbestlik derecesi
$\bar{X} \pm SS$	Ortalama $\pm$ Standart Sapma
r	Korelasyon katsayısı
α	Cronbach alfa
AMOS	Analysis of Moment Structures
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AFA	Açımlayıcı Faktör Analizi
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi
SPSS	Statistical Package for the Social Science
RMSA	Tahminin Kök Hata Kareler Ortalaması
SRMR	Standardize Kök Artık Kareler Ortalaması
GFI	Uyum İyiliği İndeksi
AGFI	Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi
ZU	Zayıf Uyum
KEU	Kabul Edilebilir Uyum
MU	Mükemmel Uyum
ASM	Aile Sağlığı Merkezleri
CASS	Cancer Stigma Scale (Kanser Damga Ölçeği)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GGK	Gaitada Gizli Kan Testi
HPV	Human papilloma virus
KETEM	Kanser Erken Tanı ve Tedavi Merkezi
MEDA	Mediterranean Development and Aid Programme
IARC	Uluslararası Kanser Ajansı
IGF-1	Obezitenin insülin büyüme faktörü-1
SPSS	Statistics Package for Social Sciences

TERİMLER

Damga	İtibarı derinden zedeleyen bir özellik.
Damgalama	Damga olarak değerlendirilen özelliği sebebiyle kişinin, diğer kişiler tarafından lekeli, değeri düşmüş olarak değerlendirilmesi.
Kanser	Bir organ veya dokudaki hücrelerin normal sınırların ötesinde büyüyüp, bölünmesiyle bulunduğu organı istila etmesi ve/veya diğer organlara yayılmasıyla karakterize bir grup hastalık.
Ölçek	Var olduğuna inanılan ancak doğrudan ölçülemeyen olguların seviyesini ortaya koymayı amaçlayan maddelerden oluşan ölçme aracı.



ŞEKİLLER

Şekil 3. 1. Damgalamanın basamakları	20
Şekil 4.1. Ahmet Andıçen Kanser Erken Tanı ve Tedavi Merkezi	31
Şekil 4.2. Araştırma katılımcı şeması.....	34
Şekil 4.3. Ölçeğin dil geçerliği iş akış şeması	41
Şekil 5.1 Kanser Damga Ölçeği'nin Birinci Düzey Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) Yol (Path) Grafiği.....	67
Şekil 5.2. Kanser Damga Ölçeği'nin İkinci Düzey Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) Yol (Path) Grafiği.....	69
Şekil 5.3. Katılımcıların Kanser Damga Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Dağılımı	78
Şekil 5.4. Katılımcıların Kanser Damga Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Dağılımı	78
Şekil 5.5. Kanserle ilgili soruları doğru yanıtlayan katılımcıların yüzde dağılımı.....	81
Şekil 5.6. Beden algılarını değerlendiren önermelere katılımcıların katılma yüzdesi	85

TABLolar

Tablo 3.1. Dünyada 2018 yılında yeni teşhis edilen kanserlerin dağılımı	5
Tablo 3.2. Dünyada 2018 yılında kansere bağlı ölümlerin dağılımı	5
Tablo 3.3. Türkiye’de 2018 yılında yeni teşhis edilen kanserlerin dağılımı.....	7
Tablo 3.4. Türkiye’de 2018 yılında kansere bağlı ölümlerin dağılımı	7
Tablo 4.1. Uzmanların Önerisine Göre Maddelerde Yapılmış İfade Değişiklikleri	40
Tablo 4.2. DFA’da Kullanılan Standart Uyum Ölçüleri.....	44
Tablo 4.3. Araştırma İş Akış Şeması.....	46
Tablo 4. 4. Araştırmanın bütçe kalemleri ve harcama tutarları	48
Tablo 4. 5. Zaman Çizelgesi	49
Tablo 5.1. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (Ankara, 2020)	51
Tablo 5.2. Katılımcıların medeni durumu, yaşam şekli ve ailesinde sağlık çalışanı bulunma durumunun dağılımı (Ankara, 2020).....	52
Tablo 5.3. Katılımcıların sağlık güvencesi bulunma durumunun, çalışma ve kendi ifadelerine göre ekonomik durumunun dağılımı (Ankara, 2020).....	53
Tablo 5.4. Katılımcıların sağlık durumu ile kendilerinde ve ailelerinde kronik hastalık bulunma durumunun dağılımı (Ankara, 2020).....	54
Tablo 5.5. Katılımcıların yakın çevresinde kanser bulunma durumunun dağılımı (Ankara, 2020)	55
Tablo 5.6. Katılımcıların KETEM’de yaptırdığı tarama ve taramaya yönlendiren kişi/kurum/kaynağın dağılımı (Ankara, 2020).....	57
Tablo 5.7. Katılımcıların daha önce kanser taraması yaptırmama ve tarama yaptırmayı erteleme durumuna ilişkin bazı özellikler (Ankara, 2020).....	58
Tablo 5.8. Test-tekrar test uygulanan katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (Ankara, 2020).....	60
Tablo 5.9. Davis Tekniği’ne göre uzmanların değerlendirme sonuçları.....	63
Tablo 5.10. Kanser Damga Ölçeği’nin altı faktörlü yapısı.....	65
Tablo 5.11. Standart uyum ölçüleri ve birinci düzey Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) sonucu elde edilen Kanser Damga Ölçeği’nin uyum iyiliği değerleri.....	66

Tablo 5.12. Standart uyum ölçüleri ve ikinci düzey Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) sonucu elde edilen Kanser Damga Ölçeği'nin uyum iyiliği değerleri.....	68
Tablo 5.13. Kanser Damga Ölçeği'nin Korelasyona Dayalı Madde Analizi Sonuçları	70
Tablo 5.14. Kanser Damga Ölçeği ve Her Bir Alt Boyut İçin Cronbach Alfa Değerleri.....	72
Tablo 5.15. Ölçeğin İlk ve İkinci Kez Uygulanması Sonucunda Elde Edilen Puanların Dağılım Özellikleri	73
Tablo 5.16. Ölçeğe ve Alt Boyutlarına Ait İlk Uygulama ile İkinci Uygulama Sonucunda Elde Edilen Puanlar Arasındaki Korelasyon Analizi	74
Tablo 5.17. Katılımcıların Kanser Damga Ölçeği'nin Önermelerine Katılma Durumlarının Yüzde Dağılımı (Ankara, 2020)	76
Tablo 5.18. Katılımcıların Kanser Damga Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Dağılımı (Ankara, 2020)	77
Tablo 5.19. Katılımcıların kanserle ilgili bazı sorulara verdikleri yanıtların dağılımı (Ankara, 2020)	79
Tablo 5.20. Katılımcıların Kanserle İlgili Sorulardan Aldıkları Puanlarının Dağılımı (Ankara, 2020)	82
Tablo 5.21. Katılımcıların Kanserle İlgili Bazı Beden Algılarının Dağılımı (Ankara, 2020).....	83
Tablo 5. 22. Katılımcıların Yaşı ve Bilgi Puanı ile Kanser Damga Puanı Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları (Ankara, 2020)	86
Tablo 5.23. Katılımcıların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Kanser Damga Puanının Dağılımı (Ankara, 2020).....	87
Tablo 5.24. Katılımcıların Sağlık Durumu ve Hastalıklar ile ilgili Bazı Özelliklerine Göre Kanser Damga Puanının Dağılımı (Ankara, 2020)	89
Tablo 5.25. Katılımcıların Yakın Çevresinde Kanser Bulunma Durumuna Göre Kanser Damga Puanının Dağılımı (Ankara, 2020).....	91
Tablo 5.26. Katılımcıların Kansere İlişkin Beden Algısı Önermelerine Katılım Durumuna Göre Kanser Damga Puanının Dağılımı (Ankara, 2020)	92
Tablo 5.27. Katılımcıların Yaşı ile Bilgi Puanı Arasındaki Korelasyon Analizi (Ankara, 2020)	94
Tablo 5.28. Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Bilgi Puanlarının Dağılımı (Ankara, 2020).....	95
Tablo 5.29. Katılımcıların Geçmişte Kanser Taraması Yaptırma Durumuna Ait Bazı Özelliklerine Göre Bilgi Puanlarının Dağılımı (Ankara, 2020).....	98

Tablo 5.30. Katılımcıların Sağlık Durumuna ve Kronik Hastalıklar ile ilgili Bazı Özelliklerine Göre Bilgi Puanlarının Dağılımı (Ankara, 2020).....	100
Tablo 5.31. Katılımcıların Yakın Çevrelerinde Kansere Bulunma Durumuna Göre Bilgi Puanlarının Dağılımı (Ankara, 2020)	101
Tablo 5.32. Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre “ <i>Rahim kanserinin cerrahi tedavisi sonucu rahimin alınması kadınların kadınlık vasıflarında eksiklik oluşturmaz</i> ” Önermesine Katılma Durumu (Ankara, 2020).....	104
Tablo 5.33. Katılımcıların sağlık durumu ve Kronik Hastalıklar ile ilgili Bazı Özelliklerine Göre “ <i>Rahim kanserinin cerrahi tedavisi sonucu rahimin alınması kadınların kadınlık vasıflarında eksiklik oluşturmaz</i> ” Önermesine Katılma Durumu (Ankara, 2020)	107
Tablo 5.34. Katılımcıların Yakın Çevresinde Kansere Bulunma Durumuna Göre “ <i>Rahim kanserinin cerrahi tedavisi sonucu rahimin alınması kadınların kadınlık vasıflarında eksiklik oluşturmaz</i> ” Önermesine Katılma Durumu (Ankara, 2020)	109
Tablo 5.35. Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre “ <i>Kanser tedavisi sonucunda barsağına torba takılan insanlar kötü kokarlar</i> ” Önermesine Katılma Durumu (Ankara, 2020).....	111
Tablo 5.36. Katılımcıların Eğitim Düzeyi ve İş Arkadaşlarında Kansere Bulunma Durumuna Göre “ <i>Prostat kanserine bağlı olarak cerrahi tedavi gören erkekler erkeklik vasıflarını kaybeder</i> ” Önermesine Katılma Durumu (Ankara, 2020)	112
Tablo 5.37. Katılımcıların Yaşam Şekli ve Arkadaşlarında Kansere Bulunma Durumuna Göre “ <i>Toplu ulaşım araçlarında barsağına torba takılan insanların yanına oturmaktan kaçınmam</i> ” Önermesine Katılma Durumu (Ankara, 2020).....	113
Tablo 5.38. Katılımcıların Kanser Beden Algısı Önergelerine Katılma Durumuna Göre Kanser Bilgi Puanı Dağılımı (Ankara, 2020)	114

1. GİRİŞ

Kanser, dünya çapında kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci önde gelen ölüm nedenidir. Uluslararası Kanser Ajansı (IARC)'nın yayınladığı verilere göre dünya genelinde 2018 yılında 18,1 milyon kişide yeni kanser teşhis edildiği, 9,6 milyon kişinin de kanser nedeniyle yaşamını yitirdiği tahmin edilmektedir (1). Türkiye’de ise 2018 yılında 118 882’si erkek, 91 655 ‘i kadın olmak üzere toplam 210 537 kişi yeni kanser teşhisi alırken, 116 710 kişinin de kanser sebebiyle öldüğü tahmin edilmektedir (2). Önümüzdeki dönemde de dünya genelinde yaşamı boyunca her beş erkekten birinde ve her altı kadından birinde kanser gelişeceği; her sekiz erkekten birinin ve her on bir kadından birinin kanser nedeniyle öleceği tahmin edilmektedir (1).

Halk sağlığı bakışıyla kanserleri önlemenin en etkili yolu birincil koruma adı verilen obezite, tütün kullanımı, radyasyona maruz kalma gibi kansere zemin oluşturan davranışsal ve çevresel risk faktörlerinin engellenmesidir. Bu mümkün olamadıysa, ikincil koruma adı verilen kanserin mümkün olan en erken aşamada teşhis edilmesidir (3). Bu sayede tedaviye kanser ilerlemeden başlanabilmekte, buna bağlı olarak da tedavi başarı şansı artmakta, tedavi maliyetlerinin getireceği yük de o oranda düşmektedir (4, 5).

Kanserlerde erken teşhiste iki yaklaşım söz konusudur. İlki kansere bağlı şikayetler ortaya çıktıktan sonra hasta insanların birtakım tetkiklerle erken teşhis edilmesi, ikincisi ise henüz kanser hiçbir şikayet oluşturmadan, görünüşte sağlıklı olan kişilerin tarama testleri ile taranarak erken teşhis edilmesidir (5).

Tarama hedef nüfusun hızlı, kolay testler ve muayeneler ile hastalık açısından değerlendirildiği, hastalık teşhisi konan bireylere de etkili tedavi hizmetlerinin sunulduğu bir süreç olarak tanımlanmaktadır (6). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tedavi için uygun altyapının olması koşuluyla dört kanser türü için tarama yapılmasının uygun olduğunu belirtmektedir. Bunlar: Meme kanseri, serviks kanseri, oral kavite kanseri ve kolorektal kanserdir (7). Bu kanser türleri ile ilgili tarama politikası, ülkelerin kanser örüntüsüne ve sağlık sistemi kapasitesine göre farklılıklar

göstermektedir (6). Türkiye’de bunlardan üçü (meme, serviks kanseri ve kolorektal kanser) için tarama programı yürütülmektedir (8).

Yürütülen tarama programlarının başarıya ulaşması için taramanın hedeflenen standartlara uygun olarak yapılması, hedef nüfusun en az %70’ine ulaşılması ve taramanın periyodik olarak tekrarlanması, anormal bir bulguya rastlanması halinde de kişilere uygun takip ve tedavi hizmetinin sunulması gerekmektedir (6). Bu amaç doğrultusunda DSÖ kanser konusunda farkındalığın artırılmasından, tarama, tedavi ve rehabilitasyona kadar hizmetin her kademesinin güçlendirilmesinin ve kişilerin hizmetlere erişiminde bariyer oluşturan kanser damgasının azaltılmasının gerekliliğini vurgulamaktadır (9).

Kanserin günümüzde mortalite ve morbiditesi yüksek bir hastalık olması sebebiyle, kanser tanısı almak toplumlar tarafından ölümü ifade eden bir durum olarak algılanmakta ve böyle ölümcül bir hastalıktan kişiler iyileşse dahi fiziksel ve sosyal olarak bir eksiklik, yetersizlik halinin devam edeceği düşünülmektedir (10-12). Kanserin bu yönüyle bir damga olarak görülmesi kanser hastalarının damgalanmasıyla sonuçlanmaktadır. Dünyanın pek çok yerinde kansere yakalanan bireyler ailesi, çevresi tarafından dahi damgalanabilmekte, kanser tanısı aldıktan sonra iş kayıpları, terfi şansının yitirilmesi, duygusal ilişkilerin sonlanması gibi olumsuz durumlarla karşılaşabilmektedirler (13). Alanyazında kontrol edilebilir ve başkaları tarafından görünür olan farklılıkların daha çok damgalandığı belirtilmektedir. Kanser bu açıdan ele alındığında kansere veya kanserin tedavisine bağlı bedende olumsuz değişimler meydana geldiğinde ya da tütün, alkol kullanımı gibi kanser gelişiminde risk oluşturan davranışları olan kişilerde kanser geliştiğinde damgalanma artmaktadır. Yaşanılan bu damgalama süreci kişilerde özsaygının azalmasına, anksiyete bozukluğu ve depresyona, kanser taramalarına katılmamaya, hatta bedende oluşacak saç kaybı gibi görünür değişikliklerden kaçınmak için kanser tedavisinin reddedilmesine yol açmaktadır (13-17).

Yapılan literatür araştırmasında kanser damgası hakkındaki çalışmaların sınırlı olduğu, bu alandaki damgayı ölçme araçlarının genelde hasta kişilerin damga düzeyini belirlemeye yönelik olduğu, sağlıklı kişilerin dolayısıyla toplumun kansere

karşı tutumlarını ölçen araçların kısıtlı olduğu görülmüştür (14, 18, 19). Yurt dışında sağlıklı kişilerde kanser damga düzeyini belirlemek için geliştirilmiş sadece birkaç ölçeğin var olduğu, onların da kanser damgasında etkili olan beden algısını ölçmedikleri saptanmıştır (14). Kişiler henüz sağlıklıyken kanser damga düzeylerinin belirlenmesi ve damga ile ilişkili olan kanser risk faktörleri hakkında farkındalıklarının ve kansere ilişkin beden algılarının ortaya konması, kanser taramalarının önündeki damgalama bariyerinin kaldırılması, kanser tedavisine uyumun artırılması, kişilerin ruhsal ve fiziksel sağlıklarının korunarak yaşam kalitelerinin artırılması açısından büyük önem taşımaktadır. Türkiye’de sağlıklı kişilerin kanser damgasını kapsamlı olarak değerlendiren bir ölçüm aracı bulunmamaktadır. Bu nedenle bu araştırmada İngiltere’de geliştirilmiş olan Kanser Damga Ölçeği’nin (Cancer Stigma Scale-CASS) KETEM’e tarama için başvuran kadınlarda Türkçe geçerlik ve güvenirliği değerlendirilmesi, sağlıklı kişilerin kansere ilişkin beden algılarının ve kanser risk faktörleri hakkında farkındalıklarının ortaya konması amaçlanmıştır. Çalışmada elde edilen bulgular kansere yönelik halk eğitim programlarının şekillenmesinde ve bu alanda yürütülen faaliyetlerin etkinliğinin değerlendirilmesinde de yarar sağlayacaktır.

2. AMAÇLAR

2.1. Kısa Dönem Amaçlar

Bu çalışmanın amaçları:

1. Kanser Damga Ölçeği'nin (Cancer Stigma Scale-CASS) Türkçe'ye uyarlanması, bu kapsamda ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliğinin değerlendirilmesi,
2. Ankara Ahmet Andiçen Kanser Erken Tanı ve Tedavi Merkezine (KETEM) kanser taraması için başvuran kişilerin
 - Kanser damga düzeyinin,
 - Kanser ve risk faktörleri hakkında bazı bilgilerinin,
 - Kansere ilişkin bazı beden algılarının ve bunlarla ilişkili faktörlerin saptanmasıdır.

2.2. Orta-Uzun Dönem Amaçlar

- Konu ile ilgili ileride yapılacak diğer çalışmalara kaynak oluşturarak katkı sağlamaktır.

3. GENEL BİLGİLER

3.1. KANSER

Kanser bir organ veya dokudaki hücrelerin normal sınırların ötesinde büyüyüp, bölünmesiyle bulunduğu organı istila etmesi ve/veya diğer organlara yayılmasıyla karakterize bir grup hastalıktır. Birçok anatomik ve moleküler alt tipi olan bu hastalık vücudun hemen her bölümünü etkileyebilmektedir (20).

Kanser, kalp damar hastalıklarından sonra ikinci önde gelen ölüm nedenidir. Öldürücülüğü yanında, organ ve uzuv kayıpları ile fiziksel, ruhsal sağlığı olumsuz etkilemekte; iş gücü kayıpları ve yüksek tedavi maliyetleri ile bireylerin ve toplumun ekonomisine büyük zarar vermektedir (8, 20).

Yeti kayıplarını azaltmada ve sağ kalımı artırmada erken tanı ve yeterli tedavi kilit rol oynamaktadır (5).

3.1.1. Kanser Epidemiyolojisi

Son 60 yılda epidemiyolojik bir değişim gözlenmiştir. Sanitasyon faaliyetlerindeki ilerlemeler, antibiyotiklerin keşfi ve aşılamadaki gelişmeler sayesinde enfeksiyon hastalığına bağlı ölümler azalırken, kanserleri de içeren bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümler küresel olarak artmıştır (21).

Dünya genelinde 2018 yılında 18 milyondan fazla kişiye yeni kanser teşhisi konulurken, dokuz milyondan fazla kişi kanser sebebiyle yaşamını yitirmiştir (22).

2018 yılında akciğer kanseri, kadın meme kanseri ve kolorektal kanser en fazla görülen kanserler olmakla birlikte, kanser mortalite sıralamasında da ilk beş kanser içinde yer almışlardır. Bu üç kanser dünya genelinde kansere bağlı ölümlerin üçte birinden sorumludur (1).

Tablo 3.1. Dünyada 2018 yılında yeni teşhis edilen kanserlerin dağılımı (1)

Kanser	Sayı	Yüzde
Akciğer	2,1 milyon	11,6
Meme	2,1 milyon	11,6
Kolorektal	1.8 milyon	10,2
Prostat	1.3 milyon	7,1
Mide	1.0 milyon	5,7

Tablo 3.1’de görüldüğü gibi, dünyada 2018 yılında yeni teşhis edilen kanserlerin dağılımı değerlendirildiğinde %11,6 sıklıkla akciğer ve meme kanseri birinci sırada yer almakta olup, bunu %10,2 sıklıkla kolorektal kanser, %7,1 sıklıkla prostat kanseri, %5,7 sıklıkla mide kanseri izlemektedir.

Tablo 3.2. Dünyada 2018 yılında kansere bağlı ölümlerin dağılımı (1).

Kanser	Sayı	Yüzde
Akciğer	1,8 milyon	18,4
Kolorektal	881 bin	9,2
Mide	783 bin	8,2
Karaciğer	782 bin	8,2
Meme	627 bin	6,6

Tablo 3.2’de görüldüğü gibi, dünyada 2018 yılında kansere bağlı ölümlerin dağılımı incelendiğinde %18,4 sıklıkla akciğer kanseri birinci sırada yer almakta olup, bunu %9,2 sıklıkla kolorektal kanser, %8,2 sıklıkla mide ve karaciğer kanseri, %6,6 sıklıkla meme kanseri izlemektedir.

Ölümlerin yaklaşık üçte ikisi az gelişmiş ülkelerde meydana gelmektedir. Sağlık hizmetlerindeki yetersizlik nedeniyle pek çok düşük ve orta gelirli ülkede kanser hastaları erken tanı ve yeterli tedaviye erişememektedir (22).

Dünya genelinde yaşamı boyunca her beş erkekten birinde ve her altı kadından birinde kanser gelişeceği; her sekiz erkekten birinin ve her on bir kadından birinin kanser nedeniyle öleceği öngörülmektedir. Kanser yükünün bu artışında pek çok faktörün etkili olduğu bilinmektedir. Bunlardan birisi de dünya genelindeki yaşlı nüfusun artışıdır. Sosyal ve ekonomik gelişmelere bağlı olarak yaşam süreleri uzamakta, yaşlı nüfus artarken, görülen kanser örüntüleri de değişiklik göstermektedir. Etkili önleme faaliyetleri sonucunda Kuzey Avrupa ve Kuzey Amerika'da erkeklerde akciğer kanseri, Sahra-altı Afrika'da kadınlarda rahim ağzı kanseri sıklığı azalma göstermiştir (1).

Küresel kanser yükü ve kansere bağlı ölümler değerlendirildiğinde, 2018'de yeni kanser vakalarının yaklaşık yarısının ve dünya çapında kanser ölümlerinin yarısından fazlasının, küresel nüfusun yaklaşık %60'ına sahip olması nedeniyle Asya'da meydana geldiği tahmin edilmektedir. Küresel nüfusun sadece %9,0'ına sahip olan Avrupa'da, küresel kanser vakalarının %23,4'ünün ve kansere bağlı ölümlerin %20,3'ünün meydana geldiği tahmin edilmektedir. Amerika kıtası küresel nüfusun %13,3'üne sahiptir ve dünya genelinde kanser insidansının %21,0'ını ve kansere bağlı ölümlerin %14,4'ünü oluşturmaktadır. Diğer dünya bölgelerinin aksine, Asya ve Afrika'daki kansere bağlı ölüm sıklığı (sırasıyla %57,3 ve %7,3) kanser vakalarının sıklığından (sırasıyla %48,4 ve %5,8) daha yüksektir. Çünkü bu bölgelerde yer alan birçok ülkede tanı ve tedaviye zamanında erişimde yaşanan kısıtlılık, kötü prognoz ve daha yüksek mortaliteye yol açmaktadır (1).

Kanser, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de en önemli toplumsal sağlık problemlerinden biridir. Dünyada ölüm nedenleri arasında kanser ikinci sırada yer almakta olup, 2030 yılına kadar sıklığı hızla artarak birinci sıraya yerleşeceği tahmin edilmektedir (23).

Türkiye'de ise 2018 yılında 118 882'si erkek, 91 655 'i kadın olmak üzere toplam 210 537 kişi yeni kanser teşhisi alırken, 116 710 kişinin de kanser sebebiyle öldüğü tahmin edilmektedir (2).

Tablo 3.3. Türkiye’de 2018 yılında yeni teşhis edilen kanserlerin dağılımı(2).

Kanser	Sayı	Yüzde
Akciğer	34 703	16,5
Meme	22 345	10,6
Kolorektal	20 031	9,5
Prostat	17 332	8,2
Tiroid	13 033	6,2

Tablo 3.3.’te gösterildiği gibi Türkiye’de 2018 yılında yeni teşhis edilen kanserler içinde %16,5 sıklıkla akciğer kanseri birinci sırada yer almakta olup, bunu %10,6 sıklıkla meme kanseri, %9,5 sıklıkla kolorektal kanser, %8,2 sıklıkla prostat kanseri, %6,2 sıklıkla tiroid kanseri izlemektedir.

Tablo 3.4. Türkiye’de 2018 yılında kansere bağlı ölümlerin dağılımı (24)

Kanser	Sayı	Yüzde
Akciğer	33 683	28,9
Kolorektal	10 033	8,6
Mide	10 006	8,6
Pankreas	6 416	5,5
Meme	5 452	4,7

Tablo 3.4.’te gösterildiği gibi Türkiye’de 2018 yılında kanser sebebiyle öldüğü tahmin edilen 116 710 kişinin %28,9’u akciğer kanseri, %8,6’sı kolorektal kanser, %8,6’sı mide, %5,5’i pankreas ve %4,7’si meme kanseri sebebiyle yaşamını yitirmiştir (24).

3.1.2. Kanser Risk Faktörleri

Kanser gelişimi vücutta var olan ve normal işlev gören bir hücrenin tümör hücresine dönüşmesidir (21).

Kanserlerin oluşma sürecine katkı sunan risk faktörleri dört grupta ele alınabilir:

1. *Genetik risk faktörleri*: Genlerin kalıtsal aktarımı sonucu aile üyelerinden birinde kanser bulunması halinde diğeri aile yelerinde de kanser gelişme ihtimali yükselmektedir (25).

2. *Biyolojik Risk Faktörleri*: Cinsiyet, ırk, cilt rengi, yaş gibi biyolojik özellikler bazı kanser türleri için risk faktörü olabilmektedir. Örneğin meme kanseri her iki cinsiyette de görülebilmesine rağmen kadınlarda görülme sıklığı erkeklere nazaran çok daha yüksektir (25). Yaşlanma kanser gelişimi için temel bir risk faktörüdür. Yaş ilerledikçe hücresel onarım mekanizmaları daha az etkili olmakta ve artan yaşla beraber kanser gelişme ihtimali de artmaktadır (26).

3. *Çevresel Risk Faktörleri*: Ultraviyole ve iyonlaştırıcı radyasyon gibi fiziksel faktörler, asbest, aflatoksin, arsenik gibi kimyasal faktörler, bazı virüs, bakteri ve parazitler gibi biyolojik faktörlerin kanser gelişimine yol açtığı bilinmektedir. Enfeksiyon ajanları küresel olarak kanserlerin %13'ünden sorumludur, özellikle düşük sosyoekonomik düzeydeki incinebilir nüfusu etkilemektedir. Rahim ağzı (HPV), karaciğer (Hepatit B ve C), mide (*Helicobacter pylori*) kanseri sıklığı enfeksiyonlarla ilişkili olup son 30 yılda çok yüksek gelirli ülkelerde düşüş göstermiş ancak halen düşük orta gelirli ülkelerde yaygınlığını sürdürmektedir. Hepatit B nin endemik olarak görüldüğü Çin gibi ülkelerde doğumda bebeklerin Hepatit B'ye karşı aşılması primer karaciğer kanseri insidansını önemli ölçüde azaltmıştır (21).

4. *Davranışsal Risk Faktörleri*: Tütün kullanımı, alkol kullanımı, sağlıksız beslenme ve fiziksel hareketsizlik dünya çapında başlıca kanser risk faktörleridir (26).

Tütün dumanı dünyadaki kanser ölümlerinin %25'inden sorumludur. Yüksek ve düşük gelirli ülkelerde akciğer kanseri sıklığı, sigara içme sıklığı ile doğru orantılı seyir göstermektedir. Yüksek gelirli ülkelerde sigara içme üzerine yapılan müdahaleler sonucunda sigara içme sıklığında görülen artış ve düşüşler 20-30 yıl sonraki akciğer kanseri sıklığına da benzer şekilde artış ve düşüş olarak yansımıştır (21).

Yapılan araştırmalarda alkol kullanımı için güvenli sayılabilecek bir eşik değerin bulunmadığı, az miktarda alkol alımının bile ağız boşluğu, farinks, larinks, özefagus, kolon, rektum, karaciğer ve meme kanseri gelişimine yol açtığı gösterilmiştir (27).

Beslenmenin kanser gelişimindeki etkisi kanser türüne göre değişiklik göstermektedir. Kolorektal kansere bağlı ölümlerin %75'inden sağlıksız beslenme sorumlu tutulmaktadır. Gıdalarla alınan nitrat, nitrozamin, böcek ilaçlarının, pişirme esnasında oluşan heterosiklik aminler gibi birtakım bileşiklerin kanserojen etkisi olduğu bilinmektedir. Ayrıca, plastik gıda kaplarından bisfenol'n gıdaya geçip, meme ve prostat kanseri riskini artıracılabileceği belirtilmektedir (28).

Obezitenin insülin büyüme faktörü 1 (IGF-1), insülin, leptin gibi hormonlar ve birtakım nrokimyasallar üzerinden kolon, meme (postmenopozal kadınlarda), endometriyum, böbrek, safra kesesi, karaciğer özofagus pankreas ve prostat kanseri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (28).

Fiziksel aktivite bağışıklık sistemi ve hormonlar üzerindeki düzenleyici etkisi aracılığıyla, aynı zamanda obeziteyi engelleyip, sağlıklı vücut ağırlığının sürdürülmesini sağlayarak meme, kolon, endometriyum başta olmak üzere pek çok kanserin gelişme riskini azaltmaktadır (29).

Risk faktörlerinin ortadan kaldırılmasıyla kanserlerin yarıya yakınının önlenebileceği belirtilmektedir (21).

3.1.3. Kanser Tedavisi

Kanser tedavisinde amaç, yaşam kalitesini artırmak ve yaşam süresini uzatmaktır. Kanser teşhis edilip, evresi belirlendikten sonra uygun tedavi seçeneğine karar verilir. Kanser teşhis edildiğinde ilk iş kanserin yerleşim yerinin, vre dokulara ve vücuttaki diğer organlara yayılım durumunun belirlenmesidir. "Evreleme" adı verilen bu süreç kanserin türüne göre değişiklik göstermektedir. Evreleme sistemleri hasta için en uygun tedavi metodunun seçilmesinde yol göstericidir (30). Kansere bağlı ölüm riski, kanserin evresi veya derecesi ilerledikçe artmaktadır.

Kanserde cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi en yaygın kullanılan yöntemlerdir. Hormon tedavileri, biyolojik tedavi yöntemleri daha az kullanılan diğer yöntemlerdir. Kanser türüne ve evresine göre bu tedavi yöntemleri tek başına uygulanabileceği gibi beraber de uygulanabilir (31).

Kemoterapi kanser hücrelerini yok etmek, eğer yok edilemiyorsa bu hücrelerin büyümesini azaltmak için antikanser ilaçlar kullanılarak yapılan tedavidir. Böylece tümörün ortadan kaldırılması, yayılımının engellenmesi, iyileşen tümörün nüksetmesinin önüne geçmek amaçlanır. Ağız yoluyla, deri yoluyla, damar yoluyla ya da enjeksiyon yoluyla vücuda uygulanır (32).

Cerrahi tedavi kanserli dokunun vücuttan çıkartılmasıdır. Pek çok kanser türünde uygulanan ilk yöntemdir ve bazı kanserlerde cerrahi tedavi ile tam şifa sağlanabilir. Cerrahi tedavi ile aynı zamanda biyopsi alınarak tanının doğrulanması, organ ve çevre doku yayılımının değerlendirilerek evreleme yapılması, kansere bağlı ağrının azaltılması da sağlanabilir (33).

Radyasyon tedavisinde (radyoterapi) iyonizan radyasyon ile kanserli hücreler yok edilerek tümör küçültülür veya ortadan kaldırılır. Radyoterapi eksternal ve internal olarak uygulanabilmektedir. Bazı hastalıklarda nadiren sistemik radyasyon da uygulanabilir. Eksternal radyoterapide hastalıklı bölgeye radyasyon bir makine yardımıyla dışarıdan verilmektedir. Bu yöntem en sık kullanılan radyoterapi şeklidir. İnternal radyoterapi radyoaktif madde belli bir süre vücuda yerleştirilerek uygulanmaktadır. Sistemik radyasyon tedavisinde ise radyoaktif madde hastaya ağızdan hap şeklinde ya da damardan verilmektedir (34).

3.1.4. Kanser Taramaları

Kanserde ikincil koruma, oluşmuş kanserin mümkün olan en erken aşamada teşhis edilmesidir (3). Bu sayede tedaviye kanser ilerlemeden başlanabilmekte, buna bağlı olarak da tedavi başarı şansı artmakta, tedavi maliyetlerinin getireceği yük de o oranda düşmektedir (4, 5).

Erken teşhiste iki yaklaşım söz konusudur. İlki kansere bağlı şikayetler ortaya çıktıktan sonra hasta insanların birtakım tetkiklerle erken teşhis edilmesi, ikincisi ise

henüz kanser hiçbir şikayet oluşturmada, görünüşte sağlıklı olan kişilerin tarama testleri ile taranarak erken teşhis edilmesidir (5).

Tarama, hedef nüfusun hızlı, kolay testler ve muayeneler ile hastalık açısından değerlendirildiği, hastalık teşhisi konan bireylere de etkili tedavi hizmetlerinin sunulduğu bir süreç olarak tanımlanmaktadır (6). DSÖ tedavi için uygun altyapının olması koşuluyla dört kanser türü için tarama yapılmasının uygun olduğunu belirtmektedir. Bunlar: Meme kanseri, serviks kanseri, oral kavite kanseri ve kolorektal kanserdir (7). Bu kanser türleri ile ilgili tarama politikası sağlık sistemi kapasitesine göre ülkeler arasında farklılıklar göstermektedir (6).

Kanser taraması yukarıda da belirtildiği gibi, herhangi bir şikayeti olmayan görünüşte sağlıklı bireylere kanser tespitine yönelik bir testin belli aralıklarla uygulanmasıdır. Bu uygulama başka bir sebeple sağlık kurumuna gelen kişilere bu başvurunun fırsat bilinip uygulanması şeklinde olabileceği gibi, toplumda belli yaş aralığında bulunan herkese de yapılabilir yani toplum tabanlı olabilir.

Bir kanserde tarama testi uygulanabilmesi için kanserin yaygın görülen bir kanser türü olması ve seyrinin tam olarak bilinmesi gerekmektedir. Tarama testinin duyarlılığının (taranan nüfus içindeki kanser hastalarını bulabilme gücü) ve seçiciliğinin (sağlıklı bireyleri kanser hastalarından ayırabilme gücü) yüksek olması gerekmektedir. Tarama, erken tanının sağkalımı artırdığı bilimsel olarak kanıtlanmış kanser türlerinde yapılmalıdır. Tarama testinin uygulanması toplum tarafından kabul edilebilir olmalıdır. Taranan kanserin etkin bir tedavisinin olması ve sağlık sisteminin bu tedaviyi sunabilecek düzeyde olması gerekmektedir.

Kanserler tarama ile erken aşamada tespit edildiğinde;

- Radikal tedavi gereksinimi azalmakta,
- Organ ve uzuv kayıplarının önüne geçilmekte
- Kanserlin ruh ve beden sağlığı üzerindeki olumsuz etkisi azalmakta,
- Kanser sonrası sağkalım süresi uzamakta,
- Sağlık harcamalarının maliyeti de önemli ölçüde düşmektedir.

Ancak taramaların birtakım dezavantajları da bulunmaktadır, bunlar:

- Tarama testlerinin uygulanmasının sağlık sistemine maddi yük getirmesi,
- Tarama sonucunda kanser olmadığı halde tarama sonucu pozitif çıkan bireylerin psikolojik olarak olumsuz etkilenmesi,
- Kanser olmadığı halde tarama sonucu pozitif çıkan bireylerde tanıyı kesinleştirmek için yapılacak testlerin mali yükü ve
- Tarama sonucunda borderline patoloji çıkması halinde aşırı tedavi uygulanmasıdır.

Kanser yükünün azalması, kanserlerin tanı evresinde düşme (yani daha erken tanı), tarama sonucu tespit edilen hastaların yaşam süresinde uzama, tarama programlarının etkinliğini değerlendirmede kullanılan göstergelerdir (35).

3.1.5. Türkiye’de Kanser Taraması

Her ülke kendi kanser örüntüsüne ve sağlık sistemine göre taramayı planlamaktadır. Türkiye’de Taramalar Sağlık Bakanlığı ve Avrupa Birliği MEDA (Mediterranean Development and Aid Programme) programı çerçevesinde yürütülen KETEM projesi ile başlamıştır (36). İlk olarak 2004 yılında proje kapsamında 11 merkez kurulmuştur (36, 37). Sağlık Bakanlığı 2008 yılı sonunda 81 ilde 84 merkez, 4 Şubat 2009 tarihi itibarıyla de 81 ilimizde 122 merkez kurmuştur (36, 38). Amaçlanan hedefler doğrultusunda kanser erken teşhis ve tarama hizmetlerinin yürütülebilmesi amacıyla Türkiye’de KETEM sayısının 280’e ulaşması amaçlanmaktadır (38).

KETEM’ler düzenlenledikleri eğitimlerle sağlık personelinin ve halkı kanser konusunda bilgilendirmekte, toplum tabanlı meme, serviks ve kolorektal kanser taraması yapmakta, kanser tanısı konan hastalara gerekli tıbbi yönlendirmeyi sağlamaktadır (36).

Günümüzde taramalar KETEM’le birlikte Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) tarafından yürütülmektedir. Taranacak popülasyonda aile hekimlerine kayıtlı bireyler esas alınmaktadır (8).

Yürütülen tarama programlarının başarıya ulaşması için taramanın hedeflenen standartlara uygun yapılması, anormal bir bulguya rastlanması halinde de kişilere uygun takip, tedavi hizmetinin sunulması, hedef nüfusun en az %70'ine ulaşılması ve periyodik olarak tekrarlanması gerekmektedir (6).

Türkiye'de toplum tabanlı tarama programı meme kanseri, serviks kanseri ve kolorektal kanser için yürütülmektedir (8).

- **Meme Kanseri**

Meme kanseri, kadınlar arasında en sık görülen kanser olup, her yıl 2,1 milyon kadını etkilemektedir. Kadınlar arasında kansere bağlı ölümler içinde en fazla ölüme neden olan kanserdir. 2018'de 627.000 kadının meme kanserinden öldüğü tahmin edilmektedir. Meme kanseri sıklığı gelişmiş ülkelerde daha fazla olmakla birlikte, küresel olarak artış göstermektedir.

Meme kanserinin sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak ve sağ kalım süresini artırmak için erken teşhis önemlidir. Tarama, erken teşhis için önemli bir adım olup, herhangi bir belirti ortaya çıkmadan önce kanseri teşhis etmeyi amaçlar. Tarama mamografi, klinik meme muayenesi ve kendi kendine meme muayenesi yöntemleriyle yapılmaktadır.

Mamografi: Memedeki anormallikleri tanımlamak için düşük enerjili X-ışınlarının kullanıldığı bir yöntemdir. Mamografi ile erken teşhisin meme kanseri mortalitesini yaklaşık % 20 oranında azalttığı gösterilmiştir. DSÖ, 50-69 yaşlarındaki kadınların mamografi ile taranmasını önermekte, 40-49 yaşları ve 70-75 yaşları arasındaki kadınlar için ise, yeterli maddi kaynakların olması ve tıbbi yararının titiz araştırmalarla gösterilmesi halinde mamografi ile tarama yapılmasını önermektedir.

Klinik Meme Muayenesi: Eğitimli bir sağlık çalışanı tarafından her iki memenin muayene edilerek olası bir kanser bulgusu açısından değerlendirilmesidir. Maddi kaynakları kısıtlı bölgelerde meme kanserinin erken teşhisi için umut verici bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir (39).

Türkiye'de meme kanseri için mamografi ve klinik meme muayenesi ile tarama yapılmaktadır. Ayrıca toplumda farkındalık yaratmak amacıyla her kadına 20

yaşından sonra kendi kendine meme muayenesi yapması için danışmanlık hizmeti verilmektedir.

Türkiye'deki Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartlarına göre tüm kadınlara 40 yaşından itibaren başlayarak 69 yaşına kadar her iki yılda bir mamografi çekilmektedir. Her iki memenin medyolateral oblik ve kranyokaudal filmi çekilerek birbirinden bağımsız olarak iki radyoloji uzmanı tarafından filmler değerlendirilmektedir. Ayrıca mamografinin etkinliğini arttırmak amacıyla sağlık çalışanı tarafından her iki meme muayene edilerek olası kanser açısından değerlendirilmektedir (40).

- **Serviks Kanseri**

Serviks kanseri, kadınlarda görülen kanserler sıklığına göre sıralandığında dördüncü sırada yer almakta olup, 2018 yılında 570 bin kişinin yeni serviks kanseri teşhisi aldığı tahmin edilmektedir. Bu sayı 2018'deki kadın kanserlerinin %6,6'sını oluşturmaktadır. Serviks kanserine bağlı ölümlerin %90'ı düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. Dünya genelindeki serviks kanserine bağlı yüksek mortalite hızı etkili önleme, tarama ve tedavi faaliyetleri sayesinde azalma göstermektedir. Tarama, tedavi edilmezse kansere yol açabilecek prekanseröz değişiklikleri tespit etmeyi amaçlamaktadır. DSÖ 30-49 yaş grubundaki her kadın için en az bir kez HPV testi, sitoloji ve asetik asit ile değerlendirerek tarama yapılmasını önermektedir (41).

Türkiye'de Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartlarına göre, serviks kanseri için 30 yaşından itibaren tüm kadınlara 65 yaşına kadar beş yılda bir HPV testi veya Pap-smear testi ile tarama yapılmaktadır. Son iki HPV veya Pap-smear test sonucu negatif olan 65 yaşındaki kadınlarda tarama kesilmektedir.

