

T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI ABD

TRABZON BÖLGESİNDE RİSK GRUPLARININ KANSER ERKEN
TANISINA YÖNELİK TARAMA TESTLERİNİ YAPTIRMA
ORANLARI

UZMANLIK TEZİ
DR.GÜLŞAH BAYÇELEBİ

MART-2011
TRABZON

**T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI ABD**

**TRABZON BÖLGESİNDE RİSK GRUPLARININ KANSER ERKEN
TANISINA YÖNELİK TARAMA TESTLERİNİ YAPTIRMA
ORANLARI**

**THE RATIO OF EARLY CANCER SCREENING TESTING
ACCORDING TO RISK GROUPS IN TRABZON REGION**

**UZMANLIK TEZİ
DR.GÜLŞAH BAYÇELEBİ**

**TEZ DANIŞMANI
PROF.DR.FAZIL AYDIN**

**MART-2011
TRABZON**

İÇİNDEKİLER

i.KISALTMALAR.....	4
1.GİRİŞ.....	5-7
2.GENEL BİLGİLER.....	8-29
3-MATERYAL METOD.....	30-31
4-BULGULAR.....	32-63
5-TARTIŞMA.....	64-71
6-ÖZET	72-73
7-SUMMARY.....	74-75
8-KAYNAKLAR.....	76-87

KISALTMALAR

- ACOG:** Amerikan Obstetrisyen ve Jinekolojistsler Topluluğu
- ACS:**Amerikan Kanser Derneği
- AUA:**Amerikan Üroloji Derneği
- BRCA-1/2:**Meme Kanser Geni 1/2
- CEA:**Karsinoembriyonik Antijen
- CIN:**Servikal İntraepitelyal Neoplazi
- DDT:**Diklorodifenil Trikloretan
- DES:**Dietilstilbestrol
- ER:**Östrojen Reseptörü
- FIGO:** Jinekoloji ve Obstetri Uluslararası Federasyonu
- GGKT:**Gaitada Gizli Kan Testi
- HER-2 / Neu (C-erbB-2):** İnsan Epidermal Büyüme Faktörü Reseptörü 2
- HPV:**Human Papilloma Virus
- HRT:**Hormon Replasman Tedavisi
- IGF-1:**İnsülin Benzeri Büyüme Faktörü-1
- OK:**Oral Kontraseptif İlaç
- MR:**Manyetik Rezonans
- NCI:**Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü
- PR:**Progesteron Reseptörü
- PRM:**Parmakla Rektal Muayene
- PSA:**Prostat Spesifik Antijen
- PTEN:**Fosfataz ve Tensin Homoloğu
- TRUS:**Transrektal Ultrasonografi
- USG:**Ultrasonografi
- USPSTF:** Amerika Birleşik Devletleri Önleyici Hizmetler Görev Kuvveti
- VAIN-1:**Vajinal intraepitelyal lezyon

1. GİRİŞ

Meme kanseri, kadınlar arasında en sık görülen kanser olup yeni tanı alan kanserlerin yaklaşık %32'sini oluşturmaktadır. Avrupa'da yılda yaklaşık 180000, Amerika'da ise yılda 212000 yeni olgu tespit edilmektedir. 2005 yılında kadınlarda görülen kansere bağlı ölüm sıralamasında meme kanseri, akciğer kanserinden sonra ikinci sırada yer almıştır (1). Meme kanseri etyolojisinde çevresel faktörler, hormonal faktörler ve genetik yatkınlık gibi çok sayıda faktör rol oynar (2).

ACS (American Kanser Derneği) 20-39 yaş arasındaki bayanların meme kanseri erken tanıs için kendi kendine meme muayenesi (istedikleri sıklıkta) yapmalarını önerirken en az üç yılda bir doktor tarafından meme muayenesi yaptırmalarını önermektedir. 40 yaş üstündeki bayanların en az yılda bir kez doktor tarafından meme muayenesi yaptırmalarını önermektedir (3). Yine 40 yaş üstü bayanların yılda bir kez mamografi çektirmeleri ACS tarafından önerilmektedir (3).

Serviks kanseri, tüm dünyada, meme kanserinden sonra kadınlarda en sık görülen kanserdir. Kadınlarda teşhis edilen tüm kanserlerin %12'si servikal kanserdir ve bu hastaların yarısı kanser nedeni ile ölmektedir (4). Ortalama görülme yaşı 52 olup 35-39 ve 60-64 yaşlarında iki ayrı dönemde pik yapmaktadır (5).

Gelişmiş ülkelerde son 50 yıldır rutin Pap smear tarama testinin kullanılmasıyla invaziv servikal kanser oranları düşmüştür (6,7,8). Bu nedenle serviks kanseri oranının azaltılması için bu hastalığın ortaya çıkmadan etkili bir tarama programı ile invaziv kanser ve öncü olabilecek lezyonların saptanması önemlidir (9-12). Konvansiyonel servikal sitolojinin sensitivitesi %30-70, spesifisitesi %90 ve yalancı negativitenin %70'i anormal hücre içermemesi nedeniyle gerçek negatif olarak sınıflandırılabilirken sadece %30'u laboratuvar hatasına bağlıdır (13,14). Sıvı bazlı sitolojinin, yüksek grade lezyonların saptanmasında %16-100 artış ve yetersiz smear raporlanmasında düşüş sağladığı bildirilmiştir (15,16). Ancak, henüz sıvı bazlı sistemin konvansiyonel sitolojiye göre daha üstün olduğu net olarak gösterilememiştir.

Pap smear taramasının yaygın olarak kullanılması invaziv serviks kanserinin görülme oranını önemli ölçüde azaltmıştır. Bununla beraber servikal intaepitelial lezyonların tanısında artış olmuştur. Pap smear ucuz bir yöntemdir, ancak pozitif smear sonuçları bulunduğu zaman

kolposkopi, biyopsi, endoservikal küretaj, konizasyon gibi daha ileri değerlendirme yöntemlerine başvurulması gerekir (17).

Kolorektal kanserler; günümüzde, ileri batı toplumlarındaki ölümlerin yaklaşık %2–4'nün sebebidir. Kadınlarda meme ve uterus kanserinden, erkeklerde ise akciğer kanserinden sonra en sık görülen kanserdir (18). Kolorektal kanserlerden ölüm bütün kanserlerdeki ölümlerin %10'unu oluşturmaktadır (19). Kolorektal kanser en sık 60–69 yaşlarında görülür ve ilerleyen yaşla birlikte insidansı artar. Sindirim sistemi kanserleri içinde, kolon tümörleri, mide kanserlerinden sonra ikinci sırayı almaktadır. Kadınlarda, erkeklere nazaran biraz daha fazla olduğu iddia edilmesine rağmen son yıllarda arada pek fark olmadığı kabul edilmektedir (erkek / kadın oranı: 1/1.2) (18).

Kolorektal kanserlerde sıklıkla tarama testi olarak gaitada gizli kan testi ve sigmoidoskopi kullanılmaktadır. Gaitada gizli kan testi kolorektal kanserlerde tarama metodu olarak kullanılmaktadır. Asemptomatik erken kolorektal kanserlerin saptanmasında oldukça yararlı bir test olduğu çeşitli çalışmalarda bildirilmiştir. Yüksek risk grubundaki bireylere yılda bir gaitada gizli kan testi (GGKT) yapılması ile kolorektal kanser mortalitesinde %31 ile 57 oranında azalma olduğu gösterilmiştir (20). GGKT'nin sensitivitesinin %30–92, spesifitesinin %90–99 oranında olduğu literatürde bildirilmiştir (20). GGKT'nin güvenilirliğini artırmak için ardışık 3 kez gaita incelemesi yapılması gerektiği vurgulanmaktadır (21). Rijit rektoskopi tarama testlerinin temelini oluşturmaktadır. 25'lik rijit rektoskop ile kolorektal kanserlerin %35 ile 45'i tespit edilmektedir (22). Kolonoskopi tarama testi olarak kullanılmamaktadır. Ancak kolonik tümör saptanan hastalarda, tüm kolonu çekuma kadar senkron tümör varlığı açısından incelenmesi rutin olarak yapılmaktadır.

Prostat kanseri erkeklerde en sık görülen kanser türü olup kansere bağlı ölümlerin nedeni olarak ikinci sıradadır (23,1). Prostat kanseri insidansı 1995'den beri yıllık yaklaşık %1,7 artış gösterirken, mortalite oranı 1994'den bu yana her yıl için yaklaşık %4 azalmaya devam etmektedir (24). Prostat kanseri görülme insidansı yaşla birlikte artmaktadır. Prostat kanseri gelişmesi riskinin 40 yaş altında 1/10.000, 40-59 yaş arasında 1/103 ve 60-79 yaş arasında 1/8 olduğu belirtilmiştir (25). Prostat Spesifik Antijen (PSA)'in tarama amaçlı kullanılmasından sonra erken evre prostat kanseri insidansında belirgin bir artış görülmüştür. Elli yaşındaki bir erkeğin yaşamı boyunca latent veya otopsi prostat kanserine yakalanma riski %40, klinik belirti veren prostat kanseri görülme riski %9,5 ve bu kanserden ölme riski ise %2,9 olarak hesaplanmıştır (26).

Prostat kanseri tanısında kullanılan yöntemler genel olarak; parmakla rektal muayene (PRM), transrektal ultrasonografi (TRUS), PSA ve PSA türevleridir. Kesin tanı biyopsi ile konulur. Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü (NCI) ve Amerikan Üroloji Derneği (AUA) en az 10 yıl yaşam beklentisi olan erkeklerde 50 yaşından itibaren ve 2 ya da daha çok birinci derece yakınında kanser olanlar veya Afrikalı Amerikalı erkeklerde 45 yaşından itibaren, yılda bir parmakla rektal muayene (PRM) ve PSA testi önermektedir (27).

Prostat kanseri tanısı serum PSA değeri ve PRM'nin birlikte kullanılması ile oluşacak klinik kuşkunun doku tanısı ile doğrulanması ile gerçekleşir. PSA'nın ve PRM'nin ayrı ayrı pozitif prediktif değerleri sırası ile %42 ve %31 olarak saptanmıştır. Birlikte değerlendirildiğinde bu oran %60'a yükselmektedir (28).

Bu çalışmanın amacı Trabzon ili ve ilçelerinde yaşayan 20 yaş üstü sağlıklı kadın ve 50 yaş üstü sağlıklı erkek populasyonunun kanser tarama yöntemleri hakkındaki bilgilerini ölçmek, ne kadarının bu yöntemleri uyguladığını tespit etmek ve elde ettiğimiz verileri Türkiye ve Dünya verileri ile karşılaştırmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Serviks kanseri

2.1.1. Etyoloji ve epidemiyoloji

Serviks kanseri tüm dünyadaki kadın kanserlerinin meme ve rektum kanserinden sonra 3. sıklıkta görülenidir. Gelişmekte olan ülkelerde 2. sıklıkta görülür iken, gelişmiş ülkelerde tarama programlarının başarılı uygulamaları nedeniyle 6. hatta bazı ülkelerde 10. sıraya inmiştir. Dünyada her yıl yaklaşık 400.000-500.000 yeni serviks kanseri saptanır iken, bunların 190.000 tanesi ölmekte, ölümlerin de %78'i gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Bu sayılar serviks kanserinde tarama programlarının bu kanserin görülme sıklığını ve bu kanserden ölüm oranlarını azaltmakta ne kadar önemli olduğunu göstermektedir (29,30)

Serviks kanserinin sebebi serviksin devam eden çoğul hasar ve yaralanmaları ile ilişkili gibi gözükmemektedir. Bu tip kanser, düşük sosyoekonomik gruptaki kadınlarda daha siktir ve ilk koitusun erken yaşta olması ve çoğul seksüel partnerle ilişkilidir. Günümüzde servikal kanser etyolojisinde serviksin Human Papilloma Virus (HPV) enfeksiyonu büyük önem taşımaktadır. Skuamöz hücreli kanserlerin % 95'inde, adenokarsinomların da % 90'ında HPV DNA pozitif bulunmuştur (31).

2.1.2 Hastalığın Doğal Seyri:

Servikal kanser gelişimi iki-üç dekatı kapsayan uzun bir dönemi içerir (32). Güney Afrika Ulusal Kanser Kayıtları'na göre servikal kanserin yalnızca %8'i 30 yaş altında görülür ki; bu olguların çoğu immün baskılanmış kadınlardır (33). Adolesan dönemde, lezyonlar genellikle düşük derecelidirler ve büyük çoğunluğu kendiliğinden geriler. Küçük bir kısmı ise kanser öncüsü olan CIN lezyonlarına dönüşür (34). Servikal intraepitelyal neoplazi (CIN) I lezyonlarının da en az 2/3'ü, CIN II lezyonlarının yarısı, CIN III lezyonlarının 1/3'ü geriler. Sonuç olarak, küçük bir oran invaziv kansere ilerleyecektir (35).

2.1.3. Serviks Kanserinin Evrenmesi:

Bütün invaziv kanserlerin klinik olarak evrenmesi zorunludur. Servikal kanserler için en yaygın kullanılan evreleme sistemi International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) tarafından geliştirilmiştir. Temelde tümör büyüklüğü ve hastalığın pelvisteki yayılımını esas alan bir klinik evreleme sistemidir. Kanserin büyüklüğü ve yayınlığı klinik olarak birçok inceleme ile değerlendirilerek, hastalık evreleri I'den IV'e kadar kategorize edilmiştir. Evre I servikte sınırlı büyümeyi temsil ederken, evre IV, kanserin metastaz ile uzak organlara yayılımını belirtir (36).

