



T.C.

ORDU ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**YETİŞKİN BİREYLERİN KANSER
TARAMALARI HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM
VE DAVRANIŞLARI**

MELİKE KARABULUT ÖZER

UZMANLIK TEZİ

DOÇ.DR. ÖZGÜR ENGİNYURT

TEZ DANIŞMANI

ORDU 2019

T.C.

ORDU ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**YETİŞKİN BİREYLERİN KANSER TARAMALARI
HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

DR. MELİKE KARABULUT ÖZER

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DOÇ.DR. ÖZGÜR ENGİNYURT

TEZ DANIŞMANI

ORDU-2019

TEZ BİLDİRİMİ

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Melike KARABULUT ÖZER



ONAY

**T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Eğitimi Programı çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından **Tıpta Uzmanlık Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 20/09/2019

BAŞKAN

İmza
Doç. Dr. Özgür ENGİNYURT
Ordu Üniversitesi

ÜYE

İmza
Prof. Dr. Turan SET
Karadeniz Teknik Üniversitesi

ÜYE

İmza
Dr. Öğr. Üyesi Arzu AYRALER
Giresun Üniversitesi

ÖZET

YETİŞKİN BİREYLERİN KANSER TARAMALARI HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Giriş: Kanserin dünyadaki ölüm sebepleri arasında ikinci sırada yer alması ve önlenebilir bir hastalık olmasından dolayı kanser taramalarının yapılması oldukça önemlidir. Çalışmamızda yetişkin bireylerin kanser taramaları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları incelenerek kanser taramalarına dikkat çekmek, aile hekimlerinin bu konuda özverili çalışmaları amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Çalışmamıza Mart-Haziran 2019 tarihleri arasında Ordu Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 20 yaş üzeri 247 kişi dahil edildi. Katılımcılara yüz yüze görüşme yöntemiyle 20 sorudan oluşan anket uygulandı. Sonrasında hastalara bilgilendirme broşürü ile bilgilendirme verildi ve tekrar 3 soru ile kanser taraması yaptırma isteği ve bu konudaki düşüncesinde değişiklik olup olmadığı soruldu. Tanımlayıcı ve analitik tipteki çalışmamızda elde edilen veriler ki-kare testi ile istatistiksel olarak analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya 169 kadın, 78 erkek katılmıştır. Ankete katılan 102 kişi 20-39 yaş, 145 kişi 40-70 yaş aralığında ve bireylerin yaş ortalaması 43,4'tü. Çalışmamıza katılanların kanser tarama testlerini öğrendikleri kaynaklar sorgulandığında birbirine yakın oranlarda en çok aile hekiminden (%21,8), sosyal medyadan (%21,4) ve hemşire ve diğer sağlık çalışanlarından (%21,0) öğrenildiği bilgisine ulaşılmıştır. Çalışmamıza katılan bireylere "Daha önce kanser taraması yaptırdınız mı?" sorusunu sorduğumuzda 1 kişi cevap vermemiş olup cevap veren 246 bireyin %63,0'nün hiç kanser taraması yaptırmadığı görülmüştür. Daha önce kanser taraması yaptırdığını söyleyen kadınların %43,9'unun mamografi, %37,4'ünün Pap-smear/HPV-DNA yaptırdığı görülmüştür.

Sonuç: Kanser tarama testlerini bildiğini söyleyenlerin sayısının çok olmasına rağmen kanser taraması yaptırmış olan bireylerin sayıca az olmasının eksik ve yeterince bilgi sahibi olunmamasından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Halkın bilinçlendirilmesi ve kanser taramalarına davet için aile hekimlerine büyük görev düşmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kanser taramaları, Aile hekimliği, Kanser tarama eğitimi

ABSTRACT
KNOWLEDGE ATTITUDES AND BEHAVIORS OF ADULT INDIVIDUALS
ABOUT CANCER SCREENING

Aim: Because cancer is the second leading cause of death in the world and is a preventable disease, it is important to perform cancer screenings. In our study, it was aimed to draw attention to cancer screenings by examining the knowledge, attitudes and behaviors of adult individuals about cancer screenings and to work with dedication of family physicians on this subject.

Material and Method: 247 patients over 20 years old who applied to the Family Medicine outpatient clinic of Ordu University Training and Research Hospital between March and June 2019 were included in the study. A questionnaire consisting of 20 questions was applied to the participants by face to face interview method. Afterwards, the patients were informed with an information brochure and asked again with 3 questions about their willingness to have cancer screening and whether there was any change in their thoughts. The data obtained in our descriptive and analytical study were analyzed statistically by chi-square test.

Results: 169 women and 78 men participated in the study. 102 participants were in the 20-39 age range, 145 people were in the 40-70 age range and the average age of the individuals was 43,4. When the sources that the participants learned about cancer screening tests were questioned, it was found that the most common rates were obtained from family physicians (21,8%), social media (21,4%) and nurses and other health workers (21,0%). When we asked the individuals who participated in our study whether they had cancer screening before or not, one person did not respond and it was seen that 63,0% of 246 respondents did not perform cancer screening at all. It was seen that 43,9% of the women who had previously had cancer screening had mammography and 37,4% had Pap-smear / HPV-DNA.

Conclusion: Although there are a large number of people who say that they know cancer screening tests, we think that the low number of individuals who have had cancer screening is due to lack of information and not enough information. Family physicians have a great duty to raise public awareness and invite them for cancer screening.

Keywords: Cancer screening, Family medicine, Cancer screening education



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süreci boyunca bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım değerli hocam Anabilim Dalı Başkanımız Doç.Dr.Özgür ENGİNYURT'a,

Tezimin yazım aşamasında benden desteğini esirgemeyen, işini severek ve özveri ile yapan Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı Başkanı Dr.Öğr.Üyesi Yeliz KAŞKO ARICI'ya,

Palyatif bakım servisinde ve rotasyonlarda beraber çalıştığım, uzmanlık eğitimimde katkısı olan tüm değerli hocalarıma, asistan arkadaşlarıma, uzmanlara, hemşire ve diğer sağlık personeli arkadaşlarıma,

Her anımda yanımda olan ve en büyük destekçim canım annem Zehra KARABULUT, babam Yılmaz KARABULUT ve kardeşlerime,

Sevgisini ve desteğini her zaman hissettiren sevgili eşim Ersin ÖZER ve hayatıma anlam katan canım kızım Nihan'a sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER TABLOSU

KONULAR	Sayfa No
TEZ BİLDİRİMİ.....	i
ONAY.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	iv
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER TABLOSU.....	vii
TABLolar DİZİNİ.....	x
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xii
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. KANSER VE KANSER TARAMA.....	2
2.1.1. Erken Tanı Ve Taramanın Tanımı.....	4
2.2. MEME KANSERİ.....	5
2.2.1.Epidemiyoloji ve Etyolojisi:.....	5
2.2.2. Belirti ve Semptomlar:.....	6
2.2.3. Risk faktörleri:.....	6
2.2.4. Meme Kanserinde Tarama:.....	7
2.3. KOLOREKTAL KANSER.....	10
2.3.1. Epidemiyoloji ve Etyoloji:.....	10
2.3.2. Belirti ve Semptomlar:.....	10
2.3.3. Risk Faktörleri:.....	11
2.3.4. Kolorektal Kanser Taraması:.....	13

2.4. SERVİKS KANSERİ.....	16
2.4.1. Epidemiyoloji Ve Etyoloji:.....	16
2.4.2. Belirti Ve Semptomlar:.....	18
2.4.3. Risk Faktörleri:.....	18
2.4.5. HPV.....	19
2.4.6. Serviks Kanseri Taraması:.....	21
2.5. PROSTAT KANSERİ.....	23
2.5.1. Epidemiyoloji ve Etyoloji:.....	23
2.5.2. Belirti ve Semptomlar:.....	23
2.5.3. Risk faktörleri:.....	23
2.5.4. Prostat Kanseri Taraması:.....	24
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1. Araştırmanın Evreni.....	26
3.2. Veri Toplama Aşaması.....	26
3.3. Kullanılan Yöntemler.....	26
3.4. Verilerin Analizi.....	26
4.BULGULAR.....	28
4.1. Demografik Değişkenlerin ve Anket Sorularının Frekans Analizi.....	28
4.2. Anket Sorularının Cinsiyet, Yaş Grupları, Medeni Durum, Öğrenim Durumu, Meslek ve Yaşanılan Bölgeye Göre Karşılaştırma Sonuçları.....	34
4.3. Anket Sorularının Birbirleri ile Karşılaştırma Sonuçları.....	52
5.TARTIŞMA.....	56
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	62
7.KAYNAKLAR.....	63
8. EKLER.....	68

Ek 1. Yetişkin Bireylerin Kanser Taramaları Hakkındaki Bilgi Tutum Ve Davranışları Anket Formu.....	68
Ek 2. KANSER TARAMA BİLGİLENDİRME BROŞÜRÜ	72
Ek 3. Etik Kurulu Kararı	73
Ek 4. Ordu İl Sağlık M¼d¼rl¼ę¼ Araştırma İzni Komisyon Kararı.....	74
9. ÖZGEÇMİŞ	76



TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1.1. Ankete katılan demografik özelliklerine göre frekans dağılım tablosu	28
Tablo 4.1.2. Araştırmaya katılanların ilaç kullanmasını gerektiren hastalık durumu, kanser hastalığı durumu, ailesinde/çevresinde kanser öyküsü bulunma durumu ve kanser tarama testlerini bilme durumu	29
Tablo 4.1.3. Ankete katılanlarda ailesinde/çevresinde kanser öyküsü olanların yakınlık derecesi ve kanser türü durumu	30
Tablo 4.1.4. Ankete katılanlarda kanser tarama testlerinin öğrenilme kaynakları durumu ve bilinen kanser tarama testlerinin dağılımı	30
Tablo 4.1.5. Ankete katılanların kanser yaptırma durumu, yaptırdıkları taramalar ve kanser taraması yaptırmasını sağlayan unsurların frekans dağılımı	31
Tablo 4.1.6. Araştırmaya katılanların kanser taraması yaptırma isteği ve yaptırmayı istediği kanser taramalarının durumu	32
Tablo 4.1.7. Araştırmaya katılanların bilgilendirme sonrası kanser taraması yaptırma düşüncesindeki değişiklikler, kanser taraması yaptırma durumları ve yaptırmayı istedikleri kanser türleri	33
Tablo 4.1.8. Ankete katılanların kanser yaptırmama sebeplerinin frekans dağılımı.	33
Tablo 4.2.1. “İlaç kullanmanızı gerektiren bir hastalığınız var mı?” sorusunun demografik değişkenlere göre değişimi	34
Tablo 4.2.2. “Kanser hastalığınız var mı?” sorusunun demografik değişkenlere göre değişimi	36
Tablo 4.2.3. “Kanser tarama testleri hakkında bilginiz var mı?” sorusunun demografik değişkenlere göre değişimi	37
Tablo 4.2.4. “Daha önce kanser taraması yaptırdınız mı?” sorusunun demografik değişkenlere göre değişimi	39
Tablo 4.2.5. “Kanser taraması yaptırmayı istiyor musunuz?” sorusunun demografik değişkenlere göre değişimi	40
Tablo 4.2.6. “Kanser tarama testlerini nereden öğrendiniz?” sorusunun demografik değişkenlere göre değişimi	41
Tablo 4.2.7. “Hangi kanser taramalarının olduğunu biliyorsunuz?” sorusunun demografik değişkenlere göre değişimi	42

Tablo 4.2.8. “Hangi kanser taramalarını yaptırdınız?” sorusunun demografik değişkenlere göre değişimi.....	44
Tablo 4.2.9. “Kanser taramasını yaptırdığınızı sağlayan unsur neydi?” sorusunun demografik değişkenlere göre değişimi	45
Tablo 4.2.10. “Kanser taraması yaptırmama sebebiniz?” sorusunun demografik değişkenlere göre değişimi.....	46
Tablo 4.2.11. “Tarama yaptırmayı istiyorsanız hangi taramaları yaptırmak istiyorsunuz?” sorusunun demografik değişkenlere göre değişimi.....	47
Tablo 4.2.12. Bilgilendirme sonrası “Kanser taraması yaptırdığınız konusundaki düşüncenizde değişiklik oldu mu?” sorusunun demografik değişkenlere göre değişimi	49
Tablo 4.2.13. Bilgilendirme sonrası “Kanser taraması yaptırdığınız mı?” sorusunun demografik değişkenlere göre değişimi	50
Tablo 4.2.14. Bilgilendirme sonrası “Hangi kanser taramasını yaptırmayı istiyorsunuz?” sorusunun demografik değişkenlere göre değişimi.....	51
Tablo 4.3.1. “Kanser tarama testleri hakkında bilginiz var mı?” sorusunun “Ailede/çevrenizde kanser öyküsü var mı?” sorusu ile değişimi.....	52
Tablo 4.3.2. “Daha önce kanser taraması yaptırdınız mı?” sorusunun “Ailede/çevrenizde kanser öyküsü var mı?” sorusu ile değişimi	53
Tablo 4.3.3. “Kanser taraması yaptırmayı istiyor musunuz?” sorusunun “Daha önce kanser taraması yaptırdınız mı?” sorusu ile değişimi	53
Tablo 4.3.4. Bilgilendirme sonrası “Kanser taraması yaptırdığınız mı?” sorusunun bilgilendirme öncesi “Kanser taraması yaptırmayı istiyor musunuz?” sorusu ile değişimi	54
Tablo 4.3.5. “Daha önce kanser taraması yaptırdınız mı?” sorusunun “Kanser tarama testleri hakkında bilginiz var mı?” sorusu ile değişimi	55
Tablo 4.3.6. “Kanser tarama testleri hakkında bilginiz var mı?” sorusunun “Yakınıınızda kanser varsa hangi kanser?” sorusu ile değişimi.....	55

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACR	: American College of Radiology
ACS	: American Cancer Society
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
BTK	: Bilgisayarlı Tomografi ile Kolonografi
CC	: Kontingensi katsayısı (Contingency Coefficient)
CEA	: Karsino embriyonik antijen
CIN	: Servikal intraepitelyal neoplazi
CYBH	: Cinsel yolla bulaşan hastalıklar
DNA	: Deoksiribonükleik asit
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ERSPC	: The European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer
FIT	: Fecal immunochemical test
GGKT	: Gaytada gizli kan testi
GLOBOCAN	: Küresel Kanser İnsidansı, Mortalite ve Prevalans
HB	: Hemoglobin
HBV	: Hepatit B virüsü
HNPCK	: Herediter non polipozis kolorektal kanser
H.PYLORİ	: Helikobakter pylori
HPV	: Human Papilloma Virüs
HSV	: Herpes Simpleks Virüs
IARC	: Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu

İBH	: İnflamatuvar barsak hastalıkları
KMM	: Klinik meme muayenesi
KRK	: Kolorektal kanser
LEEP	: Loop Electrosurgical Excision Procedure (Lupla elektrocerrahi eksizyon işlemi)
LR χ^2	: Likelihood Ratio ki-kare değeri
MHT	: Menopozal Hormon Tedavisi
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
m-RNA	: Messenger RNA
PCR	: Polimeraz zincirleme tepkimesi
PSA	: Prostat spesifik antijen
USPSTF	: Amerika Birleşik Devletleri Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
VIA	: Visual inspection after application of acetic acid
χ^2	: Pearson Ki-kare değeri

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser ölümcül fakat bazı türleri erken tanı ile önlenebilen bir hastalıktır. Erken tanı ile beraber hastaların sağlıklı yaşam süresi artmakta, kanser görülme sıklığında azalmalar olmakta ve bununla birlikte bu hastalara ayrılan tedavi ve bakım masraflarında da azalma olmaktadır.

Dünyada 2000’li yılların başında kansere yakalanan insanların sayısı 6 milyon iken önümüzdeki yıllarda bu sayının daha da katlanarak artması beklenmektedir. 2005 yılında kansere yakalanan kişi sayısı 12 milyon, kanserden hayatını yitiren kişi sayısı 7 milyon ve kanserle hayatını sürdüren kişi sayısı 25 milyondur. Bununla birlikte 2030 yılında da 24 milyon kişinin kansere yakalanacağı, 17 milyon kişinin kanserden hayatını yitireceği ve 75 milyon kişinin de kanserle hayatını sürdüreceği tahmin edilmektedir. Bu artışın sebebi kanser risklerinin de zamanla artıyor olmasıdır. Tüm dünyada 2030 yılına varıldığında kanser görülme sıklığında iki kat artış olacağı öngörülmektedir (Türkiye’de Kanser Kontrolü, 2019).

Küresel kanser ölümlerinin yaklaşık üçte ikisi daha az gelişmiş ülkelerde görülür bunun sebebi ise son dönem hasta sayısının fazla olması ve tedaviye erişimin kısıtlı olmasından kaynaklanmaktadır. Kanser bakımının gecikmesi sonucu kanser ilerledikçe kanserden ölüm ve sakatlık olasılığı önemli ölçüde artar. Bu nedenle, zamanında tanı ve tedavinin önündeki engelleri belirlemek ve herkese bakım sağlayan programları uygulamak çok önemlidir (WHO, Guide to cancer early diagnosis, 2012).

Bu tez ile beraber bireylerin kanser tarama hakkındaki bilgi düzeyleri değerlendirilip, bu konudaki tutumları bakış açıları araştırılacaktır. Sonrasında hastalara bilgilendirme broşürü verilip bilgilendirilerek bu tutumlarında değişiklik olup olmayacağı araştırılacaktır. Asıl amacı koruyucu hekimlik olan aile hekimlerine hastalarını kanser taramasına yönlendirme konusunda büyük görev düşmektedir. Bu konuda gerekli bilgilendirme ve takiplerin yapılması gerektiği inancındayız.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. KANSER VE KANSER TARAMA

Kanser, anormal hücrelerin vücuttaki normal sınırlarının ötesinde büyümesiyle karakterize olan ve sonrasında vücudu istila edebilen ve/veya diğer organlara yayılabilen geniş bir hastalık grubu için kullanılan genel bir terimdir. Kullanılan diğer yaygın terimler ise malign tümörler ve neoplazmlardır. Kanser vücutta hemen hemen her bölümü etkileyebilir ve bunların her biri kendine özel tedavi stratejilerini gerektiren çeşitli anatomik ve moleküler alt tiplere sahiptir. Kanser, dünya genelinde ikinci olarak önde gelen ölüm sebebidir ve 2018'de 9,6 milyon ölüme sebep olduğu tahmin edilmektedir. En sık görülen kanser türleri erkeklerde akciğer, prostat, kolorektal, mide ve karaciğer kanseri iken kadınlarda meme, kolorektal, akciğer, serviks ve tiroid kanseridir (WHO, Cancer, 2019).

Her yıl, 14 milyondan fazla kişiye kanser teşhisi konulmakta ve bunların çoğunluğu düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. 2015 yılında, kanserden 8.8 milyon insan ölmüştür ve küresel olarak altı ölümden biri kanserden meydana gelmiştir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde kansere bağlı ölümlerin sayısı HIV/AIDS, tüberküloz ve sıtma hastalıklarından ölenlerin toplam sayısını aşmaktadır (WHO, Guide to cancer early diagnosis, 2012).

Kanser görülme sıklığındaki artışın %75'i Türkiye'nin de içinde olduğu gelişmekte olan ülkelerde ve az gelişmiş ülkelerde olacaktır. Haliyle bu ülkelerin kanser için sahip olduğu bütçe dünya genelinde harcanan bütçenin %5'i kadar olmasından dolayı kanser tarama programlarıyla kanseri önleme ve erken tanıya oldukça önem verilmesi gerekliliği doğmuştur (Türkiye'de Kanser Kontrolü, 2019).

Kanser, sık görülmesinin yanı sıra mortalite ve morbiditesi yüksek tedavisi maliyetli, uzun süren ve yan etkileri olan en önemli sağlık problemlerinin başında gelmektedir (Gürsu ve ark., 2012). Bu nedenle kanserden korunma ve erken tanısının konulması oldukça önemlidir. DSÖ tarafından Kanser Kontrol Programı çerçevesinde, kanserden korunma ve erken tanı sağlamak amacıyla "Primer Koruma" ile "Sekonder Koruma" programları kabul görmüştür (Şengelen ve Çelik, 2003).

Mevcut kanıtlara göre, kanser ölümlerinin %30 ile %50'si önemli risk faktörlerini (tütün ürünlerinden kaçınmak, alkol tüketimini azaltmak, sağlıklı bir vücut ağırlığını korumak, düzenli egzersiz yapmak ve enfeksiyonla ilgili risk faktörlerini önlemek gibi) değiştirerek veya önleyerek önlenebilir (WHO, Cancer, 2019). Sigara içilmesinden ve aşırı alkol kullanımından kaynaklanan tüm kanserler tamamen önlenebilir. Bilimsel kanıtlar, kanser ölümlerinin yaklaşık üçte birinin aşırı kilo veya obezite, fiziksel hareketsizlik ve zayıf beslenmeyle ilişkili olduğunu ve dolayısıyla önlenebileceğini öne sürmektedir. Bazı kanserler hepatit B virüsü (HBV), human papilloma virüsü (HPV), human immün yetmezlik virüsü (HIV) ve helicobacter pylori (H. pylori) gibi enfeksiyöz ajanlarla ilişkilidir ve davranış değişiklikleri, aşılar veya antibiyotikler ile önlenebilir. Ayrıca yıllık 2 milyondan fazla kişide tanısı konulan cilt kanserinin çoğu, cildin yoğun güneş ışığına maruziyetten ve iç mekanda bronzlaşmadan korunmasıyla önlenebilir (American Cancer Society, 2012).

Sekonder korumada erken tanı söz konusudur hücresel seviyede kanser başlamıştır fakat henüz klinik bulgu yoktur (Türkiye'de Kanser Kontrolü, 2019). Bir sağlık uzmanı tarafından yapılan düzenli tarama muayeneleri ile prekanseröz hücrelere sahip lezyonların tespiti ve çıkarılması hatta tedavi edilebilecekleri en erken bir aşamada kanserlerin teşhisi ile sonuçlanabilir. Rahim ağzı, kolon ve rektum kanserleri prekanseröz doku çıkarılarak önlenebilir. Tarama ile erken teşhis edilebilen kanserler; meme, serviks, kolon, rektum, prostat, ağız boşluğu ve deri kanserleridir. Buna rağmen, sadece meme, kolon, rektum ve serviks kanserlerinde tarama ile ölüm oranında azalma olduğu bilinmektedir (American Cancer Society, 2012).

Kanserden korunma için en etkili yöntem olan sekonder korumada çeşitli tarama yöntemleri uygulanır (Yaşlılık ve Kanser, 2019). Ulusal kanser tarama programı çerçevesinde rutin uygulanan kanser tarama programları meme, serviks ve kolorektal kanser taramalarıdır. Meme kanseri taraması için mamografi, serviks kanseri taraması için Pap-smear ve HPV-DNA testi, kolorektal kanser taraması için gaitada gizli kan testi ve kolonoskopi işlemleri ile rutin taramalar yapılmaktadır (Ulusal Kanser Programı 2009-2015, 2019).