HPV testi: HPV DNA'nın serviks kanseri ile güçlü bir ilişkisi bulunmaktadır. Serviks kanseri olan hastaların %99.9'unda HPV DNA bulunduğu gösterilmiştir. HPV testinin negatif olması durumunda; takip eden beş yıl içinde servikal kanser olma ihtimali çok düşüktür.

Pap-smear Testi: Servikal hücrelerin sitolojik olarak incelenmesi esasına dayanır. Bu sitolojik değerlendirmeye preinvaziv lezyonlar daha belirti vermeden saptanır. Pap-smear testleri sıvı bazlı ya da konvansiyonel olarak yapılabilir (42).

- **Kolorektal Kanser**

Kolorektal kanser çoğunlukla kolon ve rektumda bulunan polip adı verilen yapıların zaman içinde kanser hücrelerine dönüşmesiyle gelişmektedir (43).

Kolorektal kanser riski yaşla beraber artmaktadır. Kolorektal kanser hastalarının %90'ı 50 yaş ve üzerindedir. Ailede kolorektal polip ya da kanser varlığı, inflamatuvar barsak hastalığının bulunması, barsakta poliplerle seyreden sendromların varlığı ve hareketsiz yaşam, alkol tüketimi, sağlıksız beslenme gibi bazı davranışsal faktörler kolorektal kanser riskini artırmaktadır (44).

Her iki cinsiyette 2018 yılında yeni teşhis edilen kanserler sıklığına göre sıralandığında kolorektal kanser 1.8 milyon yeni vakayla üçüncü sırada yer almaktadır. Aynı yılda kansere bağlı ölümler sıralamasında ise 862 bin ölümlle ikinci sırada bulunmaktadır (45).

Kolorektal kanser belirti vermeden seyredebileceği gibi karın ağrısı, kramp, dışkıda kan görülmesi, kabızlık veya ishal gibi barsak alışkanlıklarında değişiklikler, kilo kaybı gibi belirtiler de gelişebilmektedir (46).

Tarama testleri polipleri kansere dönüşmeden tespit edip barsaktan çıkarmayı, eğer kanser gelişmişse barsak dokusuna ve diğer organlara yayılmadan tanı koymayı amaçlamaktadır. Böylelikle tedavi başarısı ve buna bağlı sağkalım süresi çok daha yüksek olmaktadır (43, 47).

Türkiye'de Kolorektal Kanser Tarama Programı Ulusal Standartlarına göre kolorektal kanser için Gaitada Gizli Kan Testi (GGK) ve kolonoskopi ile tarama yapılmaktadır (47). Tüm erkek ve kadınlarda 50 yaşından itibaren başlayarak her iki yılda bir 70 yaşına kadar uygulanmaktadır. Son iki GGK test sonucu negatif olan 70 yaşındaki erkek ve kadınlarda tarama kesilmektedir (47). GGK testi negatif olsa dahi tüm erkek ve kadınlara 50 yaşından itibaren başlayarak her on yılda bir 70 yaşına kadar kolonoskopi uygulanmaktadır (47).

Gaitada Gizli Kan Testi: Monoklonal veya poliklonal antikorlar kullanılarak gaitada insan hemoglobini varlığının değerlendirildiği testtir.

Kolonoskopi: Anüsten girilerek tüm kolon segmentlerinin görsel olarak değerlendirildiği, poliplerin çıkarıldığı, şüpheli lezyonlardan biyopsi alındığı bir işlemdir.

3.2. DAMGA ve DAMGALAMA KAVRAMI

Türk Dil Kurumu tarafından damga bir şeyin üzerine işaret basmaya yarayan araç, damgalama ise bu işlemin yapılması olarak tanımlanmaktadır. Damgalama mecaz anlamda bir kimsenin adını kötüye çıkaran, yüz kızartıcı durum olarak kullanılmaktadır (48). Damga ilk kez Yunanlılar tarafından köle, suçlu ya da hainlerin vücuduna kesme ya da yakma yoluyla işaret koyarak kişinin toplum içinde kirli, lekeli, kaçınılması gereken biri olduğunu göstermek için kullanılmıştır (49). Tarih boyunca hemen hemen bütün toplumlarda kişilerin ya da grupların pek çok alanda sahip olduğu ırk, milliyet, inanç, fiziksel sakatlık, ruhsal hastalık gibi özellikleri onlar için bir damga olarak görülmüş ve o kişi ya da gruplar toplum tarafından eksik, kusurlu olarak değerlendirilmişlerdir (13, 49). Bu durum damgalanan kişilerle toplum arasında sosyal bir sınır çizilmesine yol açmış ve bu kişiler bütünün bir parçası olmaktan çıkarılarak değeri düşmüş, artık daha az istenir bir konuma indirilmişlerdir (13).

Damgalama hangi alanda yapılırsa yapılsın mağdurların sağlığını sosyal, fiziksel ve ruhsal açıdan olumsuz etkilemektedir. Damgalanan kişilerin sosyal ve mesleki fırsatları ellerinden alınmakta, kişilerin istihdam alanları daralmakta, üretkenlikleri azalmakta, eğitim, sağlık gibi hizmetlerine erişimleri kısıtlanmakta, sosyal paylaşımları ve saygınlıkları zarar görmektedir (50).

Damgalanmış bireyler kendilerine olumsuz bir etiketin uygulandığını ve diğer kişilerin onları beceriksiz, daha tehlikeli, daha az güvenilir veya daha az akıllı olarak görme ihtimalinin olduğunu fark ettiğinde, reddedilme ve olumsuz değerlendirilme korkusuyla yakın ilişkilere girmekten kaçınmakta, daraltılmış sosyal ağ içinde yaşamaya mahkum olmaktadır (51, 52).

Damgalamaya maruz kalan kişiler damgayı algılamakta, bir süre sonra içselleştirmektedir. Başkalarının onlar hakkındaki yetersizlik, zayıflık algısını kabullenip, kendilerini öyle hissetmeye başlamakta, buna bağlı öz güven kaybı yaşayıp; toplumdan kendini soyutlamakta ve pozisyonlarını sürdürmekte, sahip oldukları olanakları korumakta başarısız olmaktadır. Bir taraftan toplumun damgalamasıyla “normallerin” “farklıları” bütünün dışına iten, ötekileştiren davranışları, bir taraftan da “kendini doğrulayan kehanet” olarak tanımlanan kişilerin kendilerine yaptığı damgalama bu süreçte etkili olmakta ve damgalanan kişilerde öz saygının yitirilmesi, depresif belirtiler, işsizlik, gelir kaybı, yaşam kalitesinde düşüş, sigara içme gibi riskli davranışlara eğilim görülebilmektedir (51-53).

Yapılan araştırmalar damgalamayla başa çıkmak ve onun getirdiği negatif imajı ortadan kaldırmak için damgalanmış kişilerin normallere göre daha fazla gayret sarf ettiğini, bunun da kronik strese ve buna bağlı hipertansiyon, kalp damar hastalıkları, diyabet, yorgunluk ve ağrı sendromları, anksiyete, depresyon gibi birtakım hastalıklara yol açarak ruhsal ve fiziksel sağlığı olumsuz etkilediğini ortaya koymaktadır (50, 52).

Damgalama fiziksel ya da ruhsal hastalıklar sebebiyle yapıldığında damgalanan kişilerin sağlık hizmeti arama davranışları da olumsuz etkilenmektedir.

Hastalıkları sebebiyle damgalanma korkusu, kişilerin tedaviyi ertelemelerine ya da reddetmelerine yol açabilmektedir. Hastalık sebebiyle etiketlendiğini algılayan kişiler bu etiketten kurtulmak amacıyla tedaviyi yarım bırakabilmektedir (14).

Siroz, demans ve ruhsal hastalığı olan hastalarda yapılmış farklı çalışmalarda, damgalamanın sağlık hizmeti arama ve tedavi olma davranışı ile ters ilişkili olduğu bulunmuştur (15, 54, 55).

Hastalar damgalandıklarını algıladıklarında kendilerini topluma ait hissedememekte ve toplumda hak ettikleri yerde olamamaktadırlar. Bu kişiler hastalığın etkilerinden bağımsız olarak eski mesleki ve toplumsal rollerine dönememektedir. Toplumda eski işlevselliğine dönemeyen kişilerin toplumsal

bağları daha da zayıflamakta; buna bağlı kişiler daha fazla damgalanmaktadır (56, 57).

Damgalamanın önemli bir sosyal dezavantaj ve stres kaynağı olması ve sağlık üzerinde doğurduğu olumsuz sonuçlar nedeniyle toplumsal mortalite ve morbidite üzerinde önemli bir paya sahip olduğu düşünülmektedir (51, 58).

3.2.1. Damgalanmaya Yol Açan Faktörlerin Özellikleri

Goffman kişilerde var olan ve damgalanmaya yol açan farklılıkları “görünebilirlik”, “kontrol edilebilirlik” ve “kalıtsallık” özelliklerine göre sınıflandırmıştır (13).

Görünebilirlik: Cinsiyet, deri rengi, obezite gibi görünür farklılıklarda kalıpyargı ve ayrımcılıktan kaçmak çok zorlaşırken, ideoloji, mezhep gibi gizlenebilir özelliklerde damgalanma endişesiyle kişiler bu özellikleri toplumdan saklamayı tercih edebilmektedir. Ancak bu da kişide sürekli tetikte olma hali ve iç huzursuzluğu gibi duygularla mücadele etmeyi gerektirmektedir.

Kontrol edilebilirlik: Alkol kullanımı, obezite gibi kontrol edilebilir özelliklerde damgalama cinsiyet, ırk gibi kontrol edilemeyen özelliklere göre daha fazla olmaktadır.

Kalıtsallık: Cinsiyet, etnik köken doğuştan gelen ve damga olarak görülebilen özelliklerken, meslek, eğitim durumu sonradan kazanılan damgaya örnektir.

3.2.2. Damgalamanın Basamakları

Damgalama süreci beş basamaktan oluşmaktadır. Şekil 3.1.’de gösterilmektedir. Bunlar:

a. Etiketleme

Damgalamanın ilk aşaması etiketlemedir. İnsanlar farklı olanı etiketleyerek onlarla kendileri arasında sosyal bir sınır koyarlar. Cinsel tercih, deri rengi, fiziksel sakatlık gibi özellikler etiketlemeye gerekçe kabul edilerek kişilere siyah ya da beyaz, özürlü ya da sağlam gibi etiketler takılır. Böylelikle kişiler belli gruplara ayrılır.

Toplum etiketlenen bireyi gerçek kimliği ile değil de kendi istediği gibi algılar. Örneğin ruhsal hastalığı olan kişiler akıl hastası olarak etiketlenir (13, 53, 59).

b. Kalıpyargılar

Etiketlenerek gruplara ayrılan kişilerin davranışları ve özellikleri ile ilgili inançlardır. Kişiler arasında fark olup olmadığına bakılmaksızın bir grubun bütün üyelerine aynı karakteristik özellikler atfedilerek genelleme yapılmasıdır. Kalıpyargı oluşturma süreci duygusal değil bilişseldir. Ruhsal hastalığı olanların şiddet riski yüksek, saldırgan kişiler olarak görülmesi kalıpyargıya örnektir (13, 59, 60).

c. Bilişsel ayırma ya da önyargılar

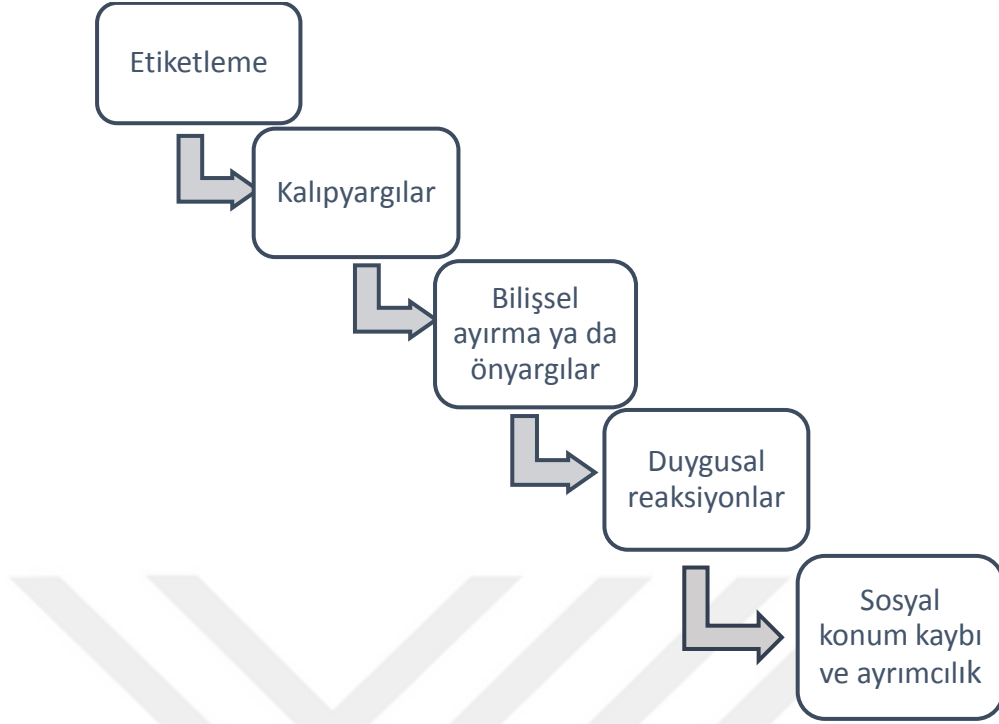
Etiketlenen kişilerin zihinlerde “biz” ve “onlar” diye gruplara ayrılması aşamasıdır. Önyargılar, geçmişten gelen kalıpyargılar üzerine bina edilir. Kalıpyargılar, bilişsel süreci; önyargılar, psikolojik süreci oluşturur. Önyargılar, kalıpyargıları destekleyerek duygusal tepkilerin oluşmasını kolaylaştırır ve kişiler zihinde ötekiler kategorisine konulup ayrıştırılır (13, 53, 59).

d. Duygusal reaksiyonlar

Kalıpyargılar ve önyargıların bir araya gelmesi ile ötekiler kategorisindeki kişilere karşı öfke, korku, acıma, sinirlilik, kaygı gibi duygular oluşur. Ruhsal hastalığı olan kişilerden korkulması buna bir örnektir. Oluşan duygular davranışları ve konuşmayı şekillendirir. Acımanın sese yansımaları ya da doğal olmayan bir tarzda konuşma karşındaki kişi tarafından hissedilir ve onun utanmasına, korkmasına, yabancılaşmasına veya sinirlenmesine sebep olur (13, 53, 59).

e. Sosyal konum kaybı ve ayrımcılık

Kişiler etiketlendiğinde, kalıpyargılar ile nitelendiğinde ve duygusal tepkilerle karşılaştıklarında toplumda değer kaybına uğrarlar. Damgalanan kişi, damgalayan kişinin gözünde istenmeyen özelliklerle ilişkilendirilir. Buna bağlı olarak da reddetme, dışlama ve ayrımcılık gelişir. Önyargılar yalnızca atıf iken, ayrımcılık davranışsal boyuttadır. Süreç bazı kişilerin başkaları tarafından bazı haklarından ve menfaatlerinden mahrum bırakılmasıyla sonuçlanır. Toplumda ruhsal hastalığı olan kişilerden kaçınılması bu duruma bir örnektir (13, 53, 59).



Şekil 3. 1. Damgalamanın basamakları (53, 59).

3.2.3. Kanserde Damgalama

Tıbbi konulardaki damgalamalar tarihsel süreçte oldukça fazla yaşanmıştır. Salgın hastalıklara, cüzzam ve vebaya yakalanmanın ilahi bir ceza olduğuna inanılıp, hastalar günahkar kabul edilmiştir. Uzun yıllar ruhsal hastalığı olanların kötü ruhların etkisinde olduğuna ve bu kişilerin çevresindekilere zarar vereceğine inanılmıştır (13, 53). Yine siroz, epilepsi, AIDS sıklıkla damgalanan hastalıklar arasında yer almaktadır. Daha önce tedavisi olmayan sifiliz, tüberküloz gibi hastalıklara yönelik korku ve damgalama, tedavi olanaklarının gelişmesiyle azalma gösterirken 1900'lü yıllardan itibaren damgalanan hastalıklar listesine kanser de eklenmiştir.

Kanser mortalitesi yüksek bir hastalık olması sebebiyle toplumda acı çekme ve ölümün eş anlamlısı olarak görülmektedir (10, 11). Bu sebeple birçok kişi kanser hakkında düşünmek ve konuşmak kaygı ve stres oluşturduğu için bundan kaçınmaktadır (13). Kanser hakkındaki olumsuz tutumlar ve kalıpyargılar sebebiyle kanser tanısı alan kişilere de kötü kaderi olan, başına bir afet gelmiş kişiler olarak bakılmaktadır. Bu duruma kanserin nedeninin bireysel davranışlara atfedilmesi

eklendiğinde kanser hastalarının maruz kaldığı damgalanma artmaktadır. İnsanlar kanser tanısı aldıklarında damgalanma korkusuyla bunu komşularına veya arkadaşlarına söylemekten çekinmektedirler. Bazen kansere bağlı damgalanma hastalığın kendisinden ve tedavisinden daha zor, hatta dayanılmaz olabilmektedir (10, 11).

Kansere yönelik damgalama sağlık çalışanlarında da görülmektedir. Alanyazında 20. yüzyılın ortalarından itibaren kanıtlar, ölümle olan ilişkisi nedeniyle kanser teşhisinin sıklıkla hastalarla açıklanmadığını göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1961'de bir hastanede çalışan doktorlarla yapılan araştırmada, doktorların yaklaşık %90'ı hastalarının sarsılmalarından endişe ettikleri için hastalarına kanserli olduklarını söylememeyi tercih ettiklerini bildirmiştir. Katar'da yürütülen bir araştırmada hekimlerin çoğu hastalarını kanser teşhisi konusunda bilgilendirdiklerini belirtmişlerdir, ancak %66'sı sıklıkla istisnalar yaptıklarını söylemiştir. İtalya'da yürütülen bir araştırmada hekimlerin %45'i hastalara teşhisin açıklanması konusunda hemfikirdir, ancak yalnızca hekimlerin %25'i bunu tutarlı bir şekilde yaptıklarını bildirmiştir. Çin'de yapılmış araştırmalar hekimlerin kanser tanısını aile üyelerine açıklamayı, hastalara göre daha kabul edilebilir bulduğunu ortaya koymuştur (61). Dünya Hekimler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi'nin 1981'de imzalanmasıyla hasta hakları uluslararası çapta kapsamlı olarak ilk defa düzenlenmiş ve 2005'te Santiago Bildirgesi'yle son şeklini almıştır. Türkiye'de 1998 yılında Hasta Hakları Yönetmeliği yayınlanmış olup, uygulanması hususunda sağlık kurumlarına ve sağlık çalışanlarına sorumluluklar yüklenmiştir. Hasta hakları kapsamında hastanın tedavisinden sorumlu hekimi tarafından, durumu ile ilgili tıbbi gerçekler hakkında tam olarak bilgilendirilme ve aydınlatılma hakkı bulunmaktadır (62).

3.2.4. Kanser Damgasında Etkili Olan Faktörler

Jones ve arkadaşlarının öne sürdüğü sosyal damga (social stigma) teorisine göre kansere ait bazı özellikler kanserin damga olarak değerlendirilmesinde etkili olmaktadır (13). Bunlar:

Kanserin Gizlenebilirliği (Concealability): Vücudun görünen kısımlarında gelişen kanserleri başkalarından gizlemek zor olmaktadır. Örneğin baş, boyun kanseri gizlenemezken yumurtalık ya da rahim kanseri diğer kişilerden gizlenebilmektedir.

Kanserin Seyri (Course): İnsanların kanserin seyri ve öldürücülüğü hakkındaki inançları damgalamada etkili olmaktadır. Kanser tanısı aldıktan sonraki yaşam süresi kanser tedavisindeki ilerlemeler sayesinde her ne kadar uzamış olsa da ölümle sonuçlandığı için kanser tedavisiz bir hastalık olarak görülmektedir.

Kanserin Yıkıcılığı (Disruptiveness): Kanserın kişiler arası etkileşimi kısıtlama derecesi olarak da tarif edilebilir. Kanser gibi ciddi bir hastalık karşısında kişiler ne söyleyeceklerini bilemedikleri için kanser hastaları ile etkileşimden kaçabilmektedirler.

Estetik Boyutu (Aesthetic qualities): Kansere bağlı hastaların dış görünüşünde meydana gelen olumsuz değişimler kişileri çirkin, itici hale getirebilir. Örneğin, baş ve boyun kanseri hastaların dış görünüşünde belirgin bir bozulmaya neden olabilir veya kolostomi rahatsız edici kokuya yol açabilir. Aşırı zayıflama veya kemoterapiye bağlı saç dökülmesi sıkça görülen olumsuz değişikliklerdendir.

Kanserin Nedeni (Origin): Kanserın gelişmesinde kişilerin paylarının (sigara içmenin, sağlıksız beslenmenin kanser gelişiminde rol oynaması) olup olmadığı damgalamada etkili olmaktadır.

Kanser Gelişme Riski (Peril): Kalıtsal kanserlerde aile üyelerinden birinde kanser varlığı diğer aile üyelerinde de kendilerinde kanser gelişeceğine dair tedirginlik oluşturmaktadır. Yine kanserlerin bulaşıcı olduğuna dair yanlış inanışlar kişilerin güvensizlik hissetmesine yol açmaktadır.

Marlow ve Wardle'a göre kanser damgasında altı faktör [ciddiyet (severity), iletişimde güçlük (awkwardness), kişisel sorumluluk (personal responsibility), kaçınma (avoidance), politika karşıtlığı (policy opposition), ekonomik ayrımcılık (financial discrimination)] etkili olmaktadır. Bunlardan üçü (ciddiyet, iletişimde güçlük, kişisel sorumluluk) kişilerin kansere yönelik algısını şekillendirirken, diğer üçü (kaçınma, politika karşıtlığı, ekonomik ayrımcılık) kanserli kişilere yönelik

davranışı şekillendirmektedir. Jones ve arkadaşlarına göre kansere yönelik algıyı kanserin seyri (course), kanserin yıkıcılığı (disruptiveness), kanserin nedeni (origin) belirlemektedir. Her iki görüş birbiriyle paralellik göstermektedir (13).

3.2.5. Kanser Damgasının Sağlık Üzerine Etkileri

Kanser damgasının sağlık üzerine etkisini araştıran çalışma sayısı kısıtlı olmakla beraber mevcut çalışmalar fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan sağlığı olumsuz etkilediğini ortaya koymuştur (13, 57). Damgalama sosyal çevre, kişiler arası iletişim, kaynakların kullanımı, ruh sağlığının korunması, sağlık hizmeti arama davranışı, bakım ve tedaviye erişim, tedavi sürecine uyum gibi bir dizi süreci baltalayarak sağlığı kötüleştirmektedir (57).

Kansere yönelik kalıpyargılar kanser hastalarına karşı ayrımcı davranışlarla sonuçlanabilmekte ya da kişiler kanser tanısı aldığı anda bunu gizleyebilmek için kendilerini çevreden izole edebilmektedir (12).

Her iki durumda da kanser hastalarının sosyal desteği azalmaktadır (13). Kişinin davranışları kanserin nedeni olarak görüldüğünde hem hastalar kendini suçlamakta hem de çevredeki kişilerin suçlamalarına maruz kalmaktadır. Kansere sebep olmakla suçlanma korkusu kişilerin sağlık yardımı arama cesaretini kırmaktadır (13, 52).

Örneğin akciğer kanseri olan kişiler sigara içmemiş olsalar ya da içmeyi bırakmış olsalar dahi toplum tarafından sigara içicisi olup kansere kendileri yol açmış kişiler olarak görülür. Bu damgalanma korkusu ve utanç akciğer kanseri olan kişilerin mevcut şikayetleri için hastaneye başvurmayı ertelemelerine yol açmaktadır (16, 63, 64).

Yine sağlık personelinden kansere bağlı ayrımcılık göreceği konusunda endişesi olan kişilerin hekim tavsiyelerine ve tedaviye uyumu düşük olmaktadır (13).

Araştırmalar sağlıkla ilgili damgalanmayı deneyimleyen, içselleştiren, algılayan veya öngören kişilerin tedavilerini ertelediklerini, uygulanan tedaviye uyumlarının zayıf olduğunu veya sağlıklarını tehlikeye sokacak riskli davranışlara eğilim gösterdiklerini ortaya koymaktadır (52, 57).

Pérez-Stable ve arkadaşları yaptığı araştırmada mamografi çekimi sonucunda anormal bulguya rastlanan kadınlardan algılanan ayrımcılık seviyesi yüksek olan kadınların diğer kadınlara göre ileri tetkikleri tamamlama sıklığının düşük olduğunu saptamıştır (13). Kırsal kesimde yaşayan kadınlarda deri kanseri taramaları hakkında yapılmış başka bir araştırmada ise kişilerin damgalanma korkusuyla kanser taramalarına katılmadığı bulunmuştur. Kırsal kesimde yaşayan kadınlarda deri kanseri taramaları hakkında yapılmış bir araştırmada kişilerin damgalanma korkusuyla kanser taramalarına katılmadığı bulunmuştur (65).

Bu durum damgalamanın kanser tanısının konmasında gecikmelere yol açtığı böylece tanı sonrası yaşam süresinde belirleyici olduğu anlamına gelmektedir (13).

Kansere bağlı damgalanma kişilerin benlik saygısını azaltmakta, öfke, kaygı bozukluğu ve depresyona yol açarak aynı zamanda kişilerin ruh sağlığını da olumsuz etkilemektedir (15).

3.3. ÖLÇEK UYARLAMA ÇALIŞMASI

Ölçekler, var olduğuna inanılan ancak doğrudan ölçülemeyen olguların seviyesini ortaya koymayı amaçlayan maddelerden oluşan ölçme araçlarıdır. Ölçeği oluşturan birçok madde, tek bir maddenin ulaşamayacağı doğruluk derecesiyle istenen olgunun durumunu ölçmektedir (66).

Ölçekler bir kültürün özelliklerine göre geliştirildiği için başka bir kültürde kullanılacağına yeni kültürün özelliklerine ve diline uyarlamak gerekmektedir. Uyarlama ölçeğin ilk kez geliştirildiğinde yapılan araştırma ve analizlerin birçoğunu tekrarlamayı gerektirir (67). Uyarlama çalışması yapılmak istendiğinde ilk önce yeni bir ölçek geliştirmek mi yoksa var olan ölçeği uyarlamak mı daha uygun olacak ona karar verilmelidir (68). Yeni bir ölçek geliştirmenin de uyarlama yapmanın da kendine göre birtakım avantajları ve zorlukları vardır. Bir ölçeği uyarlamak yeni bir ölçek geliştirmekten daha hızlı ve daha az maliyetlidir (69). Araştırma yapılan konuda ölçek geliştirmede uzmanlık bilgisinin yetersiz olduğu durumda var olan ölçeği uyarlamak daha avantajlı olmaktadır. Bir konu ile ilgili kültürler arası ya da bölgeler arası karşılaştırma yapmak hedefleniyorsa uyarlama yapmak daha uygun olacaktır

(67, 70). Ayrıca eğer var olan ölçek alanda kabul gören geçerlik ve güvenilirliği yüksek bir ölçekse onun uyarlamasının da geçerlik ve güvenilirliği yüksek olacaktır (71, 72).

Tüm bu avantaj ve dezavantajlar hesap edilip ölçek uyarlamaya karar verildiğinde öncelikle ölçeği geliştiren araştırmacılardan uyarlama için izin istenmesi gerekmektedir (68). Gerekli iznin alınması halinde ölçek, psikolinguistik ve psikometrik özellikleri ve kültürlerarası karşılaştırılabilirlik açısından değerlendirilmelidir.

3.3.1. Psikolinguistik Özelliklerin Değerlendirilmesi

Psikolinguistik özelliklerin değerlendirilmesi ölçek maddelerinin her iki dile ve kültüre hakim, ölçülecek kavram hakkında bilgi sahibi ve ölçek uyarlama hakkında tecrübeli kişiler tarafından çevrilmesi ile başlamaktadır (71, 73). Çevirisi yapılmış ölçek maddeleri uzmanlar tarafından gözden geçirilmeli ve gerekli düzeltmeler yapılmalıdır (73). Daha sonra çeviri tekrar asıl diline çevrilmeli ve her iki çevirinin uyduğu görülmelidir (71). Daha sonra ölçek, ölçeğin geliştirildiği grubun özelliklerine benzer bir deneme grubuna uygulanmalı ve gerekli düzeltmeler tamamlanmalıdır. Bu aşamadan sonra ölçek hedef kitleyi temsil eden daha büyük bir ana gruba uygulanmalı ve elde edilen verilerle ölçeğin psikometrik özellikleri yani geçerlik ve güvenilirliği değerlendirilmelidir (67, 68, 70, 71, 74, 75).

Kültürlerarası karşılaştırma yapmak hedefleniyorsa asıl ve uyarlanan kültürlerdeki test puanları arasındaki ilişkiyi bulmak için uygun bir istatistiksel yöntem belirlenmeli (68, 70) ve asıl ölçek formu ile yeni uyarlanan form arasında dilsel eşdeğerlik sağlanmalıdır (68, 75).

3.3.2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi

Psikometrik özellikler, ölçeğin güvenilirlik ve geçerliğini ifade eder. Bir ölçeğin ortaya koyduğu sonuçların doğru olabilmesi için ölçeğin hem güvenilir hem de geçerli olması gerekmektedir.

A. Güvenirlik

Güvenirlik, bir ölçeğin ölçmek istediği değişkeni ne tutarlılıkla ölçtüğünün derecesidir. Başka bir deyişle ölçüm sonuçlarının hatalardan arınmış olmasının derecesidir (71, 76).

Uygulamadaki anlamı ise, ölçülmek istenen değişken için ölçeğin verdiği puanın değişkende gerçek bir farklılık olmadığı sürece değişmemesi halidir. Böylece puanlarda oluşan değişim değişkende meydana gelen gerçek bir farklılığa atfedilebilir (77).

Güvenirlik ölçeğin iç tutarlılığı, kararlılığı ve ölçmeci güvenilirliği olmak üzere üç şekilde incelenir (71).

a) İç Tutarlılık

İç tutarlılık, ölçeği oluşturan maddeler arasındaki ilişki, maddeler ile ölçülmek istenen değişken arasındaki ilişkiye bağlıdır. Ölçek maddelerinin ölçülmek istenen değişken ile ilişkileri güçlü ise birbirleriyle olan ilişkileri de güçlü olacaktır. Bu durumda ölçeği oluşturan maddeler arasında korelasyon ne kadar yüksekse ölçeğin iç tutarlılığı da o kadar yüksek olacaktır. Maddeler arasındaki yüksek korelasyon, bütün maddelerin aynı şeyi ölçtüğünü gösterir (77).

İç tutarlılık Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı, Kuder-Richardson (KR) Güvenirlik Katsayıları ve Yarıya Bölme Yöntemi ile değerlendirilir (71).

- **Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı**

Cronbach alfa katsayısı, ölçekte yer alan k maddenin varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile bulunan bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır (71, 78). Alanyazında alfa katsayısının;

$0.00 \leq \alpha < 0.40$ ise ölçeğin güvenilir olmadığı,

$0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçeğin düşük güvenilirlikte olduğu,

$0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise ölçeğin oldukça güvenilir olduğu,

$0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu belirtilmektedir (79, 80).

- **Kuder-Richardson Güvenirlik Katsayıları**

Kuder-Richardson formülleri, ölçekteki her maddenin aynı değişkeni ölçtüğü varsayımına dayanır. Tüm maddelerin birbirleri ile ve ölçeğin tamamı ile iç tutarlılığını değerlendirir (78).

- **Yarıya Bölme Yöntemi**

Bu yöntemde, ölçeği oluşturan maddeler rastgele iki eş parçaya bölünerek bir gruba uygulanır.

Grubun her bir yarımdan aldığı puanlar hesaplanarak aralarındaki korelasyon değerlendirilir (76).

b) Ölçeğin kararlılığı

Test-tekrar test yöntemi ve paralel form yöntemi ile değerlendirilir.

- **Test-Tekrar Test Yöntemi**

Ölçeğin aynı gruba farklı zamanlarda uygulanması sonucu elde edilen ölçüm değerleri arasında korelasyon değerlendirilir. Her iki ölçüm arasındaki süre ölçülen özellik hakkında önemli değişimler olmayacak kadar kısa ancak grubun önceki yanıtlarını hatırlamayacağı kadar uzun olmalıdır (78).

- **Paralel Form Yöntemi**

Tam anlamıyla paralel formu olan ölçekler için her iki ölçeğin uygulanmasıyla elde edilen değerler arasındaki korelasyon hesaplanarak değerlendirme yapılır (77).

c) Ölçmecî Güvenirliği

Gözlemciler içi tutarlılık ve gözlemciler arası tutarlılık yöntemleriyle değerlendirilir.

- **Gözlemciler içi tutarlılık**

Aynı gözlemci tarafından yapılan iki veya daha fazla ölçüm arasındaki tutarlılık değerlendirilir (71).

- **Gözlemciler Arası Tutarlılık**

Birden çok gözlemcinin, aynı durumu, aynı ölçüm aracı ile birbirinden bağımsız olarak, ölçmesi halinde uygulanan bir güvenilirlik ölçütüdür (71).

B. Geçerlik

Geçerlik, yapılandırılmış bir ölçeğin hedeflenen olayları yordama yeteneğidir (81). Başka bir ifadeyle ölçeğin ölçmeyi hedeflediği özelliği başka bir özellik ile karıştırmadan doğru olarak ölçebilme derecesidir (71, 76).

Geçerlik yorumsal geçerlik, ölçüte dayalı geçerlik ve yapı geçerliği olarak değerlendirilir.

a) Yorumsal Geçerlik

Yüzeysel geçerlik ve içerik (kapsam) geçerliği olarak ele alınır.

- **Yüzeysel Geçerlik (Görünüş Geçerliği)**

Ölçeği oluşturan maddelerin net bir şekilde araştırılan konu ile ilgili olduğuna dair uzman görüşüdür (71). Maddelerin görünüşü, okunabilirliği, anlaşılabilirliği, uygulama kolaylığı gibi konularda değerlendirme yapılır (76).

- **İçerik Geçerliği (Kapsam Geçerliği)**

Kapsam geçerliği, ölçeğin ve ölçeği oluşturan maddelerin ölçülmek istenen alanı ne derece yansıttığını ifade eder (81).

Bunun için araştırmacı, ölçeğin ilk geliştirilme aşamasında var olan maddeleri konu ile ilgili uzmanların görüşüne sunarak kapsam dışı bırakılmış, dahil edilmesi gereken konuları da önermelerini sağlayabilir. Diğer bir yaklaşımsa araştırmacıların geliştirdiği maddelerin, bir grup içerik uzmanı tarafından ele alınması ve maddelerin kavramsal tanımı temsil ediciliğinin gözden geçirilmesidir (81).

Uzmanların görüşleri Davis tekniği ile değerlendirilir. *“Bu tekniğe göre ‘maddeler; ‘uygun’, ‘madde biraz gözden geçirilmeli’, ‘madde ciddi olarak gözden geçirilmeli’ ve ‘madde uygun değil’ şeklinde dörtlü derecelendirilmektedir. Bu teknikte, maddelerin uygun oluşu ve maddenin biraz gözden geçirilmeli seçeneklerini*

işaretleyen uzmanların sayısı, toplam uzman sayısına bölünerek maddeye ilişkin ‘kapsam geçerlik indeksi’ elde edilir. Bu değerin 0,80 olması kabul edilebilir bir düzey demektir.” (71).

b) Ölçüte Dayalı Geçerlik (Kriter Geçerliği)

Ölçeğin gerçek yaşamda ölçülen durumu ne kadar tahmin ettirici olduğunu gösterir (76).

Eş zaman geçerliği ve yordama geçerliği olarak ele alınır.

- **Eş Zaman Geçerliği (Uyum Geçerliği)**

Eş zaman geçerliğini test etmek için ölçek aynı ya da ilişkili bir yapıyı ölçen ve daha önce geçerliği ispat edilmiş başka bir ölçekle eşzamanlı uygulanır ve aralarındaki korelasyon değerlendirilir (76).

- **Yordama Geçerliği (Kestirimsel Geçerlik)**

Bir değişkeni ölçen ölçekle yapılan ölçme sonucunun, gelecekte ölçülecek değişken ile arasındaki korelasyonun hesaplanmasıyla elde edilir (82).

Sonradan alınacak referans sonucun daha önceden tahmin edilmesidir (71).

c) Yapı Geçerliği

Yapı geçerliği, ölçeğin ölçmeyi amaçladığı konuyu ölçebilme düzeyidir. Ölçeğin yapı geçerliğinin yüksek olması istenmektedir. Yapı geçerliğinin yüksek olması ölçeği oluşturan maddelerin benzer nitelikte ve homojen olduğunu göstermektedir (82). Yapı geçerliğini değerlendirmede faktör analizi, yapısal eşitlik modellemesi, benzer ölçek geçerliği, sağlama geçerliği, hipotez testi, şablonların eşleşmesi teorisi gibi yöntemler kullanılmaktadır (71).

- **Faktör analizi**

Aynı yapıyı ya da niteliği ölçen değişkenler bir araya toplanarak ölçmeyi az sayıda faktörle açıklamayı amaçlayan istatistiksel bir tekniktir. Faktör analizi Açıklayıcı Faktör Analizi ve Doğrulayıcı (Onaylayıcı) Faktör Analizi olmak üzere iki

yöntemle yapılır. Açıklayıcı Faktör Analizinde (AFA) değişkenler arasındaki muhtemel ilişki ortaya konur. Doğrulayıcı Faktör Analizinde (DFA) ise araştırmacı tarafından daha önceden belirlenen bir ilişkinin doğruluğu test edilir (83).

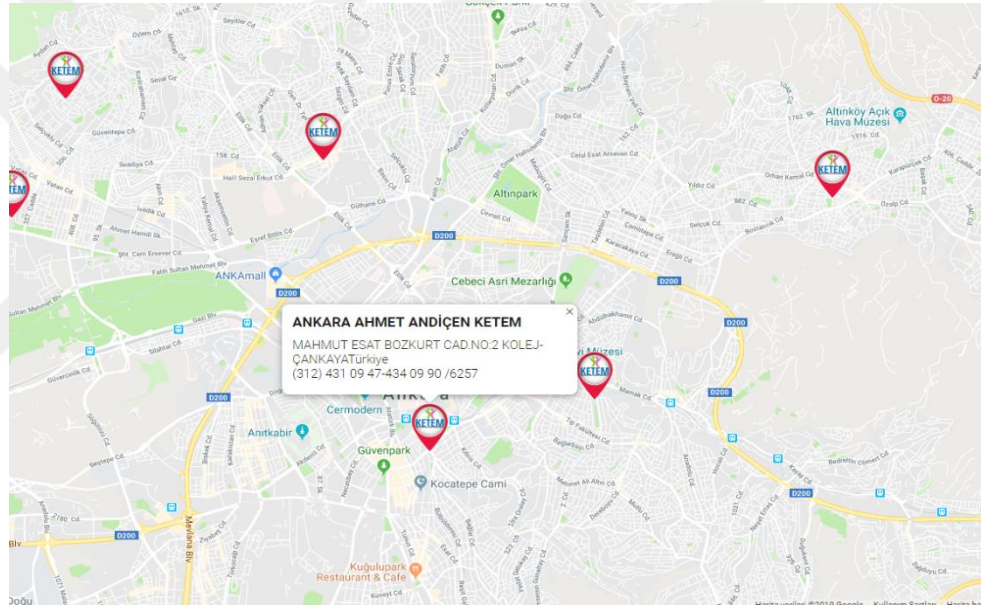
3.3.3. Kùltùrlerarası Karşılaştırma

Kùltùrlerarası karşılaştırma yapmak istenildiğinde uyarlanmış ölçeğin orijinali ile aynı özelliklere sahip olması ve aynı şekilde işlev görmesi hedeflenir (82). Bunun için özgün ölçek ve uyarlanan ölçek formları arasında dil açısından eşdeğerliğin sağlanması, kùltürel normlar ve psikometrik özelliklerin mümkün olduğunca birbirine benzer olması gerekmektedir. Her iki ölçeğin puan ortalaması, standart sapması, kesim noktası, ölçme hatası, faktör-madde yükleri açısından benzer olması istenir (68, 73, 74, 82).

4. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ahmet Andıçen Kanser Erken Tanı ve Tedavi Merkezinde (KETEM) yapılmıştır. Ankara’da toplamda 12 adet KETEM bulunmaktadır. Ahmet Andıçen Kanser Erken Tanı ve Tedavi Merkezi (KETEM) Çankaya ilçesine bağlı Kolej mevkiinde bulunmaktadır. Merkeze metro ve halk otobüsleri ile ulaşım mümkündür. Merkezin yerleşimi Şekil 4.1.’de görülmektedir.



Şekil 4.1. Ahmet Andıçen Kanser Erken Tanı ve Tedavi Merkezi (19).

Ahmet Andıçen KETEM 2004 yılından beri hizmet vermekte olup, merkezde bir hekim, iki hemşire, üç ebe, üç röntgen teknisyeni, iki veri hazırlama memuru ve bir hizmetli olmak üzere toplamda 13 kişi çalışmaktadır. Merkezde kanser taramalarının yanında sigara bırakma danışmanlığı ve halk eğitimleri verilmektedir. Yılda yaklaşık 17 000 kanser taraması (yaklaşık 7 000 meme kanseri, 5 000 serviks kanseri ve 5 000 kolorektal kanser) yapılmaktadır.

4.2. Araştırmanın Evreni, Örneklemi ve Araştırma Grubu

Bu araştırma, temel olarak Kanser Damga Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması çalışması olduğu için ölçek uyarlama çalışmaları konusundaki alanyazında belirtilen kriterlere uygun hareket edilmiştir.

Geçerlik-güvenirlik çalışmalarında örneklem sayısının belirlenmesinde bazı kaynaklarda ölçek madde sayısının en az beş katı büyüklükte örneklem belirlenmesi gerektiği, daha sağlıklı analiz yapabilmek için ölçek madde sayısının 10 katı örneklem alınmasının gerektiği belirtilmektedir (79, 84, 85). Örneklem büyüklüğü ile ilgili diğer bir görüş ise, faktör analizi için 200 katılımcı sayısının "orta", 300 katılımcı sayısının "iyi", 500 katılımcı sayısının "çok iyi", 1000 katılımcı sayısının ise "mükemmel" olduğudur (79, 85). Bu görüşler ışığında bu araştırma ölçekte bulunan madde sayısının 25 olması nedeniyle bunun 20 katı olarak 500 katılımcı ile araştırmanın yapılması planlanmıştır.