2.1.4. Erken Evre Servikal Kanser İçin Prognostik Değişkenler

Erken evre serviks kanserinde radikal histerektomi ve pelvik lenfadenektomi sonrasında hastaların yaşam süreleri pek çok faktöre bağlıdır.(37,38):

1. Lenf nodlarının durumu
2. Tümörün büyüklüğü
3. Paraservikal dokuların etkilenmesi
4. İnvazyonun derinliği
5. Lenfovasküler alanın invazyonunun olup olmaması

2.1.5. Servikal kanser için risk faktörleri:

Servikal kanser için risk faktörleri şunlardır: (39)

- Human Papillomavirus
- Sigara
- Herpes Simpleks tip-2
- Diğer cinsel yolla bulaşan ajanlar
- Vitamin-C,A, beta karoten ve folat eksikliği
- Oral kontraseptifler
- Sosyoekonomik düzey yetersizliği
- Siyah ırk
- Erken yaşlarda cinsel ilişki
- Çok eşlilik
- Eşin çok eşli olması

- Kötü hijyen

Sigaraya bağılı serviks kanseri riskinin kontrol grubuna göre 2-3 kat arttığı çalışmalarla gösterilmiştir (40). Sigara içimi ve HPV enfeksiyonu birlikteliğinin CIN-II, III gelişiminde birbirilerinin etkilerini arttırdığı düşünülmektedir. Servikal kanserle cinsel yaşam arasındaki ilişki çalışmalarla ortaya konmuştur. Özellikle bekar yaşayan çok eşli kadınlarda ve erken evlenenlerde servikal kanser gelişme riski yüksektir. 16 yaşından önce evlenen kadınlarda servikal kanser riski, 20 yaşından sonra evlenenlerden iki kat daha fazladır, ayrıca eş sayısı ile direkt ilişkilidir. Bu da cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarla daha uzun süre temasa bağılıdır. Cinsel geçişli enfeksiyonlardan en popüler olanı HPV'dir .

Oral kontraseptif kullananlarda servikal kanser riskinin arttığını, artmadığını ve oral kontraseptif kullanımının sıkça yapılan kontroller sayesinde yakalanma oranını arttırdığını savunan çalışmalar vardır (24). Oral kontraseptiflerin özellikle servikal adenokanser oluşumunda risk faktörü olabileceği iddia edilmiştir (41).

2.1.6. Tarama

2.1.6.1. Taramanın Başlangıcı

Yüksek dereceli servikal lezyonlar hemen tamamen cinsel aktivite ile geçen HPV enfeksiyonu ile ilişkilidirler ve bu lezyonlar, HPV ile karşılaştıktan ancak üç-beş yıl sonra oluşurlar. Bu nedenle tarama cinsel aktivitenin başlangıcından üç yıl sonra ya da en geç 21 yaşında yapılmalıdır (42). Adölesanlar hakkında ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists), pelvik incelemenin şart olmadığını, fakat cinsel yaşam hakkında doğru bilgi alınmasının önemli olduğunu belirtmiştir (43).

2.1.6.2. Tarama Aralığı

Seçilen teste, önceki test sonuçlarına ve risk faktörlerinin varlığına göre belirlenir. ACS'e göre, konvansiyonel sitoloji ile yılda bir veya sıvı bazlı smear ile iki yılda bir tarama yapılmalıdır. Üç dökümante edilebilen teknik yeterli negatif smear varlığında, 30 yaş ve üstü kadınlarda iki-üç yıl aralarla tarama yapılabilir. Kombine test sonucu normal olan 30 yaş üstü kadınlarda tarama aralığı henüz bir standart pratik olmamasına rağmen, uzatılabilir. ACOG'a göre, 30 yaş altı kadınlarda seçilen tarama yöntemine bakılmaksızın yıllık tarama yapılmalıdır (44). 30 yaş üstünde, CIN-II/ III hikâyesi, DES (Diethylstilbestrol)'e maruziyeti ve immünsupresyonu olmayan üç negatif smearli kadınlarda aralık iki-üç yılda bir'e uzatılabilir.

USPSTF (US Preventive Services Task Force)'e göre en az iki negatif yıllık smeari olan herhangi bir yaştaki kadınlarda aralık üç yılda bir uzatılabilir. İmmüsupresse ya da HIV tanısı alan kadınlarda ilk yıl iki kez, test sonuçları negatif ise yılda bir kez smear alınmalıdır (45).

2.1.6.3. Taramanın Kesilmesi

Bu konuda belli bir konsensus yoktur. USPSTF'e göre tarama 65 yaşında bırakılabilir (46). ACS'e göre üç ya da daha fazla dökümente edilebilen teknik yeterli negatif smear ve son 10 yılda normal negatif test sonuçları varlığında tarama 70 yaşında kesilmelidir (46). ACOG ise yıllık pelvik muayene ve risk faktörlerinin değerlendirilmesine bağlı olarak bireye göre davranılmasını önermiştir (44). Bununla beraber inutero DES'e maruz kalmış ya da immüsuprese 70 yaş üstü kadınlarda yıllık taramaya devam edilmelidir. HPV-DNA testi (+) olan kadınlarda da yine taramaya devam edilmelidir. Herhangi bir nedenle yaşam beklentisi sınırlı olan kadınlarda (zaten servikal kanser tedavisini tolere edemeyeceğinden) tarama endike değildir (46).

2.1.6.4. Histerektomi Sonrası:

Servikal kanser nedeniyle histerektomize olan kadınlarda başlangıçta 3 aylık aralarla monitorizasyon daha sonra ise yıllık izlem yapılmalıdır. CIN II/III nedeniyle histerektomize olan kadınlarda dört-altı ay aralarla vajinal epitelin sitolojisi, vulvar ve perianal epitelin inspeksiyonu yapılmalıdır. Üç yeterli negatif sonuç varlığında yıllık taramaya geçilebilir. Yıllık taramalara üç kez negatif sonuç alınıncaya kadar 5 yıl devam edilmelidir (44). Neoplastik olmayan nedenlerle histerektomize olmuş kadınlarda yapılan çalışmalar göstermiştir ki; bu kadınlarda smear sonuçları özellikle vajinal epiteldeki atrofiye bağlı olarak önemli oranda yalancı pozitif gelmiştir. Yapılan biopsilerde ise vajinal intraepitelyal neoplazi-1 (VAIN-1) gelmiştir ve VAIN-3'e hiç rastlanmamıştır. Buna bağlı olarak hastalar gereksiz tedavi edilmişlerdir. VAIN nadir bir kanser olan tubal kanserden daha az sıklıkta görülür. Bu nedenle önceki sitolojilerinde HSIL izlenmeyen hastalar histerektomiden sonra sitolojik açıdan taranamayabilir (44-46). Subtotal histerektomi yapılmış olgularda serviks intakt olgulardaki rehber geçerlidir.

2.1.7. Korunma

Korunmada ise cinsel yolla geçiş gösteren hastalıklara karşı tedbir alma, sigarayı bırakma, premalign lezyonların etkin takip ve tedavisi önemlidir. Son yıllarda HPV'ye karşı geliştirilen aşılar da korunmada önemli rol oynayacak gibi görünmektedir.

2.2. Prostat Kanseri

2.2.1. Epidemiyoloji

Prostat kanseri dünyada 4. en sık görülen erkek malignitesidir (47). İnsidans ve mortalite oranları ırk, diyet alışkanlığı, yaşam tarzı, coğrafya, tarama çalışmaları ve önleyici tedavi gibi nedenlerden dolayı farklı etnik popülasyonlarda ve ülkelerde değişkenlik gösterir. 1990'ların başından itibaren yeni tanısal yöntemler ve gelişen tedaviler sayesinde hastalığın insidansında, tanı anındaki evresinde ve mortalite oranlarında anlamlı düzelmeler olmuştur. En düşük insidans başta Japonya ve Çin olmak üzere Asya ülkelerindeyken (1,9/100.000), İskandinav ülkeleri ve Kuzey Amerika'da, özellikle Afrika kökenli Amerikalılarda bu oran en yüksek seviyededir (272/100.000). Prostat kanseri nedeniyle mortalite oranlarına bakacak olursak en yüksek oran İsve'teyken (23/100.000 yıl) en düşük oran Asya ülkelerindedir (<5/100.000 yıl) (48). Ülkemizde İzmir ilinde yapılmış ilk ve tek insidans çalışmasında prostat kanseri en sık görülen 5. kanser olarak tespit edilmiş ve 1995–1996 yılları arasında insidans 9,1/100.000 olarak bildirilmiştir (49). Prostat kanser insidansı 1995'ten beri yıllık yaklaşık % 1,7 artış gösterirken, mortalite oranı 1994'ten bu yana her yıl için % 4 azalmaya devam etmektedir (50).

Prostat kanseri 50 yaş altı erkeklerde nadiren görülürken (% 0,1), pik insidansı 70–74 yaş arasında yapar ve tanı konulan hastaların % 85'i 65 yaş üzerindedir (51). Prostat spesifik antijen ölçümünün tanımlanmasıyla birlikte 50–59 yaş arası erkeklerde prostat kanser insidansı belirgin şekilde artmıştır (52). Yeni tarama çalışmalarıyla birlikte prostat kanserine daha erken yaşta tanı konulur hale gelinmiştir ve lokal bölgesel hastalığın insidansı artarken metastatik hastalığın insidansı azalmıştır. Günümüzde yeni tanı konulan olguların % 75'ini palpe edilemeyen kanserler oluşturmaktadır (53). Bu değişikliklere paralel olarak klinik lokalize prostat kanser insidansı artmış ve radikal prostatektomi ile tedavi edilmiş erkeklerin yüzdesi 1983'de % 7'den 1992'de % 32'ye yükselmiştir (52). Tarama yapılan popülasyonda mortalitede belirgin azalmayı gösteren randomize kontrollü çalışmalar olmaması nedeniyle prostat kanseri taraması modern tıbbın en çok tartışılan konularından

biridir. Bu düşünceyi savunanlar, erken tanının mümkün olabileceğini ve uygun tedaviyle kür sağlanabilecek hasta sayısının artabileceğine inanmaktadırlar. Karşı düşüncede olanlar ise erken tanının prostat kanserinin mortalitesinde değişikliklere yol açtığına dair kanıtların olmadığını ve gereksiz tedavinin yarardan çok zarar verebileceğini ileri sürmüştür (54,55). Sonuç olarak son yıllardaki gelişmeler prostat kanseri insidansında artışa ve tanının erken evrelere kaymasına neden olmuştur.

2.2.2. Risk Faktörleri

Prostat kanseri etyopatogenezinde rol alan spesifik nedenler henüz tam olarak bilinmemekle beraber genetik ve çevresel faktörlerin hastalığın gelişiminde önemli rol oynadığına dair önemli kanıtlar bulunmaktadır.

2.2.2.1. Heredite

Ailede prostat kanser öyküsü olması, hastalığın gelişmesi için en büyük risk faktörü olarak kabul edilir ve bu erkeklerin erken yaşta ve sık aralıkla yapılan PSA tarama testinden, genel popülasyona göre daha fazla yarar görebileceği kabul edilir (56,57).

2.2.2.2. Enflamasyon, İnfeksiyon ve Genetik Yatkınlık

Kronik enflamasyonda hücresel aşırı çoğalma, zedelenmiş dokunun yerini alarak kolon, özefagus, mide, prostat, mesane ve karaciğerde enfeksiyonla ilgili kanser gelişimine katkıda bulunur (58). Prostat spesimenlerinde enflamasyonla karakterize proliferatif enflamatuvar atrofiye sıkça rastlanır (59). Proliferatif inflamatuvar atrofi aynı zamanda, yüksek grade prostatik intraepitelyal neoplazi veya erken kanser dokularına komşu olarak bulunabilir ve bu patolojik durumlar arası genetik geçiş tanımlanmıştır (60).

2.2.2.3. Androjenler

Androjenler prostatın gelişimini, maturasyonunu ve devamlılığını sağlayan başlıca hormonlardır. Yüksek androjen seviyesinin prostat kanser riskini artırıp arttırmadığını belirlemek için çok sayıda çalışma yapılmıştır ancak kesin ilişki saptanamamıştır. Prostat Kanseri Çalışma Grubu tarafından 2008 yılında yapılan, endojen seks hormonları ile prostat kanseri arası ilişkiyi araştıran çok merkezli prospektif çalışmada arada bir ilişki olmadığı bildirilmiştir (61).

2.2.2.4. İnsülin Benzeri Büyüme Faktörü

İnsülin benzeri büyüme faktörü-1'in (IGF-1) hem normal hem transforme prostat epitelyal hücrelerinde mitojenik ve antiapoptotik etkileri vardır. Yapılan bir prospektif çalışma serumdaki IGF-1 miktarındaki 100 ng/ml'lik bir artışın prostat kanseri riskini 2 kat arttırdığını göstermiştir (62).

2.2.3. Tanı

Prostat kanserinin erken tanısında kullanılan yöntemler parmakla rektal muayene (PRM), serum PSA seviyesi ve transrektal ultrason (TRUS) eşliğinde yapılan prostat biyopsisidir. PRM ve serum PSA seviyelerinin beraber kullanımı prostat kanser riskini değerlendirmede ilk aşamada en yararlı parametrelerdir (63). TRUS prostat kanserinin erken tanısında düşük prediktif değer olması nedeniyle ilk aşamada tarama amaçlı kullanılmaz (64). Prostat kanserinin kesin tanısı biyopsiyle konur. Biyopsiler TRUS ya da parmak eşliğinde transrektal yoldan tru-cut biyopsi iğneleriyle yapılır (65).

2.2.4. Prostat Kanserinde Prostat Spesifik Antijen (PSA)'nı Kullanımı

PSA prostat epiteline üretilen bir glikoproteindir. PSA, prostat kanseri taramasında ve prostat kanserli hastaların klinik takibinde kullanılan en önemli tümör markıdır. 40 yaşından itibaren siyah erkeklerde ve ailesinde prostat kanseri öyküsü bulunan beyaz erkeklerde PSA taraması yapılmalıdır. Eğer ailede prostat kanseri riski yoksa 50 yaşında taramaya başlanması önerilmektedir. Yüksek PSA değerleri doğrulanmışsa, hastaların biyopsiye gönderilmesi gerekir (66-68).