2.1.1. Erken Tanı Ve Taramanın Tanımı

Erken tanı, hastalık semptomları olan hastalarda kanserin erken teşhisi olarak tanımlanır. Bu, görünüşte sağlıklı olan bir popülasyonda tanınmayan kanser (klinik öncesi) veya kanser öncesi lezyonları tanımlamayı amaçlayan kanser taraması ile çelişmektedir. Kanser erken tanısı ve taraması, kapsamlı kanser kontrolünde önemli bileşenlerdir, ancak kaynak ve altyapı gereksinimleri, etki ve maliyet açısından temelde farklıdır. Kanserde erken tanının odak noktası, kanserle uyumlu semptom ve bulguları olan kişilerdir. Amaç, hastalığı mümkün olan en kısa sürede tanımlamak ve gecikmeden tanı ve tedaviyle bağlantı kurmaktır. Derhal yapıldığında, kanser potansiyel olarak iyileştirilebilir bir aşamada tespit edilebilir, bu da hayatta kalma ve yaşam kalitesini iyileştirir (WHO,Guide to cancer early diagnosis, 2012).

Erken tanı için üç adım vardır: (WHO,Guide to cancer early diagnosis, 2012)

- 1.Adım : Kanser semptomları ve bakıma erişim konusunda farkındalık;
- 2.Adım : Klinik değerlendirme, tanı ve evreleme
- 3.Adım : Ağrı kesici dahil tedaviye erişim

Erken tanının aksine, kanser tarama ise görünüşte sağlıklı, asemptomatik bir popülasyondaki tanınmayan kanseri veya prekürsör lezyonları, testler (örn. HPV tahlili), incelemeler (örn. VIA - Asetik asit ile görsel muayene), görüntüleme (örn. Mamografi) veya diğer prosedürlerle tanımlamayı amaçlar. Hedef kitle tarafından hızla uygulanabilir ve geniş ölçüde erişilebilir (WHO,Guide to cancer early diagnosis, 2012).

Tarama, belirli bir test, muayene veya prosedürü uygulayan bir süreç olarak görülmemelidir. Tarama süreci hedef nüfusu bilgilendirme ve taramaya katılma daveti ile başlar. Tarama testinin uygulanması sonrası test sonuçları izlenmeli ve anormal test sonuçlarına sahip olanlar ileri inceleme için sevk edilip, hastaların zamanında patolojik tanı, evrelemesi yapılarak etkin tedaviye erişimi sağlanmalıdır. Bir tarama programı, davetiyeden tedaviye kadar olan süreci kapsar ve planlama, koordinasyon, izleme ve değerlendirme gerektirir (WHO,Guide to cancer early diagnosis, 2012).

Erken tanı ve tarama için bir test yönteminin kullanılabilirliğini ve / veya kullanımını tartışırken, bir tanı testi (erken tanı) veya bir tarama testi olarak kullanımını ayırt etmek önemlidir. Örneğin, memesinde kitle gelişen bir hasta için, bir mamografi, kanserin erken teşhisinde teşhis testi olarak işlev görürken aynı zamanda, mamografi, genellikle semptomları olmayan bir hedef popülasyonda meme kanseri tarama programının bir parçası olarak kullanılabilir. Erken teşhisin önündeki engeller genellikle kanser tarama sürecindeki ile aynıdır. Bunlar; tanı testlerine ve patolojiye erişimin sınırlı olması, kötü takip ve koordinasyon, yüksek kalitede ve zamanında tedaviye ulaşılamaması ve maddi engellerdir (WHO, Guide to cancer early diagnosis, 2012).

2.2. MEME KANSERİ

2.2.1.Epidemiyoloji ve Etyolojisi:

Meme kanseri dünyada en sık görülen ikinci kanserdir ve 2012 yılında tanı konulan 1.67 milyon yeni kanser vakası (kadınlardaki tüm kanserlerin %25'i) ile de kadınlar arasında en sık görülen kanser türüdür. Meme kanseri, kanserden ölümler arasında yıllık 522,000 ölüm ile beşinci ölüm nedeni olarak yer almaktadır ve daha az gelişmiş ülkelerde kadınlarda görülen kanserden ölüm nedenleri arasında yıllık 324,000 ölüm (toplamın %14,3'ü) ile en sık görülen kanser türü olmasına rağmen gelişmiş ülkelerde akciğer kanserinden sonra 198.000 ölüm (%15.4) ile ikinci ölüm nedenidir (Ferlay ve ark., 2015).

Ülkemizde meme kanseri kadınlarda en sık ölüme neden olan 20 hastalık içinde % 2,1'lik oranla 8. sırada yer almaktadır. Bu oranla Türkiye'de meme kanserinden ölüm hızı ABD'ye göre daha yüksek görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı, 2016). Dünyada her yıl yaklaşık 1,7 milyon kadın meme kanserine yakalanmakta ve bu kadınların 500.000'i meme kanserinden ölmektedir (Ferlay ve ark., 2015).

Etyolojide cinsiyet en önemli faktör olup, kadınlarda erkeklere kıyasla 100-200 kat daha çok görülmektedir. Etyolojide diğer önemli faktörler ise genetik ve yaştır. Meme kanseri daha çok 40 yaş üzerindeki kadınlarda görülmekte ve yaş ilerledikçe de sıklığı artmaktadır. Sık görülmesi ve sıklığının daha da artması, erken evrelerde tanı

konulabilmesi ve tanı konulduğunda tedavi edilebilir olması meme kanserinin önemini artırmaktadır (Altunok ve ark., 2016).

2.2.2. Belirti ve Semptomlar:

Meme kanserinde tipik olarak tümör küçük ve tedavi edilebilir boyutta iken semptom görülmez. Bu nedenle, kadınlarda belirtiler ortaya çıkmadan önce meme kanserini erken aşamada yakalamak için önerilen tarama kurallarına uymak oldukça önemlidir. Tümörler büyüdüğünde ağrısız bir kitle olarak ortaya çıkabilir. Daha az görülen semptomlar arasında meme dokusunda kalınlaşma, şişme, bozulma, hassasiyet, ciltte tahriş, kızarıklık, ülserasyon, meme başında retraksiyon veya spontan akıntı gibi anormallikler bulunur. Tipik olarak, meme ağrısı iyi huylu durumlardan kaynaklanır ve meme kanserinde erken bir belirti değildir (American Cancer Society, 2012).

2.2.3. Risk faktörleri:

Meme kanseri oluşumunda birçok risk faktörü olmasına rağmen meme kanseri oluşan kadınların %75'inde hiçbir risk faktörü tanımlanamamaktadır (Eroğlu ve ark., 2010).

Kadın olmak ve artan yaş meme kanserinin risk faktörlerinin başında gelir (American Cancer Society, 2012).

Meme kanseri gelişimi için en önemli risk faktörü ilerleyen yaşın yanı sıra meme kanseri aile öyküsüdür. Aile öyküsünde birinci derecede akrabalarında (anne, kız kardeş, kızı) meme kanseri olanlarda meme kanseri gelişme riski, 2-3 kat artar. Bu risk iki veya daha fazla birinci derecede akrabasında meme kanseri varsa çok daha fazla artar. Genel olarak meme kanserinin kalıtımla ilgisi ancak %10'dur. BRCA-1 ve BRCA-2 gen mutasyonları kalıtsal meme kanserlerinin %60-80'inde, tüm meme kanserlerinin ise %5-10'unda sorumludur (Eroğlu ve ark., 2010).

BRCA-1 ve BRCA-2 mutasyon taşıyıcılarında, çalışmalar overlerin ve / veya memelerin profilaktik olarak çıkartılması ile bu ameliyatı seçen kadınların hepsinde meme kanseri olmamış olmasına rağmen meme kanseri riskini önemli ölçüde azalttığını göstermektedir (American Cancer Society, 2012). Yüksek riske sahip

kadınlarda (birinci derece akrabalarında kanser tanısı alan ve BRCA-1 veya BRCA-2 geni taşıyıcısı olanlarda) tarama 25 yaşlarında başlanmalıdır (Eroğlu ve ark., 2010).

Yüksek riski öngören tıbbi bulgular arasında; meme dokusu yoğunluğunun fazla olması (memedeki yağ dokusu ile ilişkili glandüler doku miktarının mamografik bir ölçümü), yüksek kemik mineral yoğunluğu (düşük yoğunluğu olan kadınlar osteoporoz riski altındadır) ve biyopsi ile doğrulanmış hiperplazi, özellikle atipik hiperplazi sayılabilir. Kanser tedavisi için göğse verilen yüksek doz radyasyon da meme kanseri riskini artıran faktörler arasındadır. Riski artıran üreme faktörleri arasında kişinin uzun bir adet öyküsünün olması (erken yaşlarda adet görmeye başlaması ve/veya ileri yaşlarda adetinin sona ermiş olması), son zamanlarda oral kontraseptif kullanımı, hiç doğum yapmamış olması ve ilk çocuğunu 30 yaşından sonra doğurmuş olması yer almaktadır (American Cancer Society, 2012).

Menarş yaşı ve düzenli ovuluar sikluslar ile meme kanseri arasında sıkı bir ilişki vardır. Olgu kontrollü çalışmalarda menarşın geciktirildiği her yıl meme kanseri riski yıllık %20 azalmaktadır (Eroğlu ve ark., 2010).

Potansiyel olarak değiştirilebilir risk faktörleri arasında 18 yaşından sonra kilo alımı, menopoz sonrası görülen meme kanseri için aşırı kilolu veya obez olmak, MHT kullanımı (kombine östrojen ve progesterin hormon tedavisi), fiziksel hareketsizlik ve alkol tüketimi sayılabilir (American Cancer Society, 2012).

Yağ hücrelerinde östrojen üretimi ve östrojen ile meme kanseri arasındaki ilişkiden dolayı şişmanlığın meme kanseri üzerine etkisi gündeme gelmiştir. Özellikle postmenapozal kadınlardaki şişmanlık meme kanseri riskini 2 kat arttırmasına rağmen premenapozal kadınlarda ise insidans şişmanlarda düşük, zayıflarda fazladır (Eroğlu ve ark., 2010).

2.2.4. Meme Kanseri Tarama:

Genel popülasyonda kadınların meme kanseri taraması için önerilen yöntem mamografi'dir (Mainiero ve ark., 2013). Mamografi, tedavinin daha fazla etkili olduğu ve bir tedavinin daha muhtemel olduğu durumlarda meme kanserini sıklıkla erken bir aşamada tespit edebilir (Eroğlu ve ark., 2010). Taramanın başlamasından 5-7 yıl sonra (1990 yılından itibaren) meme kanserinden ölümlerde ciddi bir azalma başlamıştır.

Mortalitede %30'lara varan bu azalma tedavi planlarının daha iyi olmasından kaynaklandığını düşündürmüştür. Ayrıca bu durumu araştıran çalışmalar ile bu azalmanın %28-65 kadarının erken tanıya bağlı olduğu da ortaya çıkmıştır (Acunaş ve Demir 2014).

Ortalama olarak mamografi, semptomları olmayan kadınlarda meme kanserlerinin yaklaşık %80-90'ını tespit eder. Anormal mamogramı olan kadınların çoğunluğu kansere sahip olmamakla birlikte kesin bir tanı için tüm şüpheli lezyonların biyopsisi yapılmalıdır (Eroğlu ve ark., 2010).

Bunun yanı sıra, yüksek riskli kadınlarda tek başına mamografi, mamografi ve tamamlayıcı tarama kadar iyi performans göstermez. Bu nedenle, seçilen yüksek riskli popülasyonlarda manyetik rezonans görüntüleme (MRG) veya ultrason ile ek tarama yapılması önerilir. Meme kanseri için yüksek riske sahip kadınlarda, aile öyküsü veya genetik yatkınlık temelinde meme kanseri taraması için MRG önerilmektedir. Ultrason, MRG yapılamayan yüksek riskli kadınlar için bir seçenektir (Mainiero ve ark., 2013).

30 yaşından itibaren ömür boyu yüksek meme kanseri riski taşıyan kadınlar için mamografi ile MRG bir arada kullanarak yıllık tarama önerilmektedir (Eroğlu ve ark., 2010).

Son dönemdeki literatürler, orta riskli bazı kadınlarda da meme MRG kullanımını desteklemektedir ve ultrason yoğun göğüsleri olan orta riskli kadınlar için bir seçenek olabilir. Meme kanseri taraması için termografi, memeye özgü gama görüntüleme, pozitron emisyon mamografi ve optik görüntüleme gibi diğer görüntüleme yöntemlerinin kullanımını destekleyen kanıtlar yetersizdir (Mainiero ve ark., 2013).

AB'nin tavsiye kararına göre; kadınlarda meme kanseri taraması için mamografi 50 ile 69 yaşları arasında düzenli olarak 2 yılda bir yapılmalıdır. Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı tarafından bu karar benimsenmiştir (Güllüoğlu, 2008).

ACR klavuzuna göre ise;

- Genel popülasyon için 40 yaşından itibaren;

- BRCA-1 gen taşıyıcıları ve test edilmemiş taşıyıcı akrabaları için 25 ila 30 yaş arası;

- Premenopozal meme kanserli birinci dereceden akrabaları olan kadınlarda tanıdan etkilenen akrabaların yaşından 10 yıl önce veya aile öyküsü temelinde ömür boyu % 20 meme kanseri riski taşıyan kadınlar için 25 ila 30 yaş arası;

- 10 ila 30 yaş arasında göğüs bölgesine radyasyon alan kadınlar için radyasyon tedavisinden 8 yıl sonra (fakat 25 yaşından önce değil);

Biyopsi ile kanıtlanmış lobüler neoplazi, atipik duktal hiperplazi, duktal karsinoma in situ veya invaziv meme kanseri olan kadınlar için her yaşta yıllık mamografi ile tarama önerilmektedir (Mainiero ve ark., 2013).

Ayrıca, bazı hasta alt gruplarında, özellikle hastalığa genetik yatkınlığı olan ve yoğun göğüsleri olanlarda mamografi tek başına mamografi ile tamamlayıcı taramanın birlikteliği kadar performans göstermez. Bundan dolayı, seçilen yüksek riskli kadınlarda ek tarama önerilir (Mainiero ve ark., 2013).

Meme kanseri taramasında kendi kendine meme muayenesinin mortalite üzerine etkisini araştıran çalışmalarda mortaliteye etkisi olmadığı gösterilmiştir. Meme kanseri erken tanısında klinik meme muayenesi (KMM) önerilmektedir. KMM, sağlık kurumlarına başvuran her kadına eğitimli sağlık personeli tarafından, yılda bir kez yapılmalıdır. Klinik öykü, inspeksiyon ve palpasyon üçlüsünden oluşan muayene, hasta oturur ve yatar pozisyonda iken, üç parmak ucunun küçük dairesel hareketleriyle vertikal tarzda ve üç farklı düzeyde palpasyonu ile uygulanır (Başkan ve ark., 2012).

Meme kanseri taramasında asıl yöntem mamografi olmasının yanısıra, mamografinin etkinliğini arttırması amacıyla taramaya katılan her kadına klinik meme muayenesi de yapılmalıdır. Ayrıca 20 yaşından sonra her kadına toplumda farkındalık oluşturmak için kendi kendine meme muayenesi yapmaları için danışmanlık hizmeti verilmelidir (Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartlar, 2019).

2.3. KOLOREKTAL KANSER

2.3.1. Epidemiyoloji ve Etyoloji:

Kolorektal kanser, erkeklerde 746.000 vaka (toplamın % 10'u) ile en sık görülen üçüncü ve kadınlarda ise 614.000 vaka (toplamın % 9.2'si) ile ikinci sık görülen kanser türüdür. Vakaların yaklaşık olarak %55'i daha gelişmiş bölgelerde görülmektedir (Ferlay ve ark., 2015).

Kolorektal kanser (KRK), ABD'de, yetişkinlerde en sık görülen dördüncü kanser olup, kanserden ölümler arasında önde gelen ikinci ölüm nedenidir (Wolf ve ark., 2018).

KRK için ilerleyen yaş önemli bir risk faktörüdür (Altunok ve ark., 2016). KRK riski 40 yaşından sonra artmaya başlarken, 50 yaşından sonra belirgin bir şekilde artar. KRK vakalarının % 90'ından fazlası 50 yaş ve üstü kişilerde görülür. İnsidans oranı, 60 ila 79 yaşları arasında, 40 yaşından küçüklere oranla 50 kat daha yüksektir. Bununla birlikte, KRK genç insanlar arasında artmaktadır. Aslında KRK, ABD'de 20 ila 49 yaş arasındaki kadın ve erkekler arasında en sık teşhis edilen kanserlerden biridir (Haggar ve Boushey, 2009).

KRK 'den meydana gelen ölümlerin %80'i 55 yaş üstü kişilerden oluşmaktadır. KRK'i erken dönemde tespit etmek için kullanılan tarama yöntemleri rektal muayene, gaitada gizli kan testi ve kolonoskopidir. Tarama yöntemleri ile kolon kanserinden ölümlerin 50-70 yaş grubunda büyük bir oranda azaldığı kanıtlanmıştır (Kanıt B) (Altunok ve ark., 2016)

2.3.2. Belirti ve Semptomlar:

Kolorektal kanserlerde semptom ve bulgular tümörün makroskopik yapısına, yerleşim yerine, tümörün yayılım derecesine ve kanama, perforasyon ve tıkanma gibi komplikasyonların oluşumuna göre değişir (Karahasanoğlu, 2001).

Sağ kolon kanserlerinde en sık görülen yakınmalar karın ağrısı, dispeptik şikayetler, halsizlik ve karın sağ alt kısmında palpabl kitlelerdir. Hastada nedeni açıklanamayan anemi ve son zamanda görülen belirgin kilo kaybı varlığında sağ kolon tümörü mutlaka düşünülmelidir. Bu kişilerde gözle görülür kanama olması pek beklenen bir durum değildir. Dispeptik yakınmalarla sağ alt kadran ağrısının olması

genellikle safra kesesi ve duodenum hastalıklarıyla karıştırılabilir. Sağ kolon çapının sol kolon çapından daha fazla olması, bu kısımdaki dışkının daha sıvı olması ve sağ kolon tümörlerinin daha çok ülseröz ve vejetan tipte olmasından dolayı sağ kolon kanserlerinde tıkanma nadir görülür. Bu sebeple tümör belli bir büyüklüğe ulaşmadan tanı genellikle konulamaz (Karahasanoğlu, 2001).

Sol kolon kanserlerinde sol kolon çapının dar olması, dışkının daha koyu kıvamda olması ve buraya yerleşen tümörlerin daha çok obstrüktif tipte olmasından dolayı öncelikle dışkılama değişiklikleri ile ilgili yakınmalar görülür. Dışkılamada zorluk, kabızlık veya kabızlık sürecinden sonra görülen ishal (Koenig sendromu), dışkı çapında incelme, distansiyon, kolik ağrılar ve dışkıya bulaşmış kanama en çok görülen yakınmalardır. Kanama sık görülmesinin yanısıra nadiren masiftir (Karahasanoğlu, 2001).

Kolorektal karsinoması olan hastaların % 30 u öncelikle alt / tıkaçıcı semptomları olan akut bir aşamada iken teşhis edilir (Rosa ve ark., 2015). Bazı hastalar da ilk bulgu olarak barsak perforasyonu, ileus ve fistül komplikasyonlarıyla başvurabilirler (Karahasanoğlu, 2001).

Kolon kanserli hastaların % 20-25'inde ve rektal kanserli hastaların % 18'inde ilk tanı sırasında metastaz vardır. KRK hastalarının en yaygın metastaz yeri karaciğer olmasına rağmen, bu hastaların % 2.1'inde rektal kanserli hastalarda kolon kanserli hastalara göre yaklaşık üç kat daha fazla olan akciğer metastazı görülür (Rosa ve ark., 2015).

Son zamanlarda genç yetişkinlerde KRK insidansındaki artıştan dolayı, 50 yaşın altındaki yetişkinlerde kolorektal kanserle uyumlu semptomların zamanında değerlendirilmesi çok önemlidir (American Cancer Society, 2012).

2.3.3. Risk Faktörleri:

Bir kişinin hayatı boyunca kolorektal kansere yakalanma olasılığı %6'dır (Uyanıkoğlu, 2015). KRK vakalarının % 90'ından fazlası 50 yaş ve üstü kişilerde görülür ve 60-79 yaşları arasındaki kişilerde görülme sıklığı, 40 yaşından küçüklere oranla 50 kat daha yüksektir (Haggart ve Boushey, 2009).

Hastaların %75'inde yaş faktöründen başka bilinen risk faktörü yoktur (Uyanıkoğlu, 2015). Vakaların %75'i sporadik olarak meydana gelirken; %15-20 sinde aile hikayesi, %5 inde herediter non-polipozis koli (HNPKK), %1 inde familyal adenomatöz polip (FAP), %1 inde iltihabi barsak hastalığı zemini mevcuttur. İnflamatuvar, hiperplastik ve jüvenil polipler non-neoplastik poliplerdir. Peutz-jeghers, jüvenil polipozis gibi hastalıklarda ise neoplastiktir. Adenomatöz polipler neoplastik olup, bunların histolojisi, sayısı, çapı kanser riskini belirler (Uyanıkoğlu, 2015). ABD popülasyonunda yaşam boyu kolorektal adenoma gelişme riski yaklaşık % 19'dur. Sporadik kolorektal kanserlerin yaklaşık % 95'i bu adenomlardan gelişir. Adenom geçmişi olan bireylerde, önceden adenom geçmişi olmayan bireylere kıyasla daha fazla KRK gelişimi riski vardır (Haggar ve Boushey, 2009).

Ailede kolorektal kanser bulunması başka bir risk faktörüdür. Birinci derece bir akrabasında KRK olanlarda risk 1.7 kat artarken, ikiden fazla KRK olanlarda risk 2.7 kat ve 45 yaş altı akrabasında KRK varlığında 5.3 kat artar (Karahasanoğlu, 2001).

İnflamatuvar barsak hastalığı (İBH), ülseratif kolit ve Crohn hastalığını tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Ülseratif kolit, kolon ve rektum mukozasında iltihaplanmaya neden olur. Crohn hastalığı, bağırsak duvarının tam kalınlığının iltihaplanmasına neden olur ve ağızdan anüse kadar sindirim kanalının herhangi bir bölümünü içerebilir. Bu koşullar bireyin genel olarak KRK geliştirme riskini artırır. İnflamatuvar barsak hastalığı olan hastalarda göreceli KRK riski 4- 20 kat arasında arttığı tahmin edilmiştir. Bu nedenle, yaşlarına bakılmaksızın, İBH olan bireylerin KRK için daha sık taranması teşvik edilmelidir (Haggar ve Boushey, 2009).

Meme, over ve uterus kanseri olan bireylerde KRK gelişme riski iki kat fazladır. Üreterosigmoidostomi ve pelvik radyasyon uygulanması da risk faktörleri arasındadır (Karahasanoğlu, 2001).