Ahmet Andiçen KETEM'e yapılan tarama başvuruları iki şekilde olmaktadır. İlki Çankaya ilçesinde yer alan ASM'lere kayıtlı kişilerin aile hekimleri tarafından İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı araçlarla toplu olarak taramaya gönderilmesi şeklinde, diğeri ise kişilerin tarama için kendi olanaklarıyla başvurması şeklindedir. Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı araçlarla toplu olarak gelen kişilerin tarama sonuçları, kişilerin aile hekimine gönderilmektedir. Bu kişiler sonuçlarını aile hekiminden öğrenmekte olup, KETEM'e sonuç öğrenmek için gelmemektedir. Tarama için bireysel başvurularda ise kişiler, 15-20 gün sonra tarama sonucunu öğrenmek için KETEM'e tekrar gelmektedir.

Çalışmamızda örneklem seçilmemiş olup, 2 Aralık 2019-29 Ocak 2020 tarihleri arasında kanser taraması yaptıran herkes araştırmaya davet edilmiş, katılmayı kabul eden ve dahil edilme kriterlerini karşılayanlarla araştırma yürütülmüştür. Araştırma kapsamında iki veri toplama formu (Veri Toplama Formu 1-2) uygulanmıştır. Veri Toplama Formu-1, 527 katılımcıya uygulanmıştır. Veri Toplama Formu-1'i dolduran 527 katılımcı arasından takma adı belli olan 100 kişiye de Veri Toplama Formu-2 uygulanmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

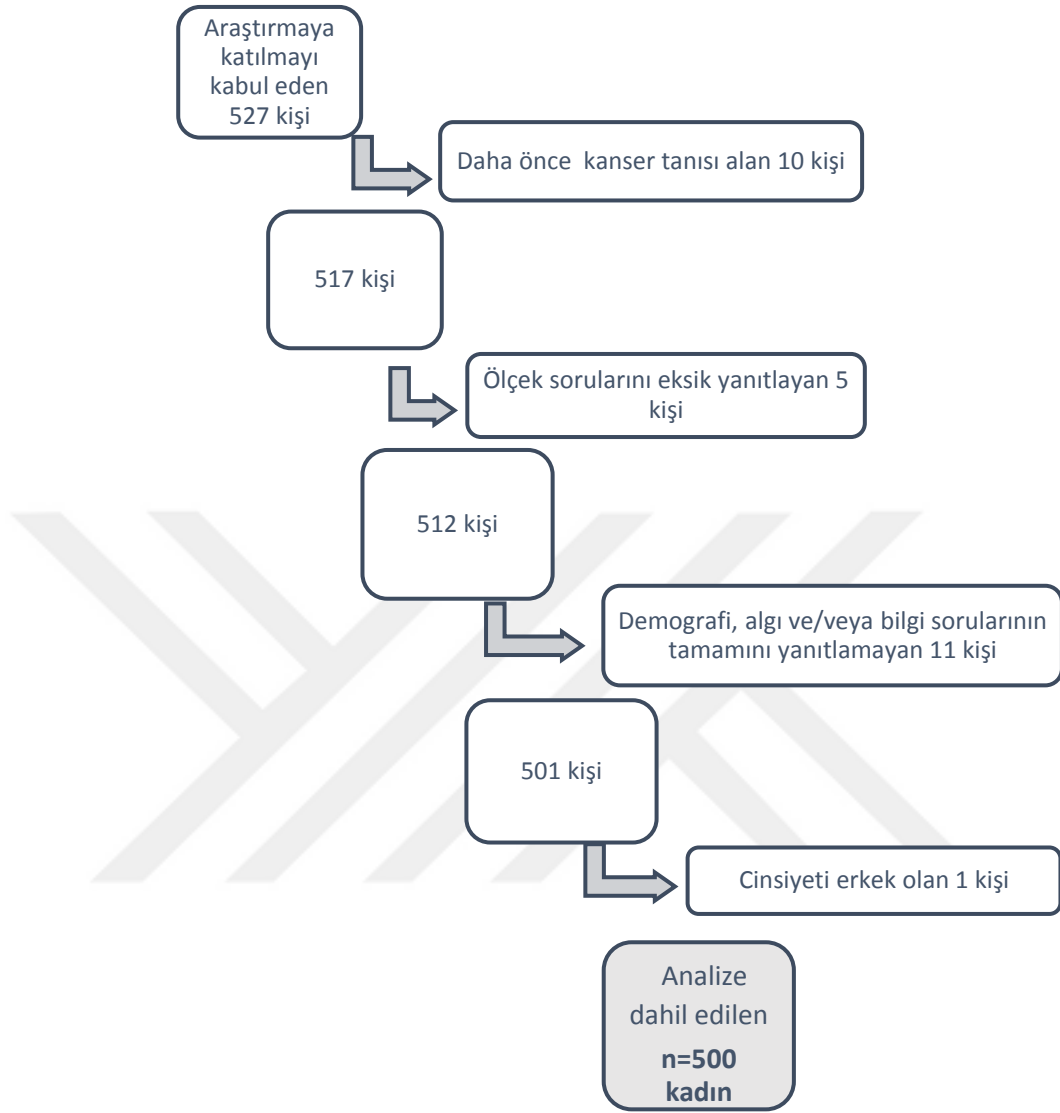
- KETEM’e kanser taraması yaptırmak için başvurmuş olmak,
- T.C. vatandaşı olmak,
- Türkçe bilmek.

Araştırmadan dışlanma kriterleri:

- İletişimi engelleyecek düzeyde işitme kaybı olmak
- Araştırmaya katılmayı engelleyecek sağlık sorunu olmak

Veri toplama aşamasında cinsiyet kısıtlamasına gitmeden toplamda 527 kişiye Veri Toplama Formu-1 (Ek 1), 100 kişiye ise Veri Toplama Formu-2 (Ek 2) uygulanmıştır. Veri Toplama Formu-1 uygulanan 527 kişiden 10’u daha önce kanser tanısı aldığı için, 5 kişi ölçek sorularının tamamını yanıtlamadığı için, 11 kişi demografi, bilgi ve/veya algı sorularının tamamını yanıtlamadığı için analiz dışında bırakılmıştır. Araştırma her iki cinsiyette Kanser Damga Ölçeği’nin geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla tasarlanmıştır. Ancak veri toplama süresi içerisinde kanser taraması yaptırmak için başvuranlar arasında sadece bir kişinin erkek olması, bunun da erkek cinsiyeti için yeterli temsiliyeti sağlayamaması sebebiyle, erkek katılımcıya ait veri de analiz dışında bırakılmıştır. Böylece araştırma analizleri 500 kadın katılımcıya ait veri üzerinden yürütülmüştür (Şekil 4.2.).

Bu 500 kadın katılımcının 100’üne ‘Test-tekrar test’ analizi için Veri Toplama Formu-1’in uygulanmasından 15-30 gün sonra da Veri Toplama Formu-2 uygulanmıştır. Katılımcılara uygulanan veri toplama formunun eşleştirilmesi için Veri Toplama Formu 1 uygulandığında katılımcıların bir takma ad/rumuz belirleyip yazması istenmiş ve bu takma ad/rumuz Veri Toplama Formu 2 uygulandığında da hatırlanıp yazılarak formlar eşleştirilmiştir.



Şekil 4.2. Araştırma katılımcı şeması

4.3. Araştırmanın Tipi

Araştırma iki bölümden oluşmaktadır, ilki metodolojik tipte bir epidemiyolojik araştırma, ikincisi ise tanımlayıcı tipte bir epidemiyolojik araştırmadır.

4.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın değişkenleri tanımlayıcı tipteki ikinci bölümü için tanımlanmıştır.

4.4.1. Tanımlayan Değişkenler

Ankara Ahmet Andiçen Kanser Erken Tanı ve Tedavi Merkezine (KETEM) kanser taraması için başvuran kişilerin

- Bazı sosyodemografik özellikleri (yaş, öğrenim durumu, medeni durumu, sağlık-hastalık durumu, çalışma durumu, ekonomik durumu, sağlık güvencesi olma durumu),
- Ailelerinde sağlık çalışanı bulunma durumu,
- Hangi kanser taramasını yaptırmak için başvurduğu,
- Kanser taraması yaptırmaya kimin yönlendirdiği,
- Daha önce kanser taraması yaptırma durumu,
- Aile, akraba, komşu veya arkadaşlarında kanser bulunma durumu,
- Ailelerinde kronik hastalık bulunma durumu

4.4.2. Tanımlanan Değişkenler

Ankara Ahmet Andiçen Kanser Erken Tanı ve Tedavi Merkezine (KETEM) kanser taraması için başvuran kişilerin

- Kanser damga düzeyi
- Kanser ve risk faktörleri hakkındaki bazı bilgileri,
- Kanser ile ilgili bazı beden algılarıdır.

4.5. Araştırmanın Yöntemi ve Veri Toplama Aracı

Araştırmanın veri toplama aracı, Veri Toplama Formu-1 (Ek 1) ve Veri Toplama Formu-2 (Ek 2)'dir.

Veri Toplama Formu-1

Kanser taraması için KETEM'e başvuran kişilerin kanser damga düzeyi ile ilişkili faktörlerin tespitine yönelik soruları içerecek biçimde benzer çalışmalarda kullanılan sorular incelenerek, araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır (17, 18). Veri Toplama Formu-1 (Ek 1) katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, kanserle ilgili bazı beden algılarını, kanser ve risk faktörleri hakkında bazı bilgilerini, çevrelerinde kanser tanısı almış kişi varlığını ve kanser taramaya yönelik bazı davranışlarını sorgulayan 46 soru ve 25 sorudan oluşan Kanser Damga Ölçeğini içermekte olup toplamda 71 sorudan oluşmaktadır. Kanserle ilgili bazı beden algılarını, kanser ve risk faktörleri hakkında bazı bilgileri değerlendiren sorular alanyazındaki benzer çalışmalar taranarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır (86-88) (89-92).

Veri Toplama Formu-1 uygulanmadan önce katılımcılardan Aydınlatılmış Onam Formu-1 (Ek 1) ile onam alınmıştır. Aydınlatılmış Onam Formu-1'de 71 soru olduğu ve yanıtlamanın yaklaşık 20 dk süreceği belirtilmiştir.

Veri Toplama Formu-2

Sadece Kanser Damga Ölçeğini içermektedir. Veri Toplama Formu-2 (Ek 2) uygulanmadan önce katılımcılardan Aydınlatılmış Onam Formu-2 (Ek 2) ile onam alınmıştır. Aydınlatılmış Onam Formu-2'de 25 soru olduğu ve yanıtlamanın yaklaşık 10 dk süreceği belirtilmiştir.

Kanser Damga Ölçeği (Cancer Stigma Scale-CASS)

Laura AV Marlow ve Jane Wardle tarafından İngiltere'de 2014 yılında, hasta olmayan kişilerde kanser damgasını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek İletişimde Güçlük (*Awkwardness*), Ciddiyet (*Severity*), Kaçınma (*Avoidance*), Politik Karşıtlık (*Policy Opposition*), Kişisel Sorumluluk (*Personal Responsibility*) ve Finansal Ayrımcılık (*Financial Discrimination*) olmak üzere altı boyuttan oluşmaktadır. Her bir boyuttaki madde sayısı üç ile beş arasında değişmekte olup, toplamda 25 madde bulunmaktadır. Maddeler yedili Likert tipi puanlama sistemi ile 1'den 6'ya puanlanmıştır. Toplam puan 25 ile 150 arasında değişmekte olup, yüksek puanlar yüksek damga düzeyini göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayısı 0,76-0,91'dir (18).

4.6. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi

Kanser taraması yaptırmak için KETEM'e başvuran kişilere tarama testi yapıldıktan sonra, araştırmacı tarafından araştırma hakkında bilgilendirme yapılmış, araştırmaya katılmayı kabul eden kişilere Veri Toplama Formu 1-2 yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Araştırma ile ilgili bilgilendirmede araştırmanın amacı, içeriği, süresi ve araştırma sonuçlarının paylaşımına ilişkin açıklamalar yer almaktadır. Aydınlatılmış onam formu, Veri Toplama Formunun ilk sayfasında yer almaktadır (Ek 1,2). Araştırmada katılımcıların isimlerini yazmaları istenmemiştir.

Veri Toplama Formu her bir katılımcıya kanser taraması yapıldıktan sonra tek tek, boş olan bir poliklinik odasında uygulanmıştır. Veri Toplama Formunun uygulanmasında araştırmacı, katılımcıların da soruları okumalarına imkan sağlayarak soruları katılımcılara yöneltmiş ve katılımcılardan aldığı yanıtları Veri Toplama Formu üzerine işaretlemiştir.

Veri toplama iki aşama halinde yürütülmüştür. İlkinde KETEM'e tarama için gelen, araştırmaya katılma kriterlerini karşılayan ve katılmayı kabul eden 527 kişiye 71 soruluk Veri Toplama Formu-1 (46 soru ve Kanser Damga Ölçeği-Ek 1) uygulanmıştır. Veri Toplama Formu-1'de bu kişilere tarama sonucunu öğrenmek için tekrar KETEM'e gelip gelmeyeceği sorulmuş ve KETEM'e tekrar geleceğini belirten kişilerin bir takma ad/rumuz belirlemesi istenerek bu takma ad/rumuz veri toplama formuna yazılmıştır. Veri toplamanın ikinci aşamasında ise merkeze tarama sonucunu öğrenmek için 15-30 gün içerisinde başvuran, ilk veri toplama aşamasına katılmış olup, ikinci aşamaya da katılmayı kabul eden kişilere Veri Toplama Formu-2 (Kanser Damga Ölçeği-Ek 2) uygulanmıştır. Daha önce belirlenmiş olan takma ad/rumuz bu veri toplama formu üzerine de not edilmiş ve ölçeğin tutarlılığını analiz etme sürecinde veri toplama formlarını eşleştirmede kullanılmıştır.

4.7. Araştırmanın Ön Denemesi

Araştırmada kullanılacak veri toplama formunun son haline getirilmesinden önce Ankara Yenimahalle ilçesindeki Dr. A. Yurtaslan Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezinde (KETEM) 20 kişi ile araştırmacı tarafından ön deneme

yapılmıştır. Ön denemede katılımcılar ölçeği oluşturan her maddenin anlaşılır olduğunu belirtmişlerdir. Ön deneme sonucuna göre veri toplama formunda sosyodemografik özellikleri sorgulayan sorularda gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

4.8. Verilerin Analizi ve Değerlendirme

Araştırmanın birinci bölümünde Kanser Damga Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği değerlendirilmiştir. Bu konuda yapılan analizler Bölüm 4.8.1.'de ayrıntılı olarak verilmiştir.

Araştırmanın ikinci bölümünde ise, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, kanser damga puanı, kanser ve risk faktörleri hakkında bazı bilgileri, kansere ilişkin bazı beden algıları ve ilişkili faktörler değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme sırasında katılımcıların medeni durumu "evli" ve "diğer" olarak ele alınmış olup; bekar, eşi ölmüş ve eşinden ayrılmış olanlar "diğer" olarak gruplanmıştır. Katılımcıların yaşam şekli "aile ile birlikte" ve "diğer" olarak ele alınmış olup; yalnız yaşayanlar ve arkadaşı ile yaşayanlar "diğer" olarak gruplanmıştır. Katılımcıların eğitim durumu "düşük", "orta" ve "yüksek" olarak ele alınmış olup; okur yazar değil, okur yazar/herhangi bir okul bitirmemiş ve ilkokul mezunu eğitim durumu "düşük" olarak, ilköğretim/ortaokul mezunu eğitim durumu "orta" olarak, lise, üniversite veya üstü eğitimi olanlar "yüksek" eğitim durumu olarak gruplanmıştır. Katılımcıların ekonomik durumu "iyi", "orta" ve "kötü" olarak ele alınmış olup; çok iyi ve iyi "iyi" olarak, çok kötü ve kötü "kötü" olarak gruplanmış, orta aynen belirtilmiştir. Katılımcıların sağlık durumu "iyi", "orta" ve "kötü" olarak ele alınmış olup; çok iyi ve iyi "iyi" olarak, çok kötü ve kötü "kötü" olarak gruplanmış, orta aynen belirtilmiştir. Kanser Damga Ölçeği puanının değerlendirilmesi Bölüm 4.8.1.'de ayrıntılı olarak verilmiştir. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, kanser damga puanı, kanser ve risk faktörleri hakkında bazı bilgileri, kansere ilişkin bazı beden algıları ve ilişkili faktörlere ait analizler ise Bölüm 4.8.3.'te ayrıntılı olarak verilmiştir.

4.8.1. Kanser Damga Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Analizi

Kanser Damga Ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik analizine başlamadan önce, ölçeği geliştiren araştırmacılardan ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliğinin değerlendirilebilmesi için izin alınmıştır (Ek 3). Daha sonra uyarlama çalışmaları konusundaki alanyazında belirtilen algoritmaya uygun olarak ölçeğin psikolinguistik ve psikometrik özellikleri değerlendirilmiştir (93-95).

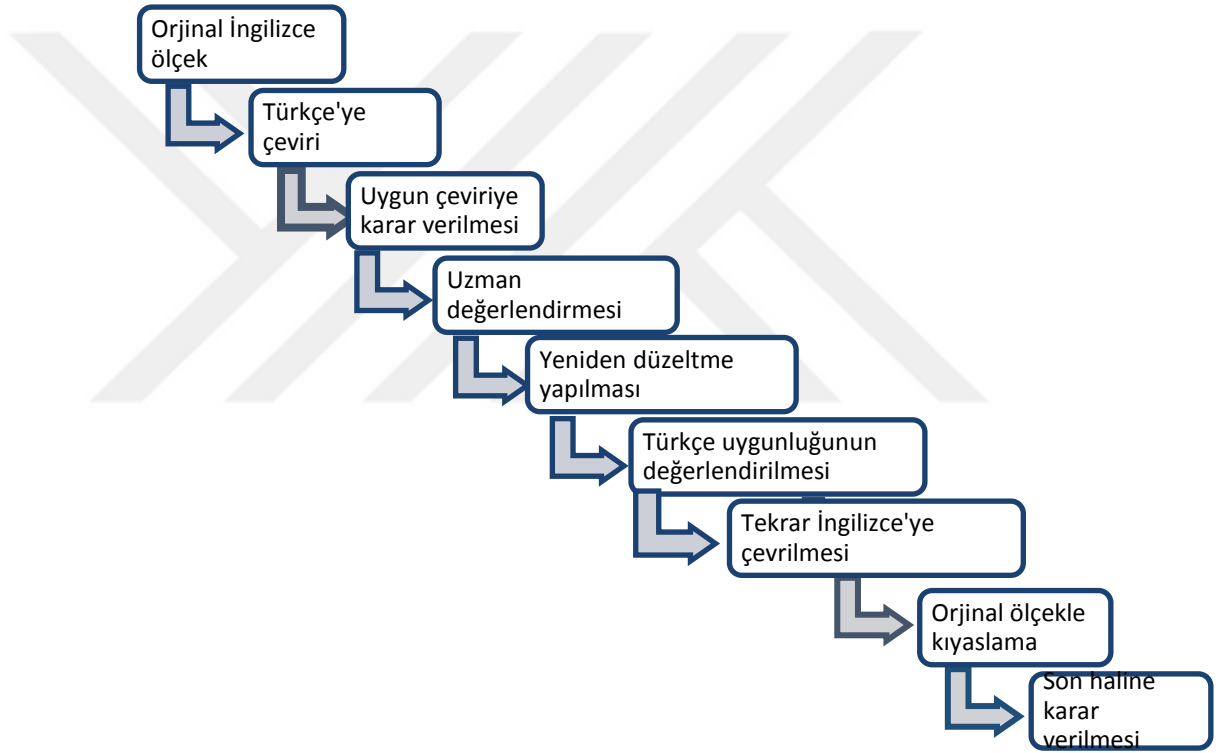
A. Psikolinguistik özelliklerin değerlendirilmesi

Laura AV Marlow ve Jane Wardle tarafından geliştirilen 25 maddelik Kanser Damga Ölçeği'nin Türkçe formunun oluşturulmasında ilk önce ölçek beş İngilizce öğretmeni tarafından birbirinden bağımsız olarak Türkçe'ye çevrilmiştir. Bu beş çeviri araştırmacılar tarafından değerlendirilmiş ve her bir ölçek maddesi için en uygun çeviriye karar verilmiştir. Elde edilen çeviri daha sonra 5 kişiden oluşturulan uzmanlar grubu (halk sağlığında toplum ruh sağlığı alanında çalışan bir doçent, epidemiyoloji alanında çalışan bir doktor öğretim üyesi, psikiyatri alanında çalışan bir profesör, iç hastalıkları tıbbi onkoloji alanında çalışan bir profesör ve bir doçent) tarafından, çevrilen maddelerin özgün maddeleri içerik ve anlam olarak karşılaması, çevirinin Türk kültürüne uygunluğu ve anlaşılabilirliği açısından birbirlerinden bağımsız olarak değerlendirilmiştir. Uzmanların önerilerine göre çeviride bazı ifade değişiklikleri yapılmıştır. Yapılan değişiklikler Tablo 4.1.'de gösterilmektedir.

Tablo 4.1. Uzmanların Önerisine Göre Maddelerde Yapılmış İfade Değişiklikleri

Madde no	İlk hali	Uzman önerilerine göre değiştirilmiş hali
3	Kanser olan kişi durumundan dolayı suçludur.	Kanser olan kişi, bu durumundan dolayı kendi suçludur.
8	Kanser olan kişinin mesuliyeti kendisine aittir.	Kanser olan kişinin durumuna dair yasal mesuliyeti kendisine aittir.
9	Eğer biri kanserse, bu muhtemelen kendi hatasıdır.	Bir kişi kanserse, bu muhtemelen kendi hatasıdır.
10	Kanser olan birinin yanında huzurlu hissedirim.	Kanser olan birinin yanında kendimi tedirgin hissetmem.
11	Kanser olan birinin yanında rahat hissedirim.	Kanser olan birinin yanında kendimi rahat hissedirim.
14	Kanser olan birinin yanında olmak benim için zor bir durumdur.	Kanser olan birinin yanında olmak, bana zor gelir.
15	Kanserli biri ile konuşmakta zorlanırım.	Kanser olan biri ile konuşmakta zorlanırım.
17	Kanser olan birinin yanında kanser hakkında konuşmaktan utanç duyarım.	Kanser olan birinin yanında kanser hakkında konuşmaktan utanırım.
19	Eğer bir iş arkadaşım kanser olsa, ondan kaçınmaya çalışırım.	Bir iş arkadaşım kanser olsa, ondan kaçınmaya çalışırım.
23	Kanser hastalarına mümkün olan en iyi bakımı sağlamak bizim sorumluluğumuzdur.	Bizim, kanser hastalarına mümkün olan en iyi bakımı sağlama sorumluluğumuz bulunmaktadır.

Bu işlemin ardından çeviri bir Türkçe öğretmeni tarafından dilbilgisi ve anlaşılabilirlik açısından değerlendirilmiş ve Türkçe ölçek son halini almıştır. Daha sonra Türkçe ölçek, daha önce ölçeğin İngilizce halini görmemiş bir İngilizce öğretmeni tarafından İngilizce'ye geri çevrilmiştir. Elde edilen İngilizce çeviri araştırmacılar tarafından orijinal ölçek ile karşılaştırılmış ve ölçek maddelerinin birbirleriyle uyumlu olduğu görülmüştür. Böylece ölçeğin psikolinguistik değerlendirme aşaması tamamlanmıştır. Şekil 4.3.'te iş akış şeması gösterilmektedir.



Şekil 4.3. Ölçeğin dil geçerliği iş akış şeması

B. Psikometrik özelliklerin değerlendirilmesi

Kanser Damga Ölçeği'nin psikometrik özelliklerin değerlendirilmesinde IBM Statistics Package for Social Sciences (SPSS ver. 23.0) istatistiksel paket programı ve AMOS programı kullanılmıştır. Aşağıda psikometrik özelliklerin değerlendirilme basamakları ve yapılan analizler ayrıntılı olarak sunulmuştur.

a) Kanser Damga Ölçeği'nin Güvenirlik Analizi

Bu araştırmada Kanser Damga Ölçeği'nin güvenilirliğini değerlendirmek için iç tutarlılık analizi ve test-tekrar test analizi yapılmıştır.

- **İç Tutarlılık Analizi**

İç tutarlılığını değerlendirmek için Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı hesaplanmıştır. Alanyazında alfa katsayısının;

$0.00 \leq \alpha < 0.40$ ise ölçeğin güvenilir olmadığı,

$0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçeğin düşük güvenilirlikte olduğu,

$0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise ölçeğin oldukça güvenilir olduğu,

$0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu belirtilmektedir (79, 80).

- **Test-tekrar test analizi**

Kanser Damga Ölçeği'nin test-tekrar test güvenilirlik analizi için 500 katılımcıdan takma adları belli olan 100 kişiye alanyazında en ideal zaman aralığı olarak belirtilen 15-30 gün ara ile ölçek tekrar uygulanmıştır (85). Ölçeğin bu 100 katılımcıya ilk uygulanması ile ikinci uygulanması sonucunda elde edilen ölçümler arasındaki korelasyon Spearman's rho korelasyon katsayısı ile değerlendirilmiştir. Cohen'e göre korelasyon katsayısı "0,10-0,29=düşük, 0,30-0,49=orta ve 0,50-1,0=yüksek" korelasyonu göstermektedir (96).

b) Kanser Damga Ölçeği'nin Geçerlik Analizi

Bu araştırmada Kanser Damga Ölçeği'nin geçerliğini değerlendirmek için kapsam (içerik) geçerliği ve yapı geçerliği değerlendirilmiştir.

- **Kanser Damga Ölçeği'nin Kapsam Geçerliği**

Ölçeğin kapsam (içerik) geçerliği "Davis tekniğine" göre değerlendirilmiştir. Davis tekniğinde uzmanlar maddeleri; "uygun", "madde biraz gözden geçirilmeli", "madde ciddi olarak gözden geçirilmeli" ve "madde uygun değil" şeklinde dörtlü derecelendirmektedir. Bu teknikte, maddeler için "uygun" ve "madde biraz gözden

geçirilmeli” seçeneklerini işaretleyen uzmanların sayısı maddeleri değerlendiren toplam uzman sayısına bölünerek maddeye ilişkin “kapsam geçerlik indeksi” elde edilmektedir. Bu değerin 0,80 ve üzerinde olması maddenin kabul edilebilir olduğu anlamına gelmektedir (71, 97). Bu araştırmada ölçeğin Türkçe çevirisi daha önceki bölümde bahsedildiği gibi beş uzman tarafından değerlendirilmiştir.

- **Kanser Damga Ölçeği’nin Yapı Geçerliği**

Alanyazında, ölçeğin geliştirilme aşamasında örtük yapısı belirlenmiş ve doğrulanmış olduğu için uyarlama çalışması yapılırken Açıklayıcı Faktör Analizinin (AFA) yapılmasına gerek olmadığı, geliştirme aşamasında ortaya konmuş modelin uyarlama çalışması yapılırken yeni kültürde uyumunun Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) ile değerlendirilmesinin uygun olduğu belirtilmektedir (85, 98). Bu çalışmada ölçeğin yapısı önceden bilindiği için yapı geçerliğinin değerlendirilmesinde örneğin tamamına (n=500) DFA yapılmıştır. DFA analizinde AMOS v.23 programı kullanılmıştır. DFA’da kullanılan standart uyum ölçüleri Tablo 4.2.’de verilmiştir (99-101).

Tablo 4.2. DFA’da Kullanılan Standart Uyum Ölçüleri

Uyum Ölçüleri	Zayıf Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Mükemmel Uyum
χ^2/sd		≤ 5	≤ 3
RMSEA	$\leq 0,10$	$\leq 0,08$	$\leq 0,05$
SRMR		$\leq 0,10$	$\leq 0,05$
CFI	$0,85 \leq CFI < 0,90$	$0,90 \leq CFI < 0,95$	$0,95 \leq CFI \leq 1$
GFI	$0,85 \leq GFI < 0,90$	$0,90 \leq GFI < 0,95$	$0,95 \leq GFI \leq 1$
AGFI	$0,80 \leq AGFI < 0,85$	$0,85 \leq AGFI < 0,90$	$0,90 \leq AGFI \leq 1$

χ^2 :ki-kare, **sd**: serbestlik derecesi, **RMSEA**: Tahminin Kök Hata Kareler Ortalaması, **SRMR**: Standardize Kök Artık Kareler Ortalaması, **CFI**: Karşılaştırılmalı Uyum İndeksi, **GFI**: Uyum İyiliği İndeksi, **AGFI**: Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi

4.8.2. Kanser Damga Ölçeği Puanının Değerlendirilmesi

Maddeler yedili Likert tipi puanlama sistemi ile 1’den 6’ya puanlanmakta olup, Kesinlikle katılmıyorum=1, Orta derecede katılmıyorum=2, Hafif derecede katılmıyorum=3, Kararsızım=0, Hafif derecede katılıyorum=4, Orta derecede katılıyorum=5, Kesinlikle katılıyorum=6 puan olarak hesaplanmıştır. Ölçekte 10., 11., 21., 22. ve 23. maddeler ters kodlanmaktadır. Toplam puan 25 ile 150 arasında değişmektedir. İletişimde Güçlük, Ciddiyet ve Kaçınma alt boyutlarının her birinde beş madde bulunmakta olup, alınabilecek puan 5 ile 30 arasında değişmektedir. Politik Karşıtlık ve Finansal Ayrımcılık alt boyutlarının her birinde üç madde bulunmakta olup, alınabilecek puan 3 ile 18 arasında değişmektedir. Kişisel Sorumluluk alt boyutunda dört madde bulunmakta olup, alınabilecek puan 4 ile 24 arasında değişmektedir. **Ölçeğin bir kesim noktası bulunmamakta olup, her bir alt boyutu oluşturan maddelerin puan ortalaması kullanılmakta ve yüksek puanlar yüksek damga düzeyini göstermektedir (14, 18).** Bu araştırmada ikinci düzey doğrulayıcı faktör analizi yapılarak, gözlenen değişkenlerin birbirinden bağımsız birden fazla faktör altında toplandığı, bu faktörlerin daha geniş ve kapsayıcı olan bir faktör altında birleştiği gösterilmiştir. **Buna bağlı olarak araştırmamızda analizler ölçeğin bütününden alınan puan ortalaması kullanılarak yürütülmüştür.**

4.8.3. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri, Bazı Kanser Risk Faktörleri Hakkında Bilgileri ve Bazı Kanser Beden Algıları ile İlgili Verilerin Analizi

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, bazı kanser risk faktörleri hakkında bilgileri ve bazı kanser beden algıları ile ilgili verilerin değerlendirilmesinde IBM Statistics Package for Social Sciences (SPSS ver. 23.0) istatistiksel paket programı kullanılmıştır. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde olarak, sayısal değişkenler ortalama, standart sapma, ortanca, 1. çeyrek, 3. çeyrek, en küçük ve en büyük değer olarak verilmiştir. Kategorik değişkenler için gruplar arasındaki farklılık Ki-Kare testi ile değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğunu değerlendirmek için analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilks analizleri) ile görsel yöntemler (histogram ve olasılık grafikleri) kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerde, gruplar arasında fark Continuity Correction, Pearson Ki-kare ve Fisher's Exact testleri ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım göstermediği belirlenen sürekli değişkenlerin analizinde Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Bilgi sorularının değerlendirilmesinde; doğru yanıtlar 1 puan olarak, yanlış yanıtlar ve "fikrim yok" olarak verilen cevaplar 0 puan olarak değerlendirilmiştir. Katılımcıların doğru yanıtları toplanarak bilgi puanı hesaplanmış ve alabilecekleri en yüksek puan olan 12 puan üzerinden değerlendirilmiştir.

Kanserle ilgili beden algısını değerlendiren her bir önermenin değerlendirilmesinde katılımcıların katılım durumları sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Beden algısını değerlendiren her bir önermeye katılma durumu ile katılımcıların sosyodemografik özellikleri, kanser damga puanı ve kanser bilgi puanı arasındaki ilişki değerlendirilirken; kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum seçenekleri "katılan", kesinlikle katılmıyorum ve katılmıyorum seçenekleri "katılmayan" olarak gruplanmış, kararsızım seçeneği analiz dışında bırakılmıştır.

Tablo 4.3. Araştırma İş Akış Şeması

1.Adım	Araştırma konusunun belirlenmesi
2.Adım	Araştırma izinlerinin alınması • Ölçeği uyarlamak için izin (Ek 3) • Etik kurul onayı (Ek 4) • Kurum izni (Ek 5)
3.Adım	Veri toplama • 527 katılımcıya Veri Toplama Formu-1 uygulanması • 527 katılımcı arasından 100 kişiye Veri Toplama Formu-2 uygulanması
4.Adım	Veri analizi • Araştırmanın 1. Bölüm analizi: <u>Ölçek uyarlama analizleri</u> ○ Psikolinguistik özelliklerin değerlendirilmesi ▪ Dil geçerliğinin sağlanması (Şekil 4.3.) ○ Psikometrik özelliklerin değerlendirilmesi ▪ Güvenirlik analizleri ❖ İç tutarlılık analizleri (n=500 Veri Toplama Formu-1 ile elde edilen veri) ❖ Test-tekrar test analizi (n=100 Veri Toplama Formu-1 ve 2 ile elde edilen veri) ▪ Geçerlik analizi ❖ Kapsam geçerliği analizi-Davis Tekniği ❖ Yapı geçerliği analizi-1. ve 2. Düzey DFA • Araştırmanın 2. Bölüm analizi: <u>Tanımlayıcı araştırma analizleri</u> ○ Tanımlayıcı özelliklerin sunulması ○ Bilgi puanının hesaplanması ve kansere ilişkin beden algısının değerlendirilmesi ○ Katılımcı özellikleri ile bilgi puanı ve kansere ilişkin beden algısı arasındaki ilişki analizleri
5.Adım	Araştırma raporunun hazırlanması

4.9. Araştırma İçin Gerekli İnsan Gc

Araştırmanın tamamı Prof. Dr. . şevkat BAHAR ZVARIş danışmanlığında, Dr. Çağla SUSUZ tarafından yürütülmüştür. Kanser Damga leği'nin DFA analizinin yapılmasında Hacettepe Biyoistatistik Anabilim Dalı ğretim görevlisinden destek alınmıştır.

4.10. Etik Konular ve Kurumsal İzinler

- Kanser damgalama ölçeğini geliştiren arařtırmacılarđan ölçeğin Türkçe geçerliliğinin ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi çalışması için izin alınmıştır (Ek 3).
- Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'dan etik kurul izni alınmıştır (Ek 4).
- Araştırmanın yapılabilmesi için T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu'ndan araştırma izni alınmıştır (Ek 5).
- Araştırmaya katılımda gönüllülük esas alınmış olup, katılımcıların aydınlatılmış onamları alınmıştır. Katılımcıların kimlik bilgileri alınmamıştır.
- Araştırma verileri bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır.
- Veri toplama süreci sonunda tüm katılımcılara bilgi sorularının doğru cevapları verilmiş ve katılımcıların konu ile ilgili soruları yanıtlanmıştır.
- Araştırma sonucu, Ankara İl Sağlık Müdürlüğü ile paylaşılacaktır.

4.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın verileri 2 Aralık 2019-26 Ocak 2020 tarihleri arasında Ahmet Andıçen KETEM'e kanser taraması için başvuran kadınlardan elde edilen bilgilerle sınırlıdır.

Ölçek, orijinalinde her iki cinsiyetin kanser damga düzeyini ölçmek için geliştirilmiş olup, Türkçe'ye uyarlamasının yalnız kadınlarda yapılması araştırmanın bir kısıtlılığıdır.

Ölçeğin İngilizce'den Türkçe'ye çevirisinin anadili Türkçe olan İngilizce öğretmenleri tarafından yapılmış olması çeviride kısıtlılık oluşturmuş olabilir.

Katılımcıların daha önce yaptırmış oldukları kanser taramalarına ait bilgileri ve taramayı erteleme bilgileri katılımcı beyanına dayalıdır. Katılımcıların hatırlayamamasına ya da doğruyu belirtmek istememelerine bağlı elde edilen bulgularda yanlışlık olabilir.

Veri toplama işlemi yüz yüze görüşme tekniği ile yapılmıştır, bu durum katılımcıların kanser taramalarını erteleme durumları, erteleme nedenleri, kanserle ilişkili beden algıları ve kanser damga düzeyini değerlendiren soruların doğru yanıtlanmasında kısıtlılık oluşturmuş olabilir.

4.12. Araştırma Bütçesi

Araştırmanın bütçe kalemleri ve harcama tutarları Tablo 4.4.'te ayrıntılı olarak gösterilmiştir. Araştırma giderleri araştırmacılar tarafından karşılanmıştır.

Tablo 4. 4. Araştırmanın bütçe kalemleri ve harcama tutarları

Bütçe Kalemi	Tutar
Veri toplama formunun çoğaltılması	0,06 X 6 X 550=198TL
Ulaşım giderleri	0,06 X 2 X 120= 14TL 40x5=200TL
Raporun basımı	250TL
TOPLAM	662 TL

5. BULGULAR

Araştırmanın bulguları üç alt başlıkta sunulmuştur.

- Birinci bölümde katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine ait bulgular,
- İkinci bölümde Kansere Damga Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik analizine ait bulgular,
- Üçüncü bölümde katılımcıların kanser damga puanının dağılımı, kanser bilgi sorularına verilen yanıtların ve alınan puanının dağılımı, kansere ilişkin beden algısını değerlendiren önermelere farklı düzeylerde katılım durumu ve bunlarla ilişkili faktörlere ait analiz bulguları yer almaktadır.

5.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Ait Bulgular

Bu bölümde katılımcıların sosyo-demografik özellikleri (yaş, eğitim, çalışma durumu, sağlık güvencesi, medeni durum, yaşam şekli, ekonomik durumu), sağlık durumları, kendilerinde ve ailelerinde kronik hastalık bulunma durumu, yakın çevrelerinde kanser bulunma durumu, ailelerinde sağlık çalışanı bulunma durumu, yaptırdığı kanser taraması, daha önce yaptırdığı kanser taramaları ve taramayı erteleme durumuna ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 5.1. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (Ankara, 2020)

Özellik (n=500)	Sayı	Yüzde
Yaş¹ (n=499)		
≤34	14	2,8
35-39	10	2,0
40-44	37	7,4
45-49	68	13,6
50-54	101	20,2
55-59	92	18,4
60-64	110	22,0
65-69	61	12,2
70	6	1,2
Ort±SS: 54,89±8,62 Ortanca: 56,0 En düşük-En yüksek: 31-70		
Öğrenim durumu		
Okur yazar değil	11	2,2
Okur yazar/Herhangi bir okul bitirmemiş	12	2,4
İlkokul	139	27,8
İlköğretim/Ortaokul	48	9,6
Lise	135	27,0
Üniversite veya üstü	155	31,0
Toplam	500	100,0

¹ Bu soruyu 1 kişi yanıtlamamıştır.

Araştırmaya katılan 500 kişinin tamamı (%100,0) kadındır. Tablo 5.1.'de görüldüğü gibi araştırmaya katılanların ortalama yaşı 54,8 ±8,6, ortanca yaşı 56 olup, katılımcıların %20,2'si (101 kişi) 50-54 yaş arasında, %18,4'ü (92 kişi) 55-59 yaş arasında, %22,0'ı (110 kişi) 60-64 yaş arasındadır. Katılımcıların %31,0'ı (155 kişi) üniversite ve üzeri eğitim almış olup, %27,8'i (139 kişi) ilkokul mezunu, %27,0'ı (135 kişi) lise mezunudur. Katılımcıların %4,6'sı hiç okula gitmemiş olup, %2,2'si (11 kişi) okuma yazma bilmemektedir.

Tablo 5.2. Katılımcıların medeni durumu, yaşam şekli ve ailesinde sağlık çalışanı bulunma durumunun dağılımı (Ankara, 2020)

Özellik (n=500)	Sayı	Yüzde
Medeni durum		
Evli	375	75,0
Bekar	46	9,2
Eşi ölmüş	44	8,8
Eşinden boşanmış	34	6,8
Evli, ayrı yaşıyor	1	0,2
Yaşam şekli		
Aileyle	464	92,8
Yalnız	35	7,0
Arkadaşlarla	1	0,2
Ailesinde sağlık çalışanı bulunma durumu¹ (n=499)		
Yok	290	58,1
Var	209	41,9
Yakınlık derecesi¹ (n=499)		
Birinci derece ²	76	36,5
Diğer	132	63,4
Mesleği^{3,4} (n=497)		
Hemşire	96	42,6
Hekim	88	39,1
Teknisyen	17	7,5
Laborant	9	4,0
Diğer ⁵	15	6,6
Toplam	500	100,0

¹ Bu soruyu 1 kişi yanıtlamamıştır.

² Anne, baba, eş, çocuk ve kardeş birinci derece olarak gruplanmıştır.

³ Bu soruyu 3 kişi yanıtlamamıştır.

⁴ Birden fazla meslek belirtilmiştir.

⁵ Eczacı, ebe, fizyoterapist, diyetisyen, psikolog ve tıbbi sekreter diğer seçeneğinde belirtilmiştir.

Tablo 5.2.'de görüldüğü gibi, katılımcıların %75'i (375 kişi) evli olup, %92,8'i (464 kişi) ailesiyle birlikte yaşamaktadır. Katılımcıların %41,9'unun (209 kişi) akrabalarında sağlık çalışanı bulunmaktadır. Ailesinde sağlık çalışanı olanların %36,5'inin (76 kişi) yakınlık derecesi birinci derece olarak belirtilmiştir. Sağlık çalışanlarının meslek dağılımı değerlendirildiğinde katılımcıların %42,6'sının (96 kişi) ailesinde hemşire, %39,1'inin (88 kişi) ailesinde hekim olduğu görülmüştür.

Tablo 5.3. Katılımcıların sağlık güvencesi bulunma durumunun, çalışma ve kendi ifadelerine göre ekonomik durumunun dağılımı (Ankara, 2020)

Özellik (n=500)	Sayı	Yüzde
Sağlık Güvencesi¹ (n=499)		
Var	495	99,2
SGK	494	99,8
Özel sigorta	1	0,2
Yok	4	0,8
Çalışma durumu		
Çalışmıyor	238	47,6
Emekli	137	27,4
Çalışıyor ²	125	25,0
Ekonomik durum		
Çok iyi	3	0,6
İyi	104	20,8
Orta	339	67,8
Kötü	45	9,0
Çok kötü	9	1,8
Toplam	500	100,0

¹Bu soruyu 1 kişi yanıtlamamıştır.