PSA seviyeleri metastatik hastalığın varlığını da gösterir. PSA değeri 20ng/mL olan ve yeni tanı almış prostat kanserli hastalarda kemik metastazı %2'den daha az olduğundan, bu hastalarda kemik taraması da önerilmemektedir.

Serbest PSA oranının özellikle, ilk biyopsisi negatif fakat aslında prostat kanseri olan hastalarda kullanımı faydalıdır. Yüksek serbest PSA oranlarına sahip benign hastalıkta daha yüksek serbest PSA oranlarına karşın, malign hastalıkta serbest PSA oranları azalmaktadır. Serbest PSA oranlarının kullanımı, 4-10ng/mL arasında gri zondaki PSA değerlerine sahip erkeklerde gereksiz biyopsilerin sayısını da azaltabilir. Malign hastalıktan şüphelenen vakalarda, düşük sPSA değerleri yüksek malign hastalık riskini göstereceğinden, tekrarlanan biyopsi ile kanser tanısı kanıtlanabilir (66-69).

2.3. Kolon kanseri

2.3.1 Epidemiyoloji

Kanser bütün dünyada önemli bir halk sağlığı problemidir. Kolorektal kanserler tüm dünyada üçüncü sıklıkta görülen kanserlerdir. Görülme sıklığı olarak, bütün kanserlerin %8.9'unu kolorektal kanserler oluşturmaktadır (70). Avrupada kadınlarda meme kanserinden sonra ikinci sırada kolorektal kanserler görülmektedir. Kolorektal kanser her iki cinste de kanserden ölüm sebepleri arasında ikinci sıradadır. Avrupada 2006 yılında 1.7 milyon insan kanser nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Bunların 207.400'ü kolorektal kanser sebebiyle ölmüştür (71).

Kolon kanseri görülme sıklığı yaşla birlikte artar. Sporadik kolon kanseri insidansı 45 veya 50 yaşından sonra dramatik olarak artmaktadır. Tüm dünyada yaşa göre kolon kanseri insidansı kadınlarda erkeklere göre daha düşüktür (72).

Coğrafik farklılıklar kolon kanseri insidansında önemli rol oynamaktadır. En yüksek ve en düşük insidans bölgeleri arasında 30-40 kat fark görülmektedir (72). Genel olarak değerlendirildiğinde kolon kanseri insidansı ve mortalite oranları gelişmiş batı ülkelerinde en yüksektir. Bu durum yağ ve kırmızı etten zengin diyet, obezite ile sonuçlanan düşük fiziksel aktivite ve yaşam süresinin uzunluğu ile ilişkili olabilir. Gelişmiş ülkelerde fazla miktarda yağ tüketimi kolon kanseri için artmış riske yol açarken, gelişmekte olan ülkelerde sıklıkla vejeteryan diyet koruyucu rol oynamaktadır (70).

2.3.2. Etiyoloji

Kolon kanserinin etiyojisinde genetik ve çevresel risk faktörleri rol oynamaktadır. Bu faktörler uzun yıllar içerisinde normal mukozadan premalign adenomatöz polipler ve aşikar kolon kanseri gelişmesine zemin hazırlayabilirler. Kolon kanseri için risk faktörleri Tablo 1' de gösterilmiştir (73).

Tablo 1. Kolon kanseri için risk faktörleri

-
- 50 yaşın üzerinde olmak
 - Kişisel kolorektal kanser öyküsü
 - Polipler
 - Kolorektal kanser veya adenomatöz polipler için aile öyküsü
 - İnflamatuvar barsak hastalıkları
 - Crohn hastalığı
 - Ülseratif kolit
 - Önlenebilir risk faktörleri
 - Fazla yağlı diyet
 - Sebze ve meyveden fakir diyet
 - Fiziksel inaktivite
 - Obezite
 - Sigara kullanımı
 - Alkol
-

2.3.2.1 Diyet

Obezite ve total kalori alımının kolon ve rektum kanseri için bağımsız risk faktörleri olduğu kohort ve vaka kontrol çalışmalarında gösterilmiştir (74,75). 1970'lerin başında Burkit, diyetteki fiberin kolon kanserine karşı koruyucu olabileceği hipotezini ileri sürmüştür. Onun bu hipotezinin temelinde, fiberden zengin sebze ve tahıllarla beslenen Afrika yerlilerinde kolon kanserinin nadir görülmesi yatmaktadır (76). Bu hipotezi değerlendirmek için birçok epidemiyolojik çalışma yapılmıştır. Özellikle vaka kontrol çalışmalarında diyetteki fiberin koruyucu etkisi gösterilmesine rağmen (77), diğer çalışmalarda bu bulgu desteklenmemiştir (78-84). Neticede elde edilen kanıtların büyük bölümü, diyet fiberinin kolon kanseri gelişme riskinde öneminin tartışmalı olduğunu ortaya koymaktadır (72). Kırmızı et ve yağdan fakir, sebze ve meyvelerden zengin gıdalarla beslenmek kolon kanserine karşı koruyucu rol oynayabilir. Kolon kanseri riskine sahip hastalar günlük 400 µgr folik asit desteğinden yarar görebilirler. Kalsiyum ve vitamin D kolon kanseri riskini azaltabilir. Süt, somon balığı ve ton balığı kalsiyum ve vitamin D için zengin besinlerdir. Yoğurt ve peynir gibi süt ürünleri de kalsiyumdan zengindir ve tüketilmesi kolon kanserine karşı koruyucu olabilir (85).

2.3.2.2 Yaşam tarzı

Yapılan çalışmalarda, uzun süreli fiziksel aktivitelerin kolon kanseri riskini azalttığı belirlenmiştir (86). Ancak rektum kanseri ile fiziksel aktivite arasındaki ilişki yeterince açık değildir (87). Alkol kullanımı kolorektal kanser riski ile ilişkili olabilir ve bu potansiyel olarak değiştirilebilir bir risk faktörüdür (88).

Birçok epidemiyolojik çalışmada, sigara kullanımı ile kolon kanseri için sıklıkla prekürsör lezyon olan adenomatöz polip gelişimi arasında pozitif ilişki gösterilmiştir. Ancak kolon kanseri ile sigara arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmaların çoğunda sonuçlar çelişkilidir (89). Yine epidemiyolojik çalışmaların çoğunda, kahve veya çay kullanımı ve miktarı ile kolon kanseri riski arasında bir ilişki saptanmamıştır (72).

2.3.2.3 Herediter predispozisyon

Kolon kanseri, batı toplumlarında en sık görülen kanserlerden biridir. Kolon kanseri olan hastaların yaklaşık %20'sinin etiyolojisinde genetik faktörlerin rol oynadığı tahmin edilmektedir (90). Genetik faktörler adenomatöz poliplerin ve kolon kanserinin başlamasında, gelişiminde ve progresyonunda önemli rol oynar. Kolon kanseri için aile öyküsüne sahip olmak, yaşam boyu artmış kolon kanseri riskiyle ilişkilidir (91).

2.3.3. Teşhis

Kolon kanseriyle ilişkili semptomlar; alt gastrointestinal kanama, barsak alışkanlıklarında değişiklikler, abdominal ağrı, kilo kaybı, iştahsızlık, halsizlik ve özellikle alarm semptomu olan obstruktif semptomları içerir.

Fizik muayene ile rektumda taze kan (genellikle sol kolon kanserlerinde) veya melena (genellikle sağ kolon kanserlerinde) belirlenebilir. Lenfadenopati, hepatomegali, sarılık ya da pulmoner bulgular metastatik hastalığa işaret edebilir. Laboratuvar testlerinde demir eksikliği anemisi, elektrolit bozuklukları ve karaciğer fonksiyon anormallikleri belirlenebilir. Karsinoembriyonik antijen (CEA) seviyeleri yükselebilir ve şayet cerrahi sonucunda normale gelmişse postoperatif takipte en önemli yardımcıdır.

Değerlendirme kişisel öykü, aile öyküsü, fizik muayene, laboratuvar testleri, kolonoskopi ve primer teşhis yapıldıktan sonra eğer karaciğer metastazından şüpheleniliyorsa abdominal tomografiyi içermelidir (72).

2.3.5 Tarama yöntemleri

Kolon kanserinden ölüm hastalığın metastaz yapmadığı erken evrede tanı konulmasıyla önlenabilir. Kansere sebep olan kolon adenomlarının tespit edilmesi ve çıkarılması bu hastalığı önleyebilir (92). Kolon kanseri taraması 50 yaş ve üzerindeki tüm bireyler için tavsiye edilmektedir (93). Genel olarak birkaç tarama modalitesi uygulanmaktadır. Bunlar; gaitada gizli kan testi, rektosigmoidoskopi, çift kontrast baryumlu grafi ve kolonoskopidir.

Gaitada gizli kan testi kolorektal adenomlar ve karsinomlar için tek başına uygulandığında düşük sensitiviteye sahiptir. Ancak tekrarlayan testlerle gaitada gizli kan testinin başarısı artırılabilir (94). İngiltere ve Danimarka'da yapılan çalışmalarda kanser gelişen hastaların %27' sinde gaitada gizli kan testi pozitif bulunmuştur (95,96).

Fleksible sigmoidoskopi, sedasyon ve hemodinamik monitörizasyon gerektirmez. Rektum, sigmoid kolon ve splenik fleksuraya kadar inen kolonun görüntülenmesini sağlar.

Kolon grafisi ile tüm kolon görüntülenebilir. Polipoid lezyonlar ve kitleler çift kontrast baryumlu grafi ile belirlenebilir. Bununla birlikte küçük polipler gözden kaçabilir. Çapı 1 cm' den büyük poliplerde bile çift kontrast baryumlu kolon grafisinin sensitivitesi yaklaşık % 50' dir (97).

Kolonoskopi en sensitif ve spesifik tarama testidir. Gaitada gizli kan ve sigmoidoskopinin sensitivitesi ve spesifitesi daha düşüktür. Kolonoskopi, kolon kanseri veya büyük poliplerin çoğunu diğer tarama testlerinden daha iyi belirler. Tümörün direk görüntülenmesi, poliplerin çıkarılabilmesi ve biopsi uygulanabilmesi bu yöntemin avantajlarıdır (93).

Herhangi bir gizli veya akut gastrointestinal kanaması olmayan, kolon kanseri ve adenomatöz polipler için kişisel veya aile öyküsü bulunmayan, 50 yaşın üzerindeki erkek ya da kadın ortalama riskli hasta olarak tanımlanır. Kolon kanseri için aile öyküsüne sahip olmak, bireyin kolon kanseri riskinin artmış olduğunun en önemli klinik kanıtıdır. Riskin büyüklüğü kolon kanserli birinci derece akrabalarının sayısı ve bunların tanı anındaki yaşı ile bağlantılıdır. Yakın zamanda yayımlanan bir meta-analizde, sadece bir tane birinci derece akrabasında kolon kanseri olan bireylerin genel popülasyona göre yaklaşık 2,25 kat daha fazla risk altında olduğu bildirilmiştir (98). Birden fazla birinci derece akrabasında kolon kanseri olan bireylerde bu risk genel popülasyona göre yaklaşık 4,25 kat daha fazladır (98). Kolon kanseri taraması için geliştirilen klinik klavuzlarda ortalama riskli bireylerde olduğu gibi

artmış riske sahip bireylerde de benzer tarama programlarının uygulanması önerilmektedir (99). Fakat artmış riske sahip bireylerde taramaya 40 yaşında başlanması tavsiye edilmektedir. Bu grupta kolonoskopi 3-5 yıllık aralıklarla tekrar edilmelidir. Ortalama riskli bireyler için ise her 10 yılda bir kolonoskopi yapılması önerilmektedir (100). Kolon kanseri için tarama stratejileri Tablo 2’de gösterilmiştir (72).

Tablo 2. Ortalama ve Artmış riskli hastalarda kolon kanseri taraması için öneriler

Risk Sınıfı	Risk Faktörleri	Öneriler
Ortalama risk	50 yaşında veya daha yaşlı, yüksek risk faktörlerine sahip olmayan, asemptomatik kişiler.	Yıllık gaitada gizli kan testi, 5 yılda bir Fleksible sigmoidoskopi veya 10 yılda bir kolonoskopi ya da 5 yılda bir çift kontrast baryumlu grafi önerilir.
Artmış Risk	Kolon kanseri veya polipler için aile öyküsü olanlar	40 yaşından itibaren ya da ailesinde en erken kolon kanseri tanısı alan hastadan 10 yaş erken dönemde başlayarak her 5 yılda bir kolonoskopi önerilir.
	Familiyal adenomatöz polipozis	10-12 yaşından itibaren fleksible sigmoidoskopi önerilir.
	Hereditör nonpolipozis kolorektal kanser	20-25 yaşından itibaren her 1-2 yılda bir kolonoskopi. Genetik testler.
	Kişisel adenomatöz polip öyküsü	1 veya 2 polip (<1cm) varsa 5 yılda bir kolonoskopi, 3 veya daha fazla polip varsa 3 yılda bir kolonoskopi yapılmalıdır.
	Kişisel kolon kanseri öyküsü	Obstruksiyondan dolayı kolon kanseri teşhisi sırasında kolonoskopi tamamlanamamışsa, cerrahi rezeksiyondan 6 ay sonra kolonoskopi tekrarlanır. Kolon kanseri teşhisi sırasında kolonoskopi tamamlanmış ise 3 yıl sonra tekrarlanır ve normal ise 5 yılda bir kolonoskopi tekrarlanır.
	İnflamatuvar barsak hastalığı	Pankolitli hastalarda 8 yıldan sonra başlanarak her 1-2 yılda bir, sadece sol kolon tutulmuşsa 15 yıldan sonra her 1-2 yılda bir kolonoskopi yapılır.