Değiştirilebilir risk faktörleri arasında obezite ve fiziksel hareketsizlik, kırmızı veya işlenmiş etin fazla tüketilmesi, alkol tüketimi, uzun süreli sigara kullanımı ve muhtemelen meyve-sebze alımının çok düşük olması yer almaktadır. Araştırmalara göre ayrıca tip 2 diyabetli kişilerin kolorektal kanser riski altında olduğu da ortaya çıkmıştır (American Cancer Society, 2012).

Kalsiyum ve D vitamini, safra ve yağ asitlerini bağlayarak bağırsak lümeninde kanserojen ajanların temas süresini azaltmasından dolayı kalsiyum ve D vitamini kullanımının kemoprevensiyon (kanserden korunma) amaçlı kullanılabileceği yönünde yapılmış çalışmalar vardır (Kılıçkap ve ark., 2006). Araştırmalara göre aspirin, steroid olmayan antienflamatuar ilaçların düzenli kullanımıyla da riskin azaldığı gösterilmiştir. Fakat bu ilaçlar ortalama risk altındaki kişilere KRK önlenmesi amacıyla önerilmemektedir, çünkü ciddi yan etkileri olabilir (American Cancer Society, 2012).

Uygun diyet değişiklikleri, düzenli fiziksel aktivite ve sağlıklı kilonun korunması, hedeflenen tarama programları ve erken tedavi müdahalesi ile birlikte zamanla KRK ilişkili morbidite ve mortalite önemli ölçüde azaltılabilir (Haggart ve Boushey, 2009).

2.3.4. Kolorektal Kansere Taraması:

Erken evrede kolorektal kanserin belirgin semptomu yoktur. Bundan dolayı, erken dönemde KRK tespitinde taramalar oldukça önemlidir (American Cancer Society, 2012). Kolorektal kanserli hastaların %60'ı lenf nodu veya uzak metastaz ile kliniklere başvururlar ve rezeksiyon sonrası yarısı 5 yıl içinde ölür. Erken tanı ve tedavi ile oldukça iyi sonuçlar elde edilmektedir (Uyanıkoğlu, 2015).

50 yaşında başlayarak, KRK gelişimi için ortalama risk altında olan kadın ve erkeklerde taramaya başlanmalıdır. Tarama, kanserli hale gelebilecek kolorektal poliplerin saptanması ve çıkarılması, ayrıca tedavinin genellikle daha az kapsamlı ve daha başarılı olduğu durumlarda kanserin erken aşamada saptanması ile sonuçlanabilir (American Cancer Society, 2012).

Sağlık Bakanlığı tarafından Kolorektal Kansere Tarama Programı Ulusal Standartlarına göre ülkemizin alt yapısı ve imkanları doğrultusunda 50-70 yaş arasındaki kişilere iki yılda bir gaitada gizli kan testi (GGKT) ve on yılda bir kolonoskopi ile KRK taraması önerilmektedir (Kolorektal Kansere Tarama Programı Ulusal Standartları, 2019).

ACS ortalama KRK riskine sahip olan 45 yaş ve üstü yetişkinlerin, hasta tercihinin ve test uygunluğuna bağlı olarak, yüksek hassasiyetli bir gaita testi veya yapısal (görsel) muayene ile düzenli olarak taranmasını önerir (Wolf ve ark., 2018).

Kolorektal kanser taramasında kullanılan yapısal (görsel) incelemeler, klinisyene bağırsağın görsel olarak incelenmesini sağlayan prosedürlerdir. Bunlar endoskopik incelemeleri (Fleksible sigmoidoskopi ve kolonoskopi) ve radyolojik görüntülemeyi (Bilgisayarlı tomografik kolonografi - BTK) içerir. Yapısal incelemeleri gaita testinden ayıran özelliklerden biri de önerilen tarama aralığının daha uzun olmasıdır. ACS ye göre tarama işleminin bir parçası olarak, kolonoskopi dışındaki tarama testlerindeki tüm pozitif sonuçlar zamanında kolonoskopi ile takip edilmelidir (Wolf ve ark., 2018).

Tüm testleri negatif olsa bile taranan bireylerde 10 yılda bir kolonoskopi yapılmasına devam edilmeli, 70 yaşındaki kadın ve erkek bireylerin gaitada gizli kan testinden son ikisi negatif ise tarama kesilmelidir (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı, 2016).

ACS nin 45 yaşında taramaya başlama önerisi nitelikli bir öneri iken 50 yaş ve üstü yetişkinlerde düzenli tarama önerisi güçlü bir öneridir. ACS nin diğer nitelikli önerileri; ortalama KRK riskine sahip yetişkinlerin, 10 yaşından daha uzun bir yaşam beklentisi ile KRK taramasına 75 yaşına kadar devam etmeleri, klinisyenlerin hasta tercihleri yaşam beklentisi, sağlık durumu ve önceki tarama geçmişine dayanarak 76-85 yaş arası bireyler için KRK tarama kararlarını bireyselleştirmeleri ve 85 yaş üstü bireyleri KRK taramasına devam etmekten caydırması yönündedir (Wolf ve ark., 2018).

ACS'ye göre kolorektal kanser taraması için yıllık gaita immünokimyasal testi; yıllık yüksek hassasiyetli, guaiac bazlı gaitada gizli kan testi; her 3 yılda bir multitarget gaita DNA testi; her 10 yılda bir kolonoskopi; her 5 yılda bir bilgisayarlı tomografi kolonografi; ve her 5 yılda bir esnek sigmoidoskopi yapılması önerilir (Wolf ve ark., 2018).

United States Preventive Services Task Force (USPSTF) ; yılda bir GGKT yapılması, on yılda bir kolonoskopi ya da beş yılda bir sigmoidoskopiyle birlikte üç yılda bir GGKT yapılması şeklinde üç seçenek önermektedir. Tek başına kolonoskopi yapılması en yüksek sensitivite ve spesifiteye sahip olmasının yanı sıra yıllık yapılan GGKT belirgin bir şekilde mortaliteyi azaltmaktadır (Ersoy ve Saatçi, 2017).

KLASİK TARAMA YÖNTEMLERİ

Uyanıkoğlu, (2015) klasik tarama yöntemlerini aşağıdaki gibi sıralamıştır.

1. Gaitada gizli kan testi (GGKT): Hemoglobinin psödoperoksidaz aktivitesini ölçen guiac tabanlı testler kullanılır. Gaitada 2 ml kan olması testi pozitifleştirir. Kolorektal kanserlerde yalancı negatiflik oranı %50'dir. GGKT pozitifliğinde %25-41 oranında kolon patolojisi tespit edilir (Uyanıkoğlu, 2015).

2. Rektosigmoidoskopi: Kolorektal kanserlerin %50'si yakalanabilmektedir. Vakaların üçte birinde proksimal kolonda neoplastik lezyonlar vardır. Üç yılda bir rektosigmoidoskopi yapılması mortaliteyi %60 oranında azaltır (Uyanıkoğlu, 2015).

3. Çift kontrast kolon grafisi: Sensitivitesi kolonoskopi kadar fazla değildir. 1 cm'den küçük poliplerin %50-60, 1 cm'den büyük poliplerin %70-80, stage I-II adenokanserlerin %70-90'nında tanı koydurucudur (Uyanıkoğlu, 2015).

4. Kolonoskopi: Kolon mukozasını incelemede altın standarttır. 5-10 yılda bir yapılmasıyla mortalitede %70 oranında azalma meydana gelir. Kolorektal kanser tanısında kolonoskopinin sensitivitesi %95 tir. 50 yaştan itibaren, kolonoskopinin her 10 yılda bir yapılması en etkili kanser tarama yöntemidir (Uyanıkoğlu, 2015).

YENİ TARAMA YÖNTEMLERİ

Uyanıkoğlu, (2015) yeni tarama yöntemlerini aşağıdaki gibi sıralamıştır.

1. Dışkıda DNA tetkiki:

Noninvazif bir tetkiktir. Dışkıya dökülen kanser hücrelerinin DNA analizi yapılır. 3 genetik target kullanılır:

a) TP53→mismatch-ligation assay

b) BAT26 →modifiye solid faz minisekans metodu

c) 2. ve 3. kodon K-ras mutasyonu dijital PCR based metod

2. FIT (Fecal immunochemical test):

• İmmunokimyasal yöntem ile bu test klasik GGKT den daha hassas bir yöntemdir.

• Hemoglobin (Hb) tespiti daha spesifiktir.

- Sadece insan Hb'ine özgüdür.
- Üst gastrointestinal sistem ya da yiyecek kaynaklı Hb sindirime uğradığından sonuçları etkilememektedir.

- Diyet kısıtlaması yapmaya gerek yoktur, bir örnek verilmesi yeterlidir.
- Aspirin kullananlarda daha doğru sonuç vermektedir.

Dışkıda DNA ve FIT yönteminin karşılaştırıldığı bir çalışmada, dışkıda DNA testinin sensitivitesi (%92,3), FIT yöntemine göre (%73,8) yüksek saptanmıştır. Aynı çalışmada ileri düzey prekanseröz lezyon yakalama oranları %42,4 ve %23,8 olarak bulunmuştur.

3. BT kolonografi (Virtual-Sanal kolonoskopi):

- Daha az invazif ve ağrısız bir işlem olmasının yanısıra pahalıdır.
- İşlem 1 dakikadan az sürerken, imajların aktarılması daha uzun sürer.
- Kanser ve polip için sensitivite ve spesifitesi, , %38 ve %86'dır.

4. Mikrosatelit içeren bölgelerin amplifikasyonu-genetik tarama

5. Dışkıda CEA mRNA tesbiti (PCR)

6. Serolojik markerler: Karsinoembriyonik antijen (CEA)-CA19-9

- CEA hastaları preoperativ evrelemede ve postoperatif takipte kullanılır.
- Asemptomatik kişilerin taramasında etkili bir yöntem değildir.
- Postop nüks ve prognozu saptamada kullanılır, taramada kullanılmaz.
- Hastaların %70'inde CEA değeri yüksektir.

2.4. SERVİKS KANSERİ

2.4.1. Epidemiyoloji ve Etyoloji:

Rahim ağzı kanseri, kadınların yaşamlarına yönelik en büyük tehditlerden biridir. Şu anda dünyada bir milyondan fazla kadının rahim ağzı kanseri olduğu tahmin edilmektedir. Bu kadınların çoğu ise teşhis edilmemiştir ve onları iyileştirebilecek ya

da yaşamlarını uzatabilecek bir tedaviye erişememiştir (WHO, Comprehensive Cervical Cancer Control, 2014).

GLOBOCAN 2008 raporlarına göre serviks kanserinin dünya çapında kadınlardaki görülme sıklığı meme ve kolorektal kanserden sonra üçüncü sıradayken (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı, 2016). 2018 yılında 570 000 vaka ve 311 000 ölümlerle birlikte kadınlarda en sık tanı konan dördüncü kanser ve dördüncü önde gelen kanser ölüm nedenidir (Bray ve ark., 2018).

Yıllık vaka sayısı artmış olmasına rağmen, 1975'te en sık görülen ikinci kadın kanseri olan rahim ağzı kanseri artık göreceli olarak önemsiz kalmıştır. Karaciğer kanserinde olduğu gibi, küresel yükün büyük bir kısmı (%85'i) daha az gelişmiş bölgelerde meydana gelir ve burada tüm kadın kanserlerinin neredeyse %12'sini oluşturur. 2012'de dünya genelinde rahim ağzı kanserinden tahminen 266 000 ölüm gerçekleşti ve tüm kadın kanseri ölümlerinin %7,5'ini oluşturdu. 10 rahim ağzı kanseri ölümünden yaklaşık 9'u (%87) az gelişmiş bölgelerde ortaya çıkmaktadır. 75 yaşından önce rahim ağzı kanserinden ölme riski, daha gelişmiş bölgelerde az gelişmişlerde olduğundan üç kat daha azdır (Ferlay ve ark., 2015).

En sık 50–59 yaşları arasında görülmekle birlikte, ülkemiz koşullarında invaziv serviks kanserlerinin %65'i, 40–60 yaş grubunda görülmektedir (Mavi Aydoğdu ve Özsoy, 2018).

İnsan papilloma virüsü (HPV) rahim ağzı kanserinin neredeyse hepsinin nedenidir, IARC (Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı) Monografları tarafından grup 1 kanserojen olarak sınıflandırılan 12 onkogenik tip vardır. Diğer önemli kofaktörler arasında immünosüpresyon (özellikle insan immün yetmezlik virüsü, HIV), sigara içmek, parite (daha fazla sayıda tam dönem gebelik riski artırır) ve oral kontraseptif kullanımı bulunur (Bray ve ark., 2018).

Son birkaç on yılda, rahim ağzı kanseri insidansı ve ölüm oranlarının dünya genelinde pek çok popülasyonda azaldığı bildirilmiştir (Bray ve ark., 2018). 2004 yılından bu yana, 50 yaşından küçük kadınlarda oranlar yıllık %2,1, 50 yaş ve üstü kadınlarda ise yıllık %3,1 oranında azalmıştır (American Cancer Society, 2012).

2.4.2. Belirti ve Semptomlar:

Anormal servikal hücreler kansere dönüşene kadar ve yakındaki dokulara yayılana kadar belirtiler görülmez. Belirtiler başladığında, en yaygın semptom anormal vajinal kanamadır. Kanama, düzenli adet dönemleri arasında başlayabilir veya durabilir veya cinsel ilişki, duş veya pelvik muayeneden sonra oluşabilir. Adet kanaması daha uzun sürebilir ve normalden daha ağır olabilir. Menopoz sonrası kanama veya vajinal akıntının artması da belirtilerden olabilir (American Cancer Society, 2012).

2.4.3. Risk Faktörleri:

Rahim ağzı kanserinin birincil nedeni, insan papilloma virüsü (HPV) enfeksiyonudur. Erken yaşta cinsel aktivasyonu başlayan veya çok fazla cinsel eşi olan kadınlar HPV enfeksiyonu ve rahim ağzı kanseri riski altındayken, sadece bir cinsel partneri olan kadınlar da HPV ile enfekte olabilir. Aslında, HPV enfeksiyonlarını sağlıklı kadınlarda yaygın olarak bulunur ve tipik olarak bağışıklık sistemi tarafından başarılı bir şekilde giderilir. Enfeksiyon nadiren devam eder ve rahim ağzı kanseri ile sonuçlanır. HPV enfeksiyonunun devam etmesi ve kansere ilerlemesi, birçok faktörden etkilenebilir (American Cancer Society, 2012).

Düşük sosyoekonomik düzey, siyah ırk, erken yaşta cinsel aktiviteye başlama (<16 yaş), yüksek parite (doğum sayısı), sigara içme, immünosupresyon, CYBH öyküsü (HPV (kondilom) öyküsü, HIV, HSV-2), kötü hijyen, vitamin A, C, beta karoten ve folat eksikliği, daha önce tarama yapılmaması bilinen risk faktörleridir (Kaya, 2009).

Oral kontraseptiflerin (doğum kontrol hapları) uzun süreli kullanımı da rahim ağzı kanseri riskinin artmasıyla ilişkilidir (American Cancer Society, 2012).

Sosyoekonomik durum, ırk, bakıma sınırlı erişim, ilk cinsel ilişki yaşı, cinsel partner sayısı, korunmasız cinsel ilişki, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve insan papilloma virüsü enfeksiyonu dahil olmak üzere rahim ağzı kanserinin gelişimi için çeşitli risk faktörleri belirlenmiştir. Bunların her biri etiyolojiyi açıklamak ve yüksek riskli kadınları saptamak için kullanılmıştır (Barry ve ark., 2007).

2.4.5. HPV

Onkojenik Human Papilloma Virüsü (HPV), hemen hemen tüm servikal kanserlerde ve birçok vulvar, vajinal, penil, anal ve orofaringeal kanserde nedensel bir role sahiptir. HPV enfeksiyonlarının çoğu 1-2 yıl içinde geçer, ancak kalıcı olanlar prekanser veya kansere ilerleyebilir (Morbidity and Mortality Weekly Report, 2012).

100'den fazla numaralandırılmış HPV türünden çoğu, rahim ağzı kanseri ile ilişkili değildir. Tüm dünyada bildirilen tüm rahim ağzı kanseri vakalarının 10'undan 7'sine (%70) yalnızca iki tür HPV kaynaklanmaktadır: HPV 16 ve 18. Diğer yüksek riskli dört HPV türü 31, 33, 45 ve 58 dir. Bunlar bazı coğrafik bölgelerde rahim ağzı kanseri ile ilişkilendirilmiştir ve daha az sıklıkta görülürler. İki düşük riskli HPV tipi (6 ve 11) rahim ağzı kanserine neden olmaz, ancak çoğu genital siğil veya kondillerin nedenidir (WHO, Comprehensive Cervical Cancer Control, 2014).

Dünyadaki kadınların yaklaşık %12'si insan papilloma virüsü (HPV) ile enfekte olmaktadır (Zhang ve Batur, 2019).

HPV ile enfekte olmuş çoğu kadın ve erkekte bu enfeksiyonlar kendiliğinden düzelir. HPV enfeksiyonlarının azınlığı devam etmektedir; kadınlarda bu, tedavi edilmediği takdirde 10 ila 20 yıl sonra kansere ilerleyebilen rahim ağzı kanserine yol açabilir. HIV ile yaşayan kadınların daha erken yaşta kalıcı HPV enfeksiyonları geliştirmeleri ve daha erken kanser geliştirmeleri daha olasıdır. HPV enfeksiyonunun devam etmesine ve kansere ilerlemesine neden olabilecek koşullar (kofaktörler) tam olarak anlaşılmamıştır, ancak muhtemelen rol oynayan risk faktörleri şunlardır (WHO, Comprehensive Cervical Cancer Control, 2014):

- HPV tipi - onkojenliği veya kansere neden olan kuvveti;
- Bağışıklık durumu - HIV ile yaşayanlar gibi bağışıklığı baskılanmış kişilerin, HPV enfeksiyonlarının kalıcı olması ve kansere karşı daha hızlı ilerlemesi olasılığı daha yüksektir;
- Herpes simpleks, klamidya ve gonore gibi diğer cinsel yolla bulaşan ajanlarla koenfeksiyon durumu;

- Parite sayısı ve genç yaşta doğum yapmak (Kadınlarda ergenlik ve hamilelik sırasında, ektoservikste dönüşüm bölgesi genişler. Bu zamanlarda HPV'ye maruz kalmak enfeksiyonu kolaylaştırabilir ve skuamöz hücreli rahim ağzı kanseri ile erken cinsel aktivite arasındaki ilişkiyi, ilk doğumda genç yaş ve çoğul gebelik geçmişi arasındaki ilişkileri açıklayabilir).

- Sigara içmek;

- Beş yıldan fazla bir süredir oral kontraseptif kullanımı.

Enfeksiyonların çoğu birkaç yıl boyunca klinik sonuç olmadan düzelse de, kalıcı enfeksiyonlar rahim ağzı kanserine ilerleyebilecek yüksek dereceli prekanseröz servikal lezyonlara (servikal intraepitelyal neoplazi [CIN] evre 2 ve 3 gibi) yol açabilir. CIN 3 lezyonların yaklaşık% 30'u 30 yıllık bir süre içinde invaziv kansere ilerler. Bu yavaş ilerleme, bu lezyonların tespit edilmesi ve tedavi edilmesi için birçok fırsat sağlar, böylece yürüneyi kansere engeller (Sawaya ve ark., 2019).

Amerika Birleşik Devletleri'nde, rahim ağzı kanserinin halk sağlığının önlenmesi hem rahim ağzı kanseri taraması ile ikincil önleme hem de HPV aşılması ile birincil önleme içerir. HPV'nin bulaşması da prezervatif kullanımı ve cinsel ortakların sayısını sınırlayarak azaltılabilir. Rahim ağzı kanserlerinin % 70'inden sorumlu olan 16 ve 18 numaralı HPV tiplerine karşı korumak için iki aşı (iki değerli ve dört değerli) mevcuttur. HPV 16 ayrıca, HPV ile bağlantılı diğer beş kanserde de en yaygın görülen HPV türüdür (Morbidity and Mortality Weekly Report, 2012).

HPV' ye karşı immünizasyon, HPV'ye bağlı rahim ağzı kanseri vakalarının% 70'ini önleyebilir. Son birkaç yıl içerisinde aşılama programında bir takım değişiklikler yapılmıştır. Aşı erişkinlerde 45 yaşına kadar kullanılabilir (Zhang ve Batur, 2019).

ACS, 9 ila 14 yaşlarında aşılama serisini başlatan kız ve erkek çocuklar için 2 dozluk bir HPV aşısı takvimi önermektedir. İkinci doz, 6 ila 12 ay sonra uygulanmalıdır. İlk doz aşısı serisini 15 ila 26 yaşları arasında başlatanlar ve immün sistemi baskılanmış kişiler için üç doz aşısı önerilmektedir (Smith ve ark., 2017).

2.4.6. Serviks Kanseri Taraması:

Herhangi bir ulusal rahim ağzı kanseri önleme ve kontrol programının geliştirilmesi, genel sağlık sistemini güçlendirmek için DSÖ'nün "altı yapı taşı" çerçevesine uygun olarak yapılmalıdır. Rahim ağzı kanseri önleme ve kontrol programları, rahim ağzı kanseri insidansı, morbidite ve mortaliteyi azaltmak için geliştirilmiş ve tasarlanmıştır. Etkili rahim ağzı kanseri taraması ve tedavisine erişimde büyük eşitsizlikler vardır; invaziv rahim ağzı kanseri ağırlıklı olarak bu hizmetlere erişimi olmayan kadınları etkiler. Kapsamlı bir program birincil, ikincil ve üçüncül önleme faaliyetlerini (tedavi dahil) ve palyatif bakıma erişimi içermelidir. Tarama hizmetleri, tedavi ve tedavi sonrası takip ile bağlantılı olmalıdır. İzleme ve değerlendirme rahim ağzı kanseri önleme ve kontrol programlarının temel bileşenleridir (WHO, Comprehensive Cervical Cancer Control, 2014).

Primer koruma HPV enfeksiyonu riskini azaltır. Halk sağlığı hedefi, HPV enfeksiyonlarını azaltmaktır, çünkü kalıcı HPV enfeksiyonları rahim ağzı kanserine neden olabilir. Sekonder koruma kanser öncesi tarama ve tedaviyi içerir. Halk sağlığı hedefi, kanser öncesi lezyonlardan invaziv kansere kadar olan ilerlemeyi engelleyerek rahim ağzı kanseri ve buna bağlı ölüm oranını ve yaygınlığını azaltmaktır (WHO, Comprehensive Cervical Cancer Control, 2014).

Rahim ağzı kanseri gelişiminde mutlak risk düşük olmakla birlikte (Amerikalı kadınlar için yaşam boyu risk % 0,8'dir), periyodik PAP smear taraması malign öncesi lezyonları tanımlamak ve tedavi etmek için bir fırsat sunmaktadır. Bununla birlikte, önerilen taramaların sıklığı çok fazla tartışmanın konusudur. Araştırmalar, sekiz rahim ağzı kanserinden elde edilen verilere dayanarak her 3 yılda bir yapılan tarama ve yıllık tarama arasında çok az fark olduğunu gösteriyor (Barry ve ark., 2007).