²Üç kişi emekli olduğu halde çalıştığını belirtmiştir.

Tablo 5.3.'te görüldüğü gibi, katılımcıların %99,2'sinin (494 kişi) sağlık güvencesi bulunmaktadır. Sağlık güvencesi olanların %99,8'inin güvencesi Sosyal Güvenlik Kurumundandır. Katılımcıların %47,6'sı (238 kişi) herhangi bir işte çalışmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %67,8'i (339 kişi) kendi ekonomik durumunu "orta" olarak değerlendirmiştir.

Tablo 5.4. Katılımcıların sağlık durumu ile kendilerinde ve ailelerinde kronik hastalık bulunma durumunun dağılımı (Ankara, 2020)

Özellik (n=500)	Sayı	Yüzde
Sağlık durumu¹ (n=495)		
Çok iyi	20	4,0
İyi	238	48,1
Orta	221	44,6
Kötü	14	2,8
Çok kötü	2	0,4
Kronik hastalık bulunma durumu² (n=494)		
Var	228	46,2
Yok	266	53,8
Varolan kronik hastalığın türü*		
Hipertansiyon	136	59,6
Diyabet	67	29,3
Hipotiroidi	42	18,4
Koroner arter hastalığı	21	9,2
Astım	18	7,8
Hiperlipidemi	9	3,9
Ritim bozukluğu	7	3,0
Diğer**	29	12,7
Ailede kronik hastalık bulunma durumu		
Var	365	73,0
Yok	135	27,0
Toplam	500	100,0

¹ Bu soruyu 5 kişi yanıtlamamıştır.

² Bu soruyu 6 kişi yanıtlamamıştır.

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

**Ankilozan spondilit, depresyon, KOAH, glom, vertigo, bel fıtığı, boyun fıtığı, hepatit, romatoid artrit, epilepsi, migren, osteoporoz, multiple skleroz, meniskopati.

Tablo 5.4.'te görüldüğü gibi, katılımcıların %48,1'i (238 kişi) sağlık durumunu iyi olarak, %44,6'sı (221 kişi) orta olarak değerlendirmiştir. Katılımcıların %46,2'sinin (228 kişi) en az bir tane sürekli ilaç kullanmayı gerektiren kronik hastalığı bulunmaktadır. Kronik hastalığı olan katılımcıların %59,6'sında (136 kişi) hipertansiyon, %29,3'ünde (67 kişi) diyabet vardır. Katılımcıların %73,0'ının (365 kişi) ailesinde (anne, baba, kardeş, eş ve çocuklarda) en az bir tane sürekli ilaç kullanmayı gerektiren kronik hastalık bulunmaktadır.

Tablo 5.5. Katılımcıların yakın çevresinde kanser bulunma durumunun dağılımı (Ankara, 2020)

Özellik	Sayı	Yüzde
Kan bağı olan 1. derece akrabalarda kanser bulunma¹ (n=499)		
Var	222	44,5
Yok	277	55,5
Yakınlık derecesi¹ (n=499)		
Kardeş	81	36,7
Anne	76	34,4
Baba	61	27,6
Çocuk	3	1,4
Kanser türü^{1,2} (n=499)		
Meme kanseri	63	28,3
Akciğer kanseri	51	22,9
Kolorektal kanser	24	10,8
Rahim kanseri	14	6,3
Mide kanseri	10	4,5
Lenf kanseri	9	4,0
Prostat kanseri	9	4,0
Diğer ³	48	21,6
Kan bağı olan diğer akrabalarda kanser bulunma⁴ (n=498)		
Var	271	54,4
Yok	227	45,6

Tablo 5.5. (devamı) Katılımcıların yakın çevresinde kanser bulunma durumunun dağılımı (Ankara, 2020)

Özellik (n=500)	Sayı	Yüzde
Kan bağı olmayan akrabalarda kanser bulunma⁴ (n=498)		
Var	232	46,6
Yok	266	53,4
Arkadaşlarda kanser bulunma durumu⁴ (n=498)		
Var	195	39,2
Yok	303	60,8
İş arkadaşlarında kanser bulunma durumu⁵ (n=497)		
Var	93	18,7
Yok	404	81,3
Komşularda kanser bulunma durumu¹ (n=499)		
Var	164	32,9
Yok	335	67,1

¹ Bu soruyu 1 kişi yanıtlamamıştır.

² Birden fazla kanser belirtilmiştir.

³ Böbrek, deri, mesane, karaciğer, kemik iliği, over, larinks, kalp, kemik, pankreas, böbrek üstü bezi, yumuşak doku, tükrük bezi, beyin ve nazofarinks kanseri.

⁴ Bu soruyu 2 kişi yanıtlamamıştır.

⁵ Bu soruyu 3 kişi yanıtlamamıştır.

Tablo 5.5.'te görüldüğü gibi, katılımcıların %44,5'inin (222 kişi) anne, baba, kardeş veya çocuğunda kanser bulunmaktadır. Birinci derece kan bağı olan akrabalarında kanser olan 222 kişinin %36,7'sinin (81 kişi) kardeşinde, %34,4'ünün (76 kişi) annesinde, %27,6'sının (61 kişi) babasında kanser bulunmaktadır. Kanserler türüne göre incelendiğinde, katılımcıların %28,3'ünün (63 kişi) birinci derece kan bağı olan akrabalarında meme, %22,9'unun (51 kişi) birinci derece kan bağı olan akrabalarında akciğer kanseri bulunmaktadır. Katılımcıların %54,4'ünün (271 kişi) anne, baba, kardeş, çocuk hariç kan bağı olan akrabalarında, %46,6'sının (232 kişi) kan bağı olmayan akrabalarında, %39,2'sinin (195 kişi) arkadaşlarında, %18,7'sinin

(93 kişi) iş arkadaşlarında, %32,9'unun (164 kişi) komşularında kanser bulunmaktadır.

Tablo 5.6. Katılımcıların KETEM’de yaptırdığı tarama ve taramaya yönlendiren kişi/kurum/kaynağın dağılımı (Ankara, 2020)

KETEM’de yapılan tarama ve KETEM’e yönlendirilme durumu (n=500)	Sayı	Yüzde
Tarama türü¹		
Meme	358	71,6
Serviks	306	61,2
Kolorektal	159	31,8
Taramaya yönlendiren kişi/kurum/kaynak¹		
KETEM	159	31,8
Kendisi	114	22,8
Çevresindeki kişiler	109	21,8
Aile hekimi	62	12,4
Hastane	53	10,6
Afişler	12	2,4
Aile sağlığı çalışanı	7	1,4
Televizyon	4	0,8
İnternet	4	0,8

¹Birden fazla seçenek belirtilmiştir.

Tablo 5.6’da görüldüğü gibi, katılımcıların %71,6’sı (358 kişi) KETEM’e meme kanseri taraması, %61,2’si (306 kişi) serviks kanseri taraması, %31,8’i (159 kişi) kolorektal kanser taraması için başvurmuştur. Katılımcıları KETEM’e tarama yaptırmak için yönlendiren kişi/kurum/kaynak sorulduğunda, %31,8’i KETEM’in daveti üzerine başvurduğunu, %22,8’i (114 kişi) kendisinin karar verip geldiğini, %21,8’i (109 kişi) çevresindeki kişilerin yönlendirdiğini belirtmiştir.

Tablo 5.7. Katılımcıların daha önce kanser taraması yaptıрма ve tarama yaptırmayı erteleme durumuna ilişkin bazı özellikler (Ankara, 2020)

Özellik	Sayı	Yüzde
Tarama yaptıрма durumu (n=500)		
Hayır	57	11,4
Evet	443	88,6
Yapılan taramanın türü ^{1,2}(n=499)		
Serviks	414	93,7
Meme	395	89,4
Kolorektal	274	62,0
Diğer ³	3	0,7
Erteleme durumu ⁴(n=495)		
Hayır	341	68,9
Evet	154	31,1
Erteleme nedenleri²		
Kanser tanısı almaktan korkma veya kaygılanma	64	41,6
Taramada kanser çıkmayacağını düşünme	42	27,3
Taramanın nerede yaptırılacağını bilmeme	40	26,0
Fırsat bulamama	36	23,3
Taramanın nasıl yaptırılacağını bilmeme	35	22,7
İhmal etme	16	10,3
Diğer ⁵	17	11,0

¹Bu soruyu 1 kişi yanıtlamamıştır.

²Birden fazla seçenek belirtilmiştir.

³Diğer: Akciğer ve karaciğer kanseri taraması.

⁴Bu soruyu 5 kişi yanıtlamamıştır.

⁵Diğer: Unutma, umursamama, tarama yaptırmayı gerektiğini bilmeme, üşenme, tarama işleminin zorluğu, tarama sürecinin uzun sürmesi, radyasyon almak istememe, güvenecek doktor ve hastane olmaması.

Tablo 5.7’de görüldüğü gibi, katılımcıların %88,6’sı (443 kişi) daha önce kanser taraması yaptırdığını belirtmiştir. Kanser taraması yaptırdığını belirtenlerin %93,7’si (414 kişi) serviks kanseri, %89,4’ü (395 kişi) meme kanseri, %62,0’ı (274 kişi) kolorektal kanser taraması yaptırmıştır. Katılımcıların %31,1’i (154 kişi) kanser taraması yaptırmayı ertelediğini belirtmiştir. Kanser taramasını erteleyen katılımcıların %41,6’sı (64 kişi) kanser tanısı almaktan korkma veya kaygılanma sebebiyle, %27,3’ü (42 kişi) taramada kanser çıkmayacağını düşündüğü için, %26,0’ı (40 kişi) taramanın nerede yaptırılacağını bilmediği için, %23, 3’ü (36 kişi) fırsat bulamadığı için, %22,7’si (35 kişi) taramanın nasıl yaptırılacağını bilmediği için, tarama yaptırmayı ertelediğini belirtmiştir.



Tablo 5.8. Test-tekrar test uygulanan katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (Ankara, 2020)

Özellik (n=100)	Sayı	Yüzde
Yaş		
≤34	4	4,0
35-39	2	2,0
40-44	4	4,0
45-49	11	11,0
50-54	23	23,0
55-59	15	15,0
60-64	27	27,0
65-69	13	13,0
70	1	1,0
Ort±SS: 55,54±8,89 Ortanca: 56,50 En düşük-En yüksek: 32-70		
Öğrenim durumu		
Okur yazar değil	3	3,0
Okur yazar/Herhangi bir okul bitirmemiş	1	1,0
İlkokul	26	26,0
İlköğretim/Ortaokul	13	13,0
Lise	25	25,0
Üniversite veya üstü	32	32,0
Medeni durum		
Evli	80	80,0
Bekar	5	5,0
Eşi ölmüş	10	10,0
Eşinden boşanmış	5	5,0
Evli, ayrı yaşıyor	-	-
Sağlık durumu		
Çok iyi	1	1,0
İyi	47	47,0
Orta	47	47,0
Kötü	3	3,0
Çok kötü	1	1,0
Çalışma durumu		
Çalışmıyor	50	50,0
Emekli	27	27,0
Çalışıyor	23	23,0
Ekonomik durum		
Çok iyi	1	1,0
İyi	25	25,0
Orta	62	62,0
Kötü	10	10,0
Çok kötü	2	2,0
Toplam	100	100,0

Tablo 5.8.'de görüldüğü gibi araştırmaya katılanların ortalama yaşı 55,54 $\pm$ 8,89, ortanca yaşı 56,50 olup, katılımcıların %27,0'ı (27 kişi) 60-64 yaş arasında, %23,0'ı (23 kişi) 50-54 yaş arasında, %15,0'ı (15 kişi) 55-59 yaş arasındadır. Katılımcıların %32,0'ı (32 kişi) üniversite ve üzeri eğitim almış olup, %26,0'ı (26 kişi) ilkokul mezunu, %25,0'ı (25 kişi) lise mezunudur. Katılımcıların %4,0'ı (4 kişi) hiç okula gitmemiş olup, %3,0'ı (3 kişi) okuma yazma bilmemektedir. Katılımcıların %80,0'ı (80 kişi) evlidir. Katılımcıların %47,0'ı (47 kişi) kendi sağlık durumunu iyi olarak, %47,0'ı (47 kişi) orta olarak değerlendirmiştir. Katılımcıların %50,0'ı (50 kişi) herhangi bir işte çalışmamakta olup, %27,0'ı (27 kişi) emeklidir. Katılımcıların %62,0'ı (62 kişi) kendi ekonomik durumunu orta olarak, %25,0'ı (25 kişi) iyi olarak değerlendirmiştir.

5.2. Kanser Damga Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Analizine Ait Bulgular

5.2.1. Kanser Damga Ölçeği'nin Geçerlik Analizi

Bu araştırmada Kanser Damga Ölçeği'nin geçerliğini değerlendirmek için öncelikle dil geçerliği ardından kapsam (içerik) geçerliği ve yapı geçerliği değerlendirilmiştir.

- **Kanser Damga Ölçeği'nin Dil Geçerliği**

Kanser Damga Ölçeği'nin Türkçe dil geçerliğinin sağlanma aşaması Bölüm 4.8.1.'de psikolinguistik özelliklerin değerlendirilmesinde anlatılmaktadır.

- **Kanser Damga Ölçeği'nin Kapsam Geçerliği**

Ölçeğin kapsam geçerliği beş alan uzmanı tarafından "Davis Tekniği'ne" göre değerlendirilmiştir. Davis Tekniği ve değerlendirmeyi yapan uzmanlar hakkında ayrıntılı bilgi Bölüm 4.8.1.'de "Psikometrik Özelliklerin Değerlendirilmesi-Kanser Damga Ölçeği'nin Kapsam Geçerliği" başlığı altında yer almaktadır. Uzmanların değerlendirme sonuçları Tablo 5.9.'da gösterilmiştir.

Tablo 5.9. Davis Tekniği'ne göre uzmanların değerlendirme sonuçları

Madde no	Uzman değerlendirme sonuçları				A veya B diyen uzman sayısı	Toplam uzman sayısı	Kapsam geçerlik indeksi
	A	B	C	D			
1	3	2			5	5	1
2	2	3			5	5	1
3	3	1	1		4	5	0,8
4	3	2			5	5	1
5	5				5	5	1
6	2	3			5	5	1
7	4	1			5	5	1
8	2	3			5	5	1
9	5				5	5	1
10	1	4			5	5	1
11	3	2			5	5	1
12	3	2			5	5	1
13	5				5	5	1
14	2	3			5	5	1
15	5				5	5	1
16	3	2			5	5	1
17	1	4			5	5	1
18	3	2			5	5	1
19	2	3			5	5	1
20	5				5	5	1
21	4	1			5	5	1
22	5				5	5	1
23	4	1			5	5	1
24	5				5	5	1
25	4	1			5	5	1

A= Uygun

B= Biraz gözden geçirilmeli

C= Ciddi olarak gözden geçirilmeli

D= Uygun değil

Tablo 5.9'da görüldüğü gibi, uzmanların değerlendirmelerine göre ölçeği oluşturan 25 maddenin 24'ünün kapsam geçerlik indeksi 1,0 olarak, bir maddenin 0,8 olarak bulunmuştur. Bu değer 0,80 ve üzerinde olması maddenin kabul

edilebilir olduğu anlamına gelmektedir (71, 97). Bu sonuç Davis Tekniği'ne göre bütün maddelerin **dil geçerliği açısından uygun** olduğunu göstermektedir.

- **Kanser Damga Ölçeği'nin Yapı Geçerliği**

Ölçeğin yapısının önceden bilinmesi sebebiyle bu çalışmada yapı geçerliğinin değerlendirilmesinde örneğin tamamına (n=500) Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır. Kanser Damga Ölçeği'nin orijinali 25 maddelik altı alt boyutlu yapıdadır Tablo 5.10.'da gösterilmiştir.

Alanyazında çok faktörlü ölçeklerde DFA uygularken mutlaka ikinci düzey çok faktörlü modellerinin de test edilmesi gerektiği belirtilmektedir (85). Bu nedenle Tablo 5.10.'da gösterilen yapının doğruluğu birinci ve ikinci düzey DFA ile sınanmıştır. DFA'da maximum likelihood yöntemi uygulanmıştır. Birinci düzey DFA sonucu elde edilen yol (path) grafiği Şekil 5.1'de, standart uyum ölçüleri Tablo 5.11.'de verilmiştir. Bu altı faktörlü modele ilişkin ikinci düzey DFA sonucu elde edilen yol (path) grafiği Şekil 5.2'de, standart uyum ölçüleri de Tablo 5.12.'de verilmiştir.

Her iki DFA analizinde model uyumunu artırmak için 1. ile 2., 5. ile 8., 5. ile 9., 8. ile 9., 10. ile 11., 10. ile 14., 11. ile 15., 12. ile 13., 12. ile 18., 12. ile 19., 13. ile 16., 18. ile 19. maddeler arasında modifikasyon işlemi yapılmış ve modifikasyondan sonra uyum iyiliği değerlerinin yükseldiği gözlenmiştir.

Tablo 5.10. Kanser Damga Ölçeği'nin altı faktörlü yapısı

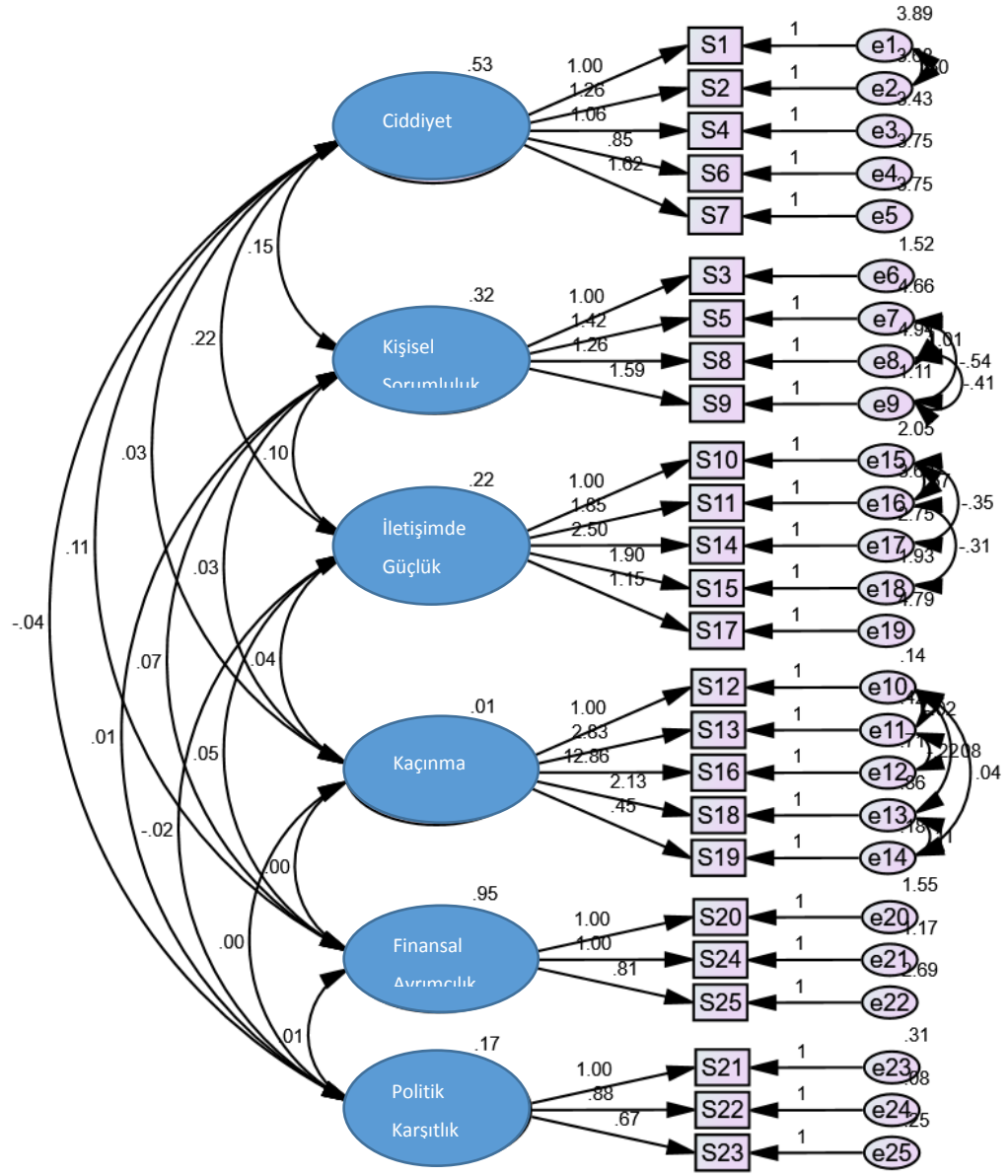
Kanser Damga Ölçeği
Ciddiyet (<i>Severity</i>) alt boyutu
1. Bir kez kanser olduğun zaman bir daha "normal" olamazsın.
2. Kansere yakalanmak, kendini zihinsel olarak ölüme hazırlamak zorundasın demektir.
4. Kanser olmak, genellikle kişinin kariyerini bitirir.
6. Kanser, genellikle yakın kişisel ilişkileri yok eder.
7. Kanser, dokunduğu insanların yaşamını mahveder.
Kişisel Sorumluluk (<i>Personal Responsibility</i>) alt boyutu
3. Kanser olan kişi, bu durumundan dolayı kendi suçludur.
5. Kanser olan kişi, kendi durumundan sorumludur.
8. Kanser olan kişinin durumuna dair yasal mesuliyeti kendisine aittir.
9. Bir kişi kanserse, bu muhtemelen kendi hatasıdır.
İletişimde Güçlük (<i>Awkwardness</i>) alt boyutu
10. Kanser olan birinin yanında kendimi tedirgin hissetmem.
11. Kanser olan birinin yanında kendimi rahat hissederim.
14. Kanser olan birinin yanında olmak, bana zor gelir.
15. Kanser olan biri ile konuşmakta zorlanırım.
17. Kanser olan birinin yanında kanser hakkında konuşmaktan utanırım.
Kaçınma (<i>Avoidance</i>) alt boyutu
12. Kanser olan birinden kaçınmaya çalışırım.
13. Kanser olan birinin yanında kendimi kızgın hissederim.
16. Kanser olan birinin yanında kendimi rahatsız hissederim.
18. Kanser olan bir kişiyle arama fiziksel olarak mesafe koyarım.
19. Bir iş arkadaşım kanser olsa, ondan kaçınmaya çalışırım.
Politik Karşıtlık (<i>Policy Opposition</i>) alt boyutu
21. Kanser olan kişilerin ihtiyaçlarına en üst düzeyde öncelik verilmelidir.
22. Kanser hastalarının bakım ve tedavileri için daha fazla devlet bütçesi ayrılmalıdır.
23. Bizim, kanser hastalarına mümkün olan en iyi bakımı sağlama sorumluluğumuz bulunmaktadır.
Finansal Ayrımcılık (<i>Financial Discrimination</i>) alt boyutu
20. Bankaların kanser olan bir kişiye kredi vermeyi reddetmesi, kabul edilebilir bir durumdur.
24. Bankaların kanserle ilgili bir sebepten dolayı ev kredisi başvurularını reddetmesine izin verilmelidir.
25. Birisi kanser hastasıysa, sigorta şirketlerinin poliçelerini buna göre düzenlemesi kabul edilebilir bir durumdur.

Tablo 5.11. Standart uyum ölçüleri ve birinci düzey Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) sonucu elde edilen Kanser Damga Ölçeği'nin uyum iyiliği değerleri

Uyum Ölçüleri	Zayıf Uyum (ZU)	Kabul Edilebilir Uyum (KEU)	Mükemmel Uyum (MU)	Orijinal Ölçek Uyum Değerleri	Kanser Damga Ölçeği Uyum Değerleri	Kanser Damga Ölçeği'nin Uyumluluk Sonucu
χ^2		$2df \leq \chi^2 \leq 3df$	$0 \leq \chi^2 \leq 2df$	379,63	341,673	MU
χ^2/sd		≤ 5	≤ 3	1,465	1,378	MU
RMSEA	$\leq 0,10$	$\leq 0,08$	$\leq 0,05$	0,052	0,028	MU
SRMR		$\leq 0,10$	$\leq 0,05$		0,041	MU
CFI	$0,85 \leq CFI < 0,90$	$0,90 \leq CFI < 0,95$	$0,95 \leq CFI \leq 1$	0,94	0,927	KEU
GFI	$0,85 \leq GFI < 0,90$	$0,90 \leq GFI < 0,95$	$0,95 \leq GFI \leq 1$		0,949	KEU
AGFI	$0,80 \leq AGFI < 0,85$	$0,85 \leq AGFI < 0,90$	$0,90 \leq AGFI \leq 1$		0,933	MU

χ^2 :ki-kare, **sd**: serbestlik derecesi, **RMSEA**: Tahminin Kök Hata Kareler Ortalaması, **SRMR**: Standardize Kök Artık Kareler Ortalaması, **CFI**: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi, **GFI**: Uyum İyiliği İndeksi, **AGFI**: Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi

Tablo 5.11'de görüldüğü gibi, altı faktörlü yapının χ^2 değeri 351.711, serbestlik derecesi 248 ve $p < 0,001$ bulunmuştur. Altı faktörlü yapı χ^2/sd , RMSEA, SRMR, AGFI uyum indeksleri ile değerlendirildiğinde **mükemmel uyum**, CFI, GFI, uyum indeksleri ile değerlendirildiğinde **kabul edilebilir uyum** göstermiştir.



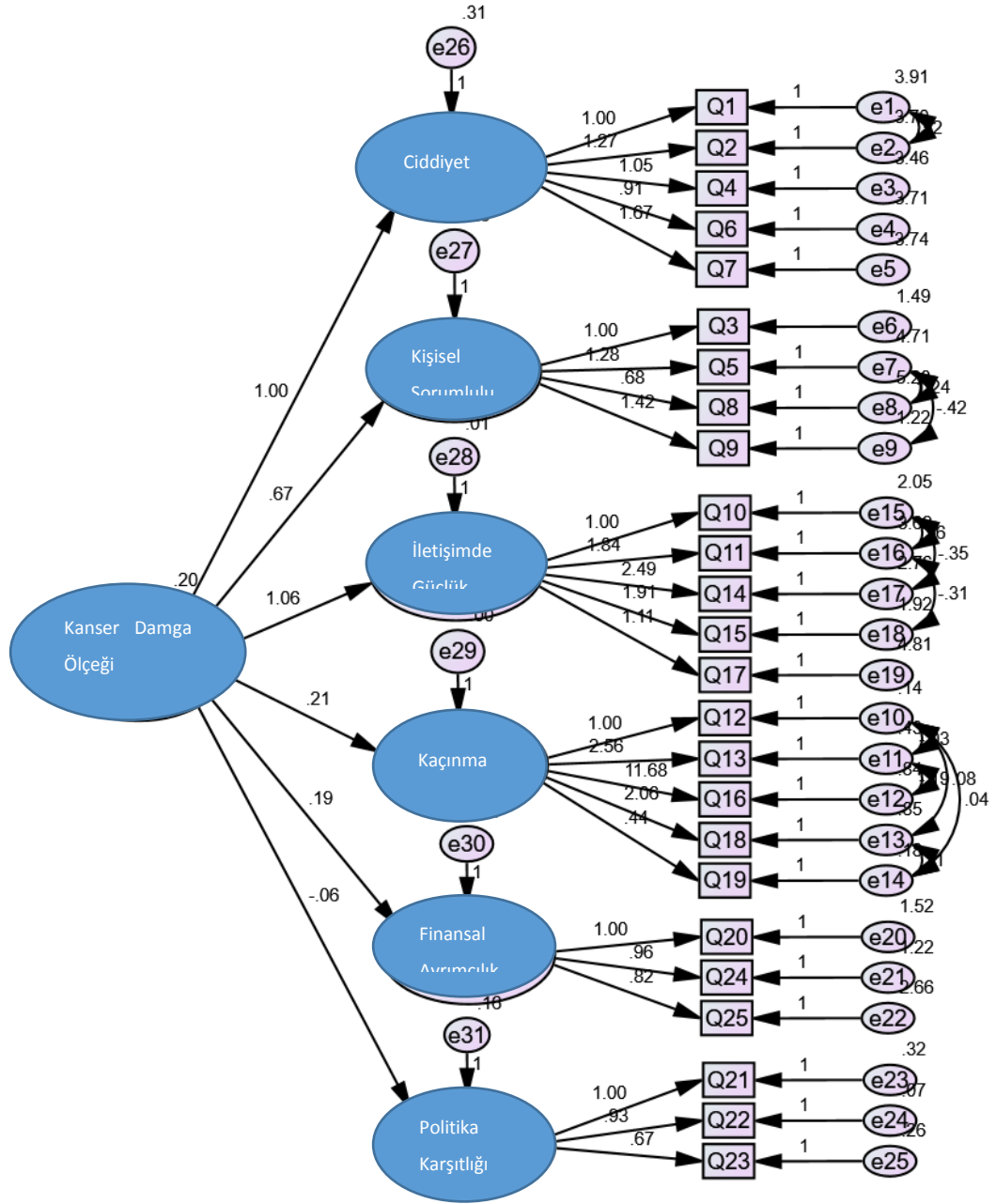
Şekil 5.1 Kanser Damga Ölçeği'nin Birinci Düzey Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) Yol (Path) Grafiği

Tablo 5.12. Standart uyum ölçüleri ve ikinci düzey Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) sonucu elde edilen Kanser Damga Ölçeği'nin uyum iyiliği değerleri

Uyum Ölçüleri	Zayıf Uyum (ZU)	Kabul Edilebilir Uyum (KEU)	Mükemmel Uyum (MU)	Kanser Damga Ölçeği Uyum Değerleri	Kanser Damga Ölçeği'nin Uyumluluk Sonucu
χ^2		$2df \leq \chi^2 \leq 3df$	$0 \leq \chi^2 \leq 2df$	360,983	MU
χ^2/sd		≤ 5	≤ 3	1,399	MU
RMSEA	$\leq 0,10$	$\leq 0,08$	$\leq 0,05$	0,028	MU
SRMR		$\leq 0,10$	$\leq 0,05$	0,043	MU
CFI	$0,85 \leq CFI < 0,90$	$0,90 \leq CFI < 0,95$	$0,95 \leq CFI \leq 1$	0,919	KEU
GFI	$0,85 \leq GFI < 0,90$	$0,90 \leq GFI < 0,95$	$0,95 \leq GFI \leq 1$	0,945	KEU
AGFI	$0,80 \leq AGFI < 0,85$	$0,85 \leq AGFI < 0,90$	$0,90 \leq AGFI \leq 1$	0,931	MU

χ^2 :ki-kare, **sd**: serbestlik derecesi, **RMSEA**: Tahminin Kök Hata Kareler Ortalaması, **SRMR**: Standardize Kök Artık Kareler Ortalaması, **CFI**: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi, **GFI**: Uyum İyiliği İndeksi, **AGFI**: Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi

Tablo 5.12.'de görüldüğü gibi, altı faktörlü yapının χ^2 değeri 368,939, serbestlik derecesi 258 ve $p < 0,001$ bulunmuştur. Altı faktörlü yapı χ^2/sd , RMSEA, SRMR, AGFI uyum indeksleri ile değerlendirildiğinde **mükemmel uyum**, CFI, GFI, uyum indeksleri ile değerlendirildiğinde **kabul edilebilir uyum** göstermiştir.



Şekil 5.2. Kanser Damga Ölçeği'nin İkinci Düzey Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) Yol (Path) Grafiği

Tablo 5.13. Kanser Damga Ölçeği'nin Korelasyona Dayalı Madde Analizi Sonuçları

Ölçek maddeleri (n=500)	Madde çıkarıldığında ölçek ortalamaları	Madde çıkarıldığında ölçek varyansı	Düzeltilmiş madde-toplam korelasyonu
Ciddiyet alt boyutu			
Madde 1	10,38	26,581	0,297
Madde 2	10,22	25,884	0,325
Madde 4	10,39	27,492	0,282
Madde 6	10,49	29,052	0,194
Madde 7	9,77	25,587	0,292
Kişisel Sorumluluk alt boyutu			
Madde 3	7,85	16,658	0,262
Madde 5	5,76	11,464	0,296
Madde 8	6,63	11,484	0,282
Madde 9	7,81	17,711	0,152
İletişimde Güçlük alt boyutu			
Madde 10	10,63	20,446	0,352
Madde 11	11,19	23,736	0,286
Madde 14	8,79	21,903	0,194
Madde 15	11,37	25,251	0,236
Madde 17	10,21	20,701	0,314
Kaçınma alt boyutu			
Madde 12	5,24	5,560	0,320
Madde 13	5,15	5,336	0,142
Madde 16	4,49	2,415	0,283
Madde 18	5,01	4,222	0,301
Madde 19	5,24	5,638	0,242
Politik Karşıtlık alt boyutu			
Madde 21	2,16	0,752	0,438
Madde 22	2,23	1,035	0,543
Madde 23	2,17	1,000	0,371
Finansal Ayrımcılık alt boyutu			
Madde 20	3,47	6,955	0,420
Madde 24	3,58	7,446	0,427
Madde 25	3,18	6,518	0,336

Tablo 5.13.'te görüldüğü gibi Kanser Damga Ölçeği'nin madde ayrımcılığını incelemek için madde toplam korelasyon değerlerine bakılmış ve madde toplam

korelasyonlarının 0,142 ile 0,543 arasında değiştiği bulunmuştur. Ölçek geliştirme ve uyarlama sürecinde madde toplam korelasyon değerlerinin ölçülen özelliği ayırt etme açısından en az 0.20 olması istenmektedir. Bu değerin altındaki maddelerin ölçekten çıkarılması önerilmektedir. Madde toplam korelasyon değerleri 0,20-0,30 arasında olan maddelerin düzeltilmesi, 0,30-0,40 arasında olan maddelerin ayırt ediciliğinin iyi olduğu, 0,40 üzerinde olan maddelerin ise ayırt ediciliğinin çok iyi olduğu belirtilmektedir (84, 102).

Bu doğrultuda Politik Karşıtlık alt boyutunda iki maddenin (Madde 21 Madde 22) ve Finansal Ayrımcılık alt boyutunda iki maddenin (Madde 20, Madde 24) madde toplam korelasyon değerlerinin 0,40 üzerinde olduğu görülmektedir. Bu maddelerin ayırt ediciliğinin **çok iyi** olduğu bulunmuştur.

Ciddiyet alt boyutunda bir maddenin (Madde 2), İletişimde Güçlük alt boyutunda iki maddenin (Madde 10, Madde 17) Kaçınma alt boyutunda iki maddenin (Madde 12 Madde 18), Politik Karşıtlık alt boyutunda bir maddenin (Madde 23) ve Finansal Ayrımcılık alt boyutunda bir maddenin (Madde 25) madde toplam korelasyon değerlerinin 0,30-0,40 arasında olduğu görülmektedir. Bu maddelerin ayırt ediciliğinin **iyi** olduğu bulunmuştur.

Ciddiyet alt boyutunda üç maddenin (Madde 1, Madde 4, Madde 7), Kişisel Sorumluluk alt boyutunda üç maddenin (Madde 3, Madde 5, Madde 8), İletişimde Güçlük alt boyutunda iki maddenin (Madde 11, Madde 15) ve Kaçınma alt boyutunda iki maddenin (Madde 16, Madde 19), madde toplam korelasyon değerleri 0,20-0,30 arasında olduğu görülmektedir. Bu maddelerin **düzeltilmesi gerektiği** bulunmuştur.

Ciddiyet alt boyutunda bir maddenin (Madde 6), Kişisel Sorumluluk alt boyutunda bir maddenin (Madde 9), İletişimde Güçlük alt boyutunda bir maddenin (Madde 14) ve Kaçınma alt boyutunda bir maddenin (Madde 13), madde toplam korelasyon değerleri 0.20 değerinin altında bulunmaktadır. Buna göre bu maddelerin ayırt ediciliğinin **olmadığı** bulunmuştur. Ölçek geliştirme çalışmalarında ayırt ediciliği düşük olan maddeler düzeltilirken, ayırt ediciliği olmayan maddeler ölçekten çıkarılmaktadır (84, 85). Ancak bizim çalışmamız uyarlama çalışması

olduğundan ölçekten madde çıkarmak yeni ölçeğin orjinal ölçekten farklı olması anlamına gelecektir. Ayrıca alanyazında istatistiksel anlamlılık yerine pratik anlamlılık önerilmektedir (84). Bu nedenle bu maddelerin ölçekten çıkarılmamasına karar verilmiştir.

5.2.2. Kanser Damga Ölçeği'nin Güvenirlik Analizi

Bu araştırmada Kanser Damga Ölçeği'nin güvenilirliğini değerlendirmek için iç tutarlılık analizi ve test-tekrar test analizi yapılmıştır.

- İç Tutarlılık Analizi

İç tutarlılığını değerlendirmek için altı alt boyutu olan Kanser Damga Ölçeği'nin tamamı ve her bir alt boyut için Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı hesaplanmış olup Tablo 5.14.'te gösterilmektedir.

Tablo 5.14.Kanser Damga Ölçeği ve Her Bir Alt Boyut İçin Cronbach Alfa Değerleri

Ölçek ve Alt Boyutları	Madde sayıları	Chronbach Alfa Değeri
Kanser Damga Ölçeği	25	0,659
İletişimde Güçlük	5	0,498
Ciddiyet	5	0,507
Kaçınma	5	0,408
Politik Karşıtlık	3	0,625
Kişisel Sorumluluk	4	0,429
Finansal Ayrımcılık	3	0,580

Tablo 5.14.'te görüldüğü gibi, ölçeğin tamamına ait Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,659'dur. İletişimde Güçlük alt boyutu için hesaplanan Chronbach Alfa değeri 0,498'dir. Ciddiyet alt boyutu için hesaplanan Chronbach Alfa değeri 0,507'dir. Kaçınma alt boyutu için hesaplanan Chronbach Alfa değeri 0,408'dir. Politik karşıtlık alt boyutu için hesaplanan Chronbach Alfa değeri 0,625'tir. Kişisel Sorumluluk alt boyutu için hesaplanan Chronbach Alfa değeri 0,429'dur. Finansal Ayrımcılık alt boyutu için hesaplanan Chronbach Alfa değeri 0,580'dir.

Alanyazında alfa katsayısının;

$0.00 \leq \alpha < 0.40$ ise ölçeğin güvenilir olmadığı,

$0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçeğin düşük güvenilirlikte olduğu,

$0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise ölçeğin oldukça güvenilir olduğu,

$0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu belirtilmektedir (79, 80). Buna göre Kanser Damga Ölçeği'nin tamamı (Cronbach Alfa =0,659) ve Politik karşıtlık alt boyutu (Cronbach Alfa =0,625) **oldukça güvenilir** iken, diğer alt boyutlar **düşük güvenilirliktedir**.

- **Test-tekrar test analizi**

Kanser Damga Ölçeği'nin test-tekrar test güvenilirlik analizi için 500 katılımcı arasından 100 kişiye alanyazında en ideal zaman aralığı olarak belirtilen 15-30 gün ara ile ölçek tekrar uygulanmıştır (85). Ölçeğin bu 100 katılımcıya ilk uygulanması ile ikinci uygulanması sonucunda elde edilen puanların dağılımı Tablo 5.15'te gösterilmektedir.

Tablo 5.15. Ölçeğin İlk ve İkinci Kez Uygulanması Sonucunda Elde Edilen Puanların Dağılım Özellikleri (n=100)

Özellikler	İlk uygulama	İkinci uygulama
Ortalama	48,25	49,25
Standart sapma	13,39	17,46
En küçük puan	25,00	25,00
En büyük puan	115,00	113,00
Ortanca	46,00	44,00
Skewness	1,562	1,260
Kurtosis	5,782	1,769
Kolmogorov-Smirnov p değeri	0,001	<0,001

İlk uygulama ile ikinci uygulama sonucunda elde edilen puanlar arasındaki korelasyon değerlendirilmiştir. Puanların normal dağılıma uymaması sebebiyle korelasyon Spearman's rho korelasyon katsayısı ile değerlendirilmiştir, Tablo 5.16.'da gösterilmiştir.

Tablo 5.16. Ölçeğe ve Alt Boyutlarına Ait İlk Uygulama ile İkinci Uygulama Sonucunda Elde Edilen Puanlar Arasındaki Korelasyon Analizi

Ölçek ve Alt Boyutları	r^1	p
Kanser Damga Ölçeği	0,488	<0,001
İletişimde Güçlük	0,471	<0,001
Ciddiyet	0,398	<0,001
Kaçınma	0,262	0,009
Politik Karşıtlık	0,133	0,188
Kişisel Sorumluluk	0,258	0,010
Finansal Ayrımcılık	0,281	0,005

¹ Çarpık dağılım nedeniyle Spearman Korelasyonu yapılmıştır.

Tablo 5.16.'da görüldüğü gibi, ölçeğin ilk uygulama toplam puanı ile ikinci uygulama toplam puanı arasındaki korelasyon katsayısı 0,488'dir. Ölçeğin İletişimde Güçlük alt boyutu için hesaplanan korelasyon katsayısı 0,471'dir. Ciddiyet alt boyutu için hesaplanan korelasyon katsayısı 0,398'dir. Kaçınma alt boyutu için hesaplanan korelasyon katsayısı 0,262'dir. Politik Karşıtlık alt boyutu için hesaplanan korelasyon katsayısı 0,133'tür. Kişisel Sorumluluk alt boyutu için hesaplanan korelasyon katsayısı 0,258'dir. Finansal Ayrımcılık alt boyutu için hesaplanan korelasyon katsayısı 0,281'dir.

Cohen'e göre korelasyon katsayısı "0,10-0,29=düşük, 0,30-0,49=orta ve 0,50-1,0=yüksek" korelasyonu göstermektedir (96). Buna göre ölçeğin bütünü, İletişimde Güçlük ve Ciddiyet alt boyutları **orta korelasyon**, Kaçınma, Politik Karşıtlık, Kişisel Sorumluluk ve Finansal Ayrımcılık alt boyutları **düşük korelasyon** göstermiştir. Politik Karşıtlık alt boyutu hariç bütün alt boyutlarda ve ölçeğin bütününde p değeri istatistiksel olarak anlamlıdır.

5.3. Katılımcıların Kanser Damga Puanı, Kanser Bilgi Puanı, Kansere İlişkin Beden Algısını Değerlendiren Önermelere Katılım Durumu ve Bunlarla İlişkili Faktörlere Ait Bulgular

Bu bölümde katılımcıların Kanser Damga Ölçeği'ne verdikleri yanıtlar ve Kanser Damga Puanının dağılımı, kanser ve risk faktörleri hakkındaki bazı bilgi sorularına verdikleri yanıtların ve aldıkları puanının dağılımı, kansere ilişkin beden algısını değerlendiren önermelere farklı düzeylerde katılım durumu ve bunlarla ilişkili faktörlere ait bulgular yer almaktadır.