2.3.8 Prenatal faktörlerin kolon kanseri gelişimi üzerine etkisi

Başta çocukluk çağı kanserleri olmak üzere bazı kanserlerin prenatal faktörlerle ilişkisi çalışmalarla ortaya konmuştur. Günümüzde, başta ileri anne ve ileri baba yaşı olmak üzere bazı prenatal faktörlerin doğan çocuğu kolon kanseri gelişimine yatkın hale getirip getirmediği bilinmemektedir.

2.4. Meme Kanseri

2.4.1. Epidemiyoloji

Meme kanseri kadınlar arasında en sık görülen kanser olup yeni tanı alan kanserlerin yaklaşık %26'sını oluşturmaktadır. Dünya genelinde meme kanseri insidansı Kuzey Amerika ve Kuzey Avrupa'da en yüksek, Asya ve Afrika'da en düşüktür (101). Tarama amacıyla mamografi kullanımına ve agresif adjuvan tedavilere bağlı olarak 1975'ten bu güne meme kanseri mortalitesi azalmıştır (102).

2.4.2. Meme Kanseri Risk Faktörleri

2.4.2.1. Yaş ve cinsiyet

Yaş ve cinsiyet meme kanseri gelişimi ile ilgili en önemli risk faktörleridir. Meme kanseri kadınlarda erkeklerden 100 kat daha sık görülür.

Genç kadınlarda meme kanseri insidansı düşüktür. Yaş 35'ten 65'e ilerlerken meme kanseri riski 6 kat artmaktadır. 60 yaşında her 1000 kadından yaklaşık 17'sinde 5 yıl içinde meme kanseri gelişmesi beklenmektedir (103,104).

2.4.2.2. Irk ve etnik köken

ABD'de meme kanseri tüm etnik gruplarda kadınlar arasında en sık görülen kanser olmasına rağmen ırklar arasında farklılıklar vardır. Görülme sıklığı Asyalı Amerikalılarda 97/100.000 iken, Hintli Amerikalılarda ve Alaska yerlilerinde 55/100.000'dir. Amerikan Kanser Derneği verilerine göre meme kanseri en yüksek oranda beyazlarda görülürken (141/100.000 vaka), siyahlarda daha düşük oranda (119/100.000 vaka) görülür (105,106).

2.4.2.3. Genetik faktörler

Aile öyküsü meme kanseri için önemli bir risk faktörüdür. Buna rağmen pozitif aile öyküsü meme kanserli kadınların sadece %15-20'inde tespit edilmiştir. Anne/ baba tarafından birinci ya da ikinci derece bir akrabada meme kanseri bulunması ile ilişkili risk faktörü, hastanın ve hasta aile bireyinin tanı anındaki yaşı ve meme kanseri olan birinci derece akraba sayısına göre değişir. Örnek olarak birinci derece bir akrabasında meme kanseri olan bir kadında meme kanseri riski 1.8 kat artar. Birinci derece iki akrabada meme kanseri olması, riski 2.93 kat artırır. Meme kanseri tanısı alan genç kadın akrabası olan bir kadında risk en yüksektir. Şöyle ki 30 yaşından önce meme kanseri tanısı alan akraba olması, riski 2.9 kat; 60 yaşından sonra meme kanseri tanısı alan akraba olması, riski 1.5 kat artırır. Benzer şekilde eğer bir kadının kadın akrabasında 40 yaşından önce tanısı konmuş meme kanseri varsa, söz konusu kadının 40 yaşından önce meme kanseri olma riski 5.7 kat artar (107).

Meme kanserlerinin yaklaşık %5-10'u genetik yatkınlığa bağlıdır. Herediter meme kanserlerinin de %40'ı BRCA-1 (Breast cancer gene-1) ve BRCA-2 (Breast cancer gene-2) genetik mutasyonları ile ilişkilidir. p53 ve PTEN (Phosphatase and tensin homolog) tümör supresör genlerdir ve bu genlerin mutasyonu herediter meme kanserlerinin %1'nden azından sorumludur. (108,109).

Normal populasyonda BRCA-1 ve BRCA-2 prevalansı %0,1-0,2 olup, bazı etnik gruplarda bu oran daha yüksek olabilir. Örnek olarak Askenazi Yahudi populasyonunda prevalans %2,5 olarak tespit edilmiştir. BRCA-1 ve BRCA-2 genleri herediter meme kanserlerinin %30-70'nden sorumludur, otozomal dominant genetik geçiş gösterirler. Gen aleli otozomal kromozomlar üzerinde taşınır dolayısıyla geçiş, anne ya da babadan olabilir (108,110).

2.4.2.4. Hormonal faktörler

Meme kanseri ilişkili risk faktörlerinin büyük çoğunluğu, kadın üreme hormonlarına artmış maruziyet ile ilişkilidir. Yüksek konsantrasyonda endojen östrojene uzamış maruziyet meme kanseri riskini artırır. Menarş yaşı, gebelik ve laktasyon durumu, menapoz yaşı meme kanseri gelişiminde önemli risk faktörleridir (109,111).

2.4.2.4.1. Menarş yaşı

Menarş yaşı, ne kadar erken ise meme kanseri riski o kadar artmıştır. Bir çalışmada menarş yaşında her iki yıllık gecikmenin kanser riskini %10 azalttığı gösterilmiştir (112).

2.4.2.4.2. Menapoz yaşı

Meme kanseri riski yaşla artar fakat menopozla meme kanseri riski menopoz öncesi dönemin 1/6'na iner. Kırkbeş yaşında doğal menapoza giren bir kadının meme kanseri riski, 55 yaşından sonra menapoza giren bir kadının yarısı kadardır (109). Erken menarş ve geç menopoz hayat boyu ovulatuvar siklus sayısının fazlalığı, over hormonlarına uzamış maruziyet ve artmış meme kanseri riski ile ilişkilidir.

2.4.2.4.3. İnfertilite

Genel populyasyonda infertilite ve meme kanseri riski arasında tutarlı bir ilişki saptanmamıştır (113).

2.4.2.4.4. Gebelikle ilişkili faktörler

Hiç doğum yapmamış kadınlarla kıyaslandığında en az bir tane tam zamanlı gebeliği olan kadınlarda meme kanseri riski %25 azalmıştır. Gebelik sonrası meme kanseri riski geçici olarak artar. Gebelik sırasında artmış risk, subklinik kanserlerde yüksek seviyedeki hormonların etkisine bağlı olabilir. Bu risk 10 yıldan sonra ortadan kalkar ve gebeliğin koruyucu etkisi hayat boyu devam eder. Gebelik sayısı arttıkça meme kanseri riski azalır (109).

Emzirme, özellikle de emzirme süresinin uzun olmasının meme kanseri riskini azalttığı tespit edilmiştir (109,114).

2.4.2.4.5. Endojen hormon düzeyleri

Menapoz öncesi ve menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda endojen hormon düzeyleri ile ilgili çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Postmenapozal kadınlarda dolaşan hormon (östrojen ve testosteron) düzeyleri ile meme kanseri arasında kuvvetli bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Obez postmenapozal kadınlar, yağ dokusunda adrenal androjenlerin östrojene dönüşmesi sonucunda yüksek östrojen düzeyine sahiptir ve bu nedenle obez olmayan postmenapozal kadınlara göre daha yüksek meme kanseri riskine sahiptirler (115,116).

2.4.2.4.6. Ekzojen hormonal faktörler

Oral kontraseptif ilaç (OK), birçok epidemiyolojik çalışma OK kullanımı ve meme kanseri riski arasında bir ilişki göstermekte başarısız olmuştur. Bir çalışmada OK kullanmakta olan kadınlarda meme kanseri rölatif riskinde (RR=1,24) küçük fakat anlamlı bir

fark tespit edilmiştir. Yapılan farklı araştırmalarda ise OK kullanımı ile meme kanseri riski arasında anlamlı bir ilişki gösterilememiştir (117,118).

Hormon replasman tedavisi (HRT) alan postmenapozal kadınlarda meme kanseri riski almayanlara göre artmıştır (109,119).

2.4.2.5. Premalign lezyonlar

Non-proliferatif lezyonlar (fibrokistik değişiklikler, soliter papillom, basit fibroadenom) artmış meme kanseri riski ile ilişkili bulunmamıştır. Non-invaziv ya da invaziv meme kanserinin önemli prekürsörleri proliferatif lezyonlardır. Atipisiz proliferatif lezyonlarda (kompleks fibroadenom, orta-ağır hiperplazi, intraduktal papillom) meme kanseri riski 2 kat; atipili proliferatif lezyonlarda (atipik lobüler/ duktal hiperplazi) 4-6 kat artmıştır (109,120).

2.4.2.6. Yaşam biçimi ve diyetsel faktörler

Son 20 yılda yapılan çalışmalarda diyet ve fiziksel aktivitenin sporadik meme kanseri etiyolojisinde rol oynadığı tespit edilmiştir. Adolesan ve geç erişkinlikte egzersiz yapmanın sporadik meme kanseri riskini %20 azalttığı gösterilmiştir (109).

Yapılan çalışmalarda alkol tüketimi ile meme kanseri riski arasında ilişki olduğu gösterilmiş ve riskin tüketilen alkol miktarı ile doğru orantılı olduğu tespit edilmiştir (109).

Premenapozal dönemde obesite, düzensiz menstrual siklus ve artmış anovulatuvar sikluslarla ilişkilidir ve bu durumun meme kanserinden koruyucu olduğu düşünülmektedir. Fazla kilo ve erişkin dönemde kilo alımı artmış meme kanseri riski ile ilişkilidir. Yeni veriler menapoz sonrası kilo vermenin meme kanseri riskini azalttığını göstermiştir (121).

2.4.2.7. Çevresel faktörler

Puberte öncesinde diklorodifenil trikloretan (DDT) gibi pestisitlere maruziyet artmış meme kanseri riski ile ilişkili bulunmuştur. DDT zayıf östrojenik ve lipofilik olup vücutta uzun yıllar kalabilmektedir (122,123).

2.4.2.8. Kişisel kanser yks

Bir kişiye daha önce meme kanseri tanısı konmuş olması, o kişide bunu takip eden ikinci meme kanseri gelişimi için önemli bir risk faktörüdür. İkinci primer meme kanseri

gelişme riski endometrium, over veya kolon kanseri öyküsü olanlarda olmayanlara göre daha yüksektir (123).

2.4.2.9. İyonize radyasyona maruziyet

Tanısal ya da teropatik amaçla radyasyona 40 yaşından önce maruziyet meme kanseri riskini artırır (109).

2.4.3. Prognostik faktörler

Prognostik faktörler hastaların aldığı tedaviden bağımsız olarak hastalığın seyrini belirler. Tümörün metastaz, invazyon ve proliferasyon yeteneğini gösterir. Prediktif faktörler ise belirli bir tümörün spesifik tedaviye yanıtını belirler. Dolayısıyla bazı belirteçler hem prognostik hem de prediktif faktör olarak kullanılabilir (124,125).

Lenf nodu durumu, tümör çapı, tümör tipi ve grade'ni içeren histopatolojik özellikler ve hormon reseptör durumu meme kanseri ile ilişkili iyi bilinen prognostik faktörlerdir. Ayrıca hormon reseptör durumu, hormonal tedaviye yanıtı gösteren güçlü bir prediktördür (126).

2.4.3.1. Meme kanserinin evresi

TNM evreleme sistemi çok güçlü bir prognostik faktördür. Yeni tanı konmuş meme kanserli hastada 5 yıllık survival oranı hastalığın evresinden yüksek oranda etkilenir. Evre 1 meme kanserli hastada 5 yıllık survival %87 iken, evre 2a, 2b ve evre 3a, 3b'deki oranlar sırasıyla %78, %68, %51 ve %42'dir (125).

2.4.3.2. Aksiller lenf nodu tutulumu

Aksiller lenf nodu tutulumu negatif olan meme kanserli hastalarda 10 yıl içinde rekürrens %10-20 iken, lenf nodu pozitif olan hastalarda bu oran %70'dir. Lenf nodu tutulumu olmayan hastalarda 5 yıllık sağkalım %92 iken, 1-3 lenf nodu pozitif hastada %81 ve 4 ve daha fazla lenf nodu pozitif hastada ise oran %57'dir (125-127).

2.4.3.3. Tümör çapı

Tümör çapı, lenf nodu tutulumundan bağımsız olarak çok önemli bir prognostik faktördür. Lenf nodu tutulumu negatif olan 13000 hasta ile yapılan bir çalışmada tümör çapı <

1cm olanlarda 5 yıllık genel sağkalım yaklaşık %99, tümör çapı 1-3 cm olanlarda %89 ve tümör çapı 3-5 cm olanlarda %86 olarak bulunmuştur. Tümör çapı arttıkça hastalığın nüks oranı artmakta ve sağkalım süresi kısalmaktadır (125,128).

2.4.3.4. Tümör tipi ve grade'i

İnvaziv meme tümörünün patolojik özelliklerinin prognostik önemi olduğu gösterilmiştir fakat klinik evre, lenf nodu durumu ve tümör çapından daha zayıf etkilidir. Meme kanserinin nadir görülen tübüler, papiller ve medüller alt tipleri iyi prognozla ilişkilidir ve uzun dönem rekürrens oranları %10'un altındadır (125).

2.4.3.5. Hormon reseptör durumu

Hormon reseptör durumunun (östrojen reseptörü=ER, progesteron reseptörü=PR) prognoz üzerine etkisi karmaşıktır. Östrojen reseptörü pozitif tümörü olan hastalarda 5 yıllık hastaliksız sağkalım %74, 5 yıllık genel sağkalım %92 iken; ER negatif tümörü olanlarda 5 yıllık hastaliksız sağkalım %66 ve genel sağkalım %82'dir. Östrojen reseptör durumu zayıf bir prognostik faktördür. Östrojen reseptörü pozitif tümörlerde büyüme hızı yavaştır ve tanıdan sonraki ilk birkaç yılda hastalığın yavaş seyredeceğini gösterir. Östrojen reseptör durumunun, prognostik ve prediktör faktör olarak etkinliği kıyaslandığında adjuvan hormonal tedaviye yanıtı değerlendirmede güçlü bir prediktif faktör olduğu gösterilmiştir (125). Östrojen reseptörünün negatif olması hormonal tedaviye yanıtın zayıf olması ile ilişkilidir (124).