Rahim ağzı kanseri için 30 ila 49 yaş arasındaki kadınları taramak, bir kez bile olsa rahim ağzı kanseri ölümlerini azaltacaktır. Bu hedef yaş grubundaki her kadın için rahim ağzı kanseri taraması önerilmektedir, ancak CIN2 + için yüksek risk bulunduğu dair kanıt varsa, bu daha genç yaşlara kadar uzatılabilir. Hedef yaş grubuna ve tarama sıklığına ilişkin kararlar genellikle ulusal düzeyde, aynı yaştaki tüm kadınlardan kanser öncesi veya kanserli kadınların yerel oranı, son iki veya üç yılda kaydedilen yeni rahim ağzı kanseri vakalarının sayısı, HIV prevalansı ve altyapı

kaynakları gibi faktörler ile belirlenir (WHO, Comprehensive Cervical Cancer Control, 2014).

Amerikan Kanser Derneği, 30 yaşına kadar geleneksel sitoloji ile yıllık tarama yapılmasını önermektedir. 30 yaşından sonra, aralıklar önceki sonuçlara ve risk faktörlerine dayanarak uzatılabilir (Barry ve ark., 2007).

Ülkemizin sahip olduğu altyapı ve olanakları göz önüne alındığında uygun olan ve uygulanmakta olan yöntem kadınlarda 30 yaşında başlayan ve 65 yaşında biten beş yılda bir yapılan HPV testi veya Pap-smear testi ile taramadır (Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları, 2019).

Tarama ve tedavi yaklaşımında, tedavi kararı bir tarama testine dayanır ve tedavi ideal olarak bir pozitif tarama testinden hemen sonra (yani bir tanı testi kullanılmadan) verilir. Tarama ile tedavi yaklaşımı izlemdeki kaybı azaltır ve kadınların tedavi görmesi için gecikme süresini azaltabilir. Asetik asit ile görsel olarak muayene (VIA) veya sitoloji ile negatif test sonucu gelen kadınlar arasında, yeniden tarama aralığı üç ila beş yıl arasında olmalıdır. HPV testiyle negatif test sonucu gelen kadınlar arasında, en az beş yıl arayla tekrar tarama yapılmalıdır. Taramaya katılan kadınlarda kanserden şüpheleniliyorsa, tedavi edilmemeli, kanser teşhisi ve tedavisi için bir tesise yönlendirilmelidir. Kriyoterapi veya LEEP (Loop excision electro surgical procedure) rahim ağzı kanseri için pozitif tarama sonucu gelen kadınların çoğunluğu için etkili ve uygun tedavi sağlayabilir (WHO, Comprehensive Cervical Cancer Control, 2014).

İlk negatif rahim ağzı kanseri taraması testinden sonra invazif kanser geliştirme potansiyeli azdır (yılda 100 000'de 5'ten az), ancak yüksek riskli kadınlar için daha sık aralıklarla tarama yapılmalıdır. Bunun için klinisyenler, rahim ağzı kanseri için düşük risk altındaki kadınları, sitoloji veya insan papilloma virüsü testi yoluyla, yüksek risk altındakilerden ayırt edebilmelidir (Barry ve ark., 2007).

2.5. PROSTAT KANSERİ

2.5.1. Epidemiyoloji ve Etyoloji:

2018'de dünya çapında yaklaşık 1.3 milyon yeni prostat kanseri vakası ve 359 000'e bağlı ölüm olacağı, erkeklerde ise en sık görülen ikinci kanser ve beşinci sırada kanser ölümünün olacağı tahmin edilmektedir (Bray ve ark., 2018).

GLOBOCAN 2012 verilerine göre de prostat kanseri, erkeklerde ikinci en sık görülen ve tüm kanserler arasında en fazla görülen dördüncü kanserdir. 2012 yılında dünya çapında 1,1 milyon vaka prostat kanseri tanısı almıştır, bu da erkeklerde teşhis edilen kanserlerin % 15'ini oluşturmuştur ve vakaların yaklaşık olarak % 70'i daha gelişmiş bölgelerde meydana gelmiştir. Prostat kanseri erkeklerde kanserden ölüm nedeni olarak beşinci sırada yer alırken, tahminen 307.000 ölümle toplam erkek kanserleri ölümlerinin % 6,6'sını oluşturmuştur. İnsidanstan farklı olarak, dünya genelinde ölüm oranları az gelişmiş ülkelerde daha fazladır (Ferlay ve ark., 2015).

2.5.2. Belirti ve Semptomlar:

Erken prostat kanseri genellikle semptom göstermez. Daha ileri evrelerde, erkeklerde zayıf veya kesintiye uğramış idrar akışı olabilir, idrar akışının başlatılması veya durdurulmasında zorluk çekme, özellikle geceleri sık sık idrara çıkma ihtiyacı, idrarda kan, idrara çıkma ile yanma veya ağrı şikayetleri görülebilir. İlerlemiş prostat kanseri, kemiklere metastaz yapıp genellikle kalçalarda, omurgada, kaburgalarda veya diğer alanlarda ağrıya neden olur (American Cancer Society, 2012).

2.5.3. Risk faktörleri:

Prostat kanseri için iyi bilinen tek risk faktörü yaştır, diğer önemli risk faktörleri ise Afrika ırkından olmak ve aile öyküsünün olmasıdır. Tüm prostat kanseri vakalarının yaklaşık % 60'ı 65 yaş ve üstü erkeklerde teşhis edilir ve % 97'si 50 yaş ve üstü erkeklerde görülür. Afrikalı Amerikalı erkekler ve Afrika kökenli Jamaikalı erkekler, dünyadaki en yüksek belgelenmiş prostat kanseri insidansı oranlarına sahiptir. Hastalık Kuzey Amerika ve kuzeybatı Avrupa'da yaygındır, ancak Asya ve Güney Amerika'da daha az yaygındır. Genetik çalışmalar, güçlü ailesel yatkınlığın prostat kanserlerinin %5-10' undan sorumlu olabileceğini göstermektedir. Son zamanlarda yapılan çalışmalar, işlenmiş et veya süt ürünleri tüketiminin fazla

olmasının da risk faktörü olabileceğini ve obezitenin agresif prostat kanseri riskini arttırdığını göstermektedir. Ayrıca itfaiyecilerde riskin arttığına dair bazı kanıtlar vardır (American Cancer Society, 2012).

2.5.4. Prostat Kanseri Taraması:

Prostat kanseri taraması kimlere ve ne düzeyde yapılacağı en tartışmalı konulardandır (Prostat Kanseri Yol Haritası, 2019). Şu anda, erken prostat kanserinin tespiti için rutin PSA testi veya bunlara karşı önerilecek testler için yeterli veri yoktur. PSA testinin prostat kanseri ölümlerini azaltmadaki etkinliğini belirlemek için yapılan klinik çalışmalardan elde edilen sonuçlar karıştırıldığında; Avrupa'daki iki çalışma, PSA taraması alan erkekler arasında prostat kanserinden ölüm riskini daha düşük bulurken, ABD'de yapılan bir araştırmada azalma olmadığı bulunmuştur (American Cancer Society, 2012).

ERSPC (Avrupa Randomize Prostat Kanseri Çalışması) çalışmasının bulguları da dikkate alındığında literatür verilerine göre toplumsal taramanın mortaliteyi azaltıcı etkisi yoktur. Toplumsal tarama (saha taraması veya toplum tabanlı tarama) ve seçilmiş erkeklerde (oportunistik veya fırsatçı tarama) yapılan taramalar kıyaslandığında bu alanda yapılan meta-analiz çalışmaları, toplumsal tarama ile prostat kanseri tanısı konulma sıklığının arttığını ancak hastalarda sağkalım oranında artış olmadığını göstermiştir (Prostat Kanseri Yol Haritası, 2019).

Prostat kanseri için PSA taramasının zararlarını bilmekte fayda vardır. Kaygı, biyopsi kaynaklı komplikasyonlar ve aşırı agresif tedaviden kaynaklanan morbiditelere sebep olur (Holt ve Gerayli, 2019).

ACS, ortalama prostat kanseri riski taşıyan ve en az 10 yıllık bir yaşam beklentisi olan erkeklerin, 50 yaşından başlayarak erken prostat kanseri teşhisi için test ile ilgili potansiyel faydalar ve bilinen sınırlamalar hakkında bilgi almasını ve test konusunda bilinçli bir karar verebilmesini önermektedir. Prostat kanseri geliştirme riski yüksek olan erkekler (Afrika kökenli Amerikalılar veya 65 yaşından önce prostat kanseri tanısı konan yakın akrabaları olan erkekler) bu tartışmayı, sağlık uzmanları ile birlikte 45 yaşında başlamalıdır. Daha da yüksek risk altındaki erkekler (erken yaşta prostat kanseri teşhisi konan birkaç yakın akrabaları olduğu için) bu tartışmalarını 40 yaşlarında sağlayıcılarıyla birlikte yapmalıdırlar. Tüm erkekler kişisel değerlerine ve

tercihlerine göre karar vermelerine izin vermek için test ve erken teşhisin yararları ve kısıtlamaları hakkında yeterli bilgi verilmelidir (American Cancer Society, 2012).

Mevcut kanıtlara dayanarak, PSA dışındaki herhangi bir yöntemle prostat kanseri taraması desteklenmemektedir. 55 yaşından küçük veya 70 yaşından büyük erkeklerin taraması desteklenmez. 55 ile 69 yaş arasındaki erkeklerde PSA taramasının, daha düşük PSA cut-off kullanılması durumunda (2,5 veya 3,0 ng/mL) prostat metastazını ve ölümünü azaltması muhtemeldir ve erkekler biyopsi ve aktif tedavi görmeye istekli olup, şu anda yapılanlardan daha yüksek oranlardadır. Bununla birlikte, daha az riskli kanserler için aktif sürveyans, aşırı tanı ve aşırı tedavi oranlarını düşürmek için arttırılmalıdır. Bu nedenlerden dolayı karar, doktor ve hasta arasında görüşmeden sonra ayrı ayrı verilmelidir (Holt ve Gerayli, 2019).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırma Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde bireylerin kanser taramaları konusundaki bilgi, tutum ve davranış durumunu incelemek için yapılmış kesitsel ve tanımlayıcı tipte analitik bir çalışmadır. Çalışmanın örneklemini Mart 2019 – Haziran 2019 tarihleri arasında Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 20-70 yaş aralığında çalışmaya katılmaya gönüllü olan toplam 247 birey oluşturmuştur.

3.2. Veri Toplama Aşaması

Araştırma için Ordu İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin alındıktan sonra Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan onay alınmıştır. Tüm izinler alındıktan sonra Mart 2019 tarihinde başlanan araştırmada veri toplama aracı olarak yüz yüze uygulanan anket formları kullanılmıştır. Anket formlarında katılımcıların demografik bilgilerini, sağlık bilgilerini, kanser taramaları hakkındaki bilgi ve tutumlarını ölçmeyi amaçlayan toplam 23 adet soru bulunmaktadır. Anket soruları araştırmacılar tarafından literatür incelenerek hazırlanmıştır. Anket formları doldurduktan sonra, katılımcılara bir bilgilendirme broşürü üzerinden kanser taramaları hakkında bilgi verilmiştir. Daha sonra bireylere kanser taramaları hakkındaki düşüncelerinde değişiklik olup olmadığı, tarama yaptırmak isteyip istemediği ve kanser taraması yaptırmayı istiyorsa hangi kanser taramasını yaptırmak istediği sorularak cevapları kaydedildi.

3.3. Kullanılan Yöntemler

Çalışma kesitsel tipte tanımlayıcı ve analitik bir çalışma olarak planlanmıştır. Kesitsel tipte olması sebebiyle herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmamış, belirlenen tarih aralığında çalışmanın dahil olma kriterlerini taşıyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm bireyler çalışmaya dahil edilmiştir.

3.4. Verilerin Analizi

Çalışmada gerekli olan tüm istatistik analizler SPSS v25 (Demo version, IBM Inc., Chicago, IL, USA) istatistik programı kullanılarak yapılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler çapraz tablolar oluşturularak iki-yönlü ki-kare testi ile incelenmiştir. Ki-kare testlerinde, beklenen frekanslar 5'in üzerinde ise Pearson ki-

kare değeri (χ^2) 5'in altında ise Likelihood ratio ki-kare değeri ($LR\chi^2$) kullanılmıştır. Çapraz tablolarda bağımlılık söz konusu olması durumunda McNemar testi kullanılmıştır. Ki-kare testleri sonucunda değişkenler arasında ilişki olduğu belirlenmiş ise ilişkinin derecesi Kontingensi Katsayısı (CC) ile belirlenmiştir. Hesaplamalarda ve sonuçların yorumlanmasında anlamlılık düzeyi %5 olarak dikkate alınmıştır.



4.BULGULAR

4.1. Demografik Değişkenlerin ve Anket Sorularının Frekans Analizi

Araştırmaya %68,4'ü kadın %31,6'sı erkek olmak üzere toplam 247 birey katılmıştır. Ankete katılan bireylerin demografik özelliklerine göre frekans dağılımları Tablo 1'de verilmiştir. Ankete katılan 102 birey 20-39 yaş aralığında iken 145 birey 40-70 yaş aralığındadır ve bireylerin yaş ortalaması $43,4 \pm 12,4$ 'tür. Araştırmamıza katılanların %70'i evli, %22,3'ü bekar ve %7,7'si eşi vefat etmiş veya ayrılmış, %31,6'sı sağlık çalışanı (Doktor, Hemşire, Diş Hekimi, Eczacı, Tıbbi Teknisyen, Hasta Bakıcı), %68,4'ü sağlık çalışanı olmayan bireylerden oluşmaktadır. Ankete katılanların öğrenim durumlarına bakıldığında %38,9'u üniversite/yüksekokul mezunu, %6,5'i okuryazarlık olmayan kişilerdir ve bunların %92,3'ü sosyal güvencesi var olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.1.1).

Tablo 4.1.1. Ankete katılan demografik özelliklerine göre frekans dağılım tablosu

Demografik Değişkenler		n	%
Yaş	20-39	102	41,3
	40-70	145	58,7
Cinsiyet	Kadın	169	68,4
	Erkek	78	31,6
Medeni Durumu	Evli	173	70,0
	Bekar	55	22,3
	Eşi vefat etmiş /Ayrılmış	19	7,7
Öğrenim Durumu	Okuryazarlık yok	16	6,5
	İlkokul ortaokul	79	32,0
	Lise	56	22,7
	Üniversite/Yüksekokul	96	38,9
Meslek	Sağlık Çalışanı	78	31,6
	Sağlık Çalışanı Değil	169	68,4
Çoğunlukla ikamet edilen bölge	Kentsel bölge	204	82,6
	Kırsal bölge	43	17,4
Sosyal Güvence	Var	228	92,3
	Yok	19	7,7

Ankete katılanların %47,0'sinin ilaç kullanması gerektiren bir hastalığı ve %4,9'unun kanser hastalığı vardı; %55,5'inin ailesinde/çevresinde kanser öyküsü mevcut, %77,3'ü tarama testleri hakkında tam/kısmen bilgi sahibi iken %22,7'si kanser tarama testleri hakkında bilgi sahibi değildi (Tablo 4.1.2).

Tablo 4.1.2. Araştırmaya katılanların ilaç kullanmasını gerektiren hastalık durumu, kanser hastalığı durumu, ailesinde/çevresinde kanser öyküsü bulunma durumu ve kanser tarama testlerini bilme durumu

		n	%
İlaç kullanmanızı gerektiren bir hastalığınız var mı?	Evet	116	47,0
	Hayır	131	53,0
Kanser hastalığınız var mı?	Evet	12	4,9
	Hayır	235	95,1
Ailede/çevrenizde kanser öyküsü var mı?	Evet	137	55,5
	Hayır	110	44,5
Kanser tarama testleri hakkında bilginiz var mı?	Evet var	100	40,5
	Kısmen var	91	36,8
	Hayır yok	56	22,7

Ankete katılan bireylere “Ailede/çevrenizde kanser öyküsü varsa hangi yakınınızda?” sorusunu sorduğumuzda verilen cevapların çoğunluğu %38,9 oranı ile 2.derece akrabalarından oluştuğu ve bunu %35, 2 oranıyla 1.derece akrabaların takip ettiği en az da %4,3 oranıyla eşlerin olduğu görülmüştür. Çalışmamızda ailesinde/çevresinde kanser olanların kanser türleri sorulduğunda %16,6'sı meme kanseri, %8,3'ü rahim ağzı kanseri, %23,1'i kolorektal kanser ve %52,1'i bunların dışında bir kanser türüne sahip olduğu bilgisine ulaşılmıştır (Tablo 4.1.3).

Tablo 4.1.3. Ankete katılanlarda ailesinde/çevresinde kanser öyküsü olanların yakınlık derecesi ve kanser türü durumu

	n	%	
	Eş	7	4,3
Varsa hangi akrabanız/yakınıınız?* (n=162)	1.derece akraba	57	35,2
	2.derece akraba	63	38,9
	Uzak akraba/tanıdık	35	21,6
Varsa hangi kanser?* (n=169)	Meme kanseri	28	16,6
	Rahim ağzı kanseri	14	8,3
	Kolorektal kanser	39	23,1
	Bunların dışında bir kanser türü	88	52,1

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Çalışmamıza katılanların kanser tarama testlerini öğrendikleri kaynaklar sorgulandığında birbirine yakın oranlarda en çok aile hekiminden (%21,8), sosyal medyadan (21,4) ve hemşire ve diğer sağlık çalışanlarından (%21,0) öğrenildiği bilgisine ulaşılmıştır. Ankette bireylere “Hangi kanser taramalarının olduğunu biliyorsunuz?” sorusu sorulduğunda çoğunluk %28,1 oranında meme kanseri cevabını vermiştir; daha sonra %24,3 rahim ağzı kanseri, %19,3 kalın barsak kanseri cevapları verilmiştir (Tablo 4.1.4).

Tablo 4.1.4. Ankete katılanlarda kanser tarama testlerinin öğrenilme kaynakları durumu ve bilinen kanser tarama testlerinin dağılımı

	n	%	
Kanser tarama testlerini nereden öğrendiniz?* (n=243)	Aile hekimimden	53	21,8
	Diğer branş hekimlerinden	36	14,8
	Hemşire ve diğer sağlık ç.	51	21,0
	Sosyal medyadan	52	21,4
	Çevredeki tanıdık/akrabalardan	36	14,8
	Diğer	15	6,2

	Meme kanseri	198	28,1
Hangi kanser taramalarının olduğunu biliyorsunuz?* (n=704)	Rahim ağzı kanseri	171	24,3
	Prostat kanseri	114	16,2
	Kalın barsak kanseri	136	19,3
	Akciğer kanseri	85	12,1

(*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.)

Çalışmamıza katılan bireylere “Daha önce kanser taraması yaptırınız mı?” sorusunu sorduğumuzda 1 kişi cevap vermemiş olup cevap veren 246 bireyin %63,0’nün hiç kanser taraması yaptırmadığı görülmüştür. Daha önce kanser taraması yaptırdığını söyleyen kadınların %43,9’unun mamografi, %37,4’ünün Pap-smear/HPV-DNA yaptırdığı görülmüştür (Tablo 4.1.5).

Tablo 4.1.5. Ankete katılanların kanser yaptırma durumu, yaptırdıkları taramalar ve kanser taraması yaptırmasını sağlayan unsurların frekans dağılımı

		n	%
Daha önce kanser taraması yaptırınız mı? (n=246)	Hiç yaptırmadım	155	63,0
	En az bir kez tarama yaptırdım	91	37,0
Hangi kanser taramalarını yaptırınız? (n=157*)	Mamografi	61	43,9**
	Pap smear/HPV DNA	52	37,4**
	PSA	1	0,6
	Kolonoskopi	19	12,1
	Gaitada gizli kan testi	24	15,3
Kanser taraması yaptırmanızı sağlayan unsur neydi? (n=107*)	Aile hekimi önerisi	26	24,3
	Başka branşta bir hekim önerisi	29	27,1
	Çevrede tanıdık/akraba önerisi	18	16,8
	Ailede kanser öyküsü	17	15,9
	Çevrede tanıdıklarda kanser öyküsü	9	8,4
	Sosyal medya	8	7,5

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir, ** sadece kadınlar arasında mamografi ve smear yaptırmanın yüzdesi

Anketimizde bireylere bilgilendirme öncesi “Kanser taraması yaptırmayı istiyor musunuz?” sorusu sorulduğunda 183 kişi cevap vermiş olup %67,7’si “Evet” cevabını vermiştir. Bireylerin yaptırmayı düşündükleri tarama testleri en çok %38,9 oranıyla meme kanseri taraması iken; bireylerin %31,5’i kalın barsak kanseri ve %29,6’sı rahim ağzı kanseri taramasını yaptırmak istediğini söylemiştir (Tablo 4.1.6).

Tablo 4.1.6. Araştırmaya katılanların kanser taraması yaptırma isteği ve yaptırmayı istediği kanser taramalarının durumu

		n	%
Kanser taraması yaptırmayı istiyor musunuz? (n=183)	Evet	122	66,7
	Hayır	61	33,3
Hangi taramaları yaptırmayı istiyorsunuz?* (n=216)	Meme kanseri	84	38,9
	Rahim ağzı kanseri	64	29,6
	Kalın barsak kanseri	68	31,5

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Çalışmaya katılanlara yapılan bilgilendirme sonrası kanser taramasını yaptırmaya düşüncesinde değişiklik olup olmadığı sorulduğunda bireylerin %69, 2’si “Evet” cevabını vermiş ve %80,1’i kanser taraması yaptırmayı istediğini söylemiştir. Bilgilendirme sonrası kanser taraması yaptırmayı istediğini söyleyenlerin birden çok vermiş olduğu cevaplara göre sıklık sırasına göre birbirine yakın oranlarda GGKT, mamografi, Pap-smear/HPV-DNA ve kolonoskopi tetkik ve incelemelerini yaptırmak istediklerini gözlemledik (Tablo 4.1.7).

Tablo 4.1.7. Araştırmaya katılanların bilgilendirme sonrası kanser taraması yaptıрма düşüncesindeki değişiklikler, kanser taraması yaptıрма durumları ve yaptırmayı istedikleri kanser türleri

		n	%
Bilgilendirme sonrası kanser taraması yaptıрма konusundaki düşüncenizde değişiklik oldu mu? (n=247)	Evet	171	69,2
	Hayır	76	30,8
Bilgilendirme sonrası kanser taraması yaptırmıyorsunuz? (n=246)	Evet	197	80,1
	Hayır	49	19,9
Cevabınız evet ise hangi kanser taramalarını yaptırmayı düşünüyorsunuz?* (n=454)	Mamografi	130	28,6
	Pap-smear / HPV-DNA	110	24,2
	Kolonoskopi	83	18,3
	Gaitada gizli kan testi	131	28,9

Çalışmaya katılanlardan kanser taraması yaptırmayanların yaptırmama sebeplerine baktığımızda bireylerin %46,3'ü sağlıklı olduğunu düşündüğü için tarama yaptırmadığını belirtmiştir. Bu durum anketimize katılanların %41,3'ünün 20-39 yaş aralığında olmasından kaynaklanmış olabilir. Diğer sık söylenen sebeplerden %19,1 oranında zaman bulamama ve %14,9 oranında kanser taramaları hakkında bilgi sahibi olmamaları dikkat çekicidir (Tablo 4.1.8).