5.3.1. Katılımcıların Kanser Damga Ölçeği'ne Verdikleri Yanıtlar ve Kanser Damga Puanı

Kanser Damga Ölçeği'nde yer alan maddelere katılımcıların verdikleri cevapların madde düzeyinde dağılımı yüzde olarak Tablo 5.17.'de verilmiştir. Tabloda “Kesinlikle katılmıyor”, “Orta derecede katılmıyor” ve “Hafif derecede katılmıyor” yanıtları “Katılmayan” olarak gruplanmış, “Hafif derecede katılıyor”, “Orta derecede katılıyor” ve “Kesinlikle katılıyor” yanıtları “Katılan” olarak gruplanmıştır. “Kararsız” yanıtları olduğu gibi belirtilmiştir. Yedili Likert ölçeğindeki katılma/katılmama durumu ise ayrıntılı olarak Ekler Bölümü'nde Tablo 1.'de verilmiştir.

Tablo 5.17. Katılımcıların Kanser Damga Ölçeği'nin Önergelerine Katılma Durumlarının Yüzde Dağılımı (Ankara, 2020)

Ölçek maddeleri (n=500)	Katılmayan %	Kararsız %	Katılan %
Madde 1	65,6	1,6	32,8
Madde 2	63,0	0,6	36,4
Madde 3	86,6	1,0	12,4
Madde 4	65,0	0,8	34,2
Madde 5	42,2	1,2	56,6
Madde 6	67,2	1,6	31,2
Madde 7	54,4	0,6	45,0
Madde 8	58,6	4,0	37,4
Madde 9	86,6	0,2	13,2
Madde 10	13,4	-	86,6
Madde 11	36,2	-	63,8
Madde 12	98,8	0,2	1,0
Madde 13	96,2	0,4	3,4
Madde 14	66,2	0,2	33,6
Madde 15	78,2	-	21,8
Madde 16	79,6	-	20,4
Madde 17	32,2	0,4	67,4
Madde 18	92,0	0,2	7,8
Madde 19	99,0	-	1,0
Madde 20	81,2	3,0	15,8
Madde 21	1,8	0,2	98,0
Madde 22	0,8	-	99,2
Madde 23	1,0	0,2	98,8
Madde 24	83,0	3,6	13,4
Madde 25	74,8	3,0	22,2

Tablo 5.17.'de görüldüğü gibi, 1-9. maddelerde, 12-16. maddelerde, 18-20. maddelerde, 24. ve 25. maddelerde katılımcıların büyük çoğunluğu “Kesinlikle

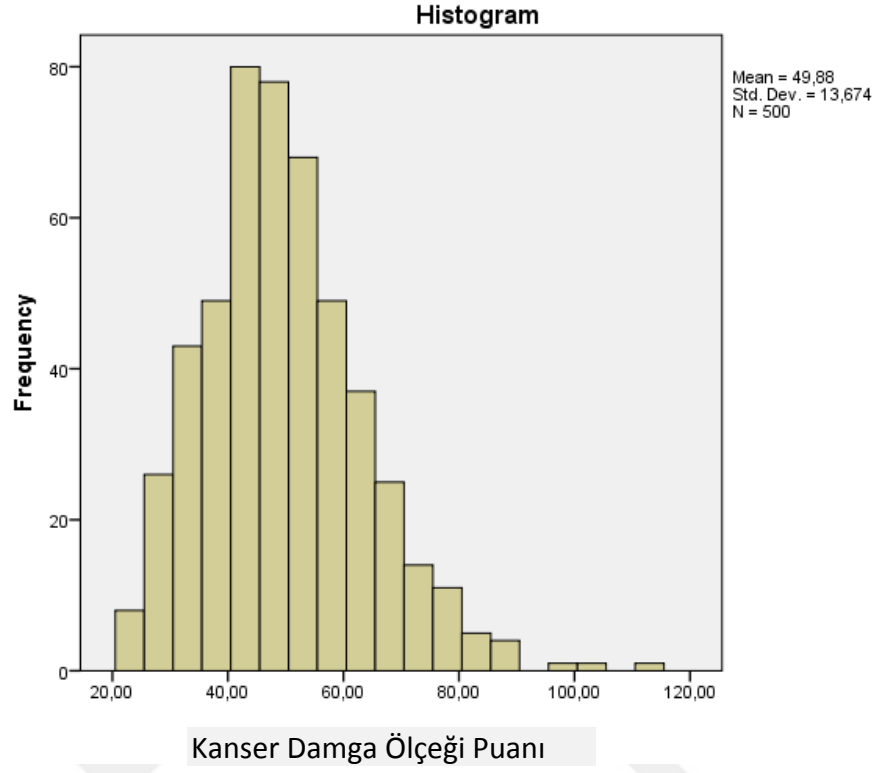
katılmıyorum” seçeneğini işaretlemiş, 10,11,21-23. maddelerde ise katılımcıların büyük çoğunluğu “Kesinlikle katılıyorum” seçeneğini işaretlemiştir.

Tablo 5.18. Katılımcıların Kanser Damga Ölçeği’nden Aldıkları Puanların Dağılımı (Ankara, 2020)

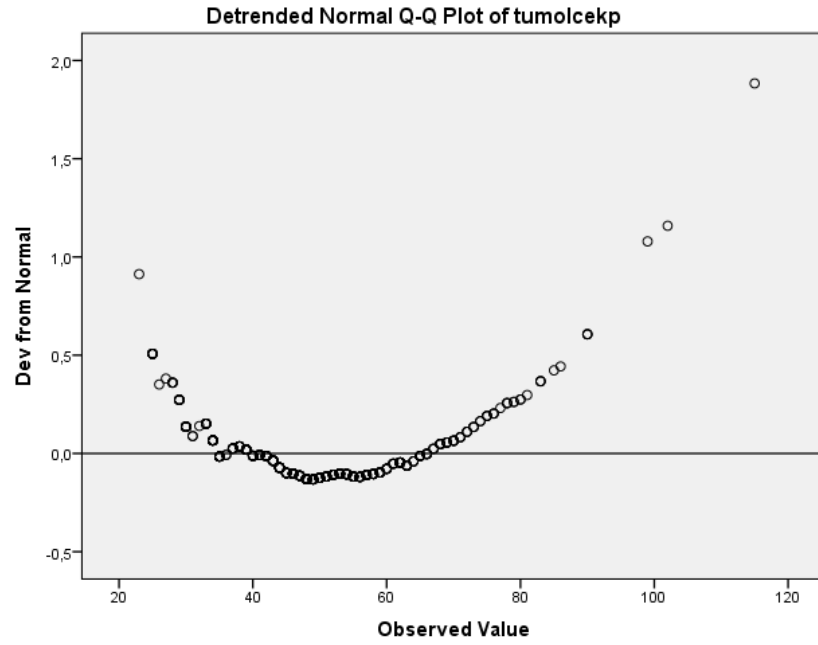
Ölçek ve Alt Boyutları	Alınabilecek Puan	Aldıkları
	Aralığı	Puan ¹
İletişimde Güçlük	5-30	12,0
Ciddiyet	5-30	13,0
Kaçınma	5-30	5,0
Politik Karşıtlık	3-18	3,0
Kişisel Sorumluluk	4-24	9,0
Finansal Ayrımcılık	3-18	3,0
Kanser Damga Ölçeği	25-150	48,0
Ort±SS: 49,8±13,6, Ortanca: 48, En düşük- En yüksek: 23-115,1.-3. Çeyrek: 40-58		

¹Normal dağılıma uymaması sebebiyle ortanca puan verilmiştir.

Tablo 5.18.’de görüldüğü gibi katılımcıların Kanser Damga Ölçeği’nden ve her bir alt boyuttan aldıkları puanlar sunulmuştur. Puanlar normal dağılıma uymamakta olup, ölçeğin bütününden alınan puan (Kolmogorov-Smirnov $p<0,001$); sağa çarpık (Skewness değeri=0,791) ve basık (Kurtosis değeri=1,261) bir dağılım göstermektedir. Dağılımı gösteren grafikler Şekil 5.3. ve Şekil 5.4.’te verilmiştir. Katılımcıların ölçeğin bütününden aldıkları ortanca puan 48,0 olup, puan ortalaması 49,8±13,6, en düşük puan 23, en yüksek puan 115, birinci çeyrek 40 ve üçüncü çeyrek 58’dir.



Şekil 5.3. Katılımcıların Kanser Damga Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Dağılımı



Şekil 5.4. Katılımcıların Kanser Damga Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Dağılımı

5.3.2. Katılımcıların Kansere Bilgi Puanına Ait Bulgular

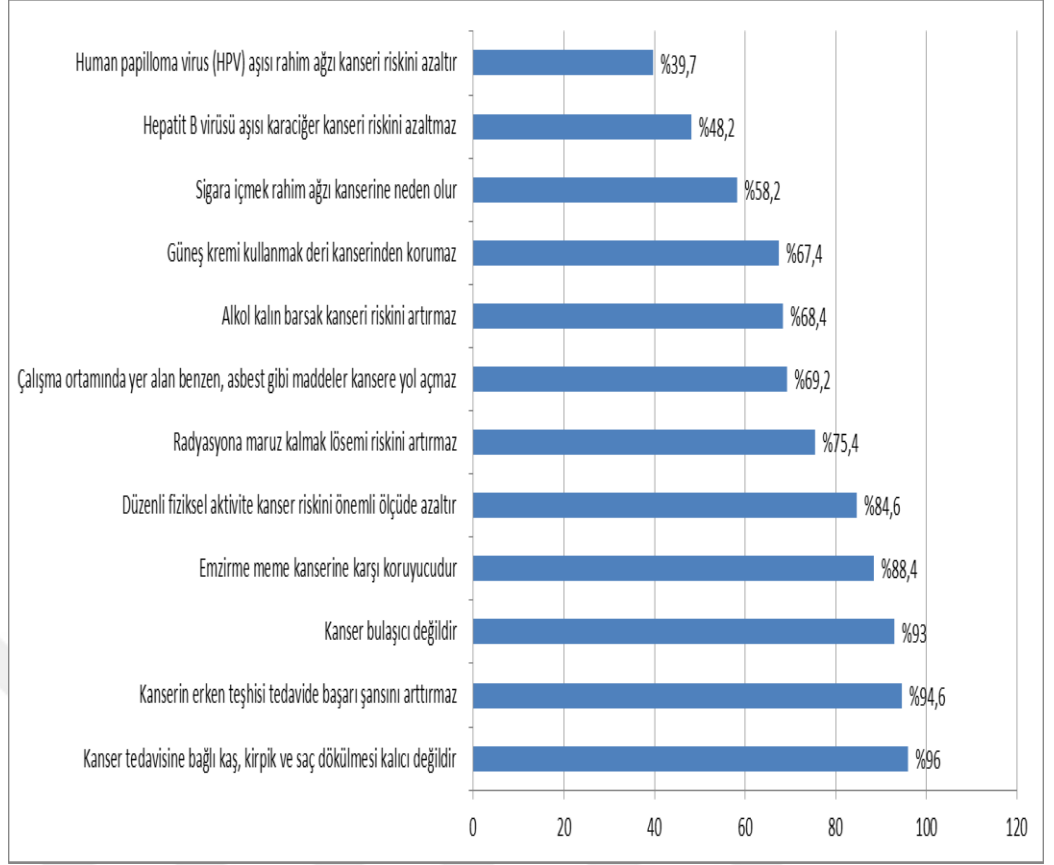
Tablo 5.19. Katılımcıların kanserle ilgili bazı sorulara verdikleri yanıtların dağılımı (Ankara, 2020)

Önermeler	Yanıtların dağılımı (n=500)					
	Doğru bilen		Yanlış bilen		Fikri yok	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Kanser tedavisine bağlı kaş, kirpik ve saç dökülmesi kalıcı değildir (D)	480	96,0	8	1,6	12	2,4
Kanserin erken teşhisi tedavide başarı şansını arttırmaz (Y)	473	94,6	21	4,2	5	1,0
Kanser bulaşıcı değildir (D)	465	93,0	20	4,0	15	3,0
Emzirme meme kanserine karşı koruyucudur (D)	442	88,4	21	4,2	37	7,4
Düzenli fiziksel aktivite kanser riskini önemli ölçüde azaltır (D)	423	84,6	39	7,8	38	7,6
Radyasyona maruz kalmak lösemi riskini artırmaz (Y)	377	75,4	19	3,8	104	20,8
Çalışma ortamında yer alan benzen, asbest gibi maddeler kansere yol açmaz (Y)	346	69,2	8	1,6	146	29,2
Alkol kalın barsak kanseri riskini artırmaz (Y)	342	68,4	43	8,6	115	23,0
Güneş kremi kullanmak deri kanserinden korumaz (Y)	337	67,4	108	21,6	55	11,0
Sigara içmek rahim ağzı kanserine neden olur (D)	291	58,2	80	16,0	129	25,8
Hepatit B virüsü aşısı karaciğer kanseri riskini azaltmaz (Y) ¹	240	48,2	34	6,8	224	45,0
Human papilloma virus (HPV) aşısı rahim ağzı kanseri riskini azaltır (D) ²	198	39,7	7	1,4	294	58,9

¹Bu soruyu 2 kişi yanıtlamamıştır.

²Bu soruyu 1 kişi yanıtlamamıştır.

Tablo 5.19.'da görüldüğü gibi, "Kanser tedavisine bağlı kaş, kirpik ve saç dökülmesi kalıcı değildir." önermesine katılımcıların %96,0'ı (480 kişi) doğru cevabı vermiştir. "Kanserin erken teşhisi tedavide başarı şansını arttırmaz." önermesine katılımcıların %94,6'sı (473 kişi) doğru cevabı vermiştir. "Kanser bulaşıcı değildir." önermesini katılımcıların %93'ü (465 kişi) doğru olarak yanıtlamış, %4,0'ı (20 kişi) yanlış olarak yanıtlamış, % 3,0'ı ise fikri olmadığını belirtmiştir. "Emzirme meme kanserine karşı koruyucudur." önermesine katılımcıların %88,4'ü (442 kişi) doğru cevabı vermiştir. "Düzenli fiziksel aktivite kanser riskini önemli ölçüde azaltır." önermesine katılımcıların %84,6'sı (423 kişi) doğru cevabı vermiştir. "Radyasyona maruz kalmak lösemi riskini artırmaz." önermesine katılımcıların %75,4'ü (377 kişi) doğru cevabı vermiştir. "Çalışma ortamında yer alan benzen, asbest gibi maddeler kansere yol açmaz." önermesine katılımcıların %69,2'si (346 kişi) doğru cevabı vermiştir. "Alkol kalın barsak kanseri riskini artırmaz." önermesine katılımcıların %68,4'ü (342 kişi) doğru cevabı vermiştir. "Güneş kremi kullanmak deri kanserinden korumaz." önermesine katılımcıların %67,4'ü (337 kişi) doğru cevabı vermiştir. "Sigara içmek rahim ağzı kanserine neden olur." önermesine katılımcıların %58,2'si (291 kişi) doğru cevabı vermiş, %25,8'i (129 kişi) fikrinin olmadığını belirtmiştir. "Hepatit B virüsü aşısı karaciğer kanseri riskini azaltmaz." önermesine katılımcıların %48,2'si (240 kişi) doğru cevabı vermiş, %45,0'ı (224 kişi) fikrinin olmadığını belirtmiştir. "Human papilloma virus (HPV) aşısı rahim ağzı kanseri riskini azaltır." önermesine katılımcıların %58,9'u (294 kişi) fikrinin olmadığını belirtirken, %39,7'si (198 kişi) doğru cevabı vermiştir. Kanserle ilgili sorulara doğru yanıt veren katılımcıların yüzdesi Şekil 5.5.'te gösterilmektedir.



Şekil 5.5. Kanserle ilgili soruları doğru yanıtlayan katılımcıların yüzde dağılımı

Tablo 5.20. Katılımcıların Kanserle İlgili Sorulardan Aldıkları Puanlarının Dağılımı (Ankara, 2020)

Bilgi puanı	Sayı	Yüzde
1	2	0,4
2	2	0,4
4	6	1,2
5	15	3,0
6	27	5,4
7	58	11,6
8	89	17,8
9	104	20,8
10	103	20,6
11	65	13,0
12	29	5,8
Ort±SS: 8,8±1,8 Ortanca: 9,0 En düşük-En yüksek: 1-12, 1.-3. Çeyrek: 8-10		
Bilgi puanı	Sayı	Yüzde
<9	199	39,8
≥9	301	60,2
Toplam	500	100,0

Tablo 5.20.'de görüldüğü gibi, katılımcıların kanserle ilgili soruları doğru yanıtlayarak aldıkları puanların dağılımı incelendiğinde katılımcıların %20,8'i 9 puan, %20,6'sı 10 puan almıştır. Toplam 12 puan üzerinden katılımcıların aldıkları bilgi puanlarının ortalaması 8,8'dir. Standart sapma $\pm 1,8$ 'dir. Ortanca puan 9, en düşük puan 1, en yüksek puan 12, 1. çeyrek 8 ve 3. çeyrek 10'dur. Bilgi sorularından ortanca puan ve üzerinde alan katılımcı sıklığı %60,2'dir.

5.3.3. Katılımcıların Kansere İlgili Bazı Beden Algılarına Ait Bulgular

Tablo 5.21. Katılımcıların Kansere İlgili Bazı Beden Algılarının Dağılımı (Ankara, 2020)

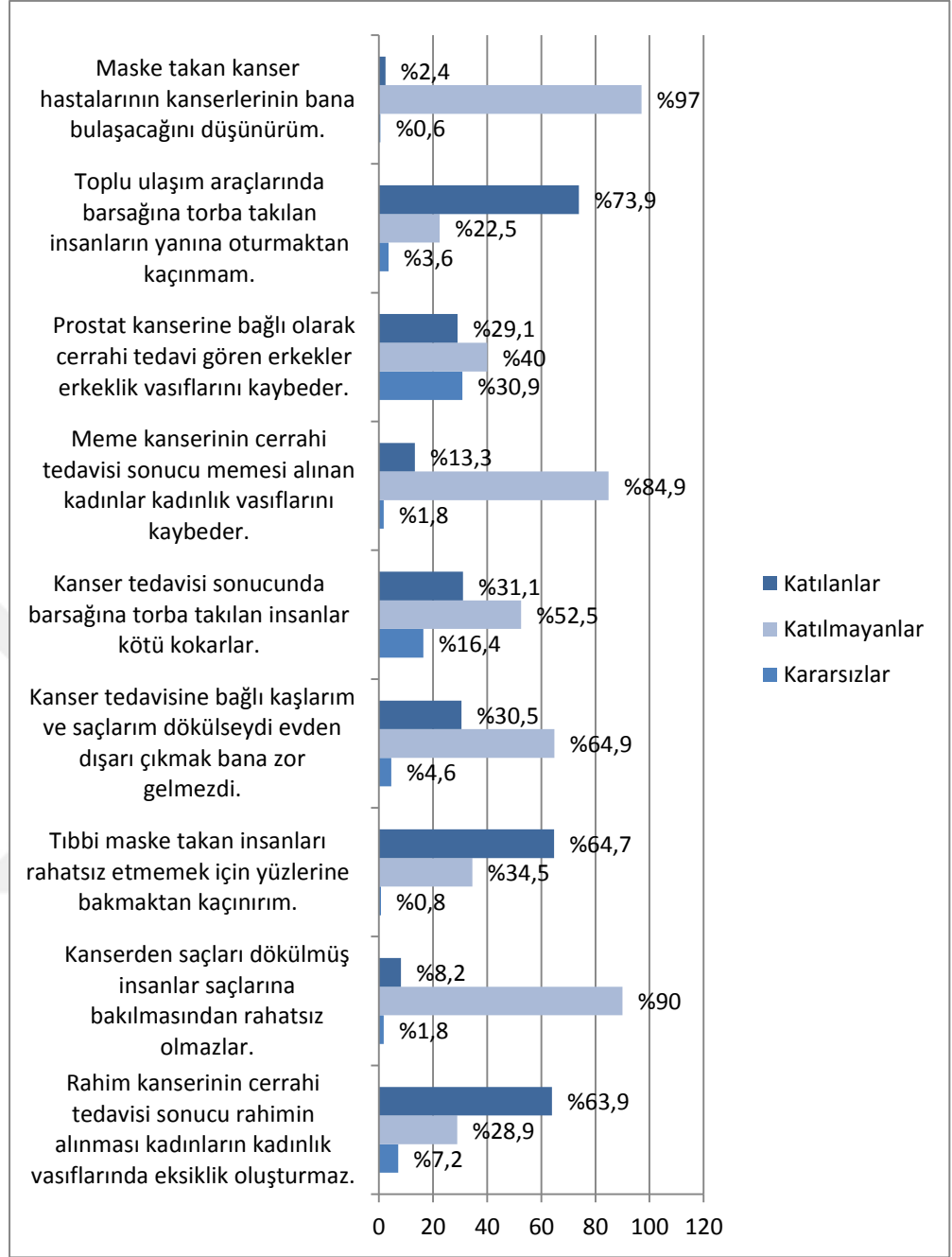
Önermeler (n=500)	Kesinlikle katılıyor		Katılıyor		Kararsız		Katılmıyor		Kesinlikle katılmıyor	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-Rahim kanserinin cerrahi tedavisi sonucu rahmin alınması kadınların kadınlık vasıflarında eksiklik oluşturmaz. ¹	309	61,9	10	2,0	36	7,2	21	4,2	123	24,6
2-Kanserden saçları dökülmüş insanlar saçlarına bakılmasından rahatsız olmazlar. ¹	30	6,0	11	2,2	9	1,8	41	8,2	408	81,8
3-Tıbbi maske takan insanları rahatsız etmemek için yüzlerine bakmaktan kaçınırım. ¹	304	60,9	19	3,8	4	0,8	14	2,8	158	31,7
4-Kanser tedavisine bağlı kaşlarım ve saçlarım dökülseydi evden dışarı çıkmak bana zor gelmezdi. ²	145	29,1	7	1,4	23	4,6	28	5,6	295	59,2
5-Kanser tedavisi sonucunda barsağına torba takılan insanlar kötü kokarlar. ¹	140	28,1	15	3,0	82	16,4	14	2,8	248	49,7
6-Meme kanserinin cerrahi tedavisi sonucu memesi alınan kadınlar kadınlık vasıflarını kaybeder. ³	47	9,5	19	3,8	9	1,8	10	2,0	412	82,9
7-Prostat kanserine bağlı olarak cerrahi tedavi gören erkekler erkeklik vasıflarını kaybeder. ²	116	23,3	29	5,8	154	30,9	10	2,0	189	38,0
8-Toplu ulaşım araçlarında barsağına torba takılan insanların yanına oturmaktan kaçınmam. ²	354	71,1	14	2,8	18	3,6	36	7,2	76	15,3
9-Maske takan kanser hastalarının kanserlerinin bana bulaşacağını düşünürüm. ¹	12	2,4	-	-	3	0,6	9	1,8	475	95,2

¹Bu soruyu 1 kişi yanıtlamamıştır.

²Bu soruyu 2 kişi yanıtlamamıştır.

³Bu soruyu 3 kişi yanıtlamamıştır.

Tablo 5.21.'de görüldüğü gibi, "Rahim kanserinin cerrahi tedavisi sonucu rahmin alınması kadınların kadınlık vasıflarında eksiklik oluşturmaz." önermesine katılımcıların %61,9'u (309 kişi) kesinlikle katıldığını, %24,6'sı (123 kişi) kesinlikle katılmadığını belirtmiştir. "Kanserden saçları dökülmüş insanlar saçlarına bakılmasından rahatsız olmazlar." önermesine katılımcıların %81,8'i (408 kişi) kesinlikle katılmadığını belirtmiştir. "Tıbbi maske takan insanları rahatsız etmemek için yüzlerine bakmaktan kaçınırım." önermesine katılımcıların %60,9'u (304 kişi) kesinlikle katıldığını, %31,7'si (158 kişi) kesinlikle katılmadığını belirtmiştir. "Kanser tedavisine bağlı kaşlarım ve saçlarım dökülseydi evden dışarı çıkmak bana zor gelmezdi." önermesine katılımcıların %59,2'si (295 kişi) kesinlikle katılmadığını, %29,1'i (145 kişi) kesinlikle katıldığını belirtmiştir. "Kanser tedavisi sonucunda barsağına torba takılan insanlar kötü kokarlar." önermesine katılımcıların %49,7'si (248 kişi) kesinlikle katılmadığını, %28,1'i (140 kişi) kesinlikle katıldığını belirtmiştir. "Meme kanserinin cerrahi tedavisi sonucu memesi alınan kadınlar kadınlık vasıflarını kaybeder." önermesine katılımcıların %82,9'u (412 kişi) kesinlikle katılmadığını belirtmiştir. "Prostat kanserine bağlı olarak cerrahi tedavi gören erkekler erkeklik vasıflarını kaybeder." önermesine katılımcıların %38,0'ı (189 kişi) kesinlikle katılmadığını, %30,9'u (154 kişi) kararsız olduğunu, %23,3'ü (116 kişi) kesinlikle katıldığını belirtmiştir. "Toplu ulaşım araçlarında barsağına torba takılan insanların yanına oturmaktan kaçınmam." önermesine katılımcıların %71,1'i (354 kişi) kesinlikle katıldığını belirtmiştir. "Maske takan kanser hastalarının kanserlerinin bana bulaşacağını düşünürüm." önermesine katılımcıların %95,2'si (475 kişi) kesinlikle katılmadığını, %2,4'ü (12 kişi) kesinlikle katıldığını belirtmiştir. Beden algılarını değerlendiren önermelere katılımcıların katılma yüzdesi Şekil 5.6.'da gösterilmektedir.



Şekil 5.6. Beden algılarını değerlendiren önermelere katılımcıların katılma yüzdesi

5.3.4. Katılımcıların Kansere Damga Puanı, Kansere Bilgi Puanı ve Kansere Beden Algıları ile İlişkili Faktörlere Ait Bulgular

Bu bölümde katılımcıların bazı özellikleri ile Kansere Damga Puanı, kansere bilgi puanları ve kansere beden algıları arasındaki bazı ilişkilere ait bulgular sunulmuştur.

Katılımcıların Bazı Özellikleri ile Kansere Damga Puanı Arasındaki İlişkilere Ait Bulgular

Tablo 5. 22. Katılımcıların Yaşı ve Bilgi Puanı ile Kansere Damga Puanı Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları (Ankara, 2020)

Özellik (n=499)	n	r ¹	p değeri
Yaş-Kansere Damga puanı	499	-0,044	0,324
Bilgi puanı-Kansere Damga puanı	500	0,083	0,064

¹ Çarpık dağılım nedeniyle Spearman Korelasyonu yapılmıştır.

Tablo 5.22.'de görüldüğü gibi katılımcıların yaşı ile damga puanı arasında korelasyon bulunmamaktadır ($r=-0,044$, $p=0,324$). Katılımcıların bilgi puanı ile kansere damga puanı arasında korelasyon bulunmamaktadır ($r=0,083$, $p=0,064$).

Tablo 5.23. Katılımcıların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Kansere Damga Puanının Dağılımı (Ankara, 2020)

Özellik (n=500)	n	p değeri ¹
Medeni durum		
Evli	376	0,145
Diğer ²	124	
Yaşam şekli		
Aile ile birlikte	464	0,468
Diğer ³	36	
Ailede sağlık çalışanı bulunma⁴		
Var	209	0,014
Yok	290	
Eğitim durumu^{4,5}		
Düşük	23	0,025
Orta ⁶	187	
Yüksek ⁶	290	
Ekonomik durum^{4,7}		
İyi	107	0,564
Orta	339	
Kötü	54	
Çalışma durumu		
Çalışan	125	0,492
Çalışmayan	375	

¹ Mann Whitney U testi

² Bekar, eşi ölmüş ve eşinden ayrılmış olanlar diğer olarak belirtilmiştir.

³Yalnız yaşayanlar ve arkadaşı ile yaşayanlar diğer olarak belirtilmiştir.

⁴Bu soruyu 1 kişi yanıtlamamıştır.

⁵Okur yazar değil, Okur yazar/Herhangi bir okul bitirmemiş ve ilkökul mezunu eğitim durumu düşük olarak, ilköğretim/Ortaokul mezunu eğitim durumu orta olarak, Lise, Üniversite veya üstü eğitimi olanlar yüksek eğitim durumu olarak gruplanmıştır.

⁶İstatistiksel anlamlılık bu hücrelerden kaynaklanmaktadır.

⁷“Çok iyi” ve “iyi” iyi olarak, “çok kötü” ve “kötü” kötü olarak gruplanmış, orta aynen belirtilmiştir.

Tablo 5.23.’te görüldüğü gibi katılımcıların medeni durumu ile damga puanı arasında (p=0,145), yaşam şekli ile damga puanı arasında (p=0,468) istatistiksel

olarak anlamlı ilişki saptanmazken, katılımcıların ailelerinde sağlık çalışanı bulunma durumu ile damga puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,014$). Katılımcıların eğitim durumu ile damga puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,025$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Mann Whitney U testi ve Bonferroni düzeltmesi sonucunda eğitim durumu orta olan grup ile eğitim durumu yüksek olan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,007$). Katılımcıların ekonomik durumu ile damga puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,564$). Katılımcıların çalışma durumu ile damga puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,492$).

Tablo 5.24. Katılımcıların Sağlık Durumu ve Hastalıklar ile ilgili Bazı Özelliklerine Göre Kanser Damga Puanının Dağılımı (Ankara, 2020)

Özellik	n	p değeri
Sağlık durumu¹ (n=495)		
İyi	258	0,613 ²
Orta	221	
Kötü	16	
Kronik hastalık bulunma durumu (n=494)		
Var	228	0,815 ³
Yok	266	
Ailede kronik hastalık bulunma durumu (n=500)		
Var	365	0,691 ²
Yok	135	
Geçmişte tarama yaptıрма (n=500)		
Evet	443	0,044³
Hayır	57	
Geçmişte meme kanseri taraması yaptıрма (n=442)		
Evet	395	0,252 ³
Hayır	47	
Geçmişte serviks kanseri taraması yaptıрма (n=442)		
Evet	414	0,901 ³
Hayır	28	
Geçmişte kolorektal kanser taraması yaptıрма (n=442)		
Evet	274	0,300 ³
Hayır	168	
Tarama erteleme (n=495)		
Evet	154	0,069 ³
Hayır	341	

¹ “Çok iyi” ve “iyi” iyi olarak, “çok kötü” ve “kötü” kötü olarak gruplanmış, orta aynen belirtilmiştir.

² Kruskal Wallis testi

³ Mann Whitney U testi

Tablo 5.24.’te görüldüğü gibi katılımcıların sağlık durumu ile damga puanı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, sağlık durumu iyi, orta ve kötü olan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,613$). Katılımcılarda kronik hastalık bulunma durumu ile damga puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,815$). Katılımcıların ailelerinde kronik hastalık bulunma durumu ile de damga puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,691$). Katılımcıların geçmişte kanser taraması yaptıрма durumu ile damga puanı

arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, tarama yaptıran grup ile yaptırmayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,044$). Geçmişte meme kanseri ($p=0,252$), serviks kanseri ($p=0,901$) ve kolorektal kanser ($p=0,300$) taraması yaptıрма durumu ile damga puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Kanser taraması yaptırmayı erteleme ile damga puanı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, erteleyen ve ertelemeyen grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,069$). Kanser taraması yaptırmayı erteleme nedenleri ile damga puanı arasındaki ilişkinin değerlendirildiği analizlere ait bulgular Ekler Bölümü'nde Tablo 2.'de verilmektedir.



Tablo 5.25. Katılımcıların Yakın Çevresinde Kansere Bulunma Durumuna Göre Kansere Damga Puanının Dağılımı (Ankara, 2020)

Kanser bulunma durumu	n	p değeri ¹
Kan bağı olan 1. derecedeki akrabalarda bulunma (n=499)		
Var	222	0,440
Yok	277	
Kan bağı olan 1. derece dışındaki akrabalarda bulunma (n=498)		
Var	271	0,674
Yok	227	
Kan bağı olmayan akrabalarda bulunma (n=498)		
Var	232	0,259
Yok	266	
Arkadaşlarda bulunma (n=498)		
Var	195	0,968
Yok	303	
İş arkadaşlarında bulunma (n=497)		
Var	93	0,488
Yok	404	
Komşularda bulunma (n=499)		
Var	164	0,156
Yok	335	

¹ Mann Whitney U testi

Tablo 5.25'te görüldüğü gibi katılımcıların yakın çevresinde kanser bulunma durumu ile damga puanı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, kan bağı olan 1. derecedeki akrabalarında ($p=0,440$), kan bağı olan 1. derece dışındaki akrabalarında ($p=0,674$), kan bağı olmayan akrabalarında ($p=0,259$), arkadaşlarında ($p=0,968$), iş arkadaşlarında ($p=0,488$) ve komşularında ($p=0,156$) kanser olan grup ile olmayan grubun damga puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 5.26. Katılımcıların Kansere İlişkin Beden Algısı Önermelerine Katılım Durumuna Göre Kanser Damga Puanının Dağılımı (Ankara, 2020)

Önerme (n=500)	n	p değeri ¹
Rahim kanserinin cerrahi tedavisi sonucu rahmin alınması kadınların kadınlık vasıflarında eksiklik oluşturmaz.²		
Katılan	319	0,732
Katılmayan	114	
Kanserden saçları dökülmüş insanlar saçlarına bakılmasından rahatsız olmazlar.²		
Katılan	41	0,166
Katılmayan	449	
Tıbbi maske takan insanları rahatsız etmemek için yüzlerine bakmaktan kaçınırım.²		
Katılan	323	0,001
Katılmayan	172	
Kanser tedavisine bağlı kaşlarım ve saçlarım dökülseydi evden dışarı çıkmak bana zor gelmezdi.³		
Katılan	152	<0,001
Katılmayan	323	
Kanser tedavisi sonucunda barsağına torba takılan insanlar kötü kokarlar.²		
Katılan	155	<0,001
Katılmayan	262	
Meme kanserinin cerrahi tedavisi sonucu memesi alınan kadınlar kadınlık vasıflarını kaybeder.⁴		
Katılan	66	0,036
Katılmayan	422	
Prostat kanserine bağlı olarak cerrahi tedavi gören erkekler erkeklik vasıflarını kaybeder.³		
Katılan	145	0,157
Katılmayan	199	
Toplu ulaşım araçlarında barsağına torba takılan insanların yanına oturmaktan kaçınmam.³		
Katılan	368	<0,001
Katılmayan	112	
Maske takan kanser hastalarının kanserlerinin bana bulaşacağını düşünürüm.²		
Katılan	12	0,255
Katılmayan	484	

¹ Mann Whitney U testi

² Bu soruyu 1 kişi yanıtlamamıştır.

³ Bu soruyu 2 kişi yanıtlamamıştır.

⁴ Bu soruyu 3 kişi yanıtlamamıştır.

Tablo 5.26.'da görüldüğü gibi, "Rahim kanserinin cerrahi tedavisi sonucu rahmin alınması kadınların kadınlık vasıflarında eksiklik oluşturmaz." önermesine katılan ve katılmayan grubun damga puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,732$).

"Kanserden saçları dökülmüş insanlar saçlarına bakılmasından rahatsız olmazlar." önermesine katılan ve katılmayan grubun damga puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,166$).

"Tıbbi maske takan insanları rahatsız etmemek için yüzlerine bakmaktan kaçınırım." önermesine katılan ve katılmayan grubun damga puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,001$).

"Kanser tedavisine bağlı kaşlarım ve saçlarım dökülseydi evden dışarı çıkmak bana zor gelmezdi." önermesine katılan ve katılmayan grubun damga puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$).

"Kanser tedavisi sonucunda barsağına torba takılan insanlar kötü kokarlar." önermesine katılan ve katılmayan grubun damga puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$).

"Meme kanserinin cerrahi tedavisi sonucu memesi alınan kadınlar kadınlık vasıflarını kaybeder." önermesine katılan ve katılmayan grubun damga puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,036$).

"Prostat kanserine bağlı olarak cerrahi tedavi gören erkekler erkeklik vasıflarını kaybeder." önermesine katılan ve katılmayan grubun damga puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,157$).

"Toplu ulaşım araçlarında barsağına torba takılan insanların yanına oturmaktan kaçınmam." önermesine katılan ve katılmayan grubun damga puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$).

“Maske tatan kanser hastalarının kanserlerinin bana bulaşacağını düşünürüm.” önermesine katılan ve katılmayan grubun damga puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,255$).

Katılımcıların Bazı Özellikleri ile Kanser Bilgi Puanı Arasındaki İlişkilere Ait Bulgular

Tablo 5.27. Katılımcıların Yaşı ile Bilgi Puanı Arasındaki Korelasyon Analizi (Ankara, 2020)

Özellik (n=499)	r^1	p değeri
Yaş-Bilgi puanı	-0,034	0,445

¹ Çarpık dağılım nedeniyle Spearman Korelasyonu yapılmıştır.

Tablo 5.27.’de görüldüğü gibi, katılımcıların yaşı ile bilgi puanı arasında korelasyon bulunmamaktadır ($r=-0,034$, $p=0,445$).

Tablo 5.28. Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Bilgi Puanlarının Dağılımı (Ankara, 2020)

	Bilgi puanı					
	Ortalama	±ss	Ortanca	En büyük- En küçük	1.-3. Çeyrekler	p değeri
Eğitim durumu (n=500)						
Okuryazar değil	7,91	1,7	8,0	4-10	7,0-9,0	<0,001 ¹
Okur yazar	8,08	1,9	8,5	4-10	7,25-9,75	
İlkokul mezunu ²	7,95	2,0	8,0	1-12	7,0-9,0	
Ortaokul mezunu ²	9,02	1,9	9,0	4-12	8,0-10,0	
Lise mezunu ²	9,29	1,6	9,0	4-12	8,0-11,0	
Üniversite/yüksek lisans mezunu ²	9,28	1,6	9,0	4-12	8,0-10,0	
Medeni durum (n=500)						
Evli	8,86	1,9	9,0	1-12	8,0-10,0	0,392 ³
Bekar	8,73	1,7	9,0	4-12	8,0-10,0	
Yaşam şekli (n=500)						
Ailesi ile	8,83	1,9	9,0	1-12	8,0-10,0	0,804 ³
Diğer ⁴	8,81	1,5	9,0	5-12	8,0-10,0	
Ailede sağlık çalışanı (n=499)						
Var	8,96	1,8 4	9,0	4-12	8,0-10,0	0,287 ³
Yok	8,73	1,9 3	9,0	1-12	8,0-10,0	
Çalışma durumu (n=500)						
Çalışan	8,94	1,9	9,0	1-12	8,0-10,0	0,365 ³
Çalışmayan	8,79	1,8	9,0	1-12	8,0-10,0	
Ekonomik durum (n=500)						
Çok iyi	8,67	3,2 1	10	5-11	5,0-11,0	0,822 ¹
İyi	8,88	1,9 4	9	4-12	8,0-10,0	
Orta	8,84	1,9 1	9	1-12	8,0-10,0	
Kötü	8,62	1,6 6	9	4-12	7,0-10,0	
Çok kötü	8,67	1,8 0	9	5-11	8,0-10,0	

¹ Kruskal Wallis testi

² İstatistiksel anlamlılık bu hücrelerden kaynaklanmaktadır.

³ Mann Whitney U testi

⁴ Yalnız yaşayanlar ve arkadaşı ile yaşayanlar diğer olarak belirtilmiştir.

Tablo 5.28.'de görüldüğü gibi, katılımcıların eğitim düzeyine göre aldıkları bilgi puanı toplam 12 puan üzerinden değerlendirildiğinde, okur-yazar olmayan katılımcıların ortalama puanı $7,91 \pm 1,7$, ortanca puanı 8,0, en büyük puanı 10, en küçük puanı 4, birinci çeyreklik değeri 7,0, üçüncü çeyreklik değeri 9,0'dır.

Okur-yazar katılımcıların ortalama puanı $8,08 \pm 1,9$, ortanca puanı 8,5, en büyük puanı 10, en küçük puanı 4, birinci çeyreklik değeri 7,25, üçüncü çeyreklik değeri 9,75'tir.

İlkokul mezunu katılımcıların ortalama puanı $7,95 \pm 2,0$, ortanca puanı 8,0, en büyük puanı 12, en küçük puanı 1, birinci çeyreklik değeri 7,0, üçüncü çeyreklik değeri 9,0'dır.

Ortaokul mezunu katılımcıların ortalama puanı $9,02 \pm 1,9$, ortanca puanı 9,0, en büyük puanı 12, en küçük puanı 4, birinci çeyreklik değeri 8,0, üçüncü çeyreklik değeri 10,0'dır.

Lise mezunu katılımcıların ortalama puanı $9,29 \pm 1,6$, ortanca puanı 9,0, en büyük puanı 12, en küçük puanı 4, birinci çeyreklik değeri 8,0, üçüncü çeyreklik değeri 11,0'dır.

Üniversite/yüksek lisans mezunu katılımcıların ortalama puanı $9,28 \pm 1,6$, ortanca puanı 9,0, en büyük puanı 12, en küçük puanı 4, birinci çeyreklik değeri 8,0, üçüncü çeyreklik değeri 10,0'dır.

Eğitim düzeyi ile bilgi puanı arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0,001$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi ve Bonferroni düzeltmesi sonucunda, ilkokul mezunu ve ortaokul mezunu katılımcılar arasında ($p = 0,001$), ilkokul mezunu ve lise mezunu katılımcılar arasında ($p < 0,001$), ilkokul mezunu ile üniversite ve üzeri eğitim alan katılımcılar arasında ($p < 0,001$) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Katılımcıların medeni durumuna göre aldıkları bilgi puanı toplam 12 puan üzerinden değerlendirildiğinde, evli ve bekar katılımcıların ortanca puanı 9,0, olup,

medeni duruma göre bilgi puanları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,392$).

Katılımcıların yaşam şekline göre aldıkları bilgi puanı incelendiğinde ailesi ile yaşayanlar ile diğer grubun ortanca puanı 9,0'dır. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,804$).

Katılımcıların ailesinde sağlık çalışanı bulunma durumuna göre aldıkları bilgi puanı incelendiğinde, ailesinde sağlık çalışanı olan ve olmayan grubun ortanca puanı 9,0'dır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,287$).

Katılımcıların çalışma durumuna göre aldıkları bilgi puanı incelendiğinde çalışan ve çalışmayan katılımcıların ortanca puanı 9,0, en büyük puanı 12, en küçük puanı 1'dir. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,365$).