Sonuç olarak ER ve PR durumunun prognostik önemi sınırlıdır. Esas kullanım alanı prediktif faktör olarak hormonoterapiye cevabı belirlemektir (109).

2.4.3.6. Yaş

Bağımsız bir prognostik faktördür. Yapılan iki geniş çaplı çalışmada 35 yaşından genç hastaların daha ileri yaştaki hastalara oranla daha kötü prognoza sahip oldukları tespit edilmiştir (128).

2.4.3.7. Her-2 / neu (C-erbB-2)

Her-2 / neu (Human Epidermal growth factor Receptor 2) onkogeni, epidermal büyüme faktörü reseptörü ailesindedir. Her-2/neu amplifikasyonu olmayan tümörü olan hastalarda prognoz daha iyidir ve aşırı ekspresyon kötü prognozla ilişkilidir (104,124).

C-erbB-2'nin negatif olması trastuzumab tedavisine yanıtızlık için bir prediktif faktör olmakla birlikte tüm C-erbB-2 pozitif tümörler trastuzumab tedavisine sensitif değildir, bu durum meme kanseri genetiğinin ne kadar karmaşık olduğunu gösterir (124).

2.4.4. Semptom ve bulgular

Meme kanseri genellikle ele gelen kitle ya da mamografi anormalliği şeklinde tespit edilir; ancak meme başı akıntısı, meme üzerindeki ciltte değişiklik ya da meme ağrısı ile de kendini gösterebilir. Kiteller meme kanserinin en sık karşılaşılan prezentasyonu olup sıklıkla hastalar tarafından tespit edilir.

Meme başından gelen kanlı veya kansız herhangi bir akıntı sıklıkla altta yatan meme kanseri ile ilişkilidir. Sütsü akıntı daima selim bir nedeni gösterir.

Meme kanseri, hastaların küçük bir bölümünde fizik muayene, mamografi ya da diğer meme görüntüleme yöntemleri ile tespit edilebilen meme kitlesi olmaksızın aksiller kitle ile prezente olabilir (123,129).

2.4.5. Tanı yöntemleri ve tarama önerileri

2.4.5.1. Tanı yöntemleri

Klinik meme muayenesi, mamografi, ultrasonografi (USG) ve manyetik rezonans görüntüleme (MR) meme kanseri tanısını koyabilmek için kullanılan yöntemlerdir.

Klinik meme muayenesi, rutin sağlık kontrolü için doktora başvuran tüm kadınlara yapılmalıdır. Klinik muayene inspeksiyon, meme ve bölgesel lenf nodu palpasyonunu içermelidir. Meme kanserlerinin %14-21'i meme muayenesi ile tespit edilebilir.

Mamografi, kitlenin radyolojik özelliklerini değerlendirmek için kullanılır.

Ultrasonografi, memedeki lezyonun solid/ kistik ayırımı ve lezyon kistik ise kistin basit /kompleks yapısını değerlendirmek için kullanılır.

Manyetik rezonans görüntüleme, okkült meme kanseri odağını tespit etmede sensitif bir yöntemdir. Yüksek maliyeti nedeniyle MR, ortalama riske sahip kadınlarda tarama amacıyla kullanılmaz. Ancak BRCA gen mutasyonu taşıyıcıları gibi yüksek riskli hastalarda

meme kanseri tanısında mamografi ve/veya USG'den daha üstün olduğunu gösteren çalışmalar yapılmıştır (123).

2.4.5.2. Tarama önerileri

Tarama, meme kanserinin erken tanısı ve tedavinin planlanması açısından çok önemlidir. Amerikan Kanser Derneği ortalama riske sahip asemptomatik kadınlarda meme kanserinin erken tanısı için tarama önerilerini en son 2003'te, çok yüksek riske sahip olanların tarama önerilerini ise 2007'de güncellemiştir (131). 2004 yılında yayımlanan rehberde daha önceden aylık yapılması önerilen kendi kendine meme muayenesi önerisi değiştirilmiştir (130). Yirmili yaşların başından itibaren kadınlar, kendi kendine meme muayenesinin yararları ve kısıtlılıkları konusunda bilgilendirilmelidir. Yeni ortaya çıkan bir meme semptomunun doktora bildirilmesinin önemi vurgulanmalıdır. Amerikan Kanser Derneği'nin önerisi, bu bilgilendirmeden sonra her kadının meme muayenesi yapıp yapmamak konusunda kararı kendisinin vermesidir.

Klinik meme muayenesi, 20-30 yaş arası kadınlarda periyodik sağlık taramasının bir parçası olmalı ve en azından her 3 yılda bir yapılmalıdır. Kırk yaş ve üzerindeki asemptomatik kadınların yıllık klinik meme muayenesi yaptırması önerilmektedir. Kırk yaş ve üzerindeki her kadının yıllık mamografi ile taranması önerilmektedir.

Amerikan Kanser Derneği, artmış meme kanseri riski olan kadınlarda taramaya erken başlanması, daha kısa aralıklarla tarama yapılması, USG ve MR gibi ilave yöntemlerle tarama yapılmasını önermektedir (3).

Meme kanseri için yüksek riskli hastaların takip edildiği birçok merkezde düzenli aralıklarla klinik meme muayenesi, meme ultrasonografisi, mamografi ve manyetik rezonans görüntülemeyi de içeren tarama yapılmaktadır. Tarama aralığı genellikle 6 aydır ve bir veya daha fazla yöntemin kullanılması hastanın ihtiyacına göre belirlenmektedir (130).

Tablo 3. Meme kanseri tarama stratejilerinin sensitivitesi (130).

Tarama yöntemi	Sensitivite (%)
MR+mamografi+USG	95
MR	77
Mamografi+klinik muayene	45
Mamografi	36

Manyetik rezonans görüntülemenin doğruluğu konvansiyonel görüntüleme yöntemlerinden fazladır ancak spesifitesi düşüktür. Meme kanseri için yüksek genetik riske sahip kadınlarda gereksiz biyopsileri önlemek için tarama yöntemi olarak MR ve mamografinin birlikte kullanılması çok yararlıdır, özellikle MR’da lezyon tespit edilen hastalar için ikinci değerlendirilmede USG yapılabilir (128).

2.4.7. Meme Kanseri Tedavisi

Primer cerrahi sonrasında kemoterapi, hormonal tedavi veya biyolojik tedavilerle mikrometastatik hastalığın daha sonraki yıllarda nüks etmesini önlemek veya geciktirmek amaçlı uygulanan tedavilere adjuvan tedavi denir. Yaygın bir şekilde uygulanan adjuvan tedaviler son yıllarda meme kanserine bağlı mortalitenin azalmasını sağlamıştır (132). Her-2 neu pozitif hastalarda trastuzumabın adjuvan uygulanmasının nükslerde %50’ye varan azalma sağladığı gösterilmiştir (133).

2.4.7.1. Metastatik meme kanserinde tedavi

Metastatik meme kanseri kemoterapiye en hassas kanser türlerinden biridir. Metastatik meme kanseri tedavisinde kullanılan ilaçlar monoterapi ya da çok ajanlı kemoterapi şeklinde uygulanabilir. Agresif seyreden hastalığı olanlarda yanıt alma olasılığı yüksek kombinasyon kemoterapileri tercih edilir. Her-2 pozitif metastatik meme kanserli hastaların ilk basamak tedavisinde tek ajan trastuzumab veya trastuzumab+ taksan tercih edilen rejimlerindedir (134).

Tablo 4. Metastatik meme kanseri tedavisinde kullanılan ajanlar (134).

İlaçlar
Antrasiklinler (doksorubisin, epirubisin, mitoksantron)
Taksanlar (paklitaksel, dosetaksel)
Vinka alkaloidleri (vinorelbin)
Anti-metabolitler (kapesitabin, tegafur-urasil, 5-FU, gemesitabin, metotreksat)
Alkilleiyici ajanlar (siklofosfamid, sisplatin, karboplatin)
Topoizomeraz inhibitörleri (etoposid)
Trastuzumab

3. MATERYAL VE METOD

Bu çalışma Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi (KTÜ) Farabi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Onkoloji Bilim Dalı tarafından yürütülmüştür. Çalışma protokolü Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokal Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Çalışmamızda Trabzon merkez ve ilçelerinde yaşayan 20-40 yaş arası, 40 yaş üstü, 50 yaş üstü toplam 4282 kadına ve 50 yaş üstü 922 erkeğe (toplam 5204 kişiye) anket yapılmıştır. Anketlerin Trabzon merkezi ve ilçeleri arasındaki dağılımı aşağıdaki tablodaki gibidir:

Tablo 5. Taranan kişilerin il ve ilçelerde yaşa göre sayı dağılımı

İlçeler	20-40 yaş arası kadın	40 yaş üstü kadın	50 yaş üstü kadın	50 yaş üstü erkek
Trabzon merkez	606	594	342	316
Akçaabat	236	256	156	136
Arsin	50	58	36	30
Araklı	100	110	70	58
Beşikdüzü	36	62	42	34
Çarşıbaşı	32	40	24	22
Çaykara	26	38	28	22
Dernekpazarı	6	12	8	8
Düzköy	32	38	24	18
Hayrat	20	22	14	12
Köprübaşı	10	16	12	10
Maça	46	70	48	40
Of	84	108	68	58
Sürmene	54	70	46	38
Şalpazarı	22	40	28	24
Tonya	30	46	30	22
Vakfikebir	46	66	44	36
Yomra	60	70	50	38
Toplam	1496	1716	1070	922

Katılımcılara gruplarına göre serviks kanseri, meme kanseri, kolorektal kanser ve prostat kanseri ile ilgili sorular soruldu. Yapılan ankette gruplarına göre yaş, cinsiyet, meslek, adres, eğitim düzeyi, sosyal güvenliği, ailede kanser öyküsü, kendi kendine meme muayenesi, doktor tarafından meme muayenesi, meme USG/mamografi yaptırma sıklığı, Pap smear testi bilinirliği ve yaptırma sıklığı, gaitada gizli kan testi bilinirliği ve yaptırma sıklığı,

rektosigmoidoskopi bilinirliği ve yaptırma sıklığı, PSA testi bilinirliği ve yaptırma sıklığı soruları sorularak yanıtları alınmıştır. Sonuç olarak 20-40 yaş arası 1496, 40 yaş üştü 1716, 50 yaş üştü 1070 kadına ve 50 yaş üştü 922 erkeğe anket yapılmıştır.

Verilerin istatistiksel analizinde, niteliksel veriler sayı ve yüzde olarak, niceliksel veriler ise standart sapma ile ifade edilmiştir. Verilerin karşılaştırılmasında ise ki-kare uygunluk testi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

4.1.Trabzon Bölgesinde Risk Gruplarının Kansere Erken Tanısına Yönelik Tarama Testlerini Yaptırma Oranları

4.1.1.Bulgular/Kadınlar

Bu çalışmamızda 20 yaş üstü toplam 4282 kadına anket yapıldı. 4282 kadının 1496'sı (%34,9'u) 20-40 yaş arasında, 1716'sı (% 40,2'si) 40-50 yaş arasında, 1070'i (% 24,9'u) de 50 yaş üstünde idi. En yaşlı kadın 100 yaşında idi. 4282 kadının % 65,2'si ev hanımı, % 4,4'ü öğrenci, % 4,4'ü memurdu ve geri kalanı diğer mesleklere sahip idi. 4282 kadının % 31,2'si ilköğretim mezunu, % 30,5'i lise mezunu , % 13,1'i üniversite mezunu , % 13,1'i okur yazar değil, % 10,4'ü ortaokul mezunu, % 1,8'i okur yazar idi. 4282 kadının % 8,8'i köyde, % 91,2'si şehirde yaşıyordu. 4282 kadının % 97,5'inin sosyal güvencesi vardı, % 2,5'unun yoktu. 4282 kadının % 48,1'inin sosyal güvencesi SSK, % 34,2'sinin Emekli Sandığı, % 11 Bağkur, % 4 Yeşil Kart, % 2,5 sosyal güvencesi yok, % 0,1 özel sigorta idi.

Tablo 6. Taranan kadınların demografik özellikleri

TOPLAM 4282 KADIN	YAŞ (yüzde %)
20-40	34,9
40-50	40,2
50 yaş üzeri	24,9
Toplam	100
	Meslek (yüzde %)
Ev hanımı	65,2
Öğrenci	4,4
Memur	4,4
Diğer	26
Toplam	100
	Ailede kanser öyküsü (yüzde %)
Var	35,8
Yok	64,2
Toplam	100

4282 kadının % 35,8'inde ailesinde kanser öyküsü vardı, % 64,2'sinde yoktu. 4282 kadının % 7,7'sinde ailede akciğer kanseri, % 5,8 kolon, % 4,9 meme , % 4 prostat, % 3,6 serviks, % 2,6 mide, % 1,6 beyin , % 1 larenks, %0,8 pankreas, % 0,7 böbrek, % 0,7 cilt, % 0,5 karaciğer, % 0,4 özefagus, % 0,4 mesane, % 0,3 over, %0,2 göz, % 0,1 nazofarenks, % 0,1 safra kesesi, % 0,1 testis, % 0,1 tiroid, % 0,1 sarkom öyküsü vardı. % 17,2'sinde ailede kolon, prostat, meme, serviks dışı kanser öyküsü mevcuttu. 4282 kadının % 7,7'sinde 2.derece akrabalarında, % 7,6 'sında 1.derece akrabalarında, %3,4'ünde 3.derece akrabalarında kolon,prostat,meme,serviks kanseri öyküsü mevcuttu.