Tablo 4.1.8. Ankete katılanların kanser yaptırmama sebeplerinin frekans dağılımı

	n	%
Kötü haberdan korkma	17	9,0
Sağlık çalışanından/tetkik yapmaktan utanma	3	1,6
Zaman bulamama	36	19,1
Kanser taramaları hakkında bilgim olmadığı için	28	14,9

Sağlıklı olduğumu düşündüğüm için	87	46,3
Kanser taramasının faydalı olmayacağını düşündüğüm için	1	0,5
Kolay ve ulaşılabilir olmadığı için	8	4,3
Diğer	8	4,3

4.2. Anket Sorularının Cinsiyet, Yaş Grupları, Medeni Durum, Öğrenim Durumu, Meslek ve Yaşanılan Bölgeye Göre Karşılaştırma Sonuçları

Ankete katılanların “ilaç kullanmanızı gerektiren bir hastalığınız var mı?” sorusuna verdikleri cevapların demografik değişkenlere göre değişimi ki-kare testi ile incelenmiş ve sonuçları Tablo 4.2.1’de verilmiştir. Tablo 4.2.1 incelendiğinde, “İlaç kullanmanızı gerektiren bir hastalığınız var mı?” sorusuna verilen cevapların cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir değişim göstermediği görülmektedir ($p>0,05$). Ankete katılanların ilaç kullanmasını gerektiren bir hastalığının olup olmaması %36,6 oranında yaş gruplarına göre ($p<0,001$), %28,1 oranında medeni duruma göre ($p<0,001$), %32,8 oranında öğrenim durumuna göre ($p<0,001$), %33,1 oranında meslek durumuna göre ($p<0,001$), %20,5 oranında ikamet edilen bölgeye göre ($p<0,01$) istatistiksel olarak anlamlı bir değişim gösterdiği görülmektedir (Tablo 4.2.1).

Tablo 4.2.1. “İlaç kullanmanızı gerektiren bir hastalığınız var mı?” sorusunun demografik değişkenlere göre değişimi

		Evet		Hayır		
Yaş	20-39	n	24	78		
		%	23,5	76,5		0,000***
	40-70	n	92	53		$\chi^2=38,308$
		%	63,4	36,6		CC=0,366
Cinsiyet	Kadın	n	80	89		
		%	47,3	52,7		0,862
	Erkek	n	36	42		$\chi^2=0,030$
		%	46,2	53,8		

Medeni Durumu	Evlü	n	90	83	$\chi^2=21,186$ CC=0,281		
		%	52,0	48,0			
	Bekar	n	12	43			
		%	21,8	78,2			
	EŖi vefat etmiŖ/AyrılmıŖ	n	14	5			
		%	73,7	26,3			
Öğrenim durumu	Okuryazarlık yok	n	13	3	$\chi^2=29,692$ CC=0,328		
		%	81,3	18,8			
	İlkokul ortaokul	n	50	29			
		%	63,3	36,7			
	Lise	n	26	30			
		%	46,4	53,6			
	Üniversite/Yüksekokul	n	27	69			
		%	28,1	71,9			
	Meslek	Sağlık ÇalıŖanı	n	23		55	$\chi^2=13,979$ CC=0,331
			%	29,5		70,5	
Sağlık ÇalıŖanı Değil		n	93	76			
		%	55,0	45,0			
Çoğunlukla ikamet edilen bölge	Kentsel bölge	n	86	118	$\chi^2=10,870$ CC=0,205		
		%	42,2	57,8			
	Kırsal bölge	n	30	13			
		%	69,8	30,2			

χ^2 : Pearson ki-kare, CC: Kontingensi katsayısı, *** :p<0,001, **:p<0,01

Ankete katılanların “Kanser hastalığınız var mı?” sorusuna verdikleri cevapların demografik deėiŖkenlere göre deėiŖimi ki-kare testi ile incelenmiŖ ve sonuçları Tablo 4.2.2’de verilmiŖtir. Tablo 4.2.2 incelendiğinde bireylerin kanser hastalığı durumunun cinsiyet, öğrenim durumu ve meslek ile istatistiksel olarak anlamı bir deėiŖim

göstermediği görülmektedir ($p<0,05$). Ankete katılan bireylerde kanser hastalığı varlığının olması durumu %15,0 oranında yaş grubuna göre ($p<0,01$) ve %28,6 oranında medeni duruma göre ($p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı bir değişkenlik gösterdiği görülmektedir.

Tablo 4.2.2.“Kanser hastalığınız var mı?” sorusunun demografik değişkenlere göre değişimi

			Evete	Hayır	
Yaş	20-39	n	1	101	
		%	8,3	43,0	0,009**
	40-70	n	11	134	LR $\chi^2=6,877$
		%	91,7	57,0	CC=0,150
Cinsiyet	Kadın	n	10	159	
		%	83,3	67,7	0,229
	Erkek	n	2	76	LR $\chi^2=1,450$
		%	16,7	32,3	
Medeni Durumu	Evli	n	7	166	
		%	58,3	70,6	0,000***
	Bekar	n	0	55	LR $\chi^2=15,478$
		%	0,0	23,4	CC=0,286
	Eşi vefat etmiş/Ayrılmış	n	5	14	
		%	41,7	6,0	
Öğrenim durumu	Okuryazarlık yok	n	3	13	
		%	25,0	5,5	
	İlkokul ortaokul	n	4	75	0,176
		%	33,3	31,9	LR $\chi^2=4,937$
	Lise	n	2	54	
		%	16,7	23,0	
	Üniversite/Yüksekokul	n	3	93	
		%	25,0	39,6	
Meslek	Sağlık Çalışanı	n	2	76	
		%	16,7	32,3	0,229
	Sağlık Çalışanı Değil	n	10	159	LR $\chi^2=1,450$
		%	83,3	67,7	

LR χ^2 : Likelihood ratio ki-kare değeri, CC: Kontingensi katsayısı, *** : $p<0,001$, **: $p<0,01$

Ankete katılanların “Kanser tarama testleri hakkında bilginiz var mı?” sorusuna verdikleri cevapların demografik değişkenlere göre değişimi ki-kare testi ile incelenmiş ve sonuçları Tablo 4.2.3’de verilmiştir. Tablo 4.2.3 incelendiğinde ankete katılan bireylerin kanser tarama testleri hakkında bilgisinin olup olmaması cinsiyet durumuna göre anlamlı bir değişim göstermemektedir ($p>0,05$). Çalışmamızda bireylerin kanser tarama testleri hakkında bilgi sahibi olması durumu %25, 2 oranında yaş grubuna göre ($p<0,001$), %26,7 oranında medeni duruma göre ($p<0,001$), %44,5 oranında öğrenim durumuna göre ($p<0,001$), %39,5 oranında meslek grubuna göre ($p<0,001$) ve %24,4 oranında ikamet edilen bölgeye göre ($p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı bir değişim gösterdiği görülmektedir.

Tablo 4.2.3.“Kanser tarama testleri hakkında bilginiz var mı?” sorusunun demografik değişkenlere göre değişimi

			Evet var	Kısmen var	Hayır yok	
Yaş	20-39	n	50	42	10	0,000*** $\chi^2=16,702$
		% ⁺	50,0	46, 2	17,9	
	40-70	n	50	49	46	CC=0, 252
		% ⁺	50,0	53,8	82,1	
Cinsiyet	Kadın	n	72	62	35	0,471 $\chi^2=1,505$
		% ⁺⁺	42,6	36,7	20,7	
	Erkek	n	28	29	21	
		% ⁺⁺	35,9	37, 2	26,9	
Medeni Durumu	Evli	n	66	65	42	0,000*** LR $\chi^2=20,$
		% ⁺	66,0	71,4	75,0	
	Bekar	n	32	18	5	271 CC=0, 267
		% ⁺	32,0	19,8	8,9	
Eşi vefat etmiş/Ayrılmış	n	2	8	9		
	% ⁺	2,0	8,8	16,1		
Öğrenim durumu	Okuryazarlık yok	n	1	3	12	0,000*** LR $\chi^2=60,67$
		% ⁺	1,0	3,3	21,4	
	İlkokul ortaokul	n	20	30	29	3 CC=0,445
		% ⁺	20,0	33,0	51,8	
Lise	n	21	25	10		
	% ⁺	21,0	27,5	17,9		

	Üniversite/Yükse	n	58	33	5	
	kokul	% ⁺	58,0	36,3	8,9	
Meslek	Sağlık Çalışanı	n	55	19	4	0,000***
		% ⁺	55,0	20,9	7,1	
	Sağlık Çalışanı	n	45	72	52	$\chi^2=45,686$
		% ⁺	45,0	79,1	92,9	
İkamet edilen bölge	Kentsel bölge	n	91	76	37	0,000***
		% ⁺	91,0	83,5	66,1	
	Kırsal bölge	n	9	15	19	CC=0,244
		% ⁺	9,0	16,5	33,9	

⁺ Sütuna göre % hesaplanmıştır, ⁺⁺ Satıra göre % hesaplanmıştır, ^{***} ;p<0,001

χ^2 , Pearson ki-kare değeri; LR χ^2 , Likelihood ratio ki-kare değeri; CC; Kontingensi katsayısı

Ankete katılanların “Daha önce kanser taraması yaptırdınız mı?” sorusuna verdikleri cevapların demografik değişkenlere göre değişimi ki-kare testi ile incelenmiş ve sonuçları Tablo 4.2.4’de verilmiştir. Tablo 4.2.4 incelendiğinde ankete katılan bireylerin daha önce kanser taraması yaptırıp yaptırmama durumu meslek grubu ile anlamlı bir değişim göstermemekte olduğu görülmektedir (p>0,05). Çalışmaya katılan bireylerden en az bir kere tarama yaptıranların %83,5’i 40-70 yaş aralığındadır ve kanser taraması yaptırma durumu %36,2 oranında yaş grubu ile (p<0,001) anlamlı değişim gösterdiği görülmüştür. Ankete göre en az bir kere tarama yaptırmış olanların %86,8’i kadındır ve %29,2 oranında cinsiyet ve kanser yaptırma durumu arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür (p<0,001). Çalışmamızda kanser yaptırıp yaptırmama durumu %30,2 oranında medeni duruma göre (p<0,001) ve %24,6 oranında öğrenim durumuna göre (p<0,01) de istatistiksel olarak anlamlı bir değişim gösterdiği görülmüştür.

Tablo 4.2.4. “Daha önce kanser taraması yaptırdınız mı?” sorusunun demografik değişkenlere göre değişimi

			Hiç yaptırmadım	En az bir kez tarama yaptırdım	
Yaş	20-39	n	87	15	0,000*** $\chi^2=37,131$ CC=0,362
		% ⁺	56,1	16,5	
	40-70	n	68	76	
		% ⁺	43,9	83,5	
Cinsiyet	Kadın	n	89	79	0,000*** $\chi^2=22,878$ CC=0,292
		% ⁺⁺	53	47	
	Erkek	n	66	12	
		% ⁺⁺	84,6	15,4	
Medeni Durumu	Evli	n	97	76	0,000*** $\chi^2=24,604$ CC=0,302
		% ⁺	62,6	83,5	
	Bekar	n	50	5	
		% ⁺	32,3	5,5	
	Eşi vefat etmiş/Ayrılmış	n	8	10	
		% ⁺	5,2	11,0	
Öğrenim durumu	Okuryazarlık yok	n	9	6	0,001** $\chi^2=15,781$ CC=0,246
		% ⁺	5,8	6,6	
	İlkokul ortaokul	n	42	37	
		% ⁺	27,1	40,7	
	Lise	n	29	27	
	% ⁺	18,7	29,7		
	Üniversite/Yüksekokul	n	75	21	
		% ⁺	48,4	23,1	
Meslek	Sağlık Çalışanı	n	54	24	0,168 $\chi^2=1,897$
		% ⁺	34,8	26,4	
	Sağlık Çalışanı Değil	n	101	67	
		% ⁺	65,2	73,6	

⁺ Sütuna göre % hesaplanmıştır. ⁺⁺ Satıra göre % hesaplanmıştır.

χ^2 ; Pearson ki-kare değeri, CC; Kontingensi katsayısı, *** ;p<0,001, **;p<0,01

Ankete katılanların “Kanser taraması yaptırmayı istiyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevapların demografik değişkenlere göre değişimi ki-kare testi ile incelenmiş ve sonuçları Tablo 4.2.5’de verilmiştir. Tablo 4.2.5 incelendiğinde ankete katılan bireylerin kanser taramalarını yaptırmayı isteyip istememesi durumu yaş grubu, medeni durum, öğrenim durumu ve meslek grubuna göre anlamlı bir değişim göstermediği görülmektedir. Çalışmaya katılan bireylerden kanser taraması

yaptırmayı isteyenlerin %66,4'ü kadın olup cinsiyet ile kanser taraması yaptıрма isteği %17,9 oranında istatistiksel olarak anlamlı değişim gösterdiği görülmektedir (p<0,05).

Tablo 4.2.5.“Kanser taraması yaptırmayı istiyor musunuz?” sorusunun demografik değişkenlere göre değişimi

			Evet	Hayır	p	
Yaş	20-39	n	60	30	$\chi^2=0,000$	
		%	49,2	49,2		
	40-69	n	62	31		
		%	50,8	50,8		
Cinsiyet	Kadın	n	81	29	0,014*	
		%	66,4	47,5	$\chi^2=6,028$	
	Erkek	n	41	32	CC=0,179	
		%	33,6	52,5		
Medeni Durumu	Evli	n	80	40	0,973	
		%	65,6	65,6		
	Bekar	n	35	17		LR $\chi^2=0,054$
		%	28,7	27,9		
Eşi vefat etmiş/Ayrılmış	n	7	4			
	%	5,7	6,6			
Öğrenim durumu	Okuryazarlık yok	n	5	7	LR $\chi^2=3,651$	
		%	4,1	11,5		
	İlkokul ortaokul	n	38	17		
		%	31,1	27,9		
	Lise	n	24	13		
		%	19,7	21,3		
Üniversite/Yüksekokul	n	55	24			
	%	45,1	39,3			
Meslek	Sağlık Çalışanı	n	42	20	0,825	
		%	34,4	32,8	$\chi^2=0,049$	
	Sağlık Çalışanı Değil	n	80	41		
		%	65,6	67,2		

χ^2 , Pearson ki-kare değeri; LR χ^2 , Likelihood ratio ki-kare değeri; CC; Kontingensi katsayısı, *;p<0,05

Ankete katılanların “Kanser tarama testlerini nereden öğrendiniz?” sorusuna verdikleri cevapların demografik değişkenlere göre değişimi ki-kare testi ile incelenmiş ve sonuçları Tablo 4.2.6’da verilmiştir. Tablo 4.2.6 incelendiğinde ankete katılan bireylerin kanser tarama testlerini öğrenme kaynakları cinsiyet ile anlamlı değişkenlik göstermediği görülmektedir ($p>0,05$). Çalışmamıza katılan bireylerin kanser tarama testlerini öğrendikleri kaynaklar %25,6 oranında yaş grubuna ($p<0,01$), %28,0 oranında medeni duruma ($p<0,05$), %35,3 oranında öğrenim durumu ($p<0,001$), %43,9 oranında meslek grubuna ($p<0,001$) göre anlamlı değişim gösterdiği görülmektedir.

Tablo 4.2.6.“Kanser tarama testlerini nereden öğrendiniz?” sorusunun demografik değişkenlere göre değişimi

			Aile heki mi	Diğer branş hekimleri	Hemşire ve diğer sağlık ç.	Sosyal medya	Çevrede tanıdık/ak raba	Diğer	p
Yaş	20-39	n	19	17	29	27	10	12	$\chi^2=17,044$ CC=0, 256
		% ⁺	35,8	47, 2	56,9	51,9	27,8	80,0	
	40-69	n	34	19	22	25	26	3	
		% ⁺	64, 2	52,8	43,1	48,1	72, 2	20,0	
Cinsiyet	Kadın	n	39	24	38	32	23	13	LR $\chi^2=5,626$
		% ⁺⁺	23,1	14, 2	22,5	18,9	13,6	7,7	
	Erkek	n	14	12	13	20	13	2	
		% ⁺⁺	18,9	16, 2	17,6	27,0	17,6	2,7	
Medeni Durumu	Evli	n	40	19	38	35	27	6	LR $\chi^2=19,951$ CC=0, 280
		% ⁺	75,5	52,8	74,5	67,3	75,0	40,0	
	Bekar	n	10	15	11	15	5	9	
		% ⁺	18,9	41,7	21,6	28,8	13,9	60,0	
Eşi vefat etmiş/ayrı	n	3	2	2	2	4	0		
	% ⁺	5,7	5,6	3,9	3,8	11,1	0,0		
Öğrenim durumu	Okuryazarlık yok	n	4	0	0	0	2	0	LR $\chi^2=40, 284$ CC=0,353
		% ⁺	7,5	0,0	0,0	0,0	5,6	0,0	
	İlk-ortaokul	n	20	7	12	14	14	0	
		% ⁺	37,7	19,4	23,5	26,9	38,9	0,0	
	Lise	n	11	7	12	10	12	3	
		% ⁺	20,8	19,4	23,5	19, 2	33,3	20,0	

	Üniversite	n	18	22	27	28	8	12	
	/Yüksekokul	% ⁺	34,0	61,1	52,9	53,8	22,2	80,0	
Meslek	Sağlık	n	13	20	28	12	3	15	0,000***
	Çalışanı	% ⁺	24,5	55,6	54,9	23,1	8,3	100,0	$\chi^2=58,116$
	Sağlık	n	40	16	23	40	33	0	CC=0,439
	Çalışanı	% ⁺	75,5	44,4	45,1	76,9	91,7	0,0	
	Değil								

⁺ Sütuna göre % hesaplanmıştır. ⁺⁺ Satıra göre % hesaplanmıştır.

χ^2 , Pearson ki-kare değeri; LR χ^2 , Likelihood ratio ki-kare değeri; CC; Kontingensi katsayısı, ***; p<0,001, **; p<0,01, *; p<0,05

Ankete katılanların “Hangi kanser taramalarının olduğunu biliyorsunuz” sorusuna verdikleri cevapların demografik değişkenlere göre değişimi ki-kare testi ile incelenmiş ve sonuçları Tablo 4.2.7’de verilmiştir. Tablo 4.2.7 incelendiğinde ankete katılan bireylerin bildikleri kanser tarama çeşitlerinin yaş grubu, medeni durum ve öğrenim durumu ile anlamlı bir değişim göstermediği görülmüştür. Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyetinin %13,0 oranında bildikleri kanser tarama çeşiti ile istatistiksel olarak anlamlı değişim gösterdiği görülmüştür (p<0,05).

Tablo 4.2.7.“Hangi kanser taramalarının olduğunu biliyorsunuz” sorusunun demografik değişkenlere göre değişimi

			Meme kanseri	Rahim ağzı k.	Prostat kanseri	Kalın barsak k.	Akciğer kanseri	p
Yaş	20-39	n	90	79	56	62	40	
		% ⁺	45,5	46,2	49,1	45,6	47,1	0,977
	40-69	n	108	92	58	74	45	$\chi^2=0,464$
		% ⁺	54,5	53,8	50,9	54,4	52,9	
Cinsiyet	Kadın	n	144	135	70	90	59	
		% ⁺	28,9	27,1	14,1	18,1	11,8	0,016*
		+						$\chi^2=12,184$
	Erkek	n	54	36	44	46	26	CC=0,130
		% ⁺	26,2	17,5	21,4	22,3	12,6	
		+						

	Evli	n	134	116	70	90	58	0,972
		% ⁺	67,7	67,8	61,4	66,2	68,2	
Medeni Durum	Bekar	n	52	46	38	38	22	$\chi^2=2,256$
		% ⁺	26,3	26,9	33,3	27,9	25,9	
u	Eşi vefat etmiş/Ayrı	n	12	9	6	8	5	
		% ⁺	6,1	5,3	5,3	5,9	5,9	
	Okuryazarlık yok	n	7	5	1	0	1	0,287
		% ⁺	3,5	2,9	0,9	0,0	1,2	
Öğrenim durumu	İlkokul	n	57	47	23	33	24	$LR\chi^2=14,212$
	ortaokul	% ⁺	28,8	27,5	20,2	24,3	28,2	
	Lise	n	44	39	28	35	17	
		% ⁺	22,2	22,8	24,6	25,7	20,0	
	Üniversite/Yükseköğretim	n	90	80	62	68	43	
		% ⁺	45,5	46,8	54,4	50,0	50,6	

+ Sütuna göre % hesaplanmıştır. ++ Satıra göre % hesaplanmıştır.

χ^2 , Pearson ki-kare değeri; $LR\chi^2$, Likelihood ratio ki-kare değeri; CC; Kontingensi katsayısı,

*:p<0,05

Ankete katılanların “Hangi kanser taramalarını yaptırdınız?” sorusuna verdikleri cevapların demografik değişkenlere göre değişimi ki-kare testi ile incelenmiş ve sonuçları Tablo 4.2.8’de verilmiştir. Tablo 4.2.8 incelendiğinde ankete katılan bireylerin yaptırdıkları kanser tarama çeşitlerinin medeni durum, öğrenim durumu, meslek grubu ile anlamlı bir değişim göstermediği görülmektedir (p>0,05). Çalışmamıza katılan bireylerden mamografi, Pap-smear/HPV-DNA, PSA, kolonoskopi ve GGKT test ve incelemelerini yaptıranların büyük çoğunluğunun 40-70 yaş aralığında olduğu görülmektedir ve bireylerin yaş grubu ile yaptırılan kanser tarama çeşiti arasında %25,2 oranında anlamlı bir değişim olduğu görülmüştür (p<0,05). Çalışmada %51,9 oranında cinsiyet ile yaptırılan kanser tarama türünün istatistiksel olarak bağımlı bir ilişki olduğu görülmektedir (p<0,001).