Katılımcıların ekonomik durumuna göre aldıkları bilgi puanı incelendiğinde ekonomik durumu çok iyi olan katılımcıların ortanca puanı 10,0 iken diğer grupların 9,0'dır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,822$).

Tablo 5.29. Katılımcıların Geçmişte Kansere Taraması Yaptırma Durumuna Ait Bazı Özelliklerine Göre Bilgi Puanlarının Dağılımı (Ankara, 2020)

Özellik	Bilgi puanı					
	Ortalama	±ss	Ortanca	En büyük- En küçük	1.-3. Çeyrekler	p değeri ¹
Geçmişte tarama yaptıрма (n=500)						
Evet	8,85	1,93	9	1-12	8,0-10,0	0,261
Hayır	8,68	1,61	9	5-12	8,0-10,0	
Meme (n=442)						
Evet	8,83	1,96	9	1-12	8,0-10,0	0,994
Hayır	8,96	1,67	9	6-12	8,0-10,0	
Serviks (n=442)						
Evet	8,87	1,90	9	1-12	8,0-10,0	0,371
Hayır	8,43	2,28	9	1-11	8,0-11,0	
Kolorektal (n=442)						
Evet	8,80	1,83	9	1-12	8,0-10,0	0,333
Hayır	8,92	2,09	9	1-12	8,0-10,0	
Tarama erteleme (n=495)						
Evet	8,78	1,95	9	2-12	8,0-10,0	0,553
Hayır	8,85	1,87	9	1-12	8,0-10,0	

¹Mann Whitney U testi

Tablo 5.29’da görüldüğü gibi, katılımcıların geçmişte kanser taraması yaptırmama durumuna göre aldıkları bilgi puanı toplam 12 puan üzerinden değerlendirildiğinde, geçmişte kanser taraması yaptıran ve yaptırmayan katılımcıların ortanca puanı 9,0’dır. Geçmişte kanser taraması yaptırmama durumuna göre bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,261).

Katılımcıların geçmişte meme kanseri taraması yaptırmama durumuna göre aldıkları bilgi puanı incelendiğinde, geçmişte meme kanseri taraması yaptıran ve yaptırmayan katılımcıların ortanca puanı 9,0’dır. Geçmişte meme kanseri taraması

yaptırma durumuna göre bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,994$).

Katılımcıların geçmişte serviks kanseri taraması yaptırma durumuna göre aldıkları bilgi puanı incelendiğinde, geçmişte serviks kanseri taraması yaptıran ve yaptırmayan katılımcıların ortanca puanı 9,0'dır. Geçmişte serviks kanseri taraması yaptırma durumuna göre bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,371$).

Katılımcıların geçmişte kolorektal kanser taraması yaptırma durumuna göre aldıkları bilgi puanı incelendiğinde, geçmişte kolorektal kanser taraması yaptıran ve yaptırmayan katılımcıların ortanca puanı 9,0'dır. Geçmişte kolorektal kanser taraması yaptırma durumuna göre bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,333$).

Katılımcıların geçmişte kanser taraması yaptırmayı erteleme durumuna göre aldıkları bilgi puanı incelendiğinde, geçmişte kanser taraması yaptırmayı erteleyen ve ertelemeyen katılımcıların ortanca puanı 9,0'dır. Geçmişte kanser taraması yaptırmayı erteleme durumuna göre bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,553$).

Tablo 5.30. Katılımcıların Sağlık Durumuna ve Kronik Hastalıklar ile ilgili Bazı Özelliklerine Göre Bilgi Puanlarının Dağılımı (Ankara, 2020)

Özellik	Bilgi puanı					p değeri
	Ortalama	±ss	Ortanca	En büyük- En küçük	1.-3. Çeyrekler	
Sağlık durumu (n=495)						
Çok iyi ¹	7,95	2,11	8	4-11	7,0-10,0	0,027 ²
İyi	9,08	1,82	9	1-12	8,0-10,0	
Orta	8,65	1,92	9	1-12	8,0-10,0	
Kötü	8,43	1,87	9	6-12	7,0-10,0	
Çok kötü	8,50	0,71	9	8-9	8,0-9,0	
Kronik hastalık durumu (n=494)						
Var	8,84	1,91	9	1-12	8,0-10,0	0,686 ³
Yok	8,78	1,88	9	1-12	8,0-10,0	
Ailede kronik hastalık (n=500)						
Var	8,85	1,82	9	1-12	8,0-10,0	0,799 ³
Yok	8,76	2,09	9	1-12	7,0-10,0	

¹İstatistiksel anlamlılık bu hücrelerden kaynaklanmaktadır.

²Kruskal Wallis testi

³Mann Whitney U testi

Tablo 5.30.'da görüldüğü gibi, katılımcıların sağlık durumuna göre aldıkları bilgi puanı toplam 12 puan üzerinden değerlendirildiğinde, sağlık durumu çok iyi olanların ortanca puanı 8,0, diğer grupların ortanca puanı 9,0'dır. Sağlık durumuna göre bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p=0,027$). İstatistiksel anlamlılık sağlık durumu çok iyi olan gruptan kaynaklanmaktadır.

Katılımcıların kronik hastalık bulunma durumuna göre aldıkları bilgi puanı incelendiğinde, kronik hastalığı olan ve olmayan katılımcıların ortanca puanı 9,0'dır. Kronik hastalık bulunma durumuna göre bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,686$).

Katılımcıların ailesinde kronik hastalık bulunma durumuna göre aldıkları bilgi puanı incelendiğinde, ailesinde kronik hastalığı olan ve olmayan katılımcıların ortanca puanı 9,0'dır. Katılımcıların ailesinde kronik hastalık bulunma durumuna

göre bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,799).

Tablo 5.31. Katılımcıların Yakın Çevrelerinde Kansere Bulunma Durumuna Göre Bilgi Puanlarının Dağılımı (Ankara, 2020)

Kanser varlığı	Bilgi puanı					p değeri ¹
	Ortalama	±ss	Ortanca	En büyük- En küçük	1.-3. Çeyrekler	
Kan bağı olan 1. derecedeki akrabalarda (n=499)						
Var	8,84	1,83	9	2-12	8,0-10,0	0,869
Yok	8,82	1,95	9	1-12	8,0-10,0	
Kan bağı olan 1. derece dışındaki akrabalarda (n=498)						
Var	8,94	1,71	9	4-12	8,0-10,0	0,287
Yok	8,68	2,09	9	1-12	7,0-10,0	
Kan bağı olmayan akrabalarda (n=498)						
Var	8,89	1,87	9	1-12	8,0-10,0	0,569
Yok	8,77	1,93	9	1-12	8,0-10,0	
Arkadaşlarda (n=498)						
Var	9,11	1,80	9	1-12	8,0-10,0	0,010
Yok	8,65	1,94	9	1-12	8,0-10,0	
İş arkadaşlarında (n=497)						
Var	9,26	1,82	10	4-12	8,0-11,0	0,012
Yok	8,73	1,90	9	1-12	8,0-10,0	
Komşularda (n=499)						
Var	9,19	1,72	9	1-12	8,0-10,0	0,005
Yok	8,65	1,95	9	1-12	8,0-10,0	

¹Mann Whitney U testi

Tablo 5.31.'de görüldüğü gibi, katılımcıların kan bağı olan 1. derecedeki akrabalarında kanser bulunma durumuna göre aldıkları bilgi puanı toplam 12 puan üzerinden değerlendirildiğinde, kan bağı olan 1. derecedeki akrabalarında kanser olan ve olmayan katılımcıların ortanca puanı 9,0'dır. Kan bağı olan 1. derecedeki akrabalarında kanser bulunma durumuna göre bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,869$).

Katılımcıların kan bağı olan 1. derece dışındaki akrabalarında kanser bulunma durumuna göre aldıkları bilgi puanı incelendiğinde, kan bağı olan 1. derece dışındaki akrabalarında kanser olan ve olmayan katılımcıların ortanca puanı 9,0'dır. Kan bağı olan 1. derece dışındaki akrabalarında kanser bulunma durumuna göre bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,287$).

Katılımcıların kan bağı olmayan akrabalarında kanser bulunma durumuna göre aldıkları bilgi puanı incelendiğinde, kan bağı olmayan akrabalarında kanser olan ve olmayan katılımcıların ortanca puanı 9,0'dır. Kan bağı olmayan akrabalarında kanser bulunma durumuna göre bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,569$).

Katılımcıların arkadaşlarında kanser bulunma durumuna göre aldıkları bilgi puanı incelendiğinde, arkadaşlarında kanser olan ve olmayan katılımcıların ortanca puanı 9,0'dır. Arkadaşlarında kanser bulunma durumuna göre bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,010$).

Katılımcıların iş arkadaşlarında kanser bulunma durumuna göre aldıkları bilgi puanı incelendiğinde, iş arkadaşlarında kanser olan katılımcıların ortanca puanı 10,0, olmayan katılımcıların ortanca puanı 9,0'dır. İş arkadaşlarında kanser bulunma durumuna göre bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,012$).

Katılımcıların komşularında kanser bulunma durumuna göre aldıkları bilgi puanı incelendiğinde, komşularında kanser olan ve olmayan katılımcıların ortanca puanı 9,0'dır. Komşularında kanser bulunma durumuna göre bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,005$).

Katılımcıların Bazı Özellikleri ile Kansere Beden Algıları Arasındaki İlişkilere

Ait Bulgular

Kansere beden algısını değerlendiren veri, 5'li Likert tipi sorularla “kesinlikle katılıyorum”, “katılıyorum”, “kararsızım” “katılmıyorum” ve “kesinlikle katılmıyorum” seçenekleri ile toplanmıştır. Ordinal olan bu verinin ki kare testi ile analiz edilmesinde “kesinlikle katılıyorum” ve “katılıyorum” yanıtları “katılan” olarak, “katılmıyorum” ve “kesinlikle katılmıyorum” yanıtları “katılmayan” olarak gruplanmıştır. Analizler “katılan” ve “katılmayan” grupları ile yapılmış, “kararsızım” yanıtları analiz dışında bırakılmıştır. Alanyazında Likert tipi sorularla elde edilen verinin parametrik olmayan testler ile analiz edilebileceği, “kararsızım” yanıtlarının analiz dışında bırakılabileceği belirtilmektedir (103, 104). Bu nedenle, katılımcıların kansere ilişkin beden algısını değerlendiren dokuz önermenin her biri ile katılımcıların bazı özellikleri arasındaki ilişki değerlendirilirken “kararsızım” diyenler analiz dışında tutulmuştur. Ayrıca, yaş değişkeni, araştırma grubunun yaş dağılımının ortanca değeri temel alınarak “31-55” ve “56-70” olarak iki gruba ayrılarak analizler yapılmıştır.

Analizler sonucunda sadece birinci önerme için elde edilen bulguların tamamı tablo olarak verilmiştir. Geriye kalan sekiz önerme için yapılan analizler sonucunda elde edilen bulguların yalnızca istatistiksel olarak anlamlı olanları tablo olarak verilmiştir.

Tablo 5.32. Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre “Rahim kanserinin cerrahi tedavisi sonucu rahimin alınması kadınların kadınlık vasıflarında eksiklik oluşturmaz” Önermesine Katılma Durumu (Ankara, 2020)

Özellik	Katılan		Katılmayan		Toplam		p değeri ¹
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Yaş (n=432)							
31-55 yaş grubu	158	66,7	79	33,3	237	100,0	0,303
56-70 yaş grubu	160	71,1	65	28,9	225	100,0	
Medeni durum (n=463)							
Evli	243	68,6	111	31,4	354	100,0	0,831
Diğer ²	76	69,7	33	30,3	109	100,0	
Yaşam şekli (n=463)							
Aile ile birlikte	296	68,5	136	31,5	432	100,0	0,647
Diğer ³	23	74,2	8	25,8	31	100,0	
Ailede sağlık çalışanı (n=462)							
Var	133	68,9	60	31,1	193	100,0	0,975
Yok	185	68,8	84	31,2	269	100,0	
Eğitim (n=463)							
Düşük	7	46,7	8	53,3	15	100,0	<0,001
Orta ⁴	101	59,1	70	40,9	171	100,0	
Yüksek ⁴	211	76,2	66	23,8	277	100,0	
Çalışma durumu (n=463)							
Çalışan	77	65,8	40	34,2	117	100,0	0,404
Çalışmayan	242	69,9	104	30,1	346	100,0	
Ekonomik durum (n=463)							
İyi	66	69,5	29	30,5	95	100,0	0,847
Orta	221	69,3	98	30,7	319	100,0	
Kötü	32	65,3	17	34,7	49	100,0	

¹ Ki kare testi

² Bekar, eşi ölmüş ve eşinden ayrılmış olanlar diğer olarak belirtilmiştir.

³ Yanlış yaşayanlar ve arkadaşları ile yaşayanlar diğer olarak belirtilmiştir.

⁴ İstatistiksel anlamlılık bu hücrelerden kaynaklanmaktadır.

Tablo 5.32.'de görüldüğü gibi, katılımcıların yaşına göre “Rahim kanserinin cerrahi tedavisi sonucu rahimin alınması kadınların kadınlık vasıflarında eksiklik oluşturmaz.” önermesine katılma durumu değerlendirildiğinde 31-55 yaş grubunun %66,7’si (158 kişi), 56-70 yaş grubunun %71,1’i (160 kişi) önermeye katılmaktadır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,303$).

Katılımcıların medeni durumuna göre “Rahim kanserinin cerrahi tedavisi sonucu rahimin alınması kadınların kadınlık vasıflarında eksiklik oluşturmaz.” önermesine katılma durumu değerlendirildiğinde evli olanların %68,6’sı (243 kişi), diğer grubun %69,7’si (76 kişi) önermeye katılmaktadır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,831$).

Katılımcıların yaşam şekline göre “Rahim kanserinin cerrahi tedavisi sonucu rahimin alınması kadınların kadınlık vasıflarında eksiklik oluşturmaz.” önermesine katılma durumu değerlendirildiğinde ailesi ile yaşayanların %68,5’i (296 kişi), , diğer grubun %74,2’si (23 kişi) önermeye katılmaktadır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,647$).

Katılımcıların ailelerinde sağlık çalışanı olma durumuna göre “Rahim kanserinin cerrahi tedavisi sonucu rahimin alınması kadınların kadınlık vasıflarında eksiklik oluşturmaz.” önermesine katılma durumu değerlendirildiğinde ailesinde sağlık çalışanı olanların %68,9’u (133 kişi), olmayanların %68,8’i (185 kişi) önermeye katılmaktadır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,975$).

Katılımcıların eğitim düzeyine göre “Rahim kanserinin cerrahi tedavisi sonucu rahimin alınması kadınların kadınlık vasıflarında eksiklik oluşturmaz.” önermesine katılma durumu değerlendirildiğinde, eğitim düzeyi yüksek olan katılımcıların %76,2’si (211 kişi), orta olan katılımcıların %59,1’i (101 kişi), düşük olan katılımcıların %46,7’si (7 kişi) önermeye katılmaktadır. Üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$). Fark eğitim düzeyi yüksek olan ve orta olan gruptan kaynaklanmaktadır.

Katılımcıların çalışma durumuna göre “Rahim kanserinin cerrahi tedavisi sonucu rahimin alınması kadınların kadınlık vasıflarında eksiklik oluşturmaz.” önermesine katılma durumu değerlendirildiğinde, çalışan katılımcıların %65,8’i (77 kişi), çalışmayan katılımcıların %69,9’u (242 kişi) önermeye katılmaktadır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,404$).

Katılımcıların ekonomik durumuna göre “Rahim kanserinin cerrahi tedavisi sonucu rahimin alınması kadınların kadınlık vasıflarında eksiklik oluşturmaz.” önermesine katılma durumu değerlendirildiğinde, ekonomik durumu iyi olan katılımcıların %69,5’i (66 kişi), orta olan katılımcıların %69,3’ü (221 kişi), kötü olan katılımcıların %65,3’ü (32 kişi) önermeye katılmaktadır. Üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,847$).

Tablo 5.33. Katılımcıların sağlık durumu ve Kronik Hastalıklar ile ilgili Bazı Özelliklerine Göre “Rahim kanserinin cerrahi tedavisi sonucu rahimin alınması kadınların kadınlık vasıflarında eksiklik oluşturmaz” Önermesine Katılma Durumu (Ankara, 2020)

Özellik	Önerme						p değeri ¹
	Katılan		Katılmayan		Toplam		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Sağlık durumu (n=458)							
İyi	165	69,0	74	31,0	239	100,0	0,665
Orta	141	69,1	63	30,9	204	100,0	
Kötü	12	80,0	3	20,0	15	100,0	
Kronik Hastalık (n=457)							
Var	142	67,9	67	32,1	209	100,0	0,545
Yok	175	70,6	73	29,4	248	100,0	
Ailede kronik hastalık (n=463)							
Var	233	68,9	105	31,1	338	100,0	0,978
Yok	86	68,8	39	31,2	125	100,0	

¹ Ki kare testi

Tablo 5.33.’te görüldüğü gibi, katılımcıların sağlık durumuna göre “Rahim kanserinin cerrahi tedavisi sonucu rahimin alınması kadınların kadınlık vasıflarında eksiklik oluşturmaz.” önermesine katılma durumu değerlendirildiğinde, sağlık durumu iyi olan katılımcıların %69,0’ı (165 kişi), orta olan katılımcıların %69,1’i (141 kişi), kötü olan katılımcıların %80,0’ı (12 kişi) önermeye katılmaktadır. Üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,665).

Katılımcıların kronik hastalık bulunma durumuna göre “Rahim kanserinin cerrahi tedavisi sonucu rahimin alınması kadınların kadınlık vasıflarında eksiklik oluşturmaz.” önermesine katılma durumu değerlendirildiğinde, kronik hastalığı olan katılımcıların %67,9’u (142 kişi), kronik hastalığı olmayan katılımcıların %70,6’sı (175

kişi) önermeye katılmaktadır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,545$).

Katılımcıların ailesinde kronik hastalık bulunma durumuna göre “Rahim kanserinin cerrahi tedavisi sonucu rahimin alınması kadınların kadınlık vasıflarında eksiklik oluşturmaz.” önermesine katılma durumu değerlendirildiğinde, ailesinde kronik hastalığı olan katılımcıların %68,9’u (233 kişi), ailesinde kronik hastalığı olmayan katılımcıların %68,8’i (86 kişi) önermeye katılmaktadır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,978$).



Tablo 5.34. Katılımcıların Yakın Çevresinde Kansere Bulunma Durumuna Göre “Rahim kanserinin cerrahi tedavisi sonucu rahimin alınması kadınların kadınlık vasıflarında eksiklik oluşturmaz” Önermesine Katılma Durumu (Ankara, 2020)

Kanser bulunma durumu	Önerme						p değeri ¹
	Katılan		Katılmayan		Toplam		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Kan bağı olan 1. derecedeki akrabalarda bulunma (n=462)							
Var	136	67,0	67	33,0	203	100,0	0,451
Yok	182	70,3	77	29,7	259	100,0	
Kan bağı olan 1. derece dışındaki akrabalarda bulunma (n=461)							
Var	168	67,5	81	32,5	249	100,0	0,516
Yok	149	70,3	63	29,7	212	100,0	
Kan bağı olmayan akrabalarda bulunma (n=461)							
Var	161	75,2	53	24,8	214	100,0	0,007
Yok	157	63,6	90	36,4	247	100,0	
Arkadaşlarda bulunma (n=461)							
Var	140	75,3	46	24,7	186	100,0	0,016
Yok	178	64,7	97	35,3	275	100,0	
İş arkadaşlarında bulunma (n=460)							
Var	64	72,7	24	27,3	88	100,0	0,390
Yok	253	68,0	119	32,0	372	100,0	
Komşularda bulunma (n=462)							
Var	111	71,2	45	28,8	156	100,0	0,442
Yok	207	67,6	99	32,4	306	100,0	

¹ Ki kare testi

Tablo 5.34.’te görüldüğü gibi katılımcıların kan bağı olan 1. derecedeki akrabalarında kanser bulunma durumuna göre “Rahim kanserinin cerrahi tedavisi sonucu rahimin alınması kadınların kadınlık vasıflarında eksiklik oluşturmaz.” önermesine katılma durumu değerlendirildiğinde, kan bağı olan 1. derecedeki

akrabalarında kanser olan katılımcıların %67,0'ı (136 kişi), kan bağı olan 1. derecedeki akrabalarında kanser olmayan katılımcıların %70,3'ü (182 kişi) önermeye katılmaktadır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,451$).

Katılımcıların kan bağı olan 1. derece dışındaki akrabalarında kanser bulunma durumuna göre "Rahim kanserinin cerrahi tedavisi sonucu rahimin alınması kadınların kadınlık vasıflarında eksiklik oluşturmaz." önermesine katılma durumu değerlendirildiğinde, kan bağı olan 1. derece dışındaki akrabalarında kanser olan katılımcıların %67,5'i (168 kişi), kan bağı olan 1. derece dışındaki akrabalarında kanser olmayan katılımcıların %70,3'ü (149 kişi) önermeye katılmaktadır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,516$).

Katılımcıların kan bağı olmayan akrabalarında kanser bulunma durumuna göre "Rahim kanserinin cerrahi tedavisi sonucu rahimin alınması kadınların kadınlık vasıflarında eksiklik oluşturmaz." önermesine katılma durumu değerlendirildiğinde, kan bağı olmayan akrabalarında kanser olan katılımcıların %75,2'si (161 kişi), kan bağı olmayan akrabalarında kanser olmayan katılımcıların %63,6'sı (157 kişi) önermeye katılmaktadır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,007$).

Katılımcıların arkadaşlarında kanser bulunma durumuna göre "Rahim kanserinin cerrahi tedavisi sonucu rahimin alınması kadınların kadınlık vasıflarında eksiklik oluşturmaz." önermesine katılma durumu değerlendirildiğinde, arkadaşlarında kanser olan katılımcıların %75,3'ü (140 kişi), arkadaşlarında kanser olmayan katılımcıların %64,7'si (178 kişi) önermeye katılmaktadır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,016$).

Katılımcıların iş arkadaşlarında kanser bulunma durumuna göre "Rahim kanserinin cerrahi tedavisi sonucu rahimin alınması kadınların kadınlık vasıflarında eksiklik oluşturmaz." önermesine katılma durumu değerlendirildiğinde, iş arkadaşlarında kanser olan katılımcıların %72,7'si (64 kişi), iş arkadaşlarında kanser

olmayan katılımcıların %68,0'ı (253 kişi) önermeye katılmaktadır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,390$).

Katılımcıların komşularında kanser bulunma durumuna göre “Rahim kanserinin cerrahi tedavisi sonucu rahimin alınması kadınların kadınlık vasıflarında eksiklik oluşturmaz.” önermesine katılma durumu değerlendirildiğinde, komşularında kanser olan katılımcıların %71,2'si (111 kişi), komşularında kanser olmayan katılımcıların %67,6'sı (207 kişi) önermeye katılmaktadır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,442$).

Tablo 5.35. Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre “Kanser tedavisi sonucunda barsağına torba takılan insanlar kötü kokarlar” Önermesine Katılma Durumu (Ankara, 2020)

Özellik	Katılan		Önerme Katılmayan		Toplam		p değeri ¹
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Çalışma durumu (n=417)							
Çalışan	48	47,1	54	52,9	102	100,0	0,017
Çalışmayan	107	34,0	208	66,0	315	100,0	
Ekonomik durum (n=417)							
İyi ²	22	26,8	60	73,2	82	100,0	0,048
Orta ²	118	41,0	170	59,0	288	100,0	
Kötü	15	31,9	32	68,1	47	100,0	

¹ Ki kare testi

² İstatistiksel anlamlılık bu hücrelerden kaynaklanmaktadır.

Tablo 5.35.'te görüldüğü gibi, çalışan katılımcıların %52,9'u (54 kişi), çalışmayan katılımcıların %66'sı (208 kişi) önermeye katılmamaktadır. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,017$).

Ekonomik durumu iyi olan katılımcıların %73,2'si (60 kişi), orta olan katılımcıların %59,0'ı (170 kişi), kötü olan katılımcıların %68,1'i (32 kişi) önermeye katılmamaktadır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,048$).

Gruplar arasındaki fark ekonomik durumu iyi ve orta olan gruplardan kaynaklanmaktadır.

Tablo 5.36. Katılımcıların Eğitim Düzeyi ve İş Arkadaşlarında Kansere Bulunma Durumuna Göre “Prostat kanserine bağlı olarak cerrahi tedavi gören erkekler erkeklik vasıflarını kaybeder” Önermesine Katılma Durumu (Ankara, 2020)

Özellik	Önerme						p değeri ¹
	Katılan		Katılmayan		Toplam		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Eğitim (n=344)							
Düşük	9	60,0	6	40,0	15	100,0	0,023
Orta ²	61	49,6	62	50,4	123	100,0	
Yüksek ²	75	36,4	131	63,6	206	100,0	
İş arkadaşlarında Kanser Bulunma (n=342)							
Var	20	28,2	51	71,8	71	100,0	0,009
Yok	123	45,4	148	54,6	271	100,0	

¹ Ki kare testi

² İstatistiksel anlamlılık bu hücrelerden kaynaklanmaktadır.

Tablo 5.36.’da görüldüğü gibi, eğitim düzeyi düşük olan katılımcıların %40,0’ı (6 kişi), orta olan katılımcıların %50,4’ü (62 kişi), yüksek olan katılımcıların %63,6’sı (131 kişi) önermeye katılmamaktadır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,023). Gruplar arasındaki fark eğitim düzeyi orta ve yüksek olan gruplardan kaynaklanmaktadır.

İş arkadaşlarında kanser olan katılımcıların %71,8’i (51 kişi), olmayan katılımcıların %54,6’sı (148 kişi), önermeye katılmamaktadır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,009).

Tablo 5.37. Katılımcıların Yaşam Şekli ve Arkadaşlarında Kansere Bulunma Durumuna Göre “Toplu ulaşım araçlarında borseğine torba takılan insanların yanına oturmaktan kaçınmam” Önermesine Katılma Durumu (Ankara, 2020)

Özellik	Katılan		Katılmayan		Toplam		p değeri ¹
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Yaşam şekli (n=480)							
Aile ile birlikte	348	77,9	99	21,1	447	100,0	0,024
Diğer ²	20	60,6	13	39,4	33	100,0	
Arkadaşlarda kanser bulunma (n=478)							
Var	154	82,8	32	17,2	186	100,0	0,013
Yok	213	72,9	79	27,1	292	100,0	

¹ Ki kare testi

² Yanlız yaşayanlar ve arkadaşı ile yaşayanlar diğer olarak belirtilmiştir.

Tablo 5.37.’de görüldüğü gibi, ailesi ile yaşayan katılımcıların %77,9’u (348 kişi), diğer grubun %60,6’sı (20 kişi), önermeye katılmaktadır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,024).

Arkadaşlarında kansere olan katılımcıların %82,8’i (154 kişi), olmayan katılımcıların %72,9’u (213 kişi), önermeye katılmaktadır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,013).

Tablo 5.38. Katılımcıların Kansere Beden Algısı Önermelerine Katılma Durumuna Göre Kansere Bilgi Puanı Dağılımı (Ankara, 2020)

Önermeler		Ortanca	Bilgi puanı			1.-3. Çeyrekler	p değeri ¹
			Ortalama ±ss	En küçük	En büyük		
Rahim kanserinin cerrahi tedavisi sonucu rahimin alınması kadınların kadınlık vasıflarında eksiklik oluşturmaz (n=499)	Katılan	9,0	9,08±1,88	1-12	8,0-10,0	0,003	
	Katılmayan	9,0	8,63±1,68	5-12	7,0-10,0		
Kanserden saçları dökülmüş insanlar saçlarına bakılmasından rahatsız olmazlar (n=499)	Katılan	9,0	8,39±2,10	2-12	7,0-10,0	0,208	
	Katılmayan	9,0	8,86±1,86	1-12	8,0-10,0		
Tıbbi maske takan insanları rahatsız etmemek için yüzlerine bakmaktan kaçınırım (n=499)	Katılan	9,0	8,94±1,85	1-12	8,0-10,0	0,099	
	Katılmayan	9,0	8,62±1,95	2-12	7,25-10,0		
Kanser tedavisine bağlı kaşlarım ve saçlarım dökülseydi evden dışarı çıkmak bana zor gelmezdi (n=498)	Katılan	9,0	8,89±1,84	4-12	8,0-10,0	0,641	
	Katılmayan	9,0	8,81±1,89	1-12	8,0-10,0		
Kanser tedavisi sonucunda barsağına torba takılan insanlar kötü kokarlar (n=499)	Katılan	9,0	8,88±1,98	1-12	8,0-10,0	0,509	
	Katılmayan	9,0	8,81±1,88	2-12	8,0-10,0		
Meme kanserinin cerrahi tedavisi sonucu memesi alınan kadınlar kadınlık vasıflarını kaybeder (n=497)	Katılan	8,5	8,59±1,78	4-12	7,0-10,0	0,127	
	Katılmayan	9,0	8,88±1,88	1-12	8,0-10,0		
Prostat kanserine bağlı olarak cerrahi tedavi gören erkekler erkeklik vasıflarını kaybeder (n=498)	Katılan	9,0	8,78±1,93	1-12	8,0-10,0	0,124	
	Katılmayan	9,0	9,10±1,76	2-12	8,0-10,0		
Toplu ulaşım araçlarında barsağına torba takılan insanların yanına oturmaktan kaçınmam (n=498)	Katılan	9,0	8,93±1,88	1-12	8,0-10,0	0,030	
	Katılmayan	9,0	8,48±1,87	1-12	7,0-10,0		
Maske takan kanser hastalarının kanserlerinin bana bulaşacağını düşünürüm (n=499)	Katılan	8,0	7,17±2,55	1-10	5,25-9,0	0,015	
	Katılmayan	9,0	8,88±1,85	1-12	8,0-10,0		

¹Mann Whitney U testi

Tablo 5.38.'de görüldüğü gibi, "Rahim kanserinin cerrahi tedavisi sonucu rahimin alınması kadınların kadınlık vasıflarında eksiklik oluşturmaz." önermesine katılanların ortalama puanı 9,0, katılmayanların ortalama puanı 8,63±1,68'dir. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,003).

"Kanserden saçları dökülmüş insanlar saçlarına bakılmasından rahatsız olmazlar." önermesine katılanların ortalama puanı 9,0, katılmayanların ortalama puanı 9,0'dır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,208).

"Tıbbi maske takan insanları rahatsız etmemek için yüzlerine bakmaktan kaçınırım." önermesine katılanların ortalama puanı 9,0, katılmayanların ortalama puanı 9,0'dır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,099).

"Kanser tedavisine bağlı kaşlarım ve saçlarım dökülseydi evden dışarı çıkmak bana zor gelmezdi." önermesine katılanların ortalama puanı 9,0, katılmayanların ortalama puanı 9,0'dır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,641).

"Kanser tedavisi sonucunda barsağına torba takılan insanlar kötü kokarlar." önermesine katılanların ortalama puanı 9,0, katılmayanların ortalama puanı 9,0'dır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,509).

"Meme kanserinin cerrahi tedavisi sonucu memesi alınan kadınlar kadınlık vasıflarını kaybeder." önermesine katılanların ortalama puanı 8,5, katılmayanların ortalama puanı 9,0'dır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,127).

"Prostat kanserine bağlı olarak cerrahi tedavi gören erkekler erkeklik vasıflarını kaybeder." önermesine katılanların ortalama puanı 9,0, katılmayanların ortalama puanı 9,0'dır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,124).

"Toplu ulaşım araçlarında barsağına torba takılan insanların yanına oturmaktan kaçınmam." önermesine katılanların ortalama puanı 9,0, katılmayanların

ortanca puanı 9,0'dır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,030$).

"Maske takan kanser hastalarının kanserlerinin bana bulaşacağını düşünürüm." önermesine katılanların ortanca puanı 8,0, katılmayanların ortanca puanı 9,0'dır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,015$).



6. TARTIŞMA

Bu çalışma KETEM’e kanser taraması için başvuran 500 kadında yürütülmüş olup, iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde Kanser Damga Ölçeği’nin Türkçe geçerlik ve güvenirliği değerlendirilmiştir. İkinci bölümde ise katılımcıların kanser damga puanları, kanser ve risk faktörleri hakkındaki bazı bilgileri, kanserle ilgili beden algıları ve bunlarla ilişkili faktörler değerlendirilmiştir. Araştırmada elde edilen bulgularla ilgili tartışma, araştırmanın ilk bölümü ve ikinci bölümü için ayrı olarak sunulmuştur.

6.1. Kanser Damga Ölçeği’nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Bulgusuna İlişkin Tartışma

Kanser Damga Ölçeği’nin güvenirliğini değerlendirmek için iç tutarlılık analizi ve test-tekrar test analizi yapılmıştır. İç tutarlılığını değerlendirmek için altı alt boyutu olan Kanser Damga Ölçeği’nin tamamı ve her bir alt boyut için Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı hesaplanmıştır. Ölçeğin tamamına ait Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,659’dur (Tablo 5.14) “İletişimde Güçlük” alt boyutu için hesaplanan Chronbach Alfa değeri 0,498, “Ciddiyet” alt boyutu için 0,507, “Kaçınma” alt boyutu için 0,408, “Politik Karşıtlık” alt boyutu için 0,625, “Kişisel Sorumluluk” alt boyutu için 0,429, “Finansal Ayrımcılık” alt boyutu için ise 0,580’dir (Tablo 5.14). Buna göre Kanser Damga Ölçeği’nin tamamı ve “Politik Karşıtlık” alt boyutu “oldukça güvenilir” iken, diğer alt boyutlar “düşük güvenirlik”tedir. Orjinal ölçeğin alt boyutlarda Chronbach Alfa değerleri 0.73-0.87 arasında değişmektedir (14). Bu çalışmada “Politik Karşıtlık” alt boyutu hariç diğer alt boyutların düşük güvenirlikte oluşu, ölçeğin geliştirildiği kültür ve katılımcı popülasyonu ile uyarlandığı kültür ve katılımcı popülasyonu arasındaki farklılıklardan kaynaklanmış olabileceği gibi, her iki çalışmadaki veri toplama yöntemlerindeki farklılıklardan da kaynaklanmış olabilir (85). Kanser damga ölçeği İngiliz toplumunda, üniversiteden mezun olmuş kadın ve erkeklerde geliştirilmiştir. Bu çalışma ise sadece kadınlarda yapılmış olup, katılımcıların sadece üçte biri (%31,0) üniversite mezunudur (Tablo 5.1). Alanyazında

damga kavramı hakkında yürütölmüş araştırmalar damgalamanın etnik kökene, cinsiyete ve eğitim düzeyine göre değiştiğini göstermektedir (105, 106). Yine orjinal çalışmada katılımcıların yaş ortalaması 29,1 iken, bu çalışmada ortalama yaş $54,89 \pm 8,62$ olarak bulunmuş olup, ölçeğin geliştirildiği gruba göre daha ileri yaş grubuna uygulanmıştır (Tablo 5.1). Alanyazında damgalamanın gençlerde daha yüksek seviyelerde saptandığı belirtilmektedir (107, 108). Orjinal çalışmada, anket formu katılımcılara mail yoluyla gönderilerek uygulanmıştır. Bu çalışmada ise ölçek yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Yüz yüze görüşme katılımcıların araştırmacının karşısında gerçek hislerini ortaya koymalarında bir engel oluşturmuş olabilir. Sayılan bu farklılıklar da ölçeğin Türkçe uyarlamasında güvenilirliğin düşük çıkmasına katkı sunmuş olabilir.

Kanser Damga Ölçeği'nin test-tekrar test güvenilirlik analizinde, ölçeğin ilk uygulama toplam puanı ile ikinci uygulama toplam puanları arasındaki korelasyon değerlendirilmiştir (Tablo 5.16). Buna göre ölçeğin bütünü, "İletişimde Güçlük" ve "Ciddiyet" alt boyutları orta korelasyon, "Kaçınma", "Politik Karşıtlık", "Kişisel Sorumluluk" ve "Finansal Ayrımcılık" alt boyutları düşük korelasyon göstermiştir. "Politik Karşıtlık" alt boyutu hariç bütünü alt boyutlarda ve ölçeğin bütününde p değeri istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 5.16). Orjinal ölçekte test-tekrar test sonucu alt boyutlarda yüksek korelasyon elde edilmiştir (14). Araştırmamızda test-tekrar test sonucu elde edilen korelasyon katsayılarının orjinal ölçeğe göre düşük oluşuna, ölçeğin yedili Likert bir yapıya sahip olması katkı sunmuş olabilir. Alanyazında yurtdışında geliştirilen yedili, sekizli cevap seçeneklerinden oluşan ölçeklerin Türk költürü ile çoğu zaman uyuşmadığı, Türk költürüne beşli cevap seçeneklerinin daha uygun olduğu belirtilmektedir (85). Seçenek sayısının katılımcı profiline göre belirlemesinin önemli olduğu vurgulanmaktadır (104). Likert tipi sorularda katılım düzeyini belirlemek için iki aşırı uç arasında yer alan birden fazla seçenek sunulmaktadır. Seçenek sayısı arttıkça ölçölen aralık daralmaktadır. şöyle ki; katılımcılarda ölçölen özellikteki en ufak değişimler, test-tekrar test korelasyon değerlerinde düşüşle sonuçlanmaktadır. Ayrıca araştırmamızda geçmişte kanser taraması yaptıran ve yaptırmayan grup arasında damga puanı açısından istatistiksel

anlamlı fark saptanmıştır. Test-tekrar test uygulamasında ilk ölçek uygulaması taramaya gelindiğinde, ikinci uygulama sonuç almaya gelindiğinde yapılmıştır. Tarama yaptırma durumu ile damga puanı arasındaki ilişki düşünüldüğünde, ölçeğin ikinci uygulanmasında kişilerin yanıtlarının değişmesi beklenen bir bulgudur. Bu durum, tarama sırasında kişilere yönelik yapılan kanser eğitimleri ve tarama sonunda verilen eğitici broşürlerle ilişkili olabilir.

Kanser Damga Ölçeği'nin geçerliğinin değerlendirilmesinde, dil ve kapsam geçerliğinin sağlanmasının ardından, yapı geçerliği değerlendirilmiştir. Bu aşamada ölçeğin yapısı önceden bilindiği için Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır. Birinci düzey DFA sonucunda altı faktörlü yapı χ^2/sd , RMSEA, AGFI uyum indeksleri ile değerlendirildiğinde "mükemmel uyum", CFI, GFI, uyum indeksleri ile değerlendirildiğinde "kabul edilebilir uyum" göstermiştir (Tablo 5.11). Çalışmada elde edilen uyum indeksi değerleri hem orijinal çalışma ile hem de Ye ve arkadaşları tarafından (2018) Çince'ye uyarlanmış versiyonu ile benzerdir (14, 18). Orjinal çalışmada ve Çince versiyonunda ölçek alt boyutlarında güvenirliğin yüksek olduğu gösterilmiştir. Araştırmamızda bazı alt boyutlarda güvenirliğin düşük bulunması sebebiyle mevcut alt boyutların tek kapsayıcı boyut altında toplanma durumunu değerlendirmek için ikinci düzey DFA yapılmıştır (Tablo 5.12). Orjinal çalışmada ve Çince versiyonunda ikinci düzey DFA yapılmamıştır. İkinci düzey DFA sonucunda altı faktörlü yapı χ^2/sd , RMSEA, AGFI uyum indeksleri ile değerlendirildiğinde mükemmel uyum, CFI, GFI, uyum indeksleri ile değerlendirildiğinde kabul edilebilir uyum göstermiştir (Tablo 5.12).

Kanser Damga Ölçeği'nin madde ayıricılığını incelemek için madde toplam korelasyon değerlerine bakılmış ve madde toplam korelasyonlarının 0,142 ile 0,543 arasında değiştiği bulunmuştur (Tablo 5.13). Alt boyutlarda herbir madde tek tek ele alındığında, "Politik Karşıtlık" ve "Finansal Ayrımcılık" alt boyutlarında ikişer maddenin ayırt ediciliğinin çok iyi olduğu bulunmuştur. "Ciddiyet" alt boyutunda bir maddenin, "İletişimde Güçlük" alt boyutunda iki maddenin "Kaçınma" alt boyutunda iki maddenin, "Politik Karşıtlık" alt boyutunda bir maddenin ve "Finansal Ayrımcılık" alt boyutunda bir maddenin ayırt ediciliğinin iyi olduğu bulunmuştur.

“Ciddiyet” alt boyutunda üç maddenin, “Kişisel Sorumluluk” alt boyutunda üç maddenin, “İletişimde Güçlük” alt boyutunda iki maddenin ve “Kaçınma” alt boyutunda iki maddenin düzeltilmesi gerektiği bulunmuştur. “Ciddiyet”, “Kişisel Sorumluluk”, “İletişimde Güçlük” ve “Kaçınma” alt boyutlarında birer maddenin ayırt ediciliğinin olmadığı bulunmuştur.

Ölçek geliştirme çalışmalarında ayırtediciliği düşük olan maddeler düzeltilirken, ayırt ediciliği olmayan maddeler ölçekten çıkarılmaktadır (79, 84, 85). Uyarlama çalışmalarında ise madde çıkarmak uyarlanan ölçeği orjinal ölçekten farklılaştırmaktadır. Bu nedenle bu maddelerin ölçekten çıkarılmamasına karar verilmiştir. Ayrıca alanyazında istatistiksel anlamlılık yerine pratik anlamlılık önerilmektedir (80).

6.2. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri, kanser damga puanları, kanser ve risk faktörleri hakkındaki bilgileri, kanserle ilgili beden algıları ve ilişkili faktörler hakkında tartışma

Bu araştırmada katılımcıların %44,4’ünün kan bağı olan 1. derece akrabalarında (anne, baba, kardeş veya çocuğunda), %54,2’sinin kan bağı olan 2. ve 3. derece akrabalarında kanser olduğu saptanmıştır (Tablo 5.5). Kocaeli, Antalya ve İzmir’de yürütülen çalışmalarda da benzer bulgular elde edilmiştir (109-111).