4282 kadının % 48,1'i kendi kendine meme muayenesini duymuştu (ne demek olduğunu biliyordu), % 51,9'u kendi kendine meme muayenesini duymamıştı (ne demek olduğunu bilmiyordu). 4282 kadının % 23,7'si kendi kendine meme muayenesi yapıyor, % 76,3'ü yapmıyordu. Kendi kendine meme muayenesi yapan 1013 kadının % 51,5'i ayda bir kez muayene yapıyordu. 4282 kadının % 10,4'ü doktor tarafından meme muayenesi yaptırıyor, % 89,6'sı yaptırmıyordu. Doktor tarafından meme muayenesi yapılan 446 kadının % 79,17'si toplamda bir kez muayene olmuştu.

Tablo 7. Kadınların kendi kendine meme muayenesi duyma ve yaptırma, doktor tarafından meme muayenesi yaptırma oranları

TOPLAM 4282 KADIN	KKMM (yüzde %)	P değeri
Duymuş	48,1	
Duymamış	51,9	
Toplam	100	0,000
Yapıyor	23,7	
Yapmıyor	76,3	
Toplam	100	0,000
	DTMM (yüzde %)	
Yaptırıyor	10,4	
Yaptırmıyor	89,6	
Toplam	100	0,000

KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi

DTMM: Doktor Tarafından Meme Muayenesi

40 yaş üstü 2785 kadının % 12,7'si mamografi/meme usg yaptırıyordu (toplamda 4282 kadının % 8,3'ü mamografi/meme usg yaptırıyor, % 91,7'si yaptırmıyordu). Mamografi/meme usg yaptıran 40 yaş üstü 355 kadının % 77,7'i toplamda 1 kez mamografi/meme usg yaptırmıştı (toplamda 4282 kadının % 6,4'ü, 40 yaş üstü 2785 kadının % 9,8'i hayatı boyunca bir kez mamografi/meme usg yaptırmıştı).

4282 kadının % 44,8'i smear testini duymuştu (ne demek olduğunu biliyordu), % 55,2'si duymamıştı (ne demek olduğunu bilmiyordu) (toplamda 3785 evli kadının % 50,7'si smear testini duymuştu). 4282 kadının % 8,2'si, 3785 evli kadının % 9,3'ü smear testi yaptırmıştı. 3785 evli kadının % 7,2'si, smear testi yaptıran 354 evli kadının % 77'si testi hayatında bir kez yaptırmıştı.

4282 kadının % 12,3'ü , 50 yaş üstü 1023 kadının % 51'i Gaitada Gizli Kan testini duymuştu (ne demek olduğunu biliyordu). 4282 kadının % 6,7'si , 50 yaş üstü 1023 kadının % 28'i , Gaitada Gizli Kan testini duyan 50 yaş üstü 525 kadının % 54'ü Gaitada Gizli Kan testini yaptırmıştı. Gaitada Gizli Kan testini yaptıran 50 yaş üstü 525 kadının % 80,4'ü testi hayatı boyunca bir kez yaptırmıştı. 4282 kadının % 12,6'sı, 50 yaş üstü 1023 kadının % 52,7'si Rektosigmoidoskopi tetkikini duymuştu (ne demek olduğunu biliyordu). 4282 kadının % 3,8'i, 50 yaş üstü 1023 kadının % 15,7'si, Rektosigmoidoskopi tetkikini duyan 50 yaş üstü 540 kadının % 29'u bu tetkiki yaptırmıştı. Rektosigmoidoskopi tetkikini yaptıran 50 yaş üstü 540 kadının %85'i tetkiki hayatı boyunca bir kez yaptırmıştı.

4.1.2.Bulgular/Erkekler

Trabzon ili genelinde 50 yaş üstü toplam 922 erkeğe anket yapıldı. 922 erkeğin % 14,4'ü 50 yaşında, kalanı 50 yaş üstü idi. En yaşlı erkek 96 yaşında idi. 50 yaş üstü 922 erkeğin % 60,2'si emekli, % 13,2'si serbest, % 3,1'i memur idi. 50 yaş üstü 922 erkeğin % 56,4'ü ilköğretim mezunu, % 15,2'si lise mezunu, % 11,9'u ortaokul mezunu, % 7,9'u üniversite mezunu, %7,5'i okur yazar değil, % 1,1'i okur yazar idi. 50 yaş üstü 922 erkeğin % 14,7'si köyde, % 85,3'ü şehirde yaşıyordu. 50 yaş üstü 922 erkeğin % 98,6'sının sosyal güvencesi vardı, % 1,4'ünün yoktu. 50 yaş üstü 922 erkeğin % 51'inin sosyal güvencesi SSK, % 27,4'ünün Emekli Sandığı , % 14,8 Bağ Kur, % 5 yeşil kart, %1,4 sosyal güvence yok, % 0,4 özel sigorta idi. 50 yaş üstü 922 erkeğin % 72,7'sinde ailesinde kanser öyküsü yoktu, % 27,3'ünde vardı.

Tablo 8. Taranan erkeklerin demografik özellikleri

TOPLAM 922 ERKEK	Yaş (yüzde %)
50	14,4
50 yaş üstü	85,6
Toplam	100
	Meslek (yüzde %)
Emekli	60,2
Serbest	13,2
Memur	3,1
Diğer	23,5
Toplam	100
	Ailede Kanser Öyküsü (yüzde %)
Var	72,7
Yok	27,3
Toplam	100

50 yaş üstü 922 erkeğin ailesinin % 7,9'unda akciğer kanseri, % 3,8 kolon kanseri, % 3,6 prostat kanseri, % 2,8 meme kanseri, % 2,8 mide kanseri, % 1,6 serviks kanseri, % 1,1 beyin, % 1 larenks, % 0,9 pankreas, % 0,8 cilt, % 0,3 böbrek, % 0,3 karaciğer, % 0,2 testis, % 0,1 özefagus, % 0,1 mesane kanseri öyküsü vardı.

50 yaş üstü 922 erkeğin % 3,8'inde ailesinde kolon kanseri, % 3,6 prostat, % 2,8 meme, % 1,6 serviks kanseri öyküsü vardı. % 15,5'inde ailede kolon, prostat, meme, serviks dışı kanser öyküsü mevcuttu. 50 yaş üstü 922 erkeğin % 8'inde 1.derece akrabalarında, % 2,3'sünde 3.derece akrabalarında, % 1,6'sında 2.derece akrabalarında kolon ,prostat , meme , serviks kanseri öyküsü mevcuttu.

50 yaş üstü 922 erkeğin % 50,7'si Gaitada Gizli Kan testini duymuştu (ne demek olduğunu biliyordu). 50 yaş üstü 922 erkeğin % 30'u, Gaitada Gizli Kan testini duyan 50 yaş üstü 467 erkeğin % 59,3'ü Gaitada Gizli Kan testini yaptırmıştı. Gaitada Gizli Kan testini yaptıran 50 yaş üstü 277 erkeğin % 68,5'i testi hayatı boyunca bir kez yaptırmıştı.

50 yaş üstü 922 erkeğin % 48,3'ü , Rektosigmoidoskopi tetkikini duymuştu (ne demek olduğunu biliyordu). 50 yaş üstü 922 erkeğin %10,9'u, Rektosigmoidoskopi tetkikini duyan 50 yaş üstü 477 erkeğin % 20,9'u Rektosigmoidoskopi tetkikini yaptırmıştı. Rektosigmoidoskopi tetkikini yaptıran 50 yaş üstü 100 erkeğin %75'i tetkiki hayatı boyunca bir kez yaptırmıştı.

Tablo 9. Erkeklerin gaitada gizli kan, rektosigmoidoskopi duyma ve yaptıрма oranları

TOPLAM 922 ERKEK	GGK Testi (yüzde %)	P değeri
Duymuş	50,7	
Duymamış	49,3	
Toplam	100	0,000
467 ERKEK	GGK testini duyan (yüzde %)	
Yaptıran	59,3	
Yaptırmayan	40,7	
Toplam	100	0,181
TOPLAM 922 ERKEK	Rektosigmoidoskopi (yüzde %)	
Duymuş	48,3	
Duymamış	51,7	
Toplam	100	0,000
TOPLAM 477 ERKEK	Rektosigmoidoskopiye Duyan (yüzde %)	
Yaptıran	20,9	
Yaptırmayan	79,1	
Toplam	100	0,650

GGK: Gaitada Gizli Kan

50 yaş üstü 922 erkeğin % 66,9'u PSA testini duymuştu (ne demek olduğunu biliyordu). 50 yaş üstü 922 erkeğin % 35,6'sı, PSA testini duyan 50 yaş üstü 617 erkeğin % 53,1'i testi yaptırmıştı. PSA testini yaptıran 50 yaş üstü 328 erkeğin % 77,7'si testi hayatı boyunca bir kez yaptırmıştı.

Tablo 10. Erkeklerin PSA duyma ve yaptırma oranları

TOPLAM 922 ERKEK	PSA Testi (yüzde %)	P değeri
Duymuş	66,9	
Duymamış	33,1	
Toplam	100	0,005
TOPLAM 617 ERKEK	PSA Testini Duyan (yüzde %)	
Yaptıran	53,1	
Yaptırmayan	46,9	
Toplam	100	0,165

4.2. Karşılaştırmalı Bulgular

4.2.1. Meme kanseri-kadınlar

Ailesinde meme kanseri öyküsü olan 209 kadının %76,1'i Kendi Kendine Meme Muayenesini duymuş (ne demek olduğunu biliyor) %23,9'u duymamıştı. Ailesinde meme kanseri öyküsü olmayan 4073 kadının % 46,7'si Kendi Kendine Meme Muayenesini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 53,3'ü duymamıştı. Toplamda 4282 kadının % 48,1'i Kendi Kendine Meme Muayenesini duymuş, % 51,9'u duymamıştı.

P değeri Fisher's Exact Test 2-Sided'e göre anlamlı saptandı (0,000)

Ailesinde meme kanseri öyküsü olan 209 kadının % 46,9'u Kendi Kendine Meme Muayenesi yapıyor, % 53,1'i yapmıyordu. Ailesinde meme kanseri öyküsü olmayan 4073 kadının % 22,5'i Kendi Kendine Meme Muayenesi yapıyor, % 77,5'i yapmıyordu. Toplamda 4282 kadının % 23,7'si Kendi Kendine Meme Muayenesi yapıyor, % 76,3'ü yapmıyordu.

P değeri Fisher's Exact Test 2-Sided'e göre anlamlı saptandı (0,000).

Ailesinde meme kanseri öyküsü olan 209 kadının % 27,8'i Doktor Tarafından Meme Muayenesi yaptırıyor, % 72,2'si yaptırmıyordu. Ailesinde meme kanseri öyküsü olmayan

4073 kadının % 9,5'i Doktor Tarafından Meme Muayenesi yaptırıyor, % 90,5'i yaptırmıyordu. Toplamda 4282 kadının % 10,4'ü Doktor Tarafından Meme Muayenesi yaptırıyor, % 89,6'sı yaptırmıyordu.

P değeri Pearson Chi Square'e göre anlamlı saptandı (0,000)

Ailesinde meme kanseri öyküsü olan 40 yaş üstü 139 kadının % 31,7'si Mamografi/Meme Usg çektirmiş, % 68,3'ü çektirmemişti. Ailesinde meme kanseri öyküsü olmayan 40 yaş üstü 2646 kadının % 11,8'i Mamografi/Meme Usg çektirmiş, % 88,2'si çektirmemişti. Toplamda 40 yaş üstü 2785 kadının % 12,7'si Mamografi/Meme Usg çektirmiş, % 87,3'ü çektirmemişti.

P değeri Pearson Chi Square'e göre anlamlı saptandı (0,000)

Tablo 11. Ailesinde meme kanseri olan ve olmayan kadınların kendi kendine meme muayenesi duyma ve yaptırma, doktor tarafından meme muayenesi ve mamografi / meme ultrasonu yaptırma oranları

	Ailede meme kanseri olan (yüzde %)	Ailede meme kanseri olmayan (yüzde %)	P değeri
KKMM Duyan	76,1	46,7	
KKMM Duymayan	23,9	53,3	0,000
KKMM Yapan	46,9	22,5	
KKMM Yapmayan	53,1	77,5	0,000
DTMM Yaptıran	27,8	9,5	
DTMM Yaptırmayan	72,2	90,5	0,000
40 Yaşüstü Mamografi /meme USG Çektiren	31,7	11,8	
40 Yaşüstü Mamografi /meme USG Çektirmeyen	68,3	88,2	0,000

4.2.2. Serviks kanseri-kadınlar

Ailesinde serviks kanseri öyküsü olan 138 evli kadının % 62,3'ü Smear Testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 37,7'si duymamıştı. Ailesinde serviks kanseri öyküsü olmayan 3647 evli kadının % 50,3'ü Smear Testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 49,7'si duymamıştı. Toplamda 3785 evli kadının % 50,7'si Smear Testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 49,3'ü duymamıştı.

P değeri Fisher's Exact Test 2-Sided'e göre anlamlı saptandı (0,005)

Ailesinde serviks kanseri öyküsü olan 138 evli kadının % 19,6'sı Smear Testini yaptırmış, % 80,4'ü yaptırmamıştı. Ailesinde serviks kanseri öyküsü olmayan 3647 evli kadının % 8,9'u Smear Testini yaptırmış, % 91,1'i yaptırmamıştı. Toplamda 3785 evli kadının % 9,3'ü Smear Testini yaptırmış, % 90,7'si yaptırmamıştı.

P değeri Pearson Chi Square'e göre anlamlı saptandı (0,000)

Tablo 12. Ailesinde meme kanseri öyküsü olan ve olmayan kadınların smear testini duyma ve yaptıрма oranları

	Ailede serviks kanseri öyküsü olan (yüzde %)	Ailede serviks kanseri öyküsü olmayan (yüzde %)	P değeri
PAP Smear Testini Duyan	62,3	50,3	
PAP Smear Testini Duymayan	37,7	49,7	0,005
PAP Smear Testini Yaptıran	19,6	8,9	
PAP Smear Testini Yaptırmayan	80,4	91,1	0,000

4.2.3. Kolon kanseri-erkekler

Ailesinde kolon kanseri öyküsü olan 34 erkeğin % 85,3'ü Gaitada Gizli Kan Testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 14,7'si duymamıştı. Ailesinde kolon kanseri öyküsü

olmayan 888 erkeğin % 49,4'ü Gaitada Gizli Kan Testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 50,6'sı duymamıştı. Toplamda 922 erkeğin % 50,7'si Gaitada Gizli Kan Testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 49,3'ü duymamıştı.