Tablo 4.2.8.“Hangi kanser taramalarını yaptırdınız?” sorusunun demografik değişkenlere göre değişimi

		Mamo Pap smear/ grafi HPV DNA PSA Kolonoskopi GGKT					P	
Yaş	20-39	n	4	13	0	1	2	LR χ^2 =10,142 CC=0, 252
		% ⁺	6,6	25,0	0,0	5,3	8,3	
	40-70	n	57	39	1	18	22	
		% ⁺	93,4	75,0	100,0	94,7	91,7	
Cinsiyet	Kadın	n	61	52	0	10	16	LR χ^2 =54,984 CC=0,519
		% ⁺⁺	43,9	37,4	0,0	7, 2	11,5	
	Erkek	n	0	0	1	9	8	
		% ⁺⁺	0,0	0,0	5,6	50,0	44,4	
Medeni Durum	Evli	n	51	47	1	16	19	0,417 LR χ^2 =8,169
		% ⁺	83,6	90,4	100,0	84, 2	79, 2	
	Bekar	n	1	1	0	0	3	
		% ⁺	1,6	1,9	0,0	0,0	12,5	
Eşi vefat etmiş/Ayrılmış iş	Eşi vefat etmiş/Ayrılmış iş	n	9	4	0	3	2	
		% ⁺	14,8	7,7	0,0	15,8	8,3	
	Okuryazarlı k yok	n	5	3	0	0	1	
		% ⁺	8, 2	5,8	0,0	0,0	4, 2	
Öğrenim durumu	İlkokul	n	34	23	0	7	9	0,489 LR χ^2 =11,475
		% ⁺	55,7	44, 2	0,0	36,8	37,5	
	Lise	n	14	14	1	8	8	
		% ⁺	23,0	26,9	100,0	42,1	33,3	
Meslek	Üniversite/Yükseköğretim	n	8	12	0	4	6	0,821 LR χ^2 =1,532
		% ⁺	13,1	23,1	0,0	21,1	25,0	
	Sağlık Çalışanı	n	12	13	0	3	6	
		% ⁺	19,7	25,0	0,0	15,8	25,0	
Meslek	Sağlık Çalışanı	n	49	39	1	16	18	
		% ⁺	80,3	75,0	100,0	84, 2	75,0	
	Diğer	n						
		% ⁺						

⁺ Sütuna göre % hesaplanmıştır. ⁺⁺ Satıra göre % hesaplanmıştır.

LR χ^2 , Likelihood ratio ki-kare değeri; CC; Kontingensi katsayısı, *** ;p<0,001, *;p<0,05

Ankete katılanların “Kanser taramasını yaptırmanızı sağlayan unsur neydi?” sorusuna verdikleri cevapların demografik değişkenlere göre değişimi ki-kare testi ile incelenmiş ve sonuçları Tablo 4.2.9’da verilmiştir. Tablo 4.2.9 incelendiğinde ankete katılan bireylerin kanser taramasını yaptırmasını sağlayan unsurların yaş grubu, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu ve meslek grubu ile istatistiksel olarak bağımlı bir değişim göstermediği görülmektedir.

Tablo 4.2.9.“Kanser taramasını yaptırmanızı sağlayan unsur neydi?” sorusunun demografik değişkenlere göre değişimi

			Başka Çevrede				Sosyal medya	p		
			Aile hekimi önerisi	Branş hekimi önerisi	tandık/ akraba önerisi	Ailede kanser öyküsü			Çevrede kanser öyküsü	
Yaş	20-39	n	7	5	3	2	0	1	LR χ^2 =5,439	
		%	26,9	17,2	16,7	11,8	0,0	12,5		
	40-70	n	19	24	15	15	9	7		
		%	73,1	82,8	83,3	88,2	100,0	87,5		
Cinsiyet	Kadın	n	23	25	17	14	9	8	LR χ^2 =5,443	
		%	88,5	86,2	94,4	82,4	100,0	100,0		
	Erkek	n	3	4	1	3	0	0		
		%	11,5	13,8	5,6	17,6	0,0	0,0		
Medeni Hali	Evli	n	24	26	15	11	7	7	0,277	
		%	92,3	89,7	83,3	64,7	77,8	87,5		
	Bekar	n	0	1	0	3	1	0		LR χ^2 =12,12
		%	0,0	3,4	0,0	17,6	11,1	0,0		
Eşi vefat etmiş/Ayrı	n	2	2	3	3	1	1	8		
	%	7,7	6,9	16,7	17,6	11,1	12,5			
Öğrenim durumu	Okuryazarlık yok	n	2	1	3	1	0		0	0,395
		%	7,7	3,4	16,7	5,9	0,0		0,0	
	İlkokul	n	12	10	10	6	4	5	LR χ^2 =15,80	
		%	46,2	34,5	55,6	35,3	44,4	62,5		
Lise	n	9	9	1	5	2	2	3		
	%	34,6	31,0	5,6	29,4	22,2	25,0			
Üniversite /Y.okul	n	3	9	4	5	3	1			
	%	11,5	31,0	22,2	29,4	33,3	12,5			

Meslek	Sağlık Ç.	n	4	9	3	7	3	0	LR χ^2 =9,703
		%	15,4	31,0	16,7	41,2	33,3	0,0	
	Sağlık Ç.	n	22	20	15	10	6	8	
	Değil	%	84,6	69,0	83,3	58,8	66,7	100,0	

LR χ^2 , Likelihood ratio ki-kare değeri

Ankete katılanların “Kanser taraması yaptırmama sebebiniz?” sorusuna verdikleri cevapların demografik değişkenlere göre değişimi ki-kare testi ile incelenmiş ve sonuçları Tablo 4.2.10’da verilmiştir. Tablo 4.2.10 incelendiğinde ankete katılan bireylerin kanser taramasını yaptırmama sebepleri ile cinsiyet durumu istatistiksel olarak bağımlı bir ilişki göstermemektedir. Bireylerin kanser taraması yaptırmama sebepleri %44,7 oranında yaş aralığı (p<0,001), %38,9 oranında medeni durumu (p<0,001), %55,3 oranında öğrenim durumu (p<0,001) ve %28,9 oranında meslek grubu (p<0,01) ile anlamlı bir değişim gösterdiği görülmektedir.

Tablo 4.2.10.“Kanser taraması yaptırmama sebebiniz?” sorusunun demografik değişkenlere göre değişimi

	Kanser taraması yaptırmama sebebiniz?		Kötü haberdan korkma	Sağlık çalışanından/tetiklik yapmaktan utanma	Zaman bulamama	Kanser taramaları hakkında bilgisinin olmaması	Sağlıklı olduğunu düşünme	Kanser taramasının faydalı olmayacağı düşünme	Kolay ve ulaşılabilir olmaması	Diger	p
Yaş	20-39	n	3	0	19	3	61	1	4	7	0,000*** LR χ^2 =52,336 CC=0,447
		% ⁺	17,6	0,0	52,8	10,7	70,1	100,0	50,0	87,5	
	40-69	n	14	3	17	25	26	0	4	1	
		% ⁺	82,4	100,0	47,2	89,3	29,9	0,0	50,0	12,5	
Cinsiyet	Kadın	n	11	3	22	19	45	1	6	6	0,250 LR χ^2 =9,037
		% ⁺⁺	9,7	2,7	19,5	16,8	39,8	0,9	5,3	5,3	
	Erkek	n	6	0	14	9	42	0	2	2	
		% ⁺⁺	8,0	0,0	18,7	12,0	56,0	0,0	2,7	2,7	
Medeni Durumu	Evli	n	15	2	24	21	48	1	7	5	0,000*** LR χ^2 =38,461 CC=0,389
		% ⁺	88,2	66,7	66,7	75,0	55,2	100,0	87,5	62,5	
	Bekar	n	0	0	11	2	36	0	1	3	
		% ⁺	0,0	0,0	30,6	7,1	41,4	0,0	12,5	37,5	
	Eşi vefat etmiş/Ayrılmış	n	2	1	1	5	3	0	0	0	
		% ⁺	11,8	33,3	2,8	17,9	3,4	0,0	0,0	0,0	

		n	0	1	0	7	2	0	1	0	
		% ⁺	0,0	33,3	0,0	25,0	2,3	0,0	12,5	0,0	
Öğrenim durumu	Okuryazarlık yok	n	5	1	10	17	16	0	2	1	0,000***
	İlkokul	% ⁺	29,4	33,3	27,8	60,7	18,4	0,0	25,0	12,5	
	ortaokul	n	9	0	7	1	19	1	1	1	CC=0,553
	Lise	% ⁺	52,9	0,0	19,4	3,6	21,8	100,0	12,5	12,5	
	Üniversite/Yükseköğretim	n	3	1	19	3	50	0	4	6	0,006**
	ksekokul	% ⁺	17,6	33,3	52,8	10,7	57,5	0,0	50,0	75,0	
Meslek	Sağlık	n	4	1	13	2	38	0	2	5	0,006**
	Çalışan	% ⁺	23,5	33,3	36,1	7,1	43,7	0,0	25,0	62,5	
	Sağlık	n	13	2	23	26	49	1	6	3	LR χ^2 =19,768
	Çalışan Değil	% ⁺	76,5	66,7	63,9	92,9	56,3	100,0	75,0	37,5	

+ Sütuna göre % hesaplanmıştır. ++ Satıra göre % hesaplanmıştır.

LR χ^2 , Likelihood ratio ki-kare değeri; CC; Kontingensi katsayısı, *** ;p<0,001, **;p<0,01, *;p<0,05

Ankete katılanların “Tarama yaptırmayı istiyorsanız hangi taramaları yaptırmak istiyorsunuz?” sorusuna verdikleri cevapların demografik değişkenlere göre değişimi ki-kare testi ile incelenmiş ve sonuçları Tablo 4.2.11’de verilmiştir. Tablo 4.2.11 incelendiğinde ankete katılan bireylerin yaptırmayı istedikleri kanser taraması ile yaş grubu, medeni durum, öğrenim durumu ve meslek grubu anlamlı bir değişim göstermediği görülmektedir. Ankete katılan bireylerin yaptırmayı istediği kanser tarama türü ile %57,5 oranında cinsiyet faktörü bağımlı bir değişim göstermektedir (p<0,001).

Tablo 4.2.11.“Tarama yaptırmayı istiyorsanız hangi taramaları yaptırmak istiyorsunuz?” sorusunun demografik değişkenlere göre değişimi

			Meme	Rahim ağzı	Kalın barsak	
			kanseri	kanseri	kanseri	
Yaş	20-39	n ⁺	39	25	27	0,592
		%	46,4	39,1	39,7	
	40-69	n ⁺	45	39	41	χ^2 =1,048
		%	53,6	60,9	60,3	
Cinsiyet	Kadın	n ⁺⁺	84	64	28	0,000***
		%	47,7	36,4	15,9	

	Erkek	n ⁺⁺	0	0	40	$\chi^2=106,845$
		%	0,0	0,0	100	CC=0,575
Medeni Durumu	Evli	n ⁺	55	43	45	
		%	65,5	67,2	66,2	0,373
	Bekar	n ⁺	21	14	21	$\chi^2=4,249$
		%	25,0	21,9	30,9	
	Eşi vefat etmiş/Ayrılmış	n ⁺	8	7	2	
		%	9,5	10,9	2,9	
Öğrenim durumu	Okuryazarlık yok	n ⁺	6	5	1	
		%	7,1	7,8	1,5	0,569
	İlkokul ortaokul	n ⁺	23	19	18	$LR\chi^2=4,808$
		%	27,4	29,7	26,5	
	Lise	n ⁺	19	15	20	
		%	22,6	23,4	29,4	
	Üniversite/Yüks ekokul	n ⁺	36	25	29	
		%	42,9	39,1	42,6	

+ Sütuna göre % hesaplanmıştır. ++ Satıra göre % hesaplanmıştır.

χ^2 : Pearson ki-kare değeri, $LR\chi^2$: Likelihood ratio ki-kare değeri, CC: Kontingensi katsayısı, *** :p<0,001

Ankete katılanların bilgilendirme sonrası “Kanser taraması yaptırma konusunda düşüncenizde değişiklik oldu mu?” sorusuna verdikleri cevapların demografik değişkenlere göre değişimi ki-kare testi ile incelenmiş ve sonuçları Tablo 4.2.12’de verilmiştir. Tablo 4.2.12 incelendiğinde ankete katılan bireylerin bilgilendirme sonrası kanser taraması yaptırma düşüncesinin yaş grubu, cinsiyet, öğrenim durumu ve meslek grubu ile bağımlı değişim göstermediği görülmüştür. Bireylerin kanser taraması yaptırma düşüncesindeki değişikliğe evet cevabını verenlerin %71,9’u kadınlardan oluşmaktadır ve kanser taraması yaptırma düşüncesindeki değişikliğin bireylerin medeni durumları ile %17,9 oranında anlamlı değişim gösterdiği görülmüştür (p<0,05).

Tablo 4.2.12.Bilgilendirme sonrası “Kanser taraması yaptırma konusundaki düşüncenizde değişiklik oldu mu?” sorusunun demografik değişkenlere göre değişimi

			Evet	Hayır	P
Yaş	20-39	n	66	36	0,196 $\chi^2=1,670$
		%	38,6	47,4	
	40-69	n	105	40	
		%	61,4	52,6	
Cinsiyet	Kadın	n	123	46	0,075 $\chi^2=3,167$
		%	71,9	60,5	
	Erkek	n	48	30	
		%	28,1	39,5	
Medeni Durumu	Evlı	n	129	44	0,016* $\chi^2=8,209$ CC=0,17 9
		%	75,4	57,9	
	Bekar	n	30	25	
		%	17,5	32,9	
	Eşi vefat etmiş/Ayrılmış	n	12	7	
		%	7,0	9,2	
Öğrenim durumu	Okuryazarlık yok	n	8	8	0,128 LR $\chi^2=5,6$ 93
		%	4,7	10,5	
	İlkokul ortaokul	n	56	23	
		%	32,7	30,3	
	Lise	n	44	12	
		%	25,7	15,8	
	Üniversite/Yüksekokul	n	63	33	
		%	36,8	43,4	
Meslek	Sağlık Çalışanı	n	51	27	0,374 $\chi^2=0,792$
		%	29,8	35,5	
	Sağlık Çalışanı Değil	n	120	49	
		%	70,2	64,5	

χ^2 , Pearson ki-kare değeri; LR χ^2 , Likelihood ratio ki-kare değeri; CC; Kontingensi katsayısı

Ankete katılanların bilgilendirme sonrası “Kanser taraması yaptırır mısınız?” sorusuna verdikleri cevapların demografik değişkenlere göre değişimi ki-kare testi ile incelenmiş ve sonuçları Tablo 4.2.13’de verilmiştir. Tablo 4.2.13 incelendiğinde ankete katılan bireylerin bilgilendirme sonrası kanser taraması yaptırma durumlarının yaş grubu ve meslek grubu ile bağımlı bir değişim göstermediği görülmüştür. Çalışmaya katılan bireylerin bilgilendirme sonrası kanser taraması yaptırıp yaptırmama durumu %16,1 oranında cinsiyet ($p<0,05$), %17,9 oranında medeni durumu ($p<0,05$) ve %18,9 oranında öğrenim durumu ($p<0,05$) ile anlamlı bir değişim gösterdiği görülmüştür.

Tablo 4.2.13.Bilgilendirme sonrası “Kanser taraması yaptırır mısınız?” sorusunun demografik değişkenlere göre değişimi

			Evet	Hayır	
Yaş	20-39	n	76	25	
		%	38,6	51,0	0,113
	40-69	n	121	24	$\chi^2=2,510$
		%	61,4	49,0	
Cinsiyet	Kadın	n	142	26	
		%	72,1	53,1	0,010*
	Erkek	n	55	23	$\chi^2=6,556$
		%	27,9	46,9	
Medeni Durumu	Evli	n	146	27	
		%	74,1	55,1	0,024*
	Bekar	n	36	18	LR $\chi^2=7,492$
		%	18,3	36,7	
	Eşi vefat etmiş/Ayrılmış	n	15	4	
		%	7,6	8,2	
Öğrenim durumu	Okuryazarlık yok	n	9	7	
		%	4,6	14,3	0,040*
	İlkokul ortaokul	n	69	10	LR $\chi^2=8,322$
		%	35,0	20,4	
	Lise	n	46	10	
		%	23,4	20,4	
Üniversite/Yüksekokul	n	73	22		
	%	37,1	44,9		

Meslek	Sağlık Çalışanı	n	60	18	0,398
		%	30,5	36,7	
	Sağlık Çalışanı Değil	n	137	31	$\chi^2=0,714$
		%	69,5	63,3	

χ^2 , Pearson ki-kare değeri; LR χ^2 , Likelihood ratio ki-kare değeri; CC; Kontingensi katsayısı, *;p<0,05

Ankete katılanların bilgilendirme sonrası “Hangi kanser taramasını yaptırmayı istiyorsunuz?” sorusuna verdikleri cevapların demografik değişkenlere göre değişimi ki-kare testi ile incelenmiş ve sonuçları Tablo 4.2.14’de verilmiştir. Tablo 4.2.14 incelendiğinde ankete katılan bireylerin bilgilendirme sonrası yaptırmayı istedikleri kanser türleri ile yaş grubu, medeni durumu, öğrenim durumu ve meslek grubu arasında bağımlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Ankete katılan bireylerde bilgilendirme sonrası yaptırmayı istediği kanser türü ile cinsiyet arasında %42,9 oranında anlamlı bir değişim olduğu görülmüştür (p<0,001).

Tablo 4.2.14. Bilgilendirme sonrası “Hangi kanser taramasını yaptırmayı istiyorsunuz?” sorusunun demografik değişkenlere göre değişimi

		Mamo Pap smear/HPV					
		grafi	DNA	Kolonoskopi	GGKT		
Yaş	20-39	n	47	39	28	48	0,977
		% ⁺	36,2	35,5	33,7	36,6	
	40-70	n	83	71	55	83	$\chi^2=0,205$
		% ⁺	63,8	64,5	66,3	63,4	
Cinsiyet	Kadın	n	127	107	46	81	0,000***
		% ⁺⁺	35,2	29,6	12,7	22,4	
	Erkek	n	0	0	37	50	$\chi^2=102,394$
		% ⁺⁺	0,0	0,0	42,5	57,5	
Medeni Durumu	Evli	n	98	86	62	93	0,672
		% ⁺	75,4	78,2	74,7	71,0	
	Bekar	n	19	16	16	28	$\chi^2=4,036$
		% ⁺	14,6	14,5	19,3	21,4	
Eşi vefat etmiş/Ayrı	n	13	8	5	10		
	% ⁺	10,0	7,3	6,0	7,6		

	Okuryazarlı	n	9	8	4	7	
	k yok	% ⁺	6,9	7,3	4,8	5,3	
Öğrenim durumu	İlkokul	n	49	40	22	42	0,810
	ortaokul	% ⁺	37,7	36,4	26,5	32,1	$\chi^2=5,267$
	Lise	n	32	25	25	33	
		% ⁺	24,6	22,7	30,1	25,2	
	Üniversite/	n	40	37	32	49	
	Yüksekokul	% ⁺	30,8	33,6	38,6	37,4	
Meslek	Sağlık	n	37	37	25	41	0,854
	Çalışan	% ⁺	28,5	33,6	30,1	31,3	$\chi^2=0,781$
	Sağlık Ç.	n	93	73	58	90	
	Değil	% ⁺	71,5	66,4	69,9	68,7	

⁺ Sütuna göre % hesaplanmıştır. ⁺⁺ Satıra göre % hesaplanmıştır.

χ^2 : Pearson ki-kare değeri, CC; Kontingensi katsayısı, *** :p<0,001

4.3. Anket Sorularının Birbirleri ile Karşılaştırma Sonuçları

Tablo 4.3.1’de çalışmamıza katılanların kanser tarama testleri hakkındaki bilgi durumlarının ailesinde/çevresinde kanser öyküsü olup olmamasına göre değişimi ki-kare testi ile incelenmiş ve verilmiştir. Tablo 4.3.1 incelendiğinde ailesinde/çevresinde kanser öyküsü olanların çoğunluğu kanser tarama testleri hakkında bilgisinin var veya kısmen var olduğunu söylemiş, kanser tarama testleri hakkında bilgisi olmadığını söyleyen bireylerin çoğunun ise ailesinde/çevresinde kanser öyküsü olmayanlardan oluştuğu görülmüştür.

Tablo 4.3.1.“Kanser tarama testleri hakkında bilginiz var mı?” sorusunun “Ailede/çevrenizde kanser öyküsü var mı?” sorusu ile değişimi

			Evet	Hayır	
Kanser tarama testleri hakkında bilginiz var mı?	Evet var	n	52	48	
		%	38,0	43,6	
	Kısmen var	n	58	33	0,123
		%	42,3	30,0	$\chi^2=4,198$
	Hayır yok	n	27	29	
		%	19,7	26,4	

χ^2 ; Pearson ki-kare değeri

Çalışmamıza katılan bireylerin daha önce kanser taramasını yaptırap yaptırmama durumunun ailesinde/çevresinde kanser öyküsünün olup olmamasına göre değişimi ki-kare testi ile incelenmiş ve Tablo 4.3.2’de verilmiştir. Tablo 4.3.2 incelendiğinde en az bir kere kanser taraması yaptırmış olanların %60,4’ünün ailesinde /çevresinde kanser öyküsü olduğu görülmüştür.

Tablo 4.3.2.“Daha önce kanser taraması yaptırdınız mı?” sorusunun “Ailede/çevrenizde kanser öyküsü var mı?” sorusu ile değişimi

				En az bir kez tarama yaptım	
		Hiç yaptırmadım		yaptırdım	
Ailede/çevrenizde kanser öyküsü var mı?	Evet	n	82	55	
		%	52,9	60,4	
	Hayır	n	73	36	0,251
		%	47,1	39,6	$\chi^2=1,320$

χ^2 ; Pearson ki-kare değeri

Çalışmamızda bireylerin kanser taraması yaptırmayı isteme durumunun daha önce kanser taraması yaptırap yaptırmamalarına göre değişimi ki-kare testi ile incelenmiş olup Tablo 4.3.3’te verilmiştir. Tablo 4.3.3 incelendiğinde kanser taraması yaptırmayı istemeyenlerin %96,7’sinin daha önce kanser taraması yaptırmadığı görülmüştür. Anketimize katılmış olan bireylerin kanser yaptıрма isteklerinin daha önce kanser taraması yaptıрма durumuna göre %24,3 oranında anlamlı değişim gösterdiği görülmüştür.

Tablo 4.3.3.“Kanser taraması yaptırmayı istiyor musunuz?” sorusunun “Daha önce kanser taraması yaptırdınız mı?” sorusu ile değişimi

				Evet	Hayır
Daha önce kanser taraması yaptırdınız mı?	Hiç yaptırmadım	n	94	59	
		%	77,0	96,7	0,001**
	En az bir kez tarama yaptırdım	n	28	2	$\chi^2=11,482$
		%	23,0	3,3	CC=0,243

χ^2 : Pearson ki-kare değeri, CC: Kontingensi katsayısı, **:p<0,01

Çalışmamızda bireylerin bilgilendirme öncesi kanser taraması yaptıрма isteği ile bilgilendirme sonrası kanser taraması yaptıрма isteğinin değişimi McNemar testi ile incelenmiş olup sonuçları Tablo 4.3.4'te verilmiştir. Tablo 4.3.4'e göre bilgilendirme öncesi kanser taraması yaptırmayı istemeyenlerin oranının bilgilendirme sonrası anlamlı bir artış (%34,4) gösterdiği görülmektedir. Dolayısıyla yapılan bilgilendirme çalışmasının kanser taraması yaptırmayı teşvik edici bir etkisi olduğu söylenebilir.