Katılımcıları kanser taraması yaptırmaya yönlendiren kişi, kurum ya da kaynak incelendiğinde; yaklaşık üçte birinin KETEM’in telefonla arayıp davet etmesi üzerine taramaya geldiği, beşte birinin çevresindeki kişilerin yönlendirmesiyle geldiği, beşte birinin de hiçbir yönlendirme olmadan kendi isteğiyle geldiği saptanmıştır (Tablo 5.6). Katılımcıların %12,4’ünün aile hekiminin, %1,4’ünün aile sağlığı çalışanının yönlendirmesiyle taramaya geldiği saptanmıştır (Tablo 5.6). Aker ve arkadaşlarının Kocaeli’de, KETEM’de yaptığı araştırmada, katılımcıların %49,3’ü aile hekimlerinin tarama yaptırmalarını istemesi ya da ASM’den telefonla aranıp bilgilendirilmeleri üzerine tarama yaptırmaya geldiklerini belirtmişlerdir (109). Aynı çalışmada katılımcıların %3,7’si hastane tarafından yönlendirildiğini belirtirken, bizim çalışmamızda katılımcıların %10,6’sı hastane tarafından yönlendirildiğini

belirtmiştir (109). Kocaeli’de yürütülen çalışmada katılımcıların neredeyse yarısı ASM faaliyetleri sonucunda tarama yaptırdığını belirtirken, bizim çalışmamızda bu pay çok daha düşük olup, KETEM’in daveti daha yüksek bir paya sahiptir. Mevcut araştırmalarda elde edilen bulgular düşünüldüğünde iller arasında kişileri taramaya yönlendirme açısından KETEM ve ASM’lerin farklı paya sahip olduğu görülmektedir. Her iki kurum için, kişileri tarama yaptırmak için davet etmenin taramaya katılımı artırdığı düşünülmüştür.

Türkiye de yapılan araştırmalarda, televizyon ve interneti kanser hakkında bilgi edinilen kaynak olarak belirten kişilerin sıklığı düşünüldüğünde (111-114), araştırmamızda televizyon (%0,8) ve internetin (%0,8) yönlendirmesiyle tarama yaptırmaya karar verenlerin çok düşük bir paya sahip olması da dikkat çekici bir bulgu olarak saptanmıştır (Tablo 5.6). Televizyon ve internet aracılığıyla yapılan kanser hakkındaki bilgilendirme programlarının içeriğinin ve kişiler üzerindeki etkisinin daha ayrıntılı ele alınması gerektiği düşünülmüştür.

Katılımcıların KETEM’de yaptırdıkları kanser taramalarının hangi kanser türüne ilişkin olduğu değerlendirildiğinde, büyük çoğunluğun meme kanseri, yarıdan fazlasının serviks kanseri, yaklaşık üçte birinin de kolorektal kanser taraması yaptırdığı görülmüştür (Tablo 5.6). Yapılan taramaların dağılımı, taramaların hedeflediği yaş grubunu ve sıklığının ulusal kanser tarama standartlarına göre belirlendiği düşünüldüğünde bu bulgu beklenen bir bulgudur.

Araştırmamızda katılımcıların geçmişte kanser taraması yaptırma durumları değerlendirildiğinde katılımcıların %88,6’sı daha önce tarama yaptırdığını, tarama yaptıranların %93,6’sı serviks kanseri, %89,1’i meme kanseri, %61,8’i kolorektal kanser taraması yaptırdığını beyan etmiştir (Tablo 5.7). Manisa’da kırsal ve kentsel ASM bölgesinde 50-70 yaş grubu kadınlarda yürütülen bir araştırmada ise katılımcıların %56,9’u daha önce kanser taraması yaptırdığını, %42,0’ı serviks kanseri, %49,2’si meme kanseri, %24,9’u kolorektal kanser taraması yaptırdığını belirtmiştir. Aynı araştırmada kentsel bölgede taramaya katılımın anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (112). Bizim çalışmamızdaki tarama sıklığının yüksekliği, araştırmanın kentsel bölgede yürütülmüş olmasıyla, yani tarama

faaliyetlerine erişimin daha kolay olmasıyla açıklanabilir. Tat ve arkadaşlarının Kayseri’de bir ilçede yürüttükleri araştırmada ise kadın katılımcıların %39’u daha önce kanser taraması yaptırdığını belirtmiştir (115). Kayseri’de yapılan bu araştırmada katılımcıların yaş ortalaması 42.2 ± 13.6 olup, bizim çalışmamızda ortalama yaş $54,89 \pm 8,62$ ’dir (Tablo 5.1). Yaş arttıkça kişilerin taramaların hedef grubuna dahil olmaları sebebiyle kanser tarama yaptırmaya sıklıklarının da artması beklenen bir bulgudur.

Araştırmamızda katılımcıların %30,8’i kanser taraması yaptırmayı ertelediğini belirtmiştir (Tablo 5.7). Kanser taramasını erteleyen katılımcıların en sık tarama yaptırmayı erteleme sebebi, kanser tanısı almaktan korkma veya kaygılanma (%41,6) olarak bulunmuştur (Tablo 5.7). Elde edilen bu bulgu alanyazınla uyumludur (14, 115-118) Kayseri’de yapılan araştırmada kanser taraması yaptırmak istememenin en büyük nedeni tarama sonucundan korkma olarak bulunmuştur (115). İngiltere’de yapılan araştırmalarda da kanser korkusunun sağlık arama davranışını olumsuz etkilediği ortaya konmuştur (116, 118). Ayrıca, araştırmamızda katılımcıların %27,3’ünün taramada kanser çıkmayacağını düşündüğü için, tarama yaptırmayı ertelediği saptanmıştır (Tablo 5.7). Bu bulgular ışığında kanser korkusu ve kaygısı ile “bende kanser çıkmaz” algısının taramaya katılım önünde bir bariyer olarak mutlaka ele alınması gerektiği düşünülmüştür.

Araştırmamızda katılımcıların %26,0’ı taramanın nerede yaptırılacağını bilmediği için, %23,3’ü fırsat bulamadığı için, %22,7’si taramanın nasıl yaptırılacağını bilmediği için tarama yaptırmayı ertelediğini belirtmiştir (Tablo 5.7). Aker ve arkadaşlarının Kocaeli’de KETEM’de yaptığı araştırmada daha önce kanser taraması yaptırmamanın en sık nedeni olarak taramayla ilgili bilgi sahibi olunmaması bulunurken, Kırklareli’de yapılan araştırmada, meme kanseri taraması yaptırdıktan sonra bir sonraki mamografi taramasına gelmemenin nedeni sırasıyla ihmal etme/unutma, vakit ayıramama ve mamografinin iki yılda bir yaptırılması gerektiğini bilmeme olarak saptanmıştır (109, 119). Bizim çalışmamızda katılımcıların %23,3’ü fırsat bulamama, %10,3’ü ihmal etme sebebiyle tarama yaptırmayı ertelediğini belirtmiştir (Tablo 5.7). Manisada yapılan araştırmada ise tarama yaptırmamanın

temel sebebi bilgisizlik (%94,1) ve utanma (%40,0) olarak bulunmuştur (112). Bizim çalışmamızda bilgisizlik sıklığı daha düşük olup, utanma sebebiyle tarama yaptırmamaya rastlanmamıştır (Tablo 5.7).

Araştırmamızda ikinci düzey DFA ile alt boyutların tek boyut altında toplanabildiği gösterildiğinden, ölçeğin bütününden alınan puanlarla katılımcı özellikleri arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Araştırmamızda katılımcıların eğitim düzeyine göre damga puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Eğitim düzeyi yüksek katılımcıların damga puanı daha yüksek bulunmuştur (Tablo 5.23). Bu durum alanyazında da belirtildiği üzere, eğitim düzeyi arttıkça kişilerin kanser gelişiminde etkili olan tütün ürünü, alkol kullanımı gibi davranışsal risk faktörleri hakkında farkındalığının artması, bunun da kanser gelişiminde kişisel sorumluluğu ön plana çıkarıp damgalamayı artırmasıyla açıklanabilir (120). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırmada ise bu görüşün aksine eğitim düzeyi yükseldikçe damga puanının azaldığı bulunmuştur (105). Araştırmamızda ailelerinde sağlık çalışanı bulunan katılımcıların kanser damga puanı istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 5.23). Alanyazında yapılan araştırmalarda kişiler kanser hakkında bilgi alınan kaynaklar arasında sağlık çalışanlarını belirtmektedir (121, 122). Ailede sağlık çalışanı varlığı bilgiye erişimi kolaylaştıracağı için, bu durumun da bilgi düzeyi arttıkça damga puanının artması gibi kanser gelişiminde kişisel sorumluluklar hakkındaki farkındalıkla ilişkili olduğu düşünülmüştür.

Alanyazında erkeklerde ve gençlerde damgalamanın daha fazla olduğu, yaş arttıkça damgalamanın azaldığı belirtilmektedir (107, 108). Bizim araştırmamızda yaşla damga puanı arasında korelasyon saptanmamıştır (Tablo 5.22). Katılımcıların tamamı kadın olduğundan cinsiyetler arası fark değerlendirilememiştir.

Kansere ilişkin beden algısını değerlendiren önermelere katılma durumu ile damga puanı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, "Tıbbi maske takan insanları rahatsız etmemek için yüzlerine bakmaktan kaçınırım" önermesine katılanların, "Kanser tedavisine bağlı kaşlarım ve saçlarım dökülseydi evden dışarı çıkmak bana zor gelmezdi" önermesine katılmayanların, "Kanser tedavisi sonucunda barsağına torba takılan insanlar kötü kokarlar" önermesine katılanların, "Meme kanserinin

cerrahi tedavisi sonucu memesi alınan kadınlar kadınlık vasıflarını kaybeder” önermesine katılanların, “Toplu ulaşım araçlarında barsağına torba takılan insanların yanına oturmaktan kaçınmam” önermesine katılmayanların kanser damga puanı istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 5.26). Alanyazında kanserin başkaları tarafından görünür olması ve dış görünüşte olumsuz değişimler oluşturmalarının damgalanmasını kolaylaştırdığı belirtilmektedir (13). Araştırmamızda elde ettiğimiz bu bulgunun kanserin görünürlüğüyle ve estetik açıdan olumsuz değişiklikler oluşturmalarıyla ilişkili olduğu düşünülmüştür.

Risk faktörlerinin ortadan kaldırılmasıyla kanserlerin yarıya yakınının önlenilebileceği belirtilmektedir (1, 21). Bu açıdan toplumun risk faktörleri hakkındaki farkındalığı büyük önem taşımaktadır. Araştırmamızda katılımcıların kanser risk faktörleri hakkındaki farkındalıklarını değerlendirmek için bilgi soruları yöneltilmiştir. Alkolün kalın barsak kanseri riskini artırdığını katılımcıların %68,4’ü doğru bilmiştir (Tablo 5.19). İngiltere’de yapılan bir araştırmada katılımcıların sadece üçte birinin alkol tüketiminin kanser riskini artırdığını bildiği saptanmıştır (123).

Araştırmamızda katılımcıların %84,6’sının düzenli fiziksel aktivitenin kanser riskini azalttığını doğru bildiği tespit edilmiş olup (Tablo 5.19), Amerika birleşik devletleri’nde yapılan bir araştırmada da katılımcıların %15,0’ının fiziksel aktivitenin kolon kanseri riskini azalttığını bildiği saptanmıştır (124). Kayseri’de yapılan bir araştırmada katılımcıların yaklaşık üçte birinin, İngiltere’de yapılan bir araştırmada da katılımcıların sadece beşte birinin fiziksel inaktivitenin kanser için risk faktörü olduğunu bildiği saptanmıştır (123, 125).

Araştırmamızda katılımcıların %58,2’si sigaranın serviks kanseri yaptığını bilmekte olup, %25,8’inin bu konuda fikri bulunmamaktadır (Tablo 5.19). Uğur ve arkadaşlarının bir ilde aile sağlığı merkezine başvuran kadınlarda yaptığı araştırmada da bizim çalışmamıza benzer bulguya ulaşılmıştır (126).

Araştırmamızda katılımcıların büyük çoğunluğu kanser risk faktörlerini doğru bilmekle beraber, Hepatit B aşısının (%48,0) karaciğer kanserine, HPV aşısının (%39,6) serviks kanserine karşı koruyucu olduğu daha düşük sıklıkla bilinmektedir (Tablo 5.19). Ancak elde edilen bu bulgu alanyazınla uyumludur. Kurtipek ve

arkadaşlarının 18 yaş üzerindeki kadınlarda yaptığı araştırmada katılımcıların %32,0'ının, Adıgüzel ve arkadaşlarının kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran kadınlarda yaptığı araştırmada da katılımcıların %33,1'inin HPV aşısını duyduğu bulunmuştur (127, 128). Pehlivanoglu ve arkadaşlarının aile hekimliği polikliniğine başvuran kadın hastalarda yaptığı araştırmada HPV aşısından haberdar olduğunu belirtenlerin sıklığı %47,1 olarak bulunmuştur. Ancak sözü edilen araştırmada katılımcıların %72,2'sini üniversite mezunu, %24,4'ünü sağlık çalışanları oluşturmaktadır (129). Bizim çalışmamızda sağlık çalışanı sıklığı %0,8, üniversite ve üzerinde eğitim alanların sıklığı ise %31,0'dır (Tablo 5.1). Aradaki farkın sağlık çalışanlarından ve eğitim düzeyi yüksek katılımcıların sıklığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda güneş kreminin deri kanserine karşı koruyucu olduğunu katılımcıların %67,4'ünün doğru bildiği saptanmıştır (Tablo 5.19). Polikliniğe başvuran hastalarda yapılan bir araştırmada katılımcıların %69,25'inin güneşin zararlı etkileri ve korunma yolları hakkındaki bilgilerinin yeterli olduğu, %45,3'ünün güneşten koruyucu ürün kullandığı saptanmıştır (121).

Araştırmamızda emzirmenin meme kanserine karşı koruyucu olduğunu bilen katılımcı sıklığı %88,4 olarak bulunmuştur (Tablo 5.19). İzmir'de yapılmış bir araştırmada katılımcıların %92,4'ünün, Giresun'da yapılmış bir araştırmada da katılımcıların %52,8'inin emzirmenin meme kanserine karşı koruyucu olduğunu bildiği saptanmıştır (130, 131).

Araştırmamızda kanserin bulaşıcı olmadığını bilen katılımcı sıklığı %93,0 olarak tespit edilmiş olup (Tablo 5.19), Erdem ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada kadın katılımcıların %99,1'inin, erkek katılımcıların %92,8'inin kanserin bulaşıcı olmadığını bildiği saptanmıştır (132).

Araştırmamızda kanserin erken teşhisinin tedavide başarı şansını artırdığını bilen katılımcı sıklığı %94,6 olup (Tablo 5.19), Düzce'de yapılan araştırmada katılımcıların %96,9'unun, Karadeniz Bölgesi'nde bir ilde yapılan araştırmada katılımcıların %90,8'inin, Gaziantep'te yapılan araştırmada da katılımcıların

%70,0'ının erken teşhisinin tedavide başarı şansını artırdığını bildiği saptanmıştır (111, 126, 132, 133). Bu araştırmada elde edilen bulgu alanyazınla uyumludur.

Araştırmamızda toplam 12 puan üzerinden hesaplanan kanser ve risk faktörleri hakkındaki bilgi sorularından, katılımcıların aldıkları puanın ortalaması $8,8 \pm 1,8$ olup, ortanca puan 9,0'dır. Bilgi sorularından ortanca puan ve üzerinde alan katılımcı sıklığı %60,2'dir (Tablo 5.20). Katılımcı özellikleri ile bilgi puanı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; yaş, medeni durum, çalışma durumu, ekonomik durum, ailede sağlık çalışanı varlığı, kronik hastalık varlığı, daha önce kanser taraması yaptırma durumu, yaptırdığı tarama türü ve tarama erteleme durumu ile bilgi puanı arasında istatistiksel anlamlı ilişki olmadığı; eğitim durumu ve sağlık durumu ile bilgi puanı arasında istatistiksel anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 5.27, Tablo 5.28 Tablo 5.29). Okuma yazma bilse dahi okula gitmemekle ilkokul mezunu olmak arasında bilgi puanı açısından anlamlı fark bulunmazken, ortaokul ve üzerinde eğitim almış olan katılımcıların bilgi puanları istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 5.28). Eğitim düzeyi arttıkça kanser ve risk faktörleri hakkındaki bilginin artması Aker ve arkadaşlarının İstanbul'da yapmış oldukları araştırmadan, Rastad ve arkadaşlarının İran'da yapmış oldukları araştırmadan elde edilen bulgular ışığında beklenen bir bulgudur (134, 135).

Sağlık inanç modeli kullanılarak yapılan araştırmalarda, kişilerin kendilerini kanser açısından duyarlı olarak gördüklerinde kanser taramalarına katılımlarının arttığı, tarama programlarına katılanların da kanser ve risk faktörleri hakkındaki bilgilerinin katılmayanlara göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir (130, 136, 137). Araştırmamızda sağlık durumunu çok iyi olarak değerlendiren katılımcıların bilgi puanı diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (Tablo 5.30). Sağlık durumunu çok iyi olarak değerlendirmenin kendini kanser açısından duyarlı görmemeye yol açabileceği düşünülmüştür.

Katılımcıların yakın çevrelerinde kanser hastası bulunması ile bilgi puanı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde kan bağı olan 1. derecedeki akrabalarında, kan bağı olan 1. derece dışındaki akrabalarında ve kan bağı olmayan akrabalarında kanser varlığı ile bilgi puanı arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmazken,

arkadaşlarında, iş arkadaşlarında ve komşularında kanser olan katılımcıların bilgi puanı istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 5.31). Açıkgoz ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada, Yıldırım ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada kişilerin önemli oranda arkadaşlarını ve komşularını kanser hakkında bilgi edinilen kaynak olarak belirttiği görülmüştür (122, 138). Bu sebeple arkadaşlarda ve komşularda kanser varlığının kişilerin farkındalıklarına ve bilgilerine katkı sağladığı düşünülmüştür.

Alanyazında kansere bağlı vücutta meydana gelen değişimleri kanser hastalarının nasıl değerlendirdiğine dair pek çok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda kansere ve/veya kanser tedavisine bağlı hastaların beden imgesinde değişiklik meydana geldiği, benlik saygılarının azaldığı, ruh sağlıklarının ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği belirtilmektedir (87, 139, 140). Uluslararası Kanser Ajansı (IARC)'nın yayınladığı verilere göre; önümüzdeki dönemde dünya genelinde yaşamı boyunca her beş erkekten birinde ve her altı kadından birinde kanser gelişeceği tahmin edilmektedir (1). Buna göre bugün sağlıklı olan kişiler gelecekte kanser hastası olmak için oldukça kuvvetli bir adaydır. Halk sağlığı bakışı sağlığın korunmasını ve geliştirilmesini temel almakla birlikte daha hastalıklar oluşmadan risk faktörlerinin ortadan kaldırılmasını hedeflemektedir (3, 141). Bu açıdan sağlıklı kişilerin kansere ilişkin beden algılarının değerlendirilmesi, olası normalden sapmaların belirlenip, bu konuda etkili olan faktörlerin ortaya konması halka yönelik müdahalelerin şekillenmesinde büyük önem taşımaktadır. Alanyazında bu alandaki çalışma sayısı oldukça kısıtlıdır.

Alanyazında jinekolojik kanser cerrahisi geçiren hastaların kadınlık vasıflarının yok olduğunu veya eksildiğini düşündükleri belirtilmektedir (88, 142, 143). Araştırmamızda katılımcıların %28,8'i "*Rahim kanserinin cerrahi tedavisi sonucu rahmin alınması kadınların kadınlık vasıflarında eksiklik oluşturmaz*" önermesine katılmadığını, %7,2'si bu konuda kararsız olduğunu belirtmiştir (Tablo 5.21). Önermeye katılma durumu ile katılımcıların eğitim düzeyi, kan bağı olmayan akrabalarda ve arkadaşlarda kanser bulunma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo 5.32., Tablo 5.34). Eğitim düzeyi yüksek olan, kan

bağı olmayan akrabalarında ve arkadaşlarında kanser bulunan katılımcıların önermeye katılmama sıklığı daha düşük bulunmuştur. Bu bulgunun eğitim sürecinin sağlık okuryazarlığına katkı sağlamasından ve arkadaşların kanser hakkında bilgi kaynağı olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Meme kanserine bağlı mastektomi geçiren hastalarda yapılan araştırmalarda hastaların durumu kadınlığın, doğurganlığın, çekiciliğin ve cinselliğin kaybı olarak algıladıkları belirtilmektedir (90, 144). Araştırmamızda katılımcıların %13,3'ü *“Meme kanserinin cerrahi tedavisi sonucu memesi alınan kadınlar kadınlık vasıflarını kaybeder”* önermesine katıldığını, %1,8'i bu konuda kararsız olduğunu belirtmiştir (Tablo 5.21). İnsan bedeninin anatomik yapısını ve işlevlerini bilmemenin ve toplumsal cinsiyet rollerinde kadına biçilmiş olan rolü benimsemenin bu bulguya zemin hazırladığı düşünülmüştür.

Kolorektal kanser cerrahisi sonucu stoma (ostomi) açılması halinde hastaların, stomanın sızdırması kötü koku oluşması kaygısıyla sosyal hayattan çekildiği, yalnızlaştığı, benlik saygısının azaldığı belirtilmektedir (89, 92, 140). Araştırmamızda katılımcıların %31,1'i *“Kanser tedavisi sonucunda barsağına torba takılan insanlar kötü kokarlar”* önermesine katıldığını, %16,4'ü bu konuda kararsız olduğunu belirtmiştir (Tablo 5.21). Önermeye katılma durumu ile katılımcıların çalışma durumu ve ekonomik durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Çalışmayan katılımcılar ile ekonomik durumu iyi ve orta olan katılımcıların önermeye katılmama sıklığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 5.35). Yine araştırmamızda *“Toplu ulaşım araçlarında barsağına torba takılan insanların yanına oturmaktan kaçınmam”* önermesine katılımcıların %22,5'i katılmadığını, %3,6'sı bu konuda kararsız olduğunu belirtmiştir (Tablo 5.21). Önermeye katılma durumu ile katılımcıların yaşam şekli ve arkadaşlarda kanser bulunma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo 5.37). Ailesi ile yaşayan katılımcılar ile arkadaşlarında kanser bulunan katılımcıların önermeye katılma sıklığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 5.37). Aile toplumun en küçük çekirdeği olup, kişilere toplumla uyum içinde yaşamayı uygulamalı öğretene de bir kurumdur. Aile ile yaşama uyum göstermiş kişilerin

toplumdaki farklılıkları tolere edebilme yeteneğinin gelişmiş olması beklenmektedir. Arkadaşlarda kanser varlığının da yine kişilerin empati yeteneğinin gelişmesine katkı sunması beklenmektedir.

Kemoterapiye bağlı olarak ortaya çıkan alopesinin hastaların benlik saygısında düşüşe, anksiyete ve depresyona yol açtığı, hatta hastaların alopesi gelişmesinden dolayı kemoterapiyi reddettikleri belirtilmektedir (86, 145, 146). Araştırmamızda katılımcıların %64,8'i "*Kanser tedavisine bağlı kaşlarım ve saçlarım dökülseydi evden dışarı çıkmak bana zor gelmezdi*" önermesine katılmadığını, %4,6'sı bu konuda kararsız olduğunu belirtmiştir (Tablo 5.21). Yine araştırmamızda "*Kanserden saçları dökülmüş insanlar saçlarına bakılmasından rahatsız olmazlar*" önermesine katılımcıların %90,0'ı katılmadığını, %1,8'i bu konuda kararsız olduğunu belirtmiştir (Tablo 5.21).

Genitoüriner sistem kanserine bağlı cerrahi tedavi gören erkeklerin durumu erkekliğin kaybı olarak algılayabildikleri, beden algısında değişme, benlik saygısında düşüş yaşadıkları belirtilmektedir (143, 147). Araştırmamızda katılımcıların %29,1'i "*Prostat kanserine bağlı olarak cerrahi tedavi gören erkekler erkeklik vasıflarını kaybeder*" önermesine katıldığını, %30,9'u bu konuda kararsız olduğunu belirtmiştir (Tablo 5.21). Önermeye katılma durumu ile katılımcıların eğitim düzeyi ve iş arkadaşlarında kanser bulunma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo 5.36). Eğitim düzeyi orta ve yüksek olan katılımcıların ve iş arkadaşlarında kanser hastası olan katılımcıların önermeye katılmama sıklığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 5.36).

Yapılan araştırmalarda katılımcılarda kanserin bulaşıcı olduğuna dair bir algı saptanmaktadır (91, 132). Araştırmamızda katılımcıların %4,0'ı kanserin bulaşıcı olduğunu belirtirken %3,0'ı bu konuda fikrinin olmadığını belirtmiştir (Tablo 5.19). "*Maske takan kanser hastalarının kanserlerinin bana bulaşacağını düşünürüm*" önermesine katılımcıların %2,4'ü kesinlikle katılmakta olup, %0,6'sı bu konuda kararsız olduğunu belirtmiştir (Tablo 5.21). Ayrıca araştırmamızda katılımcıların %64,7'si "*Tıbbi maske takan insanları rahatsız etmemek için yüzlerine bakmaktan kaçınırım*" önermesine katıldığını belirtmiştir (Tablo 5.21). Alanyazında kanserin

damgalanmasında kanserin görünürlüğünün etkili olduğu belirtilmektedir (148). Maske kullanımı bu görünürlüğe katkı sağlamaktadır. Kişilerin zihnindeki kanser algısının bu durum üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Farklılıkların farkedilmesi alanyazında damganın ilk basamağını oluşturmaktadır (13,50,57). Günümüzde COVID-19 Pandemisi sebebiyle maske kullanımının yaygınlaşması, maske kullanımını toplumda hasta azınlık grubun bir uygulaması olmaktan çıkarmıştır. Aynı zamanda toplumda kişilerin maskeyi kendilerini korumak için kullanabildiği bilgisi COVID-19 Pandemi sürecinde toplumun büyük kesimine ulaşmıştır. Bu farkındalık artışının maskenin damgalanmasında azalmaya katkı sağlayacağı beklenmektedir.



7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma KETEM’e kanser taraması için başvuran kadınlarda yürütülmüş olup, iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm metodolojik bir çalışma olup, Kanser Damga Ölçeğini’nin Türkçe geçerlik ve güvenirliği değerlendirilmiştir. İkinci bölüm tanımlayıcı bir çalışma olup, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, kanser risk faktörleri hakkındaki bilgileri, kanserle ilgili beden algıları ve bunlar arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Bu çalışmada elde edilen sonuçlar iki alt başlıkta sunulmuştur.

Kanser Damga Ölçeğini’nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirliğine İlişkin Sonuçlar:

- Ölçeğin bütününe ait Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,659 olup “oldukça güvenilir” olduğu saptanmıştır.
- “Politik karşıtlık” alt boyutunun “oldukça güvenilir” olduğu diğer alt boyutların güvenirliğinin “düşük” olduğu saptanmıştır.
- Ölçeğin bütünü ile “İletişimde Güçlük” ve “Ciddiyet” alt boyutlarının tutarlılığı “orta seviyede”, diğer alt boyutların “düşük” olarak bulunmuştur.
- Kanser Damga Ölçeğini’nin kapsam geçerliğinin göstergesi olarak tüm maddelerin Türkçe çevirisinin “uygun” olduğu, yapı geçerliğinin “mükemmel” veya “kabul edilebilir” olduğu, buna bağlı olarak da “geçerli” bir ölçek olduğu sonucuna varılmıştır.

KETEM’e başvuran kadınların kanser damga puanları, kanser hakkında bazı bilgileri ve kanserle ilgili bazı beden algılarına ait sonuçlar:

- Katılımcılar bir bütün olarak ele alındığında Kanser Damga Puanlarının düşük olduğu, ancak katılımcıların dörtte birinin 58 puan ve üzerinde puan aldığı saptanmıştır.
- Eğitim düzeyi yüksek olan, ailesinde sağlık çalışanı olan ve geçmişte kanser taraması yaptırmış olan katılımcıların kanser damga puanı istatistiksel anlamlı olarak yüksektir.

- Olumsuz kanser beden algısına sahip olan katılımcılarda kanser damga puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksektir.
- Kanser taraması yaptırmaya yönlendiren kişi, kurum ya da kaynakların istenilen düzeyde olmadığı saptanmıştır.
- Kanser taraması yaptırmada KETEM'in davetinin yüksek bir paya sahip olduğu, aile sağlığı çalışanlarının, televizyon, internet, afiş ve broşürlerin payının ise çok düşük olduğu saptanmıştır.
- Araştırmamızda katılımcıların yaklaşık üçte birinin kanser taraması yaptırmayı ertelediği bulunmuştur.
- Taramayı erteleme nedenleri sırasıyla kanser tanısı almaktan korkma veya kaygılanma, taramada kanser çıkmayacağını düşünme, taramanın nerede yaptırılacağını bilmeme, fırsat bulamama, taramanın nasıl yaptırılacağını bilmeme, ihmal etme, daha düşük sıklıkta da unutma, umursamama olarak saptanmıştır.
- Katılımcıların çoğunun kanser risk faktörleri hakkındaki farkındalıklarının yüksek olduğu ancak kansere karşı koruyucu olan Hepatit B ve Human papilloma virus (HPV) aşısı hakkında bilgi sahibi olmadıkları saptanmıştır.
- Düşük bir paya sahip olsa da bazı katılımcıların kanserin bulaşıcı olmadığını, bazı katılımcıların da erken teşhisin tedavide başarı şansını artırdığını bilmediği saptanmıştır.
- Ortaokul ve üzerinde eğitim almış olan, arkadaşlarında, iş arkadaşlarında ve komşularında kanser olan katılımcıların kanser bilgi puanı yüksektir. Kendi sağlık durumunu çok iyi olarak değerlendiren katılımcıların bilgi puanı düşüktür.
- Kansere ilişkin beden algısını değerlendiren önermelere katılma durumu değerlendirildiğinde, katılımcıların çoğunun kanser ve tedavisine bağlı bedenlerinde meydana gelen estetik açıdan olumsuz ve başkaları tarafından görünür olan değişimler karşısında olumsuz kanser beden algısına sahip oldukları saptanmıştır.

Öneriler

Bu araştırmada ulaşılan sonuçlar doğrultusunda şunlar önerilmiştir:

Toplum için;

Bu araştırma grubunun sosyodemografik özelliklerine benzer kadın gruplarında Kanser Damga Ölçeği kanser damga düzeyinin tespitinde ve takibinde kullanılabilir. Bu doğrultuda kanser damgası yüksek olan gruplara özel müdahale programları geliştirilmelidir.

Kanser hakkında yapılan toplum eğitimlerinde, eğitim içeriği kanser damgası perspektifiyle ele alınarak, kişilerin kanser hakkında bilgilerinin artırılması sağlanırken verilen mesajın damgalamaya yol açmaması sağlanmalıdır.

Sosyal medya, kitle iletişim araçları, afiş ve broşür gibi görsellerle kişilere kendilerinin de potansiyel bir kanser hastası olabileceği hatırlatılarak erken teshis ve tedavinin önemi vurgulanmalıdır.

Kişileri kanser taramasını ertelemeye iten kanser korkusu, kaygısı ve tarama programları konusunda bilgi yetersizliği gibi bireysel ve toplumsal sebepleri inceleyen araştırmalar desteklenmeli ve çözüm önerileri sunulmalıdır.

Erkeklerin KETEM’de yürütülen kolorektal kanser tarama programına katılımını artırmaya yönelik müdahale programları geliştirilmelidir.

Yapılacak eğitimlerle ve düzenlenecek kampanyalarla toplumun kansere karşı koruyucu önlemler hakkında bilgilendirilmesi sağlanmalıdır.

Hepatit B aşısı ve HPV aşısının erişilebilirliği artırılmalıdır.

Kanser hastalarına yeterli psikososyal destek sağlanarak yaşam kaliteleri artırılmalı, bu sayede olumsuz bilgi ve deneyimlerin kişiler arasında aktarılmasının önüne geçilmelidir.

Olumlu beden algısına sahip kanser hastalarının topluma rol model olması desteklenmelidir.

Sağlık hizmeti sunumu için;

Kanser ilişkili erken ölüm ve yeti yitimlerinin engellenmesine yönelik tarama faaliyetlerinde birinci basamak sağlık hizmeti sunan aile sağlığı merkezlerinin aktif olarak bu sürece dahil olmaları sağlanmalıdır.

KETEM’lerde psikolog istihdamı ile kanser damgası yüksek olan, olumsuz kanser beden algısı olan, kansere karşı yüksek korku ve kaygı yaşayan kişiler başta olmak üzere topluma kansere yönelik psikososyal destek sağlanmalıdır.

Hizmet içi eğitimlerle sağlık hizmeti sunucuların kanser damga kavramı hakkında farkındalıkları artırılmalıdır.

Araştırmacılar için;

Henüz kanser taraması yaptıрма girişiminde bulunmamış sağlıklı kişilerde, her iki cinsiyette kanser damga düzeyini ölçmede kullanılabilecek Türk Kültürü’ne uygun bir ölçme aracı geliştirilmesi önerilmektedir.

Sağlıklı kişilerin kansere ilişkin beden algısı ve ilişkili faktörlerin farklı araştırma tasarımları ile değerlendirilmesi önerilmektedir.

8. KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Latest global cancer data: Cancer burden rises to 18.1 million new cases and 9.6 million cancer deaths in 2018. [İnternet] <https://www.who.int/cancer/PRGlobocanFinal.pdf?ua=1>; [Erişim tarihi 29.04.2019].
2. International Agency for Research on Cancer (IARC). Turkey Source: Globocan 2018. [İnternet] <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/792-turkey-factsheets.pdf>; [Erişim tarihi 29.04.2019].
3. Bilir N, Paksoy Erbaydar N. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kontrolü. Güler Ç, Akın L. (Ed.) Halk Sağlığı Temel Bilgiler 3, Üçüncü Baskı, Hacettepe Üniversitesi Yayınları 2015. Sayfa:1542-56.
4. World Health Organization. Guide to cancer early diagnosis. [İnternet] https://www.who.int/cancer/publications/cancer_early_diagnosis/en/; [Erişim tarihi 29.04.2019].
5. World Health Organization. Guide to cancer early diagnosis. [İnternet] <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254500/9789241511940-eng.pdf;jsessionid=D29D31D99439A4EB6B420E30C51C3383?sequence=1> [Erişim tarihi 29.04.2019].
6. World Health Organization. Screening. [İnternet] <https://www.who.int/cancer/prevention/diagnosisscreening/screening/en/>; [Erişim tarihi 29.04.2019].
7. World Health Organization. Cancer control : knowledge into action : WHO guide for effective programmes Early Detection. [İnternet] <https://www.who.int/cancer/modules/Early%20Detection%20Module%203.pdf>; [Erişim tarihi 29.04.2019].
8. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Kanser Taramaları. [İnternet] <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari>; [Erişim tarihi 29.04.2019].
9. World Health Organization. Cancer. [İnternet] <https://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/en/> [Erişim tarihi 29.04.2019].
10. Shiri FH, Mohtashami J, Nasiri M, Manoochehri H, Rohani C. Stigma and related factors in Iranian people with cancer. Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP. 2018;19(8):2285.
11. Hallac S, Oz F. Existential anxiety in diagnostic process of genital cancer. Current Approaches in Psychiatry. 2011;3:595-610.
12. Cho J, Smith K, Choi EK, Kim I R, Chang Y J, Park HY et al. Public Attitudes Toward Cancer and Cancer Patients: A National Survey in Korea. Psycho-Oncology 2012;22:605–613. 13.
13. Özmen S, Erdem R. (2018). Damgalamanın Kavramsal Çerçevesi. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 23 (1).

14. Marlow LA, Wardle J. (2014). Development of a scale to assess cancer stigma in the non-patient population. BMC cancer, 14(1), 285.
15. Vaughn-Sandler V, Sherman C, Aronsohn A, Volk ML. Consequences of perceived stigma among patients with cirrhosis. Digestive diseases sciences. 2014;59(3):681-686.
16. Crane M. Knowledge of the signs and symptoms and risk factors of lung cancer in Australia: mixed methods study. BMC public health. 2016;16(1):508.
17. Cho J, Choi EK, Shin DW, Cho B, Kim C, Koh DH et al. Association Between Cancer Stigma and Depression among Cancer Survivors: A Nationwide Survey in Korea. Psycho-Oncology, 2013, 22.10: 2372-8.
18. Ye X, Liu HY, Lu SR, Zhai Q, Yu B. (2018). Translation and validation of the Chinese version of the Cancer Stigma Scale. Journal of Oncology Pharmacy Practice, 1078155218802627.
19. Yılmaz M, Dişsiz G, Göçmen F, Usluoğlu AK. ve Alacacioğlu A. Kansere İlişkin Tutumları (Kanser Damgası) Ölçme Anketi-Toplum Versiyonu'nun Türkçe Geçerlilik Ve Güvenirlik Çalışması. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2017(2).
20. World Health Organization. Cancer. [İnternet] <https://www.who.int/cancer/en/>; [Erişim tarihi 29.04.2019].
21. World Health Organization. WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all 2020. ISBN 978-92-4-000129-9 (electronic version).
22. World Health Organization. Cancer. [İnternet] https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1 [Erişim tarihi: 19.03.2020].
23. T. C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kanser Kontrol Programı 2016. [İnternet] [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/yayinlar/raporlar/Ulusal Kanser Kontrol Plani 2013 2018.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/yayinlar/raporlar/Ulusal_Kanser_Kontrol_Plani_2013_2018.pdf) [Erişim tarihi: 19.03.2020].
24. International Agency for Research on Cancer (IARC). Cancer Today. Turkey Source: Globocan 2018. [İnternet] https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2018&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=792&key=total&sex=0&cancer=39&type=1&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=7&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1&half_pie=0&donut=0&population_group_globocan_id=#collapse-by_country; [Erişim tarihi 02.05.2020].
25. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. Risk Faktörleri. [İnternet] <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-nedir-belirtileri/kanser-nedir-belirtileri1/risk-fakt%C3%B6rleri.html> [Erişim tarihi: 19.03.2020].
26. World Health Organization. What causes cancer? [İnternet] <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cancer>; [Erişim tarihi 29.04.2019].
27. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. Alkol ve Kanser Raporu. [İnternet]

- [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/yayinlar/raporlar/ALKOL ve KANSER.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/yayinlar/raporlar/ALKOL_ve_KANSER.pdf) [Erişim tarihi: 19.03.2020].
28. Anand P, et al. Cancer is a preventable disease that requires major lifestyle changes. *Pharmaceutical research*. 2008;25(9):2097-2116.
 29. Kushi LH, et al. American Cancer Society Guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention: reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. *CA: a cancer journal for clinicians* 2012;62(1):30-67.
 30. T. C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼ Kanser Dairesi Başkanlığı. Evreleme. [Internet] <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tedavisi/kanser-tedavisi-nelerdir/evreleme.html> [Erişim tarihi: 19.03.2020].
 31. T. C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼. Kanser Tedavi Nelerdir. [Internet] <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tedavisi>; [Erişim tarihi: 29.04.2019].
 32. T. C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼ Kanser Dairesi Başkanlığı. Kemoterapi. [Internet] <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tedavisi/kanser-tedavisi-nelerdir/kemoterapi.html> [Erişim tarihi: 19.03.2020].
 33. T. C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼ Kanser Dairesi Başkanlığı. Cerrahi tedavi. [Internet] <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tedavisi/kanser-tedavisi-nelerdir/cerrahi-tedavi.htm> [Erişim tarihi: 19.03.2020].
 34. T. C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼ Kanser Dairesi Başkanlığı. Radyasyon tedavisi. [Internet] <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tedavisi/kanser-tedavisi-nelerdir/kanser-tedavisinde-radyasyon.html> [Erişim tarihi: 19.03.2020].
 35. Sikora K. Cancer screening. *Medicine*. 2008;36(1):45-49.
 36. T. C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı. Ulusal Kanser Programı 2009-2015. [Internet] [http://www.ssuk.org.tr/eski_site_verileri/pdf/Ulusal Kanser Kontrol Programi 2009-2015.pdf](http://www.ssuk.org.tr/eski_site_verileri/pdf/Ulusal_Kanser_Kontrol_Programi_2009-2015.pdf) [Erişim tarihi: 19.03.2020].
 37. Ulusal Kanser Danışma Kurulu. Ulusal Kanser Danışma Kurulu Basın Açıklaması. [Internet] http://www.ssuk.org.tr/content.php?haber_id=645; [Erişim tarihi 02.05.2020].
 38. T. C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼. Kanser Erken Tanı ve Tedavi Merkezi El Kitabı. [Internet] [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/yayinlar/Kitaplar/KETEM el kitabi.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/yayinlar/Kitaplar/KETEM_el_kitabi.pdf); [Erişim tarihi 02.05.2020].
 39. World Health Organization. Breast cancer. [Internet] <https://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/breast-cancer/en/> [Erişim tarihi: 19.03.2020].
 40. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼. Meme Kanseri Tarama Program Ulusal Standartları. [Internet] <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/485-meme-kanseri-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html> [Erişim tarihi: 19.03.2020].

41. World Health Organization. Cervical cancer. [Internet] <https://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/cervical-cancer/en/> [Erişim tarihi: 19.03.2020].
42. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼. Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. [Internet] <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/serviks-kanseri-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html> [Erişim tarihi: 19.03.2020].
43. Centers for Disease Control and Prevention. What Is Colorectal Cancer? [Internet] https://www.cdc.gov/cancer/colorectal/basic_info/what-is-colorectal-cancer.htm [Erişim tarihi: 19.03.2020].
44. Centers for Disease Control and Prevention. What Are the Risk Factors for Colorectal Cancer? [Internet] https://www.cdc.gov/cancer/colorectal/basic_info/risk_factors.htm [Erişim tarihi: 19.03.2020].
45. World Health Organization. Cancer Key Facts. [Internet] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer> [Erişim tarihi: 19.03.2020].
46. Centers for Disease Control and Prevention. What Are the Symptoms of Colorectal Cancer? [Internet] https://www.cdc.gov/cancer/colorectal/basic_info/symptoms.htm [Erişim tarihi: 19.03.2020].
47. T. C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼. Kolorektal Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. [Internet] <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/484-kolorektal-kanser-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html> [Erişim tarihi: 19.03.2020].
48. T¼rk Dil Kurumu. Damga. [Internet] <http://sozluk.gov.tr/> [Erişim tarihi: 29.04.2019].
49. Goffman E. Stigma: Notes On The Management of Spoiled Identity. ABD: 1963; Prentice-Hall.
50. Phelan JC, Lucas JW, Ridgeway CL, Taylor C. Stigma, status, and population health. Social science medicine. 2014;103:15-23.
51. Hatzenbuehler ML, Phelan JC, Link BG. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. American journal of public health. 2013;103(5):813-821.
52. Link BG, Phelan JC. Stigma and its public health implications. The Lancet. 2006;367(9509):528-529.
53. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. World psychiatry. 2002;1(1):16.
54. Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. American psychologist. 2004;59(7):614.
55. Clement S, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. Psychological medicine. 2015;45(1):11-27.
56. Çam O, Çuhadar D. Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalama s¼reci ve içselleştirilmiş damgalama. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2011;2(3):136-140.