P değeri Pearson Chi Square'e göre anlamlı saptandı (0,000)

Ailesinde kolon kanseri öyküsü olan 34 erkeğin % 41,2'si Gaitada Gizli Kan Testini yaptırmış, %58,8'i yaptırmamıştı. Ailesinde kolon kanseri öyküsü olmayan 888 erkeğin % 29,7'si Gaitada Gizli Kan Testini yaptırmış, %70,3'ü yaptırmamıştı. Toplamda 922 erkeğin % 30,1'i Gaitada Gizli Kan Testini yaptırmış, % 69,9'u yaptırmamıştı.

P değeri Fisher's Exact Test 2-Sided'e göre anlamsız saptandı (0,181)

Ailesinde kolon kanseri öyküsü olan 34 erkeğin % 91,2'si Rektosigmoidoskopi tetkikini duymuş, % 8,8'i duymamıştı. Ailesinde kolon kanseri öyküsü olmayan 888 erkeğin % 50,3'ü Rektosigmoidoskopi tetkikini duymuş, % 49,7'si duymamıştı. Toplamda 922 erkeğin % 51,8'i Rektosigmoidoskopi tetkikini duymuş, % 48,2'si duymamıştı.

P değeri Continuity Correction'a göre anlamlı saptandı (0,000)

Ailesinde kolon kanseri öyküsü olan 34 erkeğin % 14,7'si Rektosigmoidoskopi tetkikini yaptırmış, % 85,3'ü yaptırmamıştı. Ailesinde kolon kanseri öyküsü olmayan 888 erkeğin % 10,7'si Rektosigmoidoskopi tetkikini yaptırmış, % 89,3'ü yaptırmamıştı. Toplamda 922 erkeğin % 10,9'u Rektosigmoidoskopi tetkikini yaptırmış, % 89,1'i yaptırmamıştı .

P değeri Continuity Correction'a göre anlamsız saptandı (0,650)

Tablo 13.Ailesinde kolon kanseri olan ve olmayan erkeklerin gaitada gizli kan ve rektosigmoidoskopi duyma ve yaptırma oranları

	Ailede kolon kanseri öyküsü olan (yüzde %)	Ailede kolon kanseri öyküsü olmayan (yüzde %)	P değeri
GGK Testini Duyan	85,3	49,4	
GGK Testini Duymayan	14,7	50,6	0,000
GGK Testini Yaptıran	41,2	29,7	
GGK Testini Yaptırmayan	58,8	70,3	0,650
Rektosigmoidoskopi Duyan	91,2	50,3	
Rektosigmoidoskopi Duymayan	8,8	49,7	0,000
Rektosigmoidoskopi Yaptıran	14,7	10,7	
Rektosigmoidoskopi Yaptırmayan	85,3	89,3	0,650

4.2.4. Prostat kanseri-erkekler

Ailesinde prostat kanseri öyküsü olan 33 erkeğin % 90,9'u PSA testini duymuş, % 9,1'i duymamıştı. Ailesinde prostat kanseri öyküsü olmayan 889 erkeğin % 66,1'i PSA testini duymuş, %33,9'u duymamıştı. Toplamda 922 erkeğin % 67'si PSA testini duymuş, % 33'ü duymamıştı.

P değeri Continuity Correction'a göre anlamlı saptandı (0,005)

Ailesinde prostat kanseri öyküsü olan 33 erkeğin % 24,2'si PSA testini yaptırmış, % 75,8'i yaptırmamıştı. Ailesinde prostat kanseri öyküsü olmayan 889 erkeğin % 36'sı PSA testini yaptırmış , %64'ü yaptırmamıştı. Toplamda 922 erkeğin % 35,6'sı PSA testini yaptırmış , %64,4'ü yaptırmamıştı .

P değeri Pearson Chi Square'e göre anlamsız saptandı (0,165)

Tablo 14.Ailesinde prostat kanseri olan ve olmayan erkeklerin PSA duyma ve yaptırma oranları

	Ailede prostat kanseri öyküsü olan (yüzde %)	Ailede prostat kanseri olmayan (yüzde %)	P değeri
PSA Testini Duyan	90,9	66,1	
PSA Testini Duymayan	9,1	33,9	0,005
PSA Testini Yaptıran	24,2	36	
PSA Testini Yaptırmayan	75,8	64	0,165

4.2.5. Kadımlar-Kolon Kanseri

Ailesinde kolon kanseri öyküsü olan 50 yaş üstü 54 kadının % 68,5'i Gaitada Gizli Kan testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 31,5'i duymamıştı. Ailesinde kolon kanseri öyküsü olmayan 50 yaş üstü 969 kadının % 50,4'ü Gaitada Gizli Kan Testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 49,6'sı duymamıştı. Toplamda 50 yaş üstü 1023 kadının % 51,3'ü Gaitada Gizli Kan Testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 48,7'si duymamıştı.

P değeri Fisher's Exact Test 2-Sided'e göre anlamlı saptandı (0,011)

Ailesinde kolon kanseri öyküsü olan 50 yaş üstü 54 kadının % 44,4'ü Gaitada Gizli Kan Testini yaptırmış, %55,6'sı yaptırmamıştı. Ailesinde kolon kanseri öyküsü olmayan 50 yaş üstü 969 kadının % 27,1'i Gaitada Gizli Kan Testini yaptırmış, %72,9'u yaptırmamıştı. Toplamda 50 yaş üstü 1023 kadının % 28,1'i Gaitada Gizli Kan Testini yaptırmış, % 71,9'u yaptırmamıştı.

P değeri Fisher's Exact Test 2-Sided'e göre anlamlı saptandı (0,008)

Ailesinde kolon kanseri öyküsü olan 50 yaş üstü 54 kadının % 74,1'i Rektosigmoidoskopi tetkikini duymuş, % 25,9'u duymamıştı. Ailesinde kolon kanseri öyküsü olmayan 50 yaş üstü 969 kadının % 51,8'i Rektosigmoidoskopi tetkikini duymuş, % 48,2'si duymamıştı. Toplamda 50 yaş üstü 1023 kadının % 53'ü Rektosigmoidoskopi tetkikini duymuş, % 47'si duymamıştı .

P değeri Fisher's Exact Test 2-Sided'e göre anlamlı saptandı (0,002)

Ailesinde kolon kanseri öyküsü olan 50 yaş üstü 54 kadının % 29,6'sı Rektosigmoidoskopi tetkikini yaptırmış, % 70,4'ü yaptırmamıştı . Ailesinde kolon kanseri

öyküsü olmayan 50 yaş üstü 969 kadının % 15'i Rektosigmoidoskopi tetkikini yaptırmış, % 85'i yaptırmamıştı. Toplamda 50 yaş üstü 1023 kadının %15,8'i Rektosigmoidoskopi tetkikini yaptırmış, % 84,2'si yaptırmamıştı.

P değeri Continuity Correction'a göre anlamlı saptandı (0,008)

Tablo 15. Ailesinde kolon kanseri olan ve olmayan kadınların gaitada gizli kan ve rektosigmoidoskopi duyma ve yaptıрма oranları

	Ailede kolon kanseri öyküsü olan (yüzde %)	Ailede kolon kanseri olmayan (yüzde %)	P değeri
GGK Testini Duyan	68,5	50,4	
GGK Testini Duymayan	31,5	49,6	0,011
GGK Testini Yaptıran	44,4	27,1	
GGK Testini Yaptırmayan	55,6	72,9	0,008
Rektosigmoidoskopi Duyan	74,1	51,8	
Rektosigmoidoskopi Duymayan	25,9	48,2	0,002
Rektosigmoidoskopi Yaptıran	29,6	15	
Rektosigmoidoskopi Yaptırmayan	70,4	85	0,008

4.3. Ailesinde Kolon Prostat Meme Serviks kanseri öyküsü olanlar / Diğer kanser öyküsü olanlar / Kanser öyküsü olmayanlar

4.3.1. Erkekler-kolon kanseri

Ailesinde KPMS (kolon/prostat/meme/serviks) kanseri öyküsü olan 108 erkeğin % 59,3'ü Gaitada Gizli Kan testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor) , % 40,7'si duymamıştı. Ailesinde KPMS dışı kanser öyküsü olan 143 erkeğin % 60,8'i Gaitada Gizli Kan testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor) , % 39,2'si duymamıştı. Ailesinde kanser öyküsü olmayan 670 erkeğin % 47,2'si Gaitada Gizli Kan testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor) , % 52,8'i duymamıştı. Toplamda 922 erkeğin % 50,7'si Gaitada Gizli Kan testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor) , % 49,3'ü duymamıştı.

P değeri Pearson Chi Square'e göre anlamlı saptandı (0,002)

Ailesinde KPMS (kolon/prostat/meme/serviks kanseri) öyküsü olan 108 erkeğin % 31,5'i Gaitada Gizli Kan testini yaptırmış, % 68,5'i yaptırmamıştı. Ailesinde KPMS dışı kanser öyküsü olan 143 erkeğin % 39,9'u Gaitada Gizli Kan testini yaptırmış, % 60,1'i yaptırmamıştı. Ailesinde kanser öyküsü olmayan 670 erkeğin % 27,8'i Gaitada Gizli Kan testini yaptırmış, % 72,2'si yaptırmamıştı. Toplamda 922 erkeğin % 30,1'i Gaitada Gizli Kan testini yaptırmış, % 69,9'u yaptırmamıştı.

P değeri Pearson Chi Square'e göre anlamlı saptandı (0,016)

Ailesinde KPMS (kolon/prostat/meme/serviks kanseri) öyküsü olan 108 erkeğin % 63,9'u Rektosigmoidoskopi tetkikini duymuş, % 36,1'i duymamıştı. Ailesinde KPMS dışı kanser öyküsü olan 143 erkeğin % 62,2'si Rektosigmoidoskopi tetkikini duymuş, % 37,8'i duymamıştı. Ailesinde kanser öyküsü olmayan 670 erkeğin % 47,6'sı Rektosigmoidoskopi tetkikini duymuş, % 52,4'ü duymamıştı. Toplamda 922 erkeğin % 51,8'i Rektosigmoidoskopi tetkikini duymuş, % 48,2'si duymamıştı.

P değeri Pearson Chi Square'e göre anlamlı saptandı (0,000)

Ailesinde KPMS (kolon/prostat/meme/serviks kanseri) öyküsü olan 108 erkeğin % 11,1'i Rektosigmoidoskopi tetkikini yaptırmış, % 88,9'u yaptırmamıştı. Ailesinde KPMS dışı kanser öyküsü olan 143 erkeğin % 10,5'i Rektosigmoidoskopi tetkikini yaptırmış, % 89,5'i yaptırmamıştı. Ailesinde kanser öyküsü olmayan 670 erkeğin % 10,9'u Rektosigmoidoskopi tetkikini yaptırmış, % 89,1'i yaptırmamıştı. Toplamda 922 erkeğin % 10,9'u Rektosigmoidoskopi tetkikini yaptırmış, % 89,1'i yaptırmamıştı.

P değeri Pearson Chi Square'e göre anlamsız saptandı (0,986)

Tablo 16. Ailesinde kolon, prostat, meme, serviks kanseri ve dışı öyküsü olan, kanser öyküsü olmayan erkeklerin gaitada gizli kan ve rektosigmoidoskopi duyma ve yaptırma oranları

	Ailede KPMS kanseri öyküsü olan (yüzde %)	Ailede KPMS dışı kanser öyküsü olan (yüzde %)	Ailede kanser öyküsü olmayan (yüzde %)	P değeri
GGK Testini Duyan	59,3	60,8	47,2	
GGK Testini Duymayan	40,7	39,2	52,8	0,002
GGK Testini Yaptıran	31,5	39,9	27,8	
GGK Testini Yaptırmayan	68,5	60,1	72,2	0,016
Rektosigmoidoskopi Duyan	63,9	62,2	47,6	
Rektosigmoidoskopi Duymayan	36,1	37,8	52,4	0,000
Rektosigmoidoskopi Yaptıran	11,1	10,5	10,9	
Rektosigmoidoskopi Yaptırmayan	88,9	89,5	89,1	0,986

KPMS: Kolon/prostat/meme/serviks

4.3.2. Erkekler-prostat kanseri

Ailesinde KPMS (kolon/prostat/meme/serviks) kanseri öyküsü olan 108 erkeğin % 81,5'i PSA testini duymuş, % 18,5'i duymamıştı. Ailesinde KPMS dışı kanser öyküsü olan 143 erkeğin % 70,6'sı PSA testini duymuş, % 29,4'ü duymamıştı. Ailesinde kanser öyküsü olmayan 670 erkeğin % 63,9'u PSA testini duymuş, % 36,1'i duymamıştı. Toplamda 922 erkeğin % 67'si PSA testini duymuş, % 33'ü duymamıştı.

P değeri Pearson Chi Square'e göre anlamlı saptandı (0,001)

Ailesinde KPMS (kolon/prostat/meme/serviks) kanseri öyküsü olan 108 erkeğin % 33,3'ü PSA testini yaptırmış, % 66,7'si yaptırmamıştı. Ailesinde KPMS dışı kanser öyküsü olan 143 erkeğin % 36,4'ü PSA testini yaptırmış, % 63,6'sı yaptırmamıştı. Ailesinde kanser öyküsü olmayan 670 erkeğin % 35,8'i PSA testini yaptırmış, % 64,2'si yaptırmamıştı. Toplamda 922 erkeğin % 35,6'sı PSA testini yaptırmış, % 64,4'ü yaptırmamıştı.