Tablo 4.3.4. Bilgilendirme sonrası “Kanser taraması yaptırmıyorsunuz?” sorusunun bilgilendirme öncesi “Kanser taraması yaptırmayı istiyor musunuz?” sorusu ile değişimi

		Bilgilendirme öncesi		p [†]	
		Evet	Hayır		
Bilgilendirme sonrası	Evet	n	116	21	
		%	95,9	34,4	0,002**
	Hayır	n	5	40	CC=0,558
		%	4,1	65,6	

†, McNemar testi, CC: Kontingensi katsayısı, ** :p<0,01

Çalışmamızda bireylerin kanser tarama testleri hakkındaki bilgi durumu ile daha önce kanser taraması yaptırmayı yaptırmamasının değişimi ki-kare testiyle incelenmiş olup Tablo 4.3.5'te verilmiştir. Tablo 4.3.5 incelendiğinde daha önce kanser taraması yaptırmayıp kanser tarama testleri hakkında bilgi sahibi olmayanların oranı %30,3 iken, kanser taramasını en az bir kere yaptırmayıp kanser taramaları hakkında bilgi sahibi olanların oranı %48,4'tür. Çalışmamızda “Kanser tarama testleri hakkında bilginiz var mı?” sorusu ile “Hangi kanser taramalarının olduğunu biliyorsunuz?” sorusunun cevapları arasında %24, 2 oranında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (p<0,001).

Tablo 4.3.5.“Daha önce kanser taraması yaptırdınız mı?” sorusunun “Kanser tarama testleri hakkında bilginiz var mı?” sorusu ile değişimi

			Hiç yaptırmadım	En az bir kez tarama yaptırdım	
Kanser tarama testleri hakkında bilginiz var mı?	Evet var	n	56	44	0,000*** $\chi^2=15,340$ CC=0, 242
		%	36,1	48,4	
	Kısmen var	n	52	39	
		%	33,5	42,9	
Hayır yok	n	47	8		
	%	30,3	8,8		

χ^2 : Pearson ki-kare değeri, CC: Kontingensi katsayısı, *** :p<0,001

Çalışmamıza katılan bireylerin yakınında kanser hastası olanların kanser türü ile kanser tarama testleri hakkında bilgi sahibi olma durumlarının değişimi ki-kare testi ile incelenmiş olup Tablo 4.3.6’da verilmiştir. Tablo 4.3.6 incelendiğinde çalışmamıza katılan bireylerin yakınında meme kanseri hastası olanların %53,6’sının, rahim ağzı kanseri hastası olanların %71,4’ünün, kolorektal kanseri hastası olanların %30,8’inin kanser tarama testleri hakkında bilgi sahibi olduğu görülmektedir. Çalışmada “Kanser tarama testleri hakkında bilginiz var mı?” sorusu ile “Yakınıınızda kanser varsa hangi kanser?” sorusunun cevapları arasında %28,5 oranında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (p<0,05).

Tablo 4.3.6. “Kanser tarama testleri hakkında bilginiz var mı?” sorusunun “Yakınıınızda kanser varsa hangi kanser?” sorusu ile değişimi

			Rahim		Bunların		
			Meme kanseri	ağzı kanseri	Kolorektal kanser	dışında bir kanser türü	
Kanser tarama testleri hakkında bilginiz var mı?	Evet var	n	15	10	12	32	0,010* LR $\chi^2=16,782$ CC=0, 285
		%	53,6	71,4	30,8	36,4	
	Kısmen var	n	11	1	22	37	
		%	39,3	7,1	56,4	42,0	
Hayır yok	n	2	3	5	19		
	%	7,1	21,4%	12,8	21,6		

LR χ^2 : Likelihood ratio ki-kare değeri, CC; Kontingensi katsayısı, * :p<0,05

5.TARTIŞMA

Dünya genelinde ölüm sebepleri arasında ikinci sırada yer alan kanserin 2018'de 9,6 milyon ölüme sebep olduğu tahmin edilmektedir (WHO,Cancer, 2019). Her yıl, 14 milyondan fazla kişi kanser tanısı almakta ve bunların çoğunluğu düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır (Ferlay ve ark., 2015).

Kanser, sık görülmesinin yanı sıra mortalite ve morbiditesi yüksek, tedavisi maliyetli, uzun süren ve yan etkileri olan en önemli sağlık problemlerinin başında gelmektedir (Gürsu ve ark., 2012). Bu nedenle kanserden korunma ve erken tanısının konulması oldukça önemlidir. DSÖ tarafından Kanser Kontrol Programı çerçevesinde, kanserden korunma ve erken tanı sağlamak amacıyla "Primer Koruma" ile "Sekonder Koruma" programları kabul görmüştür (Şengelen ve Çelik, 2003).

Çalışmamızda sekonder koruma programında olan kanser tarama testlerinin bireyler tarafından hangi düzeyde bilindiği ve uygulandığı araştırılıp; bu konuda bireyleri bilinçlendirme ve tarama programlarına katılımın artırılması için neler yapabileceğimizi görmeyi amaçladık. Çalışmaya 169'u kadın (%68,4), 78'i erkek (%31,6) 247 kişi katılmıştır. Bireylerin %41,3'ü 20-39 yaş aralığında, %58,7'si 40-70 yaş aralığındadır ve yaş ortalaması 43,4'tür.

Çalışmamıza katılan bireylerin %47'sinde ilaç kullanmasını gerektiren bir hastalık vardı. İlaç kullanan bireylerin %63,4'ü 40-70 yaş aralığındaydı. Bu durumun ilerleyen yaşla beraber kronik hastalıkların görülme sıklığının artmasıyla ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamıza katılan 12 bireyde kanser hastalığı vardı, %91,7 si 40-70 yaş aralığındaydı. Bu durumun kanser sıklığının yaş ile birlikte artan bir hastalık (Alan ve ark., 2013) olmasından dolayı olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızdaki bireylere kanser tarama testleri hakkındaki bilgisinin olup olmadığı sorulduğunda %22,7'si kanser tarama testleri hakkında bilgisi olmadığını, %77,3'ü bilgisinin var veya kısmen var olduğunu söylemiştir. Çalışmada büyük çoğunluğun kanser tarama testleri hakkında bilgi sahibi olması bireylerin çoğunluğunun kanser tarama yaş aralığında olması ve ailesinde/çevresinde kanser öyküsü olanların çoğunlukta olması ile açıklanabilir. Kanser tarama testleri hakkında

bilgisi var veya kısmen var olduğunu söyleyenlerin oranı %77,3 iken kanser taramasını hiç yaptırmayanların oranının %63 olması durumu bu konuda yetersiz bilgi sahibi olunmasından kaynaklanıyor olabilir.

Açıkgöz ve arkadaşlarının yapmış olduğu 152 kadının katıldığı bir çalışmada kadınların %46,1'inin yakınında kanser hastalığı öyküsü bulunmuş, hiç mamografi yaptırmamış kadınların oranı %44,1, Pap-smear testi yaptırmamış olan kadınların oranı %44,1, kolonoskopi yaptıranların oranı %9,9 bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise çalışmaya katılan tüm bireylerin %55,5'inin ailesinde/çevresinde kanser hastalığı mevcuttu ve kadınlardan mamografi yaptıranların oranı % 43,9, Pap-smear testi yaptıranların oranı %37,4, kolonoskopi yaptıranların oranı %7, 2 olarak bulunmuştur.

Açıkgöz ve arkadaşlarının (2015) yapmış olduğu 161 kadının katıldığı başka bir çalışmada kadınların çoğunun meme kanserinde erken tanı, tarama yöntemlerini bildiği ve kadınların %22,3'ünün mamografi yaptırmış olduğu saptanmış. Çalışmalarında kadınlara eğitim verip sonrasında kadınların kanser bilgi düzeyinde anlamlı artış olduğu bulunmuş. Bizim çalışmamızda da kanser taramaları hakkında bilgisi olduğunu söyleyenlerin sayısı çoğunlukta idi. Bilgilendirme öncesi kanser taraması yaptırmayı isteyen kadınların sayısı 81 iken bilgilendirme sonrası bu sayısı 142'ye çıkmıştır. Erkeklerde ise bu durum 42 kişi bilgilendirme öncesi kanser taraması yaptırmayı düşünürken bilgilendirme sonrası 55 kişiye çıkmıştır. Bilgilendirme sonrası kanser taraması yaptırmayı isteyen kadınların sayısındaki artış dikkat çekicidir ve bilgilendirme ile taramaya katılımın ciddi düzeyde etkili olacağını düşünmekteyiz.

Akyüz ve arkadaşlarının yapmış olduğu 265 kadının katıldığı bir çalışmada kadınların %51,3'ü daha önce Pap-smear testi yaptırmış, Pap-smear testi yaptıran oranının kadınların yaşıyla arttığı bulunmuştur. Bizim çalışmamızda Pap-smear testi yaptıran kadınların oranı %37,4 bulunmuştur ve Pap-smear testi yaptıran kadınların %75'i 40-70 yaş aralığındaydı; yaş ile Pap-smear testi yapma oranı arttığı görülmüştür ($p<0,05$). Ayrıca bizim çalışmamızda kadın ve erkeklerde tarama testi yaptıran durumları yaş grubu, cinsiyet, medeni durum ile anlamlı değişim gösterdiği bulunmuştur ($p<0,001$).

Ak ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmaya 139 kadın katılmış ve kadınların Pap-smear testi farkındalığı değerlendirilmiştir. Çalışmada kadınların %46,8'i Pap-smear testini duymuş ve duyma kaynakları olarak %57'si sağlık kurumundan, %26'sı medyadan,%14'ü komşudan duymuş ve eğitim düzeyi arttıkça testi yaptırma oranında artış olduğu görülmüş. Bizim çalışmamızda kanser tarama testlerini öğrenme kaynakları olarak %23,1 aile hekiminden, %14, 2'i başka branş hekiminden, %22,5'i hemşire ve sağlık çalışanlarından, %18,9'u sosyal medyadan%13,6'sı çevreden duyduğunu belirtmiş olup toplamda sağlık kuruluşundan öğrenme oranı oldukça yüksek bulundu. Kanser tarama testleri hakkında bilgilendirme ve eğitim için sağlık kuruluşları özellikle aile hekimlikleri önemli bir basamak olacağı kanaatindeyiz.

Dr. Özsöyler'in yapmış olduğu 35 yaş üzeri 230 kişinin katıldığı uzmanlık tezi çalışmasında bireylerin kanser taramaları hakkında bilgisi olanların oranı %72, 2, smear testi yaptıran kadınların oranı %31,8, mamografi yaptıran kadınların oranı %19, 2, GGKT yaptıran bireylerin oranı %10,0 ve kolonoskopi yaptıran bireylerin oranı %4,3 saptanmış. Çalışmada bireylerin çoğunluğunun kanser tarama testleri hakkında eksik bilgiye sahip olduğu ve bu nedenle yaptırma oranlarının düşük olduğu bulunmuş.

Kızılırmak ve arkadaşlarının yapmış olduğu üniversitede çalışan 101 kadının katıldığı bir çalışmada Pap-smear testi hakkında bilgi sahibi olan kadınların oranı %73,3 , en az bir kere bu testi yaptırmış olan kadınların oranı %68,3 olarak bulunmuş ve Pap-smear testi hakkında bilgi sahibi olanların bu testi yaptırma açısından olumlu yönde etkilendiği bulunmuştur. Bizim çalışmamızda kadınların %27,1'i rahim ağzı kanseri taramasını bildiğini ve %37,4'ü smear testi yaptırdığını söylemiş, smear testini yaptırmış olanların rahim ağzı kanseri taramasını bildiğini söyleyenlerden fazla olması çalışmaya katılan kadıların smear testinin hangi kanser taraması olduğunu bilmeden yaptırmış olduklarını düşündürmektedir.

Kolutedek ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmaya 153 kadın katılmış, kadınlara eğitim verilip eğitim sonrası değişimleri takip edilmiştir. Çalışma sonrasında planlı izlem ve eğitim ile meme ve serviks kanseri hakkında bilgi durumlarında olumlu gelişme bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da anket sırasında bireylere bilgilendirme formundan bilgilendirme yapılıp, sonra kanser tarama testleri yaptırma konusundaki

düşünceleri sorulmuştur. Çalışmamızda bireylerin %69, 2'si bilgilendirme sonrası kanser tarama testi yaptırmaya konusundaki düşüncesinde değişiklik olduğunu belirtmiş, bilgilendirme öncesi kanser tarama testi yaptırmayı düşünmeyenlerin oranı %32,8 iken bilgilendirme sonrası bu oran %19,9'a düşmüştür. Kanser tarama testlerinin yapılmasında katılımların artırılması için eğitimin, halkın bilinçlendirilmesinin oldukça büyük bir öneminin olduğunu düşünmekteyiz.

Aksoy ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmaya 40 yaş üstü 254 kadın katılmış, kadınların mamografi çektirme durumları evli ve sosyal güvencesi olanlarda anlamlı yüksek bulunmuş. Mamografi çektirmeyen kadınların %99, 2'sinin bilgi ve eğitim eksikliğinden dolayı yaptırmadığı görülmüştür. Bizim çalışmamızda kadınlar, kanser taramalarını yaptırmama sebeplerinden en çok sağlıklı olduğunu düşünmeleri (%39,8) cevabını vermiştir, daha sonra zaman bulamama ve kanser taramaları hakkında bilgi sahibi olmamalarından kaynaklandığını söylemişlerdir. Çalışmamızda kanser tarama yaptırmama sebebi olarak sağlıklı olma düşüncesinin sık olması çalışmaya katılanların 20 yaş üstü bireylerden oluşması olabilir. Diğer kanser tarama yaptırmama sebeplerinden zaman bulamama ve kanser taramaları hakkında bilgi sahibi olunmaması durumları dikkat çekicidir, bu konuda kolay ulaşılabilir olmalarından dolayı da aile hekimlerine büyük görev düşmektedir.

Tekpınar H. ve arkadaşlarının yapmış olduğu 18-69 yaş arası %58,4'ü kadın, %41,6'sı erkek, % 48,3'ü üniversite mezunu 752 kişinin katıldığı bir çalışmada anket yöntemiyle bireylerin kanser taramaları bilgi, tutum ve davranışları sorgulanıp sonrasında broşür ile eğitim verilmiş ve tekrar kanser tarama yaptırmaya düşüncesi sorulmuştur. Çalışmaya katılanların ailesinde kanser öyküsü olanların oranı %35 idi. Bireylerin %76,6'sı daha önce hiçbir kanser taraması yaptırmadığını ve %53,5'i kanser taraması yaptırmak istemediğini söylemiş. Çalışmaya katılanların % 16,4'ü Pap-smear testi, %14,0'ü mamografi incelemesi, %2,0'si kolonoskopi incelemesi, %1,6'sı GGKT yaptırmış olduğu bulunmuş. Çalışmalarında eğitim sonrası tarama yaptırmak isteyenlerin oranı rahim ağzı kanseri için %35, 2'den %73,3'e, meme kanseri için %43,4'ten %50,3'e yükselmiş ve kolorektal kanser için %34,5'ten %20,7'ye düşmüştür. Çalışmaya katılanlardan üniversite ve üstü eğitim almış bireylerde kanser tarama yaptırmaya isteği daha düşük bulunmuş ve sağlık çalışanlarının çoğunu kanser taraması yaptırmayı istemediğini söylemiş.

Bizim çalışmamızda çalışmaya katılanların %55,5'inin ailesinde/çevresinde kanser hastası mevcuttu, %63'ü daha önce kanser taraması yaptırmamıştı ve bireylerin %32,8'i kanser taraması yaptırmayı istemiyordu; anket sonrası bireylere yaptığımız bilgilendirme sonrası kanser taraması isteyip istemediğini tekrar sorduğumuzda bu oran %19,9'a gerilemiş kanser taraması yaptırmayı isteyenlerin sayısında artış gözlenmişti. Bilgilendirme öncesi kadınların %47,7 si meme kanseri, %36,4'ü rahim ağzı kanseri, %15,9'u kalın barsak kanseri taraması yaptırmayı istediğini söylemiştir, bilgilendirme sonrası kadınların %35, 2'si mamografi, %29,6'sı Pap smear/HPV DNA, %12,7'si kolonoskopi ve % 22,4'ü GGKT yaptırmayı istediğini söylemiştir. Bilgilendirme sonrası sadece kolorektal kanser taraması olan GGKT yaptırmak isteyen kadınların oranında artış olması bilgilendirme öncesi testlerden haberdar olmadan cevap verilmesine bağlı olabilir veya sorduğumuz soruyu “Şuan hangi kanser taraması yaptırmayı istiyorsunuz?” şeklinde algılanıp tarama yaş aralığında olmama durumundan yaptırmak istemeyenlerin oranında düşüş görülmüş olabileceğini düşünüyoruz.

Erdem ve arkadaşlarının yapmış olduğu 383 kişinin katıldığı bir çalışmada kanser risk faktörleri ve kanser hakkındaki bilgi düzeyi bakılmış. Çalışmada katılanların %80,9' u kanser olmaktan korktuğunu fakat %61,3'ünün bunun için bir şey yapmadığı görülmüş. Katılımcıların %81,4'ünün daha önce tarama yaptırmadığı, kadınların kanser hakkında bilgi sahibi olma ve kanser taraması yaptırma durumu erkeklere göre fazla bulunmuş. Bizim çalışmamızda kadınların %72'si, erkeklerin ise %28'i kanser tarama testleri hakkında bilgi sahibi olduğunu söylemiştir ve kanser taraması yaptıranların çoğunluğu kadınlardan oluşmaktaydı, erkeklerin %84,6'sı hiç kanser taraması yaptırmamıştı. Bu durum bireylerin kanser taramaları hakkında bilgi sahibi olmalarının ve bununla birlikte kanser taraması yaptırmalarının doğru orantılı olarak arttığını düşündürmüştür.

Dr. Özdemir'in yapmış olduğu uzmanlık tezi çalışmasında düzenli kanser taramasını yaptırmayanlar sebep olarak sağlıklı olduklarını düşünmelerini ve zaman bulamamalarını söylemişler. Çalışmada bireylerin kanser tarama testlerini bilme oranlarının yüksek olmasına rağmen yaptırma oranları düşük bulunmuş. Bizim çalışmamıza katılan bireyler kanser taraması yaptırmama sebebi olarak %46,3 oranında sağlıklı olduğunu düşünmelerini söylemişlerdir, bu durum bireylerin

%41,3'ünün 40 yaş altında olması ve kanser tarama yaş aralığında olmamalarından kaynaklanabileceğini düşünüyoruz.

Dr. Yetimakman'ın yapmış olduğu birinci derece yakınında kanser hastalığı olan ve olmayan 300 bireyin katıldığı uzmanlık tezi çalışmasında kanser tarama testleri hakkındaki bilgi ve tutumları araştırılmış. Çalışmada yakınında kanser hastalığı olanların kanser tarama testlerini bilme oranı yüksek bulunmuş ve yakınlarındaki kanser türüne yönelik kanser tarama testlerini yaptırma oranları yüksek bulunmuş. Bizim çalışmamızda çevresinde kanser öyküsü olanların çoğunluğunun kanser tarama testleri hakkında bilgi sahibi olduğu ve en az bir kere kanser taraması yaptırmış olanların çoğunun çevresinde kanser öyküsü mevcut olduğu görülmüştür.

Şahin ve arkadaşlarının yapmış olduğu 50 yaş üstü 562 kişinin katıldığı bir çalışmada bireylerin kolorektal kanser taraması hakkındaki bilgi, tutumları incelenmiş. Çalışmada bireylerin %11,9'u kolorektal kanser taraması yaptırmış, ileri yaştakilerin, kanserli bir yakını olanların ve tarama için hekimden tavsiye alanların daha çok tarama yaptırdığı bulunmuş. Bizim çalışmamızda çalışmaya katılan tüm bireylerin %12,1'i kolonoskopi, %15,3'ü GGKT yaptırmıştı ve kolonoskopi yaptırmış olanların %94,7'si, GGKT yaptırmış olanların %91,7'si 40-70 aralığındaki bireylerden oluşmaktaydı ve yakınında meme, rahim ağzı ve kolorektal kanser öyküsü olduğunu söyleyenlerin büyük çoğunluğunun kanser tarama testleri hakkında bilgi sahibi olduğu görülmüştür. Çevrede kanser öyküsünün olması ve özellikle tarama testi olan kanser türünün görülmesiyle beraber kanser tarama testleri hakkında bilgi sahibi olma durumu artış göstermektedir, bu beklediğimiz bir durumdur.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Yaptığımız çalışmada çalışmaya katılan bireylerin ailesinde veya etrafında kanser hastalığına sık rastlanmakta olduğunu ve kanser tarama testleri hakkında bilgi sahibi olduklarını düşünmelerine rağmen kanser tarama testi yaptırmama oranlarının düşük olduğunu gözlemledik.

Kanser tarama testi yaptırmama sebepleri çoğunlukta sağlıklı olduklarını düşünme, zaman bulamama ve kanser taramaları hakkında bilgi sahibi olmama durumlarından oluşmaktaydı. Bu konuda çözüm olarak kolay ulaşılabilir olmasından dolayı ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarına göre yoğunluğun az olmasından dolayı birinci basamak sağlık çalışanlarına özellikle de aile hekimlerine büyük rol düşmektedir.

Çalışmamızda kanser taramaları hakkında bilgisi olanların çoğunluğunun aile hekiminden, sosyal medyadan ve hemşire ile diğer sağlık çalışanlarından bilgi edindiğini gördük. Kanser taraması yaptıranların çoğunluğu hekim önerisi üzerine tarama yaptırmıştı. Bireylerin büyük çoğunluğunda bilgilendirme sonrası kanser taraması yaptırmama düşüncesinde değişiklik olduğunu ve kanser taraması yaptırmak isteyenlerin oranında artış olduğunu gözlemledik.

Bu durum tezimizde savunduğumuz üzere eğitimin bireylerin kanser taraması yaptırmaları için oldukça önemli olduğunu ve eğitimin sağlık çalışanlarınca özellikle de aile hekimlerince verilmesi gerektiğini göstermektedir.