57. Stangl AL, et al. The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC medicine*. 2019;17(1):31.
58. Perry P, Donini-Lenhoff F. Stigmatization complicates infectious disease management. *AMA Journal of Ethics* 2010;12(3):225-230.
59. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology* 2001;27(1):363-385.
60. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World psychiatry*. 2002;1(1):16.
61. Knapp S, Marziliano A, Moyer A. Identity threat and stigma in cancer patients. *Health psychology open*. 2014;1(1):2055102914552281.
62. Türk Tabipler Birliği. Hasta Hakları Klavuzu. [İnternet] https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=984:hasta&catid=26:etik&Itemid=65 [Erişim tarihi: 04.05.2020].
63. Carter-Harris L, Ceppa DP, Hanna N, Rawl SM. Lung cancer screening: what do long-term smokers know and believe? *Health Expectations* 2017;20(1):59-68.
64. Carter-Harris L, Hermann CP, Schreiber JA, Weaver MT, Rawl SM. Lung cancer stigma predicts timing of medical help-seeking in individuals with lung cancer. 2014.
65. Michielutte R, Dignan MB, Sharp PC, Boxley J, Wells HB. Skin cancer prevention and early detection practices in a sample of rural women. *Preventive medicine* 1996;25(6):673-683.
66. Totan T. Ölçek Geliştirmeye Genel Bir Bakış. (Ed. Tarık Totan), Ölçek Geliştirme Kuram ve Uygulamalar. Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara 2014, s.(1-16).
67. Acar Güvendir M, Özer Özkan Y. Türkiye'deki Eğitim Alanında Yayımlanan Bilimsel Dergilerde Ölçek Geliştirme ve Uyarlama Konulu Makalelerin İncelenmesi. 2015.
68. Çüm S, Koç N. Türkiye'de psikoloji ve eğitim bilimleri dergilerinde yayımlanan ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarının incelenmesi. *Journal of Educational Sciences Practices* 2013;12(24).
69. Brislin RW. Comparative research methodology: Cross-cultural studies. *International journal of psychology*. 1976;11(3):215-229.
70. Deniz KZ. The adaptation of psychological scales. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2007;40(2):1-16.
71. Karakoç FY, Dönmez L. Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*. 2014;13(40):39-49.
72. Çıkrıkçı-Demirtaşlı RN. Psikolojik ölçmelere ilişkin doğru bilinen yanlışlar. *Türk Psikoloji Bülteni*. 2007;13(41):65-68.
73. World Health Organization. Process of Translation and Adaptation of Instruments. [İnternet] https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/; [Erişim tarihi 19.01.2020].

74. Hambleton RK, De Jong JH. Advances in translating and adapting educational and psychological tests. Sage Publications Sage CA: Thousand Oaks, CA; 2003.
75. Delice A, Ergene Ö. Investigation of scale development and adaptation studies: An example of mathematics education articles. *Karaelmas Journal of Educational Sciences*. 2015;3:60-75.
76. Aktürk Z, Acemoğlu H. Tıbbi araştırmalarda güvenilirlik ve geçerlilik. *Dicle Tıp Dergisi* 2012;39(2):316-319.
77. Uluman Müge, "Güvenirlik", (Ed. Tarık Totan), Ölçek Geliştirme Kuram ve Uygulamalar, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara 2014, s.(3-58).
78. Ercan İ, İsmet K. Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2004;30(3):211-216.
79. Tavşancıl E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. 5. Baskı. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık. 2014.
80. Kılıç S. Cronbach'ın alfa güvenilirlik katsayısı. *Journal of Mood Disorders*. 2016;6(1):47-48.
81. Avşar Asiye Şengül, "Geçerlik", (Ed. Tarık Totan), Ölçek Geliştirme Kuram ve Uygulamalar, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara 2014, s.(59-72).
82. Bayrakçıken, E. ve Eryılmaz, G. Genç Kadınlarda Cinsel Ve Üreme Sağlığı Damgalama Ölçeği Geçerlik ve Güvenirliği. [Yüksek Lisans Tezi]. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2018.
83. Güleç H. Psikiyatride Psikometri: Temel Kavramlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2009;1(2):175-186.
84. Erkuş A. Psikolojide Ölçme ve Ölçek Geliştirme-I Temel Kavramlar ve İşlemler. Ankara: Pegem Akademi. 2012.
85. Seçer, İ. Psikolojik Test Geliştirme ve Uyarlama Süreci SPSS ve Lisrel Uygulamaları. 2. Baskı. Ankara: Anı Yayıncılık 2018. 23 s.
86. Ateş S, Olgun N. Kemoterapiye bağlı alopesi ve yaşam kalitesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2014;1(1):67-80.
87. Üstündağ MF, Özcan H, Yazla E, Kıvrak Y, Aydın EF, Yılmaz M. Jinekolojik Kanseri Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Semptomları, Benlik Saygısı ve Beden Algısı: Kesitsel Bir Çalışma.
88. Terzioğlu F, Hacer A. Jinekolojik Kanseri Tedavisi Sırasında Yaşanan Psikolojik Sorunların Kadının Cinsel Yaşamına Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015;18(2):140-147.
89. Ayaz S. Stomalı bireylerde beden imajı ve benlik saygısı. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2008;28(2):154-159.
90. Denizgil T, Sönmez İ. Meme kanseri nedeni ile meme koruyucu cerrahi geçirmiş kadınlarla mastektomi operasyonu geçirmiş kadınlar arasında benlik saygısı, beden algısı, cinsel doyum ve cinsel yaşantıların karşılaştırılması. 2015.
91. Gemalmaz A, Avşar G. Kanseri Tanısı ve Sonrası Yaşananlar: Kalitatif Bir Çalışma.
92. Karaveli S, Özbayır T, Karacabay K. Kolorektal Kanseri Ameliyatı Geçiren Hastaların Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Dönemde Yaşadıkları

- Deneyimlerin İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014;17(2):90-96.
93. Çapık C, Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları, dil ve kültür uyarlaması: Güncellenmiş rehber. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2018;26(3):199-210.
 94. Bayık M, Gurbuz S. Ölçek Uyarlamada Metodoloji Sorunu: Yönetim Ve Örgüt Alanında Uyarlanan Ölçekler Üzerinden Bir Araştırma (Methodological Issues in Scale Adaptation: A Study on Adapted Scales in the Management and Organization Field). The Journal of Human Work 2016;3(1):1-20.
 95. International Test Commission. (2017). The ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests (Second edition). [Internet] www.InTestCom.org [Erişim tarihi 13.05.2020].
 96. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. (2nd ed.) Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1988.
 97. Yurdugül H. Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi 2005; 1, 771-774.
 98. Güngör D. Psikolojide ölçme araçlarının geliştirilmesi ve uyarlanması kılavuzu. 2016;19(38):104-112.
 99. Erkorkmaz Ü, Etikan İ, Demir O, Özdamar K, Sanisoğlu SY. Doğrulayıcı faktör analizi ve uyum indeksleri. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 2013;33(1):210-223.
 100. Schreiber JB, Nora A, Stage FK, Barlow EA, King J. Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: A review. The Journal of educational research. 2006;99(6):323-338.
 101. Schermelleh-Engel K, Moosbrugger H, Müller H. Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. Methods of psychological research online 2003;8(2):23-74.
 102. Terzi Y. Güvenirlilik analizi. 2017. s.337.
 103. Boone HN, Boone DA. Analyzing likert data. Journal of extension 2012;50(2):1-5.
 104. Turan İ, Şimşek Ü, Aslan H. Eğitim araştırmalarında likert ölçeği ve likert-tipi soruların kullanımı ve analizi. Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2015(30):186-203.
 105. Corrigan PW, Watson AC: This stigma of psychiatric disorders and the gender, ethnicity, and education of the perceiver. Community Ment Health J 2007, 43:439–458.
 106. Herek GM, Capitanio JP. Public reactions to AIDS in the United States: a second decade of stigma. Am J Public Health 1993, 83:574–577.
 107. Mackenzie CS, Visperas A, Ogrodniczuk JS, Oliffe JL, Nurmi MA. Age and sex differences in self-stigma and public stigma concerning depression and suicide in men. Stigma Health 2019;4(2):233.
 108. Werner P, Aviv A, Barak Y. Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia. International Psychogeriatrics 2008;20(1):174-187.

109. Aker AA, ve ark. Kocaeli Derince KETEM'e Kanser Taraması İçin Başvuran Kadınların Değerlendirilmesi. 3. International 21. National Public Health Congress; 2019.
110. Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları. 2011.
111. Merdin A, Avcı F. Toplumsal kanser ve hematoloji bilinci. Türk Onkoloji Dergisi 2013;28(4):150-153.
112. Erten H, Dünder PE. Manisa'da seçilen ASM'lerde 50-70 yaş arası kanser taramalarına katılım ve bilgi düzeyi değerlendirilmesi. 3. International 21. National Public Health Congress; 2019.
113. Kendir C, Kartal M. Health literacy levels affect breast cancer knowledge and screening attitudes of women in Turkey: A descriptive study. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi. 2019;17(2):183-194.
114. Hakan O, Demir BÇ, Yeliz A, Gümüş E, Özerkan K. Kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran hastaların human papilloma virüs ve hpv aşısı hakkındaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2011;37(3):145-148.
115. Tat AN, Öztürk HB, Günay O, Balcı E. Kayseri İli Yeşilhisar İlçesindeki Yetişkin Kadınların Kanser Taramaları ile İlgili Bilgi-Tutum ve Uygulamaları. 3. International 21. National Public Health Congress; 2019.
116. Agustina E, Dodd RH, Waller J, Vrinten C. Understanding middle-aged and older adults' first associations with the word "cancer": A mixed methods study in England. Psycho-oncology. 2018;27(1):309-315.
117. Özgün H, Soyder A, Tunçyürek P. Meme Kanseri Geç Başvuruyu Etkileyen Faktörler. Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health. 2009;5(2).
118. Burgess C, Hunter MS, Ramirez AJ: A qualitative study of delay among women reporting symptoms of breast cancer. Br J Gen Pract 2001;51:967-971. (PMID: 11766868).
119. Kadioğlu Gürsoy N. Kırklareli İli Merkez İlçe KETEM'e 2012–2016 Yılları Arasında Mamografi Taramasına Gelen Kadınların, İkinci Mamografi Taramasına Gelme Oranı ve Bunları Etkileyen Faktörler: Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.
120. Vrinten C, Gallagher A, Waller J, Marlow LA. Cancer stigma and cancer screening attendance: a population based survey in England. BMC cancer 2019;19(1):566.
121. Terzi S, Başak PY, Erturan İ. Polikliniğe başvuran hastalarda güneşin zararlı etkileri ve korunma yolları ile ilgili bilgi, tutum ve davranışların araştırılması. Turkish Archives of Dermatology Venerology/Turkderm. 2017;51(1).
122. Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Hastanede Çalışan Kadınların Meme Kanseri Konusunda Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Bilgi ve Davranışlarının Belirlenmesi, Uygulanan Planlı Eğitimin Etkinliğinin İncelenmesi. Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health 2015;11(1).
123. Redeker C, Wardle J, Wilder D, Hiom S, Miles A. The launch of Cancer Research UK's 'Reduce the Risk'campaign: baseline measurements of public

- awareness of cancer risk factors in 2004. *European Journal of cancer* 2009;45(5):827-836.
124. Coups EJ, Hay J, Ford JS. Awareness of the role of physical activity in colon cancer prevention. *Patient education counseling* 2008;72(2):246-251.
 125. Özen B, Zincir H, Erten ZK, Özkan F, Elmalı F. Genç Kadınların Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Konusunda Bilgi ve Tutumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health* 2013;9(4).
 126. Hacer G, Derya YA, Yavuz AY, Şılbır MF, Aylin Ö. Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 30-70 Yaş Grubu Kadınların Ulusal Kansere Taramalarına Yönelik Bilgi Tutum ve Davranışları: Karadeniz Bölgesi'nde Bir İl Örneği. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*.28(5):340-348.
 127. Kurtipek GS, Cihan FG, Ataseven A, Özer I, Turhan ZC. On Sekiz Yaş Üzeri Kadınların Genital Verru, Servikal Kansere ve Human Papilloma Virüs Asisi Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları/The Knowledge, Attitude and Behaviours of Women above 18 Years Old about Genital Warts, Cervical Cancer and Human Papilloma Virus Vaccination. *Türk Dermatoloji Dergisi* 2016;10(3):105.
 128. Adıgüzel FI, ve ark. Doğu Akdeniz bölgesinde bir 3. basamak referans merkezinin kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran hastalarda hpv aşısı farkındalığı ve kabul edilebilirliği. *Medical Journal of Bakirkoy* 2016;12(3):136-139.
 129. Pehlivanoglu EFÖ, Sarı HB, Balcıoğlu H, Ünlüoğlu İ. Aile hekimliği polikliniğine başvuran kadın hastaların Human Papilloma Virüs aşılması ve serviks kanseri hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Ortadoğu Tıp Dergisi* 2019;11(4):456-460.
 130. Altınay S, Pelin Başar R, Bal N, Özden F. Giresun İlinde Toplum Bazlı Meme Kanseri Taraması Yapılan Ve Yapılmayan Bölgedeki 50-69 Yaş Arası Kadınların Meme Kanseri Ve Erken Tanı Yöntemleri İle İlgili Farkındalıkları. *Breast Health*. 2013;9:144-150.
 131. Gülten N. İzmir Balçova Bölgesinde yaşayan kadınların meme kanserine ilişkin risk faktörleri, bilgi ve uygulamaları [Doktora Tezi]: DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.
 132. Erdem SS, ve ark. Düzce'de Yaşayanların Kansere ve Kansere Risk Faktörleri Hakkında Bilgi Düzeyi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2017;7(1):1-10.
 133. Sohbeter R. Bir Hastaneye başvuran Hasta Yakınlarının Meme Kanseri Bilgileri. 3 International 21 National Public Health Congress; 2019.
 134. Aker EB, Vural EZT, Aker S. Knowledge, Attitudes and Practices of Female Healthcare Providers Regarding Breast Cancer. *Turkish Journal of Family Medicine Primary Care*.13(4):532-541.
 135. Rastad H, Shokohi L, Dehghani SL, Motamed Jahromi M. Assessment of the Awareness and Practice of Women vis-à-vis Breast Self-Examination in Fasa in 2011. *Journal of Fasa University of Medical Sciences*. 2013;3(1):75-80.

136. Bal MD. Kadınların pap smear testi yaptıırma durumlarının sağlık inanç modeli ölçeği ile değerlendirilmesi. *Clinical Experimental Health Sciences*. 2014;4(3):133-138.
137. Gözüm S, Karayurt Ö, Aydın İ. Meme Kanseri Taramalarında Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Türkçe Uyarlamalarına İlişkin Sonuçlar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2004;6(1):71-85.
138. Demir Yıldırım A, Nilüfer Özaydın A. İstanbul/Moda'da Oturan Kadınların Meme Kanseri İle İlgili Bilgileri, Bilgi Kaynakları ve Meme Kanseri Taramalarına Katılımları. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*. 2014;10(1).
139. Yılmaz B. Baş-boyun kanseri tanısı ile ameliyat olan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası beden imajı ve benlik saygısı. 2008.
140. Kiliç E, Taycan O, Belli A, Özmen M. Kalıcı Ostomi Ameliyazının Beden Algısı, Benlik Saygısı, EşUyumu ve Cinsel İşlevler Üzerine Etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007 [cited 2016 May 18]; 18 (4): 302-10.
141. Öztekin Z. Halk Sağlığı Bakışıyla Sağlık Hizmetleri Kavramlar-İlkeler-Politikalar. Ataşehir/İstanbul: Ege Reklam Basım Sanatları San. Tic. Ltd. Şti. ; 2019.
142. Abay H, Kaplan S. Histerektomi Sonrası Cinsel Sorunların Değerlendirilmesinde Plissit Modelinin Kullanılması (Plissit Model To Evaluate Sexual Problems After Hysterectomy. *International Refereed Journal Of Nursing Researches*.184.
143. Hallaç S, Öz F. Genital Kanseri Tanı Sürecinde Varoluşsal Kaygı. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklaşımlar* 2011;3(4).
144. Akyolcu N. Meme Kanseri Cerrahi Girişim Sonrası Cinsel Yaşam. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*. 2008;4(2).
145. Choi EK, et al. Impact of chemotherapy-induced alopecia distress on body image, psychosocial well-being, and depression in breast cancer patients. *Psycho-Oncology*. 2014;23(10):1103-1110.
146. Lemieux J, Maunsell E, Provencher L. Chemotherapy-induced alopecia and effects on quality of life among women with breast cancer: a literature review. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social Behavioral Dimensions of Cancer*. 2008;17(4):317-328.
147. Gurevich M, Bishop S, Bower J, Malka M, Nyhof-Young J. (Dis) embodying gender and sexuality in testicular cancer. *Social science medicine* 2004;58(9):1597-1607.
148. Fujisawa D, Hagiwara N. Cancer stigma and its health consequences. *Current Breast Cancer Reports* 2015;7(3):143-150.

EK 1-VERİ TOPLAMA FORMU-1

Anket no:

**KANSER ERKEN TEŞHİS ve TARAMA MERKEZİNE (KETEM) BAŞVURAN
KADINLARDA KANSER DAMGA ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE GEÇERLİK ve GÜVENİRLİĞİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ ve İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN SAPTANMASI**

Değerli Katılımcı,

“Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezine (KETEM) Başvuran Kadınlarda Kanser Damga Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi ve İlişkili Faktörlerin Saptanması” başlıklı bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Araştırma, ölçeğin geçerliliğini ve güvenilirliğini saptamayı ve taramaya başvuran kişilerin kanser damga düzeyi ve ilişkili faktörleri belirlemeyi amaçlamaktadır. Bu nedenle soruların tümüne, içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu çalışma ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacı için kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya istediğiniz zaman ankete son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Anketimiz iki bölümden oluşmaktadır. 71 soruluk, 20 dk zamanınızı alacak bu çalışmada yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında “diğer” seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişiler ile iletişim kurabilirsiniz:

Sorumlu Araştırmacı

Prof. Dr. Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ

Yardımcı Araştırmacı

Araş. Gör. Dr. Çağla SUSUZ

İletişim

Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Telefon: 0312-324 4623

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu (X) ile işaretleyiniz ve anketi doldurmaya devam ediniz.

☐

Kabul ediyorum.

BÖLÜM 1

1. Doğum yılınızı belirtiniz.

2. Cinsiyetinizi belirtiniz.

0. Kadın 1. Erkek

3. Medeni durumunuzu belirtiniz.

1. Bekar 2. Evli, eşiyle yaşıyor 3. Evli, ayrı yaşıyor 4. Eşi ölmüş 5. Boşanmış

4. Birlikte yaşadığınız kişilerle ilgili uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

1. Yalnız yaşıyorum
2. Ailemle yaşıyorum
3. Arkadaşlarımla yaşıyorum
4. Diğer

5. En son mezun olduğunuz okul hangisidir?

- | | | |
|---------------------|----------------|----------------------------------|
| 1. Okur-yazar değil | 2. Okur-yazar | 3. İlkokul mezunu |
| 4. Ortaokul mezunu | 5. Lise mezunu | 6. Yüksekokul /Üniversite mezunu |

6. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

0. Hiçbir işte çalışmıyorum
1. Emekliyim, çalışmıyorum
2. Emekliyim, çalışıyorum (Yapılan işi belirtiniz.....)
3. Çalışıyorum (Yapılan işi belirtiniz.....)
4. Diğer (Belirtiniz.....)

7. Yakınlarınız arasında sağlık çalışanı var mı? Yakınlık derecesini ve ne iş yaptığını belirtiniz.

0. Yok

- | | |
|---------------------------------|------------------|
| 1. Var, yakınlık derecesi..... | Yaptığı iş |
| 2. Var, yakınlık derecesi | Yaptığı iş |

8. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

- | | | | | |
|------------|--------|---------|---------|-------------|
| 0. Çok iyi | 1. İyi | 2. Orta | 3. Kötü | 4. Çok kötü |
|------------|--------|---------|---------|-------------|

9. Sosyal güvenceniz nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- | | | | |
|--------|--------|-----------------|----------------------------|
| 0. Yok | 1. SGK | 2. Özel sigorta | 3. Diğer (Belirtiniz.....) |
|--------|--------|-----------------|----------------------------|

10. KETEM’e başvurma konusunda sizi kim ya da ne yönlendirdi? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1. Aile hekimim yönlendirdi.
 2. Aile sağlığı elemanı yönlendirdi.
 3. Hastanede yönlendirdiler.
 4. Afişlerden gördüm.
 5. Televizyonda gördüm
 6. İnternette gördüm.
 7. Çevremdeki kişiler önerdi.
- Diğer belirtiniz.....

11. Bu merkeze hangi kanser taramalarını yaptırmak için başvurduunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

0. Meme kanseri 1. Rahim ağzı kanseri 2. Barsak (kolorektal) kanseri 3. Hepsi

12. Kendi sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

1. Çok iyi 2. İyi 3. Orta 4. Kötü 5. Çok kötü

13. Doktor tarafından tanı konmuş kronik (sürekli) bir hastalığınız var mı? Varsa belirtiniz.

0. Hayır, yok 1. Evet, var.....

14. Ailenizde doktor tarafından tanı konmuş kronik (sürekli) bir hastalığı olan var mı? Varsa yakınlık derecesini ve hastalığını belirtiniz.

0. Hayır, yok

1. Evet, var

Yakınlık derecesi	Hastalığı

15. Daha önce herhangi bir kanser tanısı aldınız mı?

0. Hayır 1. Evet

15. Soruya yanıtınız “Evet” ise size yönelik sorularımız burada sonlanmaktadır. Araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederiz. Yanıtınız “Hayır” ise aşağıdaki soruları yanıtlamaya lütfen devam ediniz.

16. Anne, baba, kardeş veya çocuklarınızda kanser tanısı almış biri var mı? Yakınlık derecesini ve ne kanseri olduğunu belirtiniz.

0. Yok

1. Var, yakınlık derecesi..... Kanser türü

17. Anne, baba, kardeş veya çocuklarınız hariç kan bağı olan akrabalarınızda kanser tanısı almış biri var mı?

0. Hayır

1. Evet

18. Kan bağı olmayan akrabalarınız arasında kanser tanısı almış biri var mı?

0. Hayır

1. Evet

19. Arkadaşlarınız arasında kanser tanısı almış biri var mı?

0. Hayır

1. Evet

20. İş arkadaşlarınız arasında kanser tanısı almış biri var mı?

0. Hayır

1. Evet

21. Komşularınız arasında kanser tanısı almış biri var mı?

0. Hayır

1. Evet

22. Daha önce herhangi bir kanser taraması yaptırdınız mı?

0. Hayır, hiç yaptırmadım.

1. Evet, yaptırdım. (Hangi kanserler için tarama yaptırdığınızı belirtiniz.)

Kanser taramaları	Yaptırdım
☐ Meme kanseri taraması	☐
☐ Rahim ağzı kanseri taraması	☐
☐ Kolorektal (barsak) kanser taraması	☐
☐ Diğer	☐

23. Daha önce hiç kanser taraması yaptırmayı ertelediniz mi? Nedenlerini belirtiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

0. Hayır.

1. Evet, taramanın nerede yapılacağını bilmediğim için erteledim.

2. Evet, taramanın nasıl yapılacağını bilmediğim için erteledim.

3. Evet, tarama sonucunda kanser çıkmayacağını düşündüğüm için erteledim.

4. Evet, kanser tanısı almaktan korktuğum için erteledim.

5. Evet, kanser tanısı almaktan kaygılandığım için erteledim.

6. Evet, diğer belirtiniz

24. Aşağıda kanserler ile ilgili bazı önermeler yer almaktadır. Karşılarında yer alan seçeneklerden sizce uygun olanı X ile işaretleyiniz.

Önermeler	Doğru	Yanlış	Fikrim yok
1-Kanser bulaşıcı değildir.			
2-Alkol kalın barsak kanseri riskini artırmaz.			
3-Düzenli fiziksel aktivite kanser riskini önemli ölçüde azaltır.			
4-Çalışma ortamında yer alan benzen, asbest gibi maddeler kansere yol açmaz.			
5-Radyasyona maruz kalmak lösemi riskini artırmaz			
6-Kanserin erken teşhisi tedavide başarı şansını arttırmaz.			
7-Sigara içmek rahim ağzı kanserine neden olur.			
8-Hepatit B virüsü aşısı karaciğer kanseri riskini azaltmaz.			
9-Human papilloma virus (HPV) aşısı rahim ağzı kanseri riskini azaltır.			
10-Kanser tedavisine bağlı kaş, kirpik ve saç dökülmesi kalıcı değildir.			
11-Emzirme meme kanserine karşı koruyucudur.			
12-Güneş kremi kullanmak deri kanserinden korumaz			

25. Aşağıda kanserler ile ilgili bazı önermeler yer almaktadır. Karşılarında yer alan seçeneklerden sizin için uygun olanı X ile işaretleyiniz.

Önermeler	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1-Rahim kanserinin cerrahi tedavisi sonucu rahimin alınması kadınların kadınlık vasıflarında eksiklik oluşturmaz.					
2-Kanserden saçları dökülmüş insanlar saçlarına bakılmasından rahatsız olmazlar.					
3-Tıbbi maske takan insanları rahatsız etmemek için yüzlerine bakmaktan kaçınırım.					
4-Kanser tedavisine bağlı kaşlarım ve saçlarım dökülseydi evden dışarı çıkmak bana zor gelmezdi.					
5-Kanser tedavisi sonucunda barsağına torba takılan insanlar kötü kokarlar.					
6-Meme kanserinin cerrahi tedavisi sonucu memesi alınan kadınlar kadınlık vasıflarını kaybeder.					
7-Prostat kanserine bağlı olarak cerrahi tedavi gören erkekler erkeklik vasıflarını kaybeder.					
8-Toplu ulaşım araçlarında barsağına torba takılan insanların yanına oturmaktan kaçınmam.					
9-Maske takan kanser hastalarının kanserlerinin bana bulaşacağını düşünürüm.					

26. Tarama sonucunuzu öğrenmek için tekrar bu merkeze gelecek misiniz?
(Yanıtınız “Hayır” ise Bölüm 2’ye geçiniz.)

0. Hayır 1. Evet

27. Kanser damga ölçeğini tarama sonucunuzu almak için geldiğinizde tekrar doldurmak ister misiniz?

0. Hayır 1. Evet

Yanıtınız “Evet” ise size ait olan bu anket formunun diğer anketlerle karışmaması için bir rumuz/ takma ad belirleyip, yazınız

.....

BÖLÜM 2’ye geçiniz

Aşağıdaki ifadeler sizin kanserle ilgili düşünce ve tutumlarınız hakkındadır. Lütfen her ifade için ne kadar katılıp katılmadığınızı işaretleyiniz.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Orta Derecede Katılmıyorum	Hafif Derecede Katılmıyorum	Kararsızım	Hafif Derecede Katılıyorum	Orta Derecede Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Bir kez kanser olduğun zaman bir daha “normal” olamazsın.							
2. Kansere yakalanmak, kendini zihinsel olarak ölüme hazırlamak zorundasın demektir.							
3. Kanser olan kişi, bu durumundan dolayı kendi suçludur.							
4. Kanser olmak, genellikle kişinin kariyerini bitirir.							
5. Kanser olan kişi, kendi durumundan sorumludur.							
6. Kanser, genellikle yakın kişisel ilişkileri yok eder.							
7. Kanser, dokunduğu insanların yaşamını mahveder.							
8. Kanser olan kişinin durumuna dair yasal mesuliyeti kendisine aittir.							
9. Bir kişi kanserse, bu muhtemelen kendi hatasıdır.							
10. Kanser olan birinin yanında kendimi tedirgin hissetmem.							
11. Kanser olan birinin yanında kendimi rahat hissederim.							
12. Kanser olan birinden kaçınmaya çalışırım.							
13. Kanser olan birinin yanında kendimi kızgın hissederim.							
14. Kanser olan birinin yanında olmak, bana zor gelir.							
15. Kanser olan biri ile konuşmakta zorlanırım.							
16. Kanser olan birinin yanında kendimi rahatsız hissederim.							
17. Kanser olan birinin yanında kanser hakkında konuşmaktan utanırım.							
18. Kanser olan bir kişiyle arama fiziksel olarak mesafe koyarım.							
19. Bir iş arkadaşım kanser olsa, ondan kaçınmaya çalışırım.							
20. Bankaların kanser olan bir kişiye kredi vermeyi reddetmesi, kabul edilebilir bir durumdur.							
21. Kanser olan kişilerin ihtiyaçlarına en üst düzeyde öncelik verilmelidir.							
22. Kanser hastalarının bakım ve tedavileri için daha fazla devlet bütçesi ayrılmalıdır.							
23. Bizim, kanser hastalarına mümkün olan en iyi bakımı sağlama sorumluluğumuz bulunmaktadır.							
24. Bankaların kanserle ilgili bir sebepten dolayı ev kredisi başvurularını reddetmesine izin verilmelidir.							
25. Birisi kanser hastasıysa, sigorta şirketlerinin poliçelerini buna göre düzenlemesi kabul edilebilir bir durumdur.							

ARAŞTIRMAYA KATILDIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER

EK 2: VERİ TOPLAMA FORMU-2

Anket no:

**KANSER ERKEN TEŞHİS ve TARAMA MERKEZİNE (KETEM)
BAŞVURAN KADINLARDA KANSER DAMGA ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE
GEÇERLİK ve GÜVENİRLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ ve İLİŞKİLİ
FAKTÖRLERİN SAPTANMASI**

Değerli Katılımcı,

“Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezine (KETEM) Başvuran Kadınlarda Kanser Damga Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi ve İlişkili Faktörlerin Saptanması” başlıklı bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Araştırma, ölçeğin geçerliliğini ve güvenilirliğini saptamayı ve taramaya başvuran kişilerin kanser damga düzeyi ve ilişkili faktörleri belirlemeyi amaçlamaktadır. Bu nedenle soruların tümüne, içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu çalışma ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacı için kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya istediğiniz zaman ankete son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Bu çalışma 25 sorudan oluşmakta ve yaklaşık 10 dk zamanınızı alacaktır. Yanıtlarınızı, soruların karşısında yer alan seçenekler arasından uygun olanı işaretleyerek belirtiniz. Araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişiler ile iletişim kurabilirsiniz:

Sorumlu Araştırmacı

Prof. Dr. Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ

Yardımcı Araştırmacı

Araş. Gör. Dr. Çağla SUSUZ

İletişim

Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Telefon: 0312-324 4623

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu (X) ile işaretleyiniz ve anketi doldurmaya devam ediniz.

☐

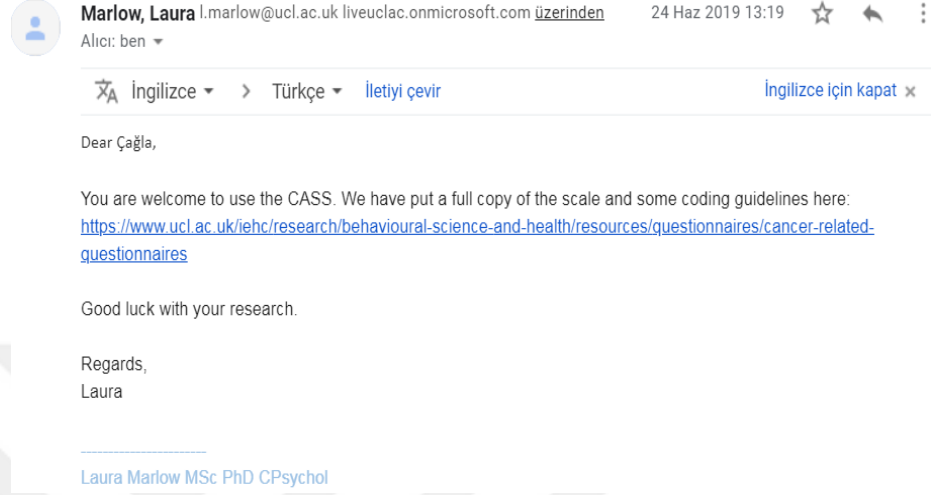
Kabul ediyorum.

Aşağıdaki ifadeler sizin kanserle ilgili düşünce ve tutumlarınız hakkındadır. Lütfen her ifade için ne kadar katılıp katılmadığınızı işaretleyiniz.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Orta Derecede Katılmıyorum	Hafif Derecede Katılmıyorum	Kararsızım	Hafif Derecede Katılıyorum	Orta Derecede Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Bir kez kanser olduğun zaman bir daha “normal” olamazsın.							
2. Kansere yakalanmak, kendini zihinsel olarak ölüme hazırlamak zorundasın demektir.							
3. Kanser olan kişi, bu durumundan dolayı kendi suçludur.							
4. Kanser olmak, genellikle kişinin kariyerini bitirir.							
5. Kanser olan kişi, kendi durumundan sorumludur.							
6. Kanser, genellikle yakın kişisel ilişkileri yok eder.							
7. Kanser, dokunduğu insanların yaşamını mahveder.							
8. Kanser olan kişinin durumuna dair yasal mesuliyeti kendisine aittir.							
9. Bir kişi kanserse, bu muhtemelen kendi hatasıdır.							
10. Kanser olan birinin yanında kendimi tedirgin hissetmem.							
11. Kanser olan birinin yanında kendimi rahat hissedirim.							
12. Kanser olan birinden kaçınmaya çalışırım.							
13. Kanser olan birinin yanında kendimi kızgın hissedirim.							
14. Kanser olan birinin yanında olmak, bana zor gelir.							
15. Kanser olan biri ile konuşmakta zorlanırım.							
16. Kanser olan birinin yanında kendimi rahatsız hissedirim.							
17. Kanser olan birinin yanında kanser hakkında konuşmaktan utanırım.							
18. Kanser olan bir kişiyle arama fiziksel olarak mesafe koyarım.							
19. Bir iş arkadaşım kanser olsa, ondan kaçınmaya çalışırım.							
20. Bankaların kanser olan bir kişiye kredi vermeyi reddetmesi, kabul edilebilir bir durumdur.							
21. Kanser olan kişilerin ihtiyaçlarına en üst düzeyde öncelik verilmelidir.							
22. Kanser hastalarının bakım ve tedavileri için daha fazla devlet bütçesi ayrılmalıdır.							
23. Bizim, kanser hastalarına mümkün olan en iyi bakımı sağlama sorumluluğumuz bulunmaktadır.							
24. Bankaların kanserle ilgili bir sebepten dolayı ev kredisi başvurularını reddetmesine izin verilmelidir.							
25. Birisi kanser hastasıysa, sigorta şirketlerinin poliçelerini buna göre düzenlemesi kabul edilebilir bir durumdur.							

ARAŞTIRMAYA KATILDIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER

EK 3: ÖLÇEK UYARLAMA İZNİ



EK 4: ETİK KURUL ONAYI



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557-1908

Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 15 EKİM 2019 SALI
Toplantı No : 2019/24
Proje No : GO 19/774 (Değerlendirme Tarihi: 16.07.2019)
Karar No : 2019/24-20

Üniversitemiz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Prof. Dr. Şevkat Bahar ÖZVARIŞ'ın sorumlu araştırmacı olduğu, Arş. Gör. Dr. Çağla SUSUZ'un uzmanlık tezi olan, GO 19/774 kayıt numaralı, "**Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezine (KETEM) Başvuran Kişilerde Kanser Damga Ölçeği'nin Geçerliliğinin ve Güvenilirliğinin Değerlendirilmesi ve Kişilerin Kanser Damga Düzeyi ve İlişkili Faktörlerin Saptanması**" başlıklı proje önerisi araştırmacının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydıyla 16 Ekim 2019-16 Kasım 2020 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan **uygun bulunmuştur**. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

- | | | | |
|----------------------------------|----------|----------------------------------|-------|
| 1. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN | (Başkan) | 9. Doç. Dr. Fatma Visal OKUR | (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Sevda F. MÜFTÜOĞLU | (Üye) | İZİNLİ | |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım SARA | (Üye) | 10. Doç. Dr. Can Ebru KURT | (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Necdet SAĞLAM | (Üye) | 11. Doç. Dr. H. Hüsrev TURNAGÖL | (Üye) |
| İZİNLİ | | 12. Dr. Öğr. Üyesi Özay GÖKÖZ | (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL | (Üye) | 13. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR | (Üye) |
| 6. Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU | (Üye) | 14. Öğr. Gör. Dr. Meltem ŞENGELN | (Üye) |
| 7. Prof. Dr. M. Özgür UYANIK | (Üye) | KATILMADI | |
| İZİNLİ | | 15. Av. Meltem ONURLU | (Üye) |
| 8. Doç. Dr. Gözde GİRGİN | (Üye) | | |

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

06100 Sıhhiye-Ankara

Telefon: 0 (312) 305 1082 • Faks: 0 (312) 310 0580 • E-posta: goetik@hacettepe.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi için:

EK 5: KURUM ONAYI

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 51381736-604.02
Konu : Araştırma İzni (Prof.Dr.Ü.Şevkat
BAHAR ÖZVARIŞ)

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Tıp Fakültesi)

İlgi : 24/10/2019 tarihli ve 36198255 sayılı yazı.

Üniversiteniz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Ü. Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ sorumluluğunda Araş. Gör. Dr. Çağla SUSUZ tarafından yapılmak istenen "Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezine (KETEM) Başvuran Kişilerde Kanser Damga Ölçeği'nin Geçerliliğinin ve Güvenilirliğinin Değerlendirilmesi ve Kişilerin Kanser Damga Düzeyi ve İlişkili Faktörlerin Saptanması" başlıklı ve ilgi kayıtlı araştırma izin talebi, Başkanlığımız "AHSB Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonu" tarafından 31/10/2019 tarihinde düzenlenen toplantıda değerlendirilmiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 31 inci maddesi 5. fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait bilgi sisteminde tuttuğu tüm verinin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliğinin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veri şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz. Bununla birlikte aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalar için bu merkezde çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması ile aile sağlığı Merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde çalışma mesaisi ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir. Ayrıca kişilerin kimlik bilgilerini ortaya çıkarabilecek sorulardan kaçınılması ve araştırmacının personel desteği almadan kendi imkânları ile araştırmayı yapabilmesi esastır.

Söz konusu araştırmanın yapılması yukarıda belirtilen ilkelere bağlı kalınması koşulları ile Komisyonumuzca uygun bulunmuştur. Ayrıca araştırmanın tamamlandığı tarihten sonraki 1 (bir) yıl içerisinde sorumlu araştırmacı tarafından hazırlanan araştırma sonuç raporunun Başkanlığımıza 2 (iki) nüsha halinde sunulması gerekmektedir. Sorumlu Araştırmacı Prof. Dr. Ü. Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ'a tebliğ edilmesi hususunda,

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.

Dr. Bahattin İLTER

Müdür a.

Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı

Evrakın elektronik imzalı suretine <https://belgedogrulama.hacettepe.edu.tr> adresinden 36121081-946a-4717-a87a-522e99a4d61b kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 05/05/2019 tarihinde İl Sağlık Müdürlüğüne iletilmiştir. Başka bir yerde kullanılmak üzere imzalanmıştır.

Birimi Hacettepe Mah. Talatpaşa Bulv. No:44-A Kat:3 Altındağ/ANKARA

Telefon: Faks No:

e-Posta: emel.kilic1@saglik.gov.tr İnternet Adresi:

<http://www.ankaraism.saglik.gov.tr>

Bilgi için: Emel KILIÇ

Çevre Sağ. Tekn.

Telefon No: (0 312) 508 52 93

EK 6: TABLOLAR

Tablo 1. Katılımcıların Kanser Damga Ölçeği'ne verdikleri yanıtların farklı düzeylerde yüzde dağılımı (Ankara, 2020).

Ölçek maddeleri (n=500)	Kesinlikle katılmıyor %	Orta derecede katılmıyor %	Hafif derecede katılmıyor %	Kararsız %	Hafif derecede katılıyor %	Orta derecede katılıyor %	Kesinlikle katılıyor %
Madde 1	64,6	0,2	0,8	1,6	5,2	10,6	17,0
Madde 2	61,8	0,2	1,0	0,6	4,8	14,8	16,8
Madde 3	85,6	0,6	0,4	1,0	2,6	7,0	2,8
Madde 4	64,0	0,4	0,6	0,8	4,2	20,6	9,4
Madde 5	40,8	0,6	0,8	1,2	3,4	18,4	34,8
Madde 6	66,8	0,4	-	1,6	5,2	12,4	13,6
Madde 7	52,6	0,4	1,4	0,6	4,8	13,8	26,4
Madde 8	58,0	0,2	0,4	4,0	4,0	4,2	29,2
Madde 9	85,8	0,2	0,6	0,2	2,6	7,8	2,8
Madde 10	7,0	3,2	3,2	-	4,0	2,6	80,0
Madde 11	22,4	8,2	5,6	-	7,4	7,6	48,8
Madde 12	98,2	0,2	0,4	0,2	0,6	0,2	0,2
Madde 13	95,8	0,2	0,2	0,4	1,8	0,6	1,0
Madde 14	66,2	-	-	0,2	6,0	14,2	13,4
Madde 15	78,0	-	0,2	-	7,4	8,8	5,6
Madde 16	78,6	0,2	0,8	-	9,4	5,6	5,4
Madde 17	30,2	0,8	1,2	0,4	3,4	7,8	56,2
Madde 18	91,8	-	0,2	0,2	5,0	2,0	0,8
Madde 19	99,0	-	0,2	-	-	0,4	0,4
Madde 20	80,4	0,6	0,2	3,0	2,8	7,0	6,0
Madde 21	1,6	0,2	-	0,2	1,4	0,4	96,2
Madde 22	0,8	-	-	-	0,4	-	98,8
Madde 23	1,0	-	-	0,2	1,4	3,6	93,8
Madde 24	82,0	0,6	0,4	3,6	2,0	7,6	3,8
Madde 25	72,8	1,4	0,6	3,0	4,4	8,0	9,8

Tablo 2. Katılımcıların kanser taraması yaptırmayı erteleme nedenine göre damga puanının dağılımı (Ankara, 2020)

Erteleme nedenleri (n=154)	Damga puanı	
	n	p değeri ¹
Kanser tanısı almaktan korkma		
Evet	34	0,217
Hayır	120	
Kanser tanısı almaktan kaygılanma		
Evet	30	0,495
Hayır	124	
Taramada kanser çıkmayacağını düşünme		
Evet	42	0,709
Hayır	112	
Taramanın nerede yaptırılacağını bilmeme		
Evet	40	0,398
Hayır	114	
Fırsat bulamama		
Evet	36	0,080
Hayır	118	
Taramanın nasıl yaptırılacağını bilmeme		
Evet	35	1,000
Hayır	119	
İhmal etme		
Evet	16	0,556
Hayır	138	

¹ Mann Whitney U testi