7.KAYNAKLAR

1. Acunaş G., Demir A.A. (2014) BI-RADS Değerlendirmede Yaşanan Güçlükler. *Türk Radyoloji Seminerleri*. 2, S: 192-205
2. Açıkgöz A., Çehreli R., Ellidokuz H.(2011).Kadınların Kanser Konusunda Bilgi ve Tutumları ile Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Davranışları. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 25 (3): 145-154.
3. Açıkgöz A., Çehreli R., Ellidokuz H. (2015). Hastanede Çalışan Kadınların Meme Kanseri Konusunda Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Bilgi ve Davranışlarının Belirlenmesi, Uygulanan Planlı Eğitimin Etkinliğinin İncelenmesi. *J Breast Health*, 11: 31-38.
4. Ak M., Canbal M., Turan S., Gürbüz N.(2010). Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Papsmear Testinin Farkındalığının Değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2(2):1-4.
5. Akyüz A., Güvenç G., Yavan T., Çetintürk A., Kök G.(2006). Kadınların Pap smear yaptırma durumları ile bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*; 48: 25-29
6. Aksoy Y.E., Turfan E.C., Sert E., Mermer G. (2015). Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemlerine İlişkin Engeller. *J Breast Health*, 11: 26-30.
7. Alan Ö., Gürsel Ö., Ünsal M., Altın S., Kılçksız S.(2013). Geriatrik Hastalarda Onkolojik Yaklaşım. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 29(Ek sayı 2):94-98.
8. Altunok H., Işıktekin Atalay B., Önsüz M.F., Işıklı B. (2016). Yaşlılık döneminde önerilen tarama testleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15 (6), 588-595.
9. American Cancer Society. (2012). Cancer Facts and Figures. Atlanta: American Cancer Society
10. Andrew M.D. Wolf, Elizabeth T.H. Fontham, Timothy R. Church, Christopher R. Flowers, Carmen E. Guerra, Samuel J. LaMonte ve ark. (2018). Colorectal Cancer Screening for Average-Risk Adults: 2018 Guideline Update From the American Cancer Society. *CA CANCER J CLIN*. 68:250–281

11. Barry H.C., Smith M., Weismantel D., French L. (2007). The feasibility of risk-based cervical cancer screening . *Preventive Medicine*, 45, 125–129
12. Baskan S., Atahan K., Aribal E., Özaydın N., Balcı P., Yavuz E. (2012). Meme Kanserinde Tarama Ve Tanı (İstanbul Meme Kanseri Konsensus Konferansı 2010). *Meme Sağlığı Dergisi*. 8(3), 100-125.
13. Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I., Siegel R.L., Torre L.A., Jemal A. (2018). Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA CANCER J CLIN*, 68(6), 394–424
14. Erdem S.S., Yılmaz M., Yıldırım H., Mayda A.S., Bolu F., Durak A.A. ve ark. (2017). Düzce’de Yaşayanların Kansere Ve Kansere Risk Faktörleri Hakkında Bilgi Düzeyi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7 (1): 01-10.
15. Eroglu C., Eryılmaz M.A., Cıvcık S., Gurbuz Z. (2010) Meme Kanseri Risk Değerlendirmesi: 5000 Olgu. *International Journal of Hematology and Oncology*, 1 (7), 27-33
16. Ersoy E., Saatçi E. (2017). Kansere taramaları: İhtilaflar. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*; 21(3):96-100.
17. Ferlay J., Soerjomataram I., Ervik M., Dikshit R., Eser S., Mathers C ve ark. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer*. 136, E359–E386
18. Güllüoğlu B.M. (2008). Meme hastalıklarına yaklaşım: “Meme kanseri için risk değerlendirme ve tarama stratejileri”. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*; 12(1): 9-17
19. Gürsu R.U., Kesmezacar Ö., Karaçetin D., Mermut Ö., Ökten B., Güner Ş.İ.(2012). İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Birimi: Yeni Kurulan Bir Ünitenin 18 Aylık Sonuçları. *İstanbul Tıp Dergisi*.,13(1):13-8.
20. Haggard F.A. ve Boushey R.P. (2009). Colorectal Cancer Epidemiology: Incidence, Mortality, Survival, and Risk Factors -. *Clinics In Colon And Rectal Surgery*, 22 (2), 191-197.
21. Holt J.D., Geraylı F. (2019). Prostate Cancer Screening. Erişim: 05 Eylül 2019. Ağ sitesi:

[https://www.primarycare.theclinics.com/article/S0095-4543\(19\)30010-7/fulltext](https://www.primarycare.theclinics.com/article/S0095-4543(19)30010-7/fulltext)

22. Karahasanoğlu T. (2001). Kolorektal Kanseler: Tanı ve Cerrahi Tedavi. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Gastrointestinal Sistem Hastalıkları Sempozyumu*, 11-12, S: 271-279

23. Kaya M. (2009). Halk Sağlığı Yaklaşımı ile Servikal Kanseler [Elektronik Sürüm]. Ankara:Hüksam Yayınları.

24. Kılıçkap S., Aksoy S., Çelik İ. (2006). Kanserde Birincil Korunma. *Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*; 13(2): 57-71.

25. Kızılırmak A., Kocaöz S.(2018). Bir Üniversitedeki Kadınların Serviks Kanseri ve Pap Smear Testine İlişkin Sağlık İnançlarını Etkileyen Faktörler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 27(3) :165-175.

26. Kolorektal Kanseler Tarama Programı Ulusal Standartları. Erişim: 04 Eylül 2019

<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/kolorektal-kanser-tarama-programi-ulusal-standartlari.html>

27. Kolutek R., Avcı İ.A. (2015). Eğitim ve Evde İzlemin, Evli Kadınların Meme ve Serviks Kanseri İle İlgili Bilgi Düzeylerine ve Uygulamalarına Etkisi - *J Breast Health*, 11: 155-62

28. Mainiero M.B., Lourenco A., Mahoney M.C., Newell M.S., Bailey L., Barke L.D. ve ark. (2013). ACR Appropriateness Criteria Breast Cancer Screening. *American College of Radiology*. 10: 11-14, S:45-49

29. Marina De Rosa, Ugo Pace, Daniela Rega, Valeria Costabile, Francesca Duraturo, Paola Izzo ve ark. (2015). Genetics, diagnosis and management of colorectal cancer. *Oncology Reports*, 34:1087-1096.

30. Mavi Aydoğdu S.G., Özsoy Ü. (2018). Serviks kanseri ve HPV. *Androloji Bülteni*, 20:25–29

31. Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartlar. Erişim: 04 Eylül 2019

<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/meme-kanseri-tarama-programi-ulusal-standartlari.html>

32. Morbidity and Mortality Weekly Report. (Nisan 2012). Human papillomavirus-associated cancers - United States, 2004-2008. 61 (15), S:258-261. Erişim: 05 Eylül 2019

<https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/wk/mm6115.pdf>

33. Özdemir M.E. (2016). Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran 20 Yaş Ve Üzeri Bireylerin Kanser Tarama Testleri Hakkında Bilgi Tutum Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.

34. Özsöyler M. (2018). Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 35 Yaş Ve Üzeri Hastaların Kanser Tarama Testleri Hakkında Bilgi Ve Tutumları. Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi, İzmir.

35. Prostat Kanseri Yol Haritası: Uluslararası Kılavuzlar ve Klinik Deneyimler Işığında Prostat Kanserine Yaklaşım Önerileri. Erişim: 05 Eylül 2019

https://www.trod.org.tr/files/file/Prostat_Kanseri_Yol_Haritasi_Ana_dokuman.pdf

36. Sawaya G.F., Smith-McCune S., Kuppermann M. (2019). Cervikal cancer screening: More Choices in 2019. Erişim: 05 Eylül 2019

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6656358/pdf/nihms-1036257.pdf>

37. Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. Erişim: 05 Eylül 2019

<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/serviks-kanseri-tarama-programi-ulusal-standartlari.html>

38. Smith R.A., Andrews K.S., Brooks D., Fedewa S.A., Manassaram-Baptiste D., Saslow D. ve ark. (2017). Cancer Screening in the United States, 2017: A Review of Current American Cancer Society Guidelines and Current Issues in Cancer Screening. *CA CANCER J CLIN.* 67:100–121

39. şahin N.ř., Üner B.A., Aydın M., Akçan A., Gemalmaz A., Dişçigil G. ve ark. (2015). Aydın merkez ilçede kolorektal kanser taramasına ilişkin bilgi, tutum ve engeller. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 19 (1): 37-48.

40. Şengelen M. ve Çelik İ.(2003).Kanser istatistikleri.Yasavul Ü (editör).Hacettepe İç Hastalıkları Kitabı 1. Baskı.Ankara:Hacettepe Üniversitesi Yayınları.S:1333-7
41. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı. (2016). Türkiye Kanser Kontrol Planı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı
42. Tekpınar H., Aşık Z., Özen M.(2018).Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastaların kanser taramalarına ilişkin yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 22 (1): 28-36.
43. Türkiye’de Kanser Kontrolü. Erisim: 01 Nisan 2019,
http://onkofar.com/vImages/pdfler/2009_Turkiyedekanserkontrolu.pdf
44. Ulusal Kanser Programı 2009-2015. Erişim: 02 Nisan 2019.
http://www.ssuk.org.tr/eski_site_verileri/pdf/Ulusal_Kanser_Kontrol_Programi_2009-2015.pdf
45. Uyanıkoğlu A.(2015). Kolorektal Kanser Taramasında Yeni Yöntemler. *Güncel Gastroenteroloji*. 19/3, 157-160.
46. WHO. Cancer. Erişim: 25 Nisan 2019
<https://www.who.int/cancer/en/>
47. WHO. (2014). Comprehensive Cervical Cancer Control- A guide to essential practice Second edition. Geneva, Switzerland: WHO
48. WHO.(2017). Guide to cancer early diagnosis. Geneva, Switzerland: WHO
49. Yaşlılık ve Kanser. Erişim: 02 Nisan 2019,
<http://geriatri.org.tr/pdfler/YASVEKANSER.pdf>
50. Yetimakman E.Z. (2018). Birinci Derece Yakınlarında Kanser Olan Ve Olmayan Bireylerin Kanser Tarama Programlarına İlişkin Farkındalık, Bilgi Ve Tutumlarının Karşılaştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, İstanbul.
51. ZHANG S., BATUR P. (2019). Human papillomavirus in 2019: An update on cervical cancer prevention and screening guidelines. *Cleveland Clinic Journal Of Medicine*, 86 (3), 173-178.

8. EKLER

Ek 1. Yetişkin Bireylerin Kansere Taramaları Hakkındaki Bilgi Tutum Ve Davranışları Anket Formu

A. DEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Yaş:

2. Cinsiyet: Kadın () Erkek ()

3. Medeni Durum: Evli () Bekar () Eşi Vefat Etmiş/Ayrılmış ()

4. Öğrenim Durumu:

() Okuryazarlık Yok

() İlkokul

() Lise

() Üniversite/Yükseklisans

5. Meslek:

() Sağlık Çalışanı (Doktor, Hemşire, Diş Hekimi, Eczacı, Tıbbi Teknisyen, Hasta Bakıcı)

() Sağlık Çalışanı Değil

6. Çoğunlukla İkamet Ettiğiniz Bölge?

() Kentsel Bölge () Kırsal Bölge

7. Sosyal Güvenceniz Var Mı ?

() Var () Yok

B. SAĞLIK BİLGİLERİ

8. İlaç Kullanmanızı Gerektiren Bir Hastalığınız Var Mı?

() Evet () Hayır

9. Kansere Hastalığınız Var Mı ?

() Evet Varsa Yazınız () Hayır

10. Ailede / Çevrenizde Kansere Öyküsü Var Mı?

() Evet () Hayır

11. Varsa Hangi Akrabanız / Yakınınız: (Yazınız)

- Eş
1. Derece Akraba: Anne, Baba, Kardeş, Çocuk
2. Derece Akraba: Anne Ve Babanın Kardeşleri (Hala, Teyze, Amca, Dayı), Yeğen, Dede Ve Nine
- Uzak Akraba / Tanıdık

Varsa Hangi Kanseri: (Yazınız)

- Meme Kanseri
- Rahim Ağzı Kanseri
- Kolorektal (Barsak) Kanseri
- Bunların Dışında Bir Kanseri Türü

12. Kanseri Tarama Testleri Hakkında Bilginiz Var mı?

- Evet Var Kısmen Var Hayır Yok

12. Soruya Cevabınız Hayır ise 15. Soruya Geçiniz.

13. Kanseri Tarama Testlerini Nereden Öğrendiniz ?

- Aile Hekimimden
- Diğer Branş Hekiminden
- Hemşire Ve Diğer Sağlık Çalışanlarından
- Sosyal Medyadan (Televizyon , İnternet)
- Çevredeki Tanıdık / Akrabalardan
- Diğer.....(Varsa Yazınız)

14. Hangi Kanseri Taramalarının Olduğunu Biliyorsunuz? (Birden Fazla İşaretleyebilirsiniz)

- Meme Kanseri
- Rahim Ağzı Kanseri
- Prostat Kanseri
- Kalın Barsak Kanseri (Kolorektal Kanseri)
- Akciğer

15. Daha Önce Kanser Taraması Yaptırdınız Mı ?

- Hiç Yaptırmadım
 En Az Bir Kez Tarama Yaptırdım

Daha Önce Kanser Taraması Yaptırmadıysanız 18.Soruya Geçiniz.

16 .Hangi Kanser Taramalarını Yaptırdınız? (Daha Önce Tarama Yaptıranlar İçin)

- Mamografi
 Pap Smear/Hpv Dna
 Psa
 Kolonoskopi
 Gaitada Gizli Kan

17.Kanser Taraması Yaptırmanızı Sağlayan Unsur Neydi? (Daha Önce Tarama Yaptıranlar İçin)

- Aile Hekimi Önerisi
 Aile Hekimi Dışı Branşta Bir Hekim Önerisi
 Çevrede Tanıdık / Akraba Önerisi
 Ailede Kanser Öyküsü
 Çevrede Tanıdıklarda Kanser Öyküsü
 Sosyal Medya

18. Kanser Taraması Yaptırmama Sebebiniz Nedir?

- Kötü Haberden Korkma
 Sağlık Çalışanından / Tetkik Yaptırmaktan Utanma
 Zaman Bulamama
 Kanser Taramaları Hakkında Bilgim Olmadığı İçin
 Sağlıklı Olduğumu Düşündüğüm İçin
 Kanser Taramasının Faydasının Olmayacağını Düşündüğüm İçin
 Kolay Ve Ulaşılabilir Olmadığı İçin
 Diğer(Varsa Yazınız)

19. Kanser Taraması Yaptırmadıysanız Yaptırmayı İstiyormusunuz?

- Evet Hayır

20. Tarama Yaptırmayı İstiyorsanız Hangi Taramaları Yaptırmak İstiyorsunuz?

- Meme Kanseri
 Rahim Ağzı Kanseri
 Kalın Barsak Kanseri (Kolorektal Kanser)

Hastaya Kanser Taramaları Hakkında Bilgilendirme Yapılacaktır.

BİLGİLENDİRME SONRASI

21. Bilgilendirme Sonrası Kanser Taraması Yaptırma Konusundaki Düşüncenizde Değişiklik Oldu Mu?

- Evet
 Hayır

22. Kanser Taraması Yaptırır mısınız?

- Evet
 Hayır

23. Cevabınız Evet İse Hangi Kanser Taramasını Yaptırmayı Düşünüyorsunuz?

- Mamografi
 Pap Smear/Hpv Dna
 Kolonoskopi
 Gaitada Gizli Kan

ANKETİMİZ BİTMİŞTİR. GÖSTERDİĞİNİZ İLGİDEN DOLAYI TEŞEKKÜR EDERİZ.

Ek 2. KANSER TARAMA BİLGİLENDİRME BROŞÜRÜ



MEME KANSERİ

- Dünyada kadınlarda en sık görülen kanser türüdür.
- Muayene ve tarama testleri ile erken dönemde tespit edilebilir.
- Erken dönemde yakalandığında iyileşme şansı %98 tir.
- Ayda bir kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapılması,
- Yılda bir klinik meme muayenesi olunması,
- 40-69 yaş arası kadınların ise 2 yılda bir mammografi çekimi yaptırması gerekmektedir.



RAHİM AĞZI KANSERİ

- Dünyada meme kanserinden sonra kadınlarda en sık görülen 3.kanser türüdür.
- Tarama testleri ile 10-15 yıl öncesinden yakalanabilmektedir.
- Erken tespit edildiğinde tedavi olanağı %100 dür.
- 21-65 yaş arası bayanlarda 3 yılda bir PAP-SMEAR testi veya 30-65 yaş arasında PAP-SMEAR testi HPV-DNA testi ile birlikte 5 yılda bir yapılarak taranır.
- Tarama testi jinekolojik muayene ile yapılan basit ve ağrısız bir testtir.



KOLOREKTAL KANSER

- Dünyada kadınlarda 2. ve erkeklerde ise 3.en sık görülen kanser türüdür.
- Kanser büyüyene kadar belirti göstermeyebilir.
- Erken dönemde tarama testi ile tespit edilebilir.
- 50-70 yaş aralığındaki erkek ve kadınlarda 2 yılda bir gaitada gizli kan testi yapılması,
- 50-70 yaş arasında 10 yılda bir Kolonoskopi yapılması gerekmektedir..



- ♥ Kanserde erken teşhis hayat kurtarır.
- ♥ Erken teşhis için size uygun olan zamanda uygun tarama testini yaptırınız.
- ♥ Taramanızı yaptırmadıysanız lütfen KETEM (Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi) veya aile hekiminize başvurunuz.

♥♥♥

Ek 3. Etik Kurulu Kararı



ORDU
ÜNİVERSİTESİ

Ordu Üniversitesi - Ordu Üniversitesi
Rektörlüğü - Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Müdürlüğü
11.03.2019 10:18
Sayı: 91120269-000-E.00000340065
0000340065

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Toplantı Saati	Karar Sayısı
07/03/2019	04	15.30	2019-45

Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkan Dr. Öğr. Üyesi Ahmet KARATAŞ başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

KARAR NO: 2019/45

Sorumlu yürütücü Doç. Dr. Özgür ENGİNYURT'un, KAEK 39 Nolu başvurusunun değerlendirilmesi sonucu "*Yetişkin Bireylerin Kansere Taramaları Hakkındaki Bilgi Tutum Ve Davranışları; Ordu İli Örneği*" başlıklı araştırmasının etik ilke ve kurallara uygunluk açısından yapılabilişine ve konunun ilgili öğretim üyesine tebliğine toplantıya katılanların oy birliği ile karar verildi.

e-imzalıdır
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet KARATAŞ
Ordu Üniversitesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek 4. Ordu İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni Komisyon Kararı



ORDU İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA İZİNLERİ İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ

Taraflar:

Bu protokol Ordu İl Sağlık Müdürlüğü ve Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar:

Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Çalışmanın Adı : Yetişkin bireylerde kanser taraması hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları:

Ordu ili örneği

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: Melike KARABULUT ÖZER

Protokolün Hükümleri

- Bu protokol ilimiz sınırları içinde Ordu İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.
- Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
- Veri toplama sırasında İl Sağlık Müdürlüğü personelinden de yararlanılacaksa ayrıca İl Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.
- Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce İl Sağlık Müdürlüğünün ilgili birimi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.
- Çalışma üniversite ve ya kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde Ordu İl Sağlık Müdürlüğüne teslim edilecektir.
- Çalışmayı yapacak olan kişi (d) ve (e) maddelerini yerine getirmedeği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez vs. gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.
- Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.
- Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların (Hastane, İl Sağlık Müdürlüğü vs.) ismi zikredilmeyecektir.

Protokolün süresi:

- Bu çalışmanın yürütüldüğü kurumlarımızda 8 ay süre ile çalışmasını yürütecektir.
- Başlangıç** Mart 2019 **Bitiş** : Aralık 2019
- Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.
- Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak İl Sağlık Müdürlüğü protokolu daha önce de sonlandırabilir.

Sözleşme Şartlarına Aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dâhil edilmesi ancak Ordu İl Sağlık Müdürlüğü onayı ile mümkün olabilecek, ya da protokol iptal edilecektir. İlgili hükümler ihlal edildiğinde, protokolle imzası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Ordu İl Sağlık Müdürlüğüne; kamu kurumlarının çalışmalarına ait verilerin kamudaki gizlilik ilkelerine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davranıldığı gerekçesiyle adli merciler nezdinde suç duyurusunda bulunulacaktır.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunların çözümü konusunda Ordu ilindeki idari yargı mercileri yetkilidir.

İlgili protokol hükümlerini ve cezaî müeyyidelerini okudum ve kabul ettim.

Araştırma Yapacak Kişinin Adı Soyadı

Melike KARABULUT ÖZER

İmza

OLUR

18/12/2019
Dr.Ergün YANMAZ
İl Sağlık Müdürü



T.C.SAĞLIK BAKANLIĞI
ORDU VALİLİĞİ

ORDU İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
ARAŞTIRMA İZNI KOMİSYON KARARI

ARAŞTIRMA YAPACAK KİŞİ/KİŞİLER	ÇALIŞTIĞI KURUM	ARAŞTIRMA YAPILACAK KURUM	ARAŞTIRMANIN YAPILACAĞI TARİH	ARAŞTIRMA KONUSU
Araştırma Görevlisi Melike KARABULLUT ÖZER	Ordu Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Ordu Eğitim ve Araştırma Hastanesi	01/03/2019 01/12/2019	Yetişkin Bireylerde Kanser Taraması Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları; Ordu ili örneği

Yukarıdaki tabloda adı geçen çalışma; anket veya çalışmaya katılanların gönüllülük esasına göre katılmalarının sağlanması, kişisel veri ve özel hayatın korunmasına özen göstermek suretiyle çalışma sonunda edindiği verilerin Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi ve etik kurul raporu alındıktan sonra çalışmaya başlanması şartıyla **17/01/2019** tarih 34989324-772.02-E.182 sayılı başvuru dilekçesi ve ekinde bulunan Bilimsel Araştırma Çalışmaları Başvuru Formundaki bilgileri istinaden uygun görülmüştür..../..../20...

Uzm.Dr. Mesut SAKA
BAŞKAN

Uygundur/Uygun Değildir.

Uzm.Dr. Ali ALTINBAŞ
BAŞKAN

Uygundur/Uygun Değildir.

Doç.Dr. Hakan YILIMUR
BAŞHEKİM

Uygundur/Uygun Değildir.

15.12.2019

Dr. Ergün YANMAZ
II Sağlık Müdürü

Uygundur/Uygun Değildir.

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Melike KARABULUT ÖZER
Doğum Yeri : Ordu
Doğum Tarihi : 22.03.1989
Yabancı Dili : İngilizce
E-mail : melike_krbtl@hotmail.com
İletişim Bilgileri : 0534 525 55 09

Öğrenim Durumu :

Derece	Bölüm/ Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Tıp Fakültesi	Ondokuz Mayıs Üniversitesi	2008-2014
Y. Lisans	Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı	Ordu Üniversitesi	2016-2019

İş Deneyimi:

Görev	Görev Yeri	Yıl
Pratisyen Hekim	Ordu Devlet Hastanesi Altınordu/ORDU	2014-2015
Araştırma Görevlisi	Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2016-2019

Yayımlar:

1. Çoklu ilaç kullanan yaşlı hastalar ve hamilelerde ağrıya yaklaşım ve parasetamolün yeri, Klinik Tıp Aile Hekimliği, Mayıs-Haziran 2017

2. Evde Sağlık Birimi ve Palyatif Bakım Servislerindeki Hastaların Bakım Verenlerinin Ruh Sağlığı Durumu, Smyrna Tıp Dergisi