P değeri Pearson Chi Square'e göre anlamsız saptandı (0,864)

Tablo 17. Ailesinde kolon, prostat, meme, serviks ve dışı kanser öyküsü olan ve kanser öyküsü olmayan erkeklerin PSA duyma ve yaptıрма oranları

	Ailede KPMS kanseri öyküsü olan (yüzde %)	Ailede KPMS dışı kanser öyküsü olan (yüzde %)	Ailede kanser öyküsü olmayan (yüzde %)	P değeri
PSA Testini Duyan	81,5	70,6	63,9	
PSA Testini Duymayan	18,5	29,4	36,1	0,001
PSA Testini Yaptıran	33,3	36,4	35,8	
PSA Testini Yaptırmayan	66,7	63,6	64,2	0,864

4.3.3. Kadınlar-kolon kanseri

Ailesinde KPMS (kolon/prostat/meme/serviks) kanseri öyküsü olan 50 yaş üstü 156 kadının % 58,3'ü Gaitada Gizli Kan testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 41,7'si duymamıştı. Ailesinde KPMS dışı kanser öyküsü olan 50 yaş üstü 165 kadının % 46,7'si Gaitada Gizli Kan testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor) , % 53,3'ü duymamıştı. Ailesinde kanser öyküsü olmayan 50 yaş üstü 702 kadının % 50,9'u Gaitada Gizli Kan testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 49,1'i duymamıştı. Toplamda 50 yaş üstü 1023 kadının % 51,3'ü Gaitada Gizli Kan testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 48,7'si duymamıştı.

P değeri Pearson Chi Square'e göre anlamsız saptandı (0,102)

Ailesinde KPMS (kolon/prostat/meme/serviks kanseri) öyküsü olan 50 yaş üstü 156 kadının % 30,8'i Gaitada Gizli Kan testini yaptırmış , % 69,2'si yaptırmamıştı. Ailesinde KPMS dışı kanser öyküsü olan 50 yaş üstü 165 kadının % 24,2'si Gaitada Gizli Kan testini yaptırmış , % 75,8'i yaptırmamıştı. Ailesinde kanser öyküsü olmayan 50 yaş üstü 702 kadının % 28,3'ü Gaitada Gizli Kan testini yaptırmış , % 71,7'si yaptırmamıştı. Toplamda 50 yaş üstü 1023 kadının % 28,1'i Gaitada Gizli Kan testini yaptırmış , % 71,9'u yaptırmamıştı.

P değeri Pearson Chi Square'e göre anlamsız saptandı (0,409)

Ailesinde KPMS (kolon/prostat/meme/serviks) kanseri öyküsü olan 50 yaş üstü 156 kadının % 64,1'i Rektosigmoidoskopi tetkikini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 35,9'u duymamıştı. Ailesinde KPMS dışı kanser öyküsü olan 50 yaş üstü 165 kadının % 47,9'u Rektosigmoidoskopi tetkikini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 52,1'i duymamıştı Ailesinde kanser öyküsü olmayan 50 yaş üstü 702 kadının % 51,7'si Rektosigmoidoskopi tetkikini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 48,3'ü duymamıştı. Toplamda 50 yaş üstü 1023 kadının % 53'ü Rektosigmoidoskopi tetkikini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 47'si duymamıştı.

P değeri Pearson Chi Square'e göre anlamlı saptandı (0,007)

Ailesinde KPMS (kolon/prostat/meme/serviks) kanseri öyküsü olan 50 yaş üstü 156 kadının % 25'i Rektosigmoidoskopi tetkikini yaptırmış, % 75'i yaptırmamıştı. Ailesinde KPMS dışı kanser öyküsü olan 50 yaş üstü 165 kadının % 18,2'si Rektosigmoidoskopi tetkikini yaptırmış, % 81,8'i yaptırmamıştı. Ailesinde kanser öyküsü olmayan 50 yaş üstü 702 kadının %13,2'si Rektosigmoidoskopi tetkikini yaptırmış, % 86,8'i yaptırmamıştı. Toplamda 50 yaş üstü 1023 kadının %15,8'i Rektosigmoidoskopi tetkikini yaptırmış, % 84,2'si yaptırmamıştı.

P değeri Pearson Chi Square'e göre anlamlı saptandı (0,001)

Tablo 18. Ailesinde kolon, prostat, meme, serviks ve dışı kanser öyküsü olan, kanser öyküsü olmayan kadınların gaitada gizli kan, rektosigmoidoskopi duyma ve yaptırma oranları

	Ailede KPMS kanseri öyküsü olan (yüzde %)	Ailede KPMS dışı kanser öyküsü olan (yüzde %)	Ailede kanser öyküsü olmayan (yüzde %)	P değeri
GGK Testini Duyan	58,3	46,7	50,9	
GGK Testini Duymayan	41,7	53,3	49,1	0,102
GGK Testini Yaptıran	30,8	24,2	28,3	
GGK Testini Yaptırmayan	69,2	75,8	71,7	0,409
Rektosigmoidoskopi Duyan	64,1	47,9	51,7	
Rektosigmoidoskopi Duymayan	35,9	52,1	48,3	0,007
Rektosigmoidoskopi Yaptıran	25	18,2	13,2	
Rektosigmoidoskopi Yaptırmayan	75	81,8	86,8	0,001

4.3.4. Kadınlar-meme kanseri

Ailesinde KPMS (kolon/prostat/meme/serviks) kanseri öyküsü olan 799 kadının % 36,4'ü Kendi Kendine Meme Muayenesini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 63,6'sı duymamıştı. Ailesinde KPMS dışı kanser öyküsü olan 736 kadının % 51,5'i Kendi Kendine Meme Muayenesini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 48,5'i duymamıştı. Ailesinde kanser öyküsü olmayan 2747 kadının % 42,7'si Kendi Kendine Meme Muayenesini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 57,3'ü duymamıştı. Toplamda 4282 kadının % 48,1'i Kendi Kendine Meme Muayenesini duymuş (ne demek olduğunu biliyor , % 51,9'u duymamıştı.

P değeri Pearson Chi Square'e göre anlamlı saptandı (0,000)

Ailesinde KPMS (kolon/prostat/meme/serviks kanseri) öyküsü olan 799 kadının % 34'ü Kendi Kendine Meme Muayenesi yapıyor, % 66'sı yapmıyordu. Ailesinde KPMS dışı kanser öyküsü olan 736 kadının % 28'i Kendi Kendine Meme Muayenesi yapıyor, % 72'si yapmıyordu. Ailesinde kanser öyküsü olmayan 2747 kadının % 19,5'i Kendi Kendine Meme

Muayenesi yapıyor, % 80,5'i yapmıyordu. Toplamda 4282 kadının % 23,7'si Kendi Kendine Meme Muayenesi yapıyor, % 76,3'ü yapmıyordu.

P değeri Pearson Chi Square'e göre anlamlı saptandı (0,000)

Ailesinde KPMS (kolon/prostat/meme/serviks kanseri) öyküsü olan 799 kadının % 16,6'sı doktora meme muayenesi yaptırmıştı, % 83,4'ü yaptırmamıştı. Ailesinde KPMS dışı kanser öyküsü olan 736 kadının % 13,6'sı doktora meme muayenesi yaptırmıştı, % 86,4'ü yaptırmamıştı. Ailesinde kanser öyküsü olmayan 2747 kadının % 7,8'i doktora meme muayenesi yaptırmıştı, % 92,2'si yaptırmamıştı. Toplamda 4282 kadının % 10,4'ü doktora meme muayenesi yaptırmıştı, % 89,6'sı yaptırmamıştı.

P değeri Pearson Chi Square'e göre anlamlı saptandı (0,000)

Ailesinde KPMS (kolon/prostat/meme/serviks kanseri) öyküsü olan 40 yaş üstü 532 kadının % 22,7'si Mamografi/Meme usg yaptırmış, % 77,3'ü yaptırmamıştı. Ailesinde KPMS dışı kanser öyküsü olan 40 yaş üstü 475 kadının % 18,5'i Mamografi/Meme usg yaptırmış, % 81,5'i yaptırmamıştı. Ailesinde kanser öyküsü olmayan 40 yaş üstü 1778 kadının % 8,2'si Mamografi/Meme usg yaptırmış, % 91,2'si yaptırmamıştı. Toplamda 40 yaş üstü 2785 kadının % 12,7'si Mamografi/Meme usg yaptırmış, % 87,3'ü yaptırmamıştı.

P değeri Pearson Chi Square'e göre anlamlı saptandı (0,000)

Tablo 19. Ailesinde kolon,prostat,meme,serviks ve dışı kanser öyküsü olan ve kanser öyküsü olmayan kadınların kendi kendine meme muayenesi duyma ve yaptırma, doktor tarafından meme muayenesi, mamografi/meme ultrasonu yaptırma oranları

	Ailede KPMS kanseri öyküsü olan (yüzde %)	Ailede KPMS dışı kanser öyküsü olan (yüzde %)	Ailede kanser öyküsü olmayan (yüzde %)	P değeri
KKMM Duyan	36,4	51,5	42,7	
KKMM Duymayan	63,6	48,5	57,3	0,000
KKMM Yapan	34	28	19,5	
KKMM Yapmayan	66	72	80,5	0,000
DTMM Yaptıran	16,6	13,6	7,8	
DTMM Yaptırmayan	83,4	86,4	92,2	0,000
Mamografi/Meme USG çektiymiş	22,7	18,5	8,2	
Mamografi/Meme USG çektiirmemiş	77,3	81,5	91,8	0,000

4.3.5. Kadınlar-serviks kanseri

Ailesinde KPMS (kolon/prostat/meme/serviks kanseri) öyküsü olan 723 evli kadının % 63,5'i Smear Testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 36,5'i duymamıştı. Ailesinde KPMS dışı kanser öyküsü olan 647 evli kadının % 52,6'sı Smear Testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 47,4'ü duymamıştı. Ailesinde kanser öyküsü olmayan 2415 evli kadının % 46,4'ü Smear Testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 53,6'sı duymamıştı. Toplamda 3785 evli kadının % 50,7'si Smear Testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 49,3'ü duymamıştı.

P değeri Pearson Chi Square'e göre anlamlı saptandı (0,000)

Ailesinde KPMS (kolon/prostat/meme/serviks kanseri) öyküsü olan 723 evli kadının % 15,2'si Smear Testini yaptırmış, % 84,8'i yaptırmamıştı. Ailesinde KPMS dışı kanser öyküsü olan 647 evli kadının % 9,6'sı Smear Testini yaptırmış, % 90,4'ü yaptırmamıştı. Ailesinde kanser öyküsü olmayan 2415 evli kadının % 7,5'i Smear Testini yaptırmış, % 92,5'i yaptırmamıştı. Toplamda 3785 evli kadının % 9,3'ü Smear Testini yaptırmış, % 90,7'si yaptırmamıştı.

P değeri Pearson Chi Square'e göre anlamlı saptandı (0,000)

Tablo 20. Ailesinde kolon, prostat, meme, serviks ve dışı kanser öyküsü olan ve olmayan bayanların smear testini duyma ve yaptırma oranları

	Ailede KPMS kanseri öyküsü olan (yüzde %)	Ailede KPMS dışı kanser öyküsü olan (yüzde %)	Ailede kanser öyküsü olmayan (yüzde %)	P değeri
PAP Smear Testini Duyan	63,5	52,6	46,4	
PAP Smear Testini Duymayan	36,5	47,4	53,6	0,000
PAP Smear Testini Yaptıran	15,2	9,6	7,5	
PAP Smear Testini Yaptırmayan	84,8	90,4	92,5	0,000

4.4. Ailesinde Kolon Prostat Meme Serviks kanseri +diğer kanser öyküsü olanlar/ kanser öyküsü olmayanlar

4.4.1. Erkekler-kolon kanseri

Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü (KPMS ve ya diğeleri) olan 252 erkeğin % 60,2'si Gaitada Gizli Kan testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 39,8'i duymamıştı. Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü olmayan 670 erkeğin % 47,2'si Gaitada Gizli Kan testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 39,8'i duymamıştı. Toplamda 922 erkeğin % 50,7'si Gaitada Gizli Kan testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 49,3'ü duymamıştı.

P değeri Fisher's Exact Test 2-Sided'e göre anlamlı saptandı (0,000)

Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü (KPMS ve ya diğeleri) olan 252 erkeğin % 36,3'ü Gaitada Gizli Kan testini yaptırmış, % 63,7'si yaptırmamıştı. Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü olmayan 670 erkeğin % 27,8'i Gaitada Gizli Kan testini yaptırmış, % 72,2'si yaptırmamıştı. Toplamda 922 erkeğin % 30,1'i Gaitada Gizli Kan testini yaptırmış, % 69,9'u yaptırmamıştı.

P değeri Fisher's Exact Test 2-Sided'e göre anlamlı saptandı (0,015)

Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü (KPMS ve ya diğeleri) olan 252 erkeğin % 62,9'u Rektosigmoidoskopi tetkikini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 37,1'i duymamıştı. Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü olmayan 670 erkeğin % 47,6'sı Rektosigmoidoskopi tetkikini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 52,4'ü duymamıştı. Toplamda 922 erkeğin % 51,8'i Rektosigmoidoskopi tetkikini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 48,2'si duymamıştı.

P değeri Fisher's Exact Test 2-Sided'e göre anlamlı saptandı (0,000)

Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü (KPMS ve ya diğeleri) olan 252 erkeğin % 10,8'i Rektosigmoidoskopi tetkikini yaptırmış, % 89,2'si yaptırmamıştı. Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü olmayan 670 erkeğin % 10,9'u Rektosigmoidoskopi tetkikini yaptırmış, % 89,1'i yaptırmamıştı. Toplamda 922 erkeğin % 10,9'u Rektosigmoidoskopi tetkikini yaptırmış, % 89,1'i yaptırmamıştı.

P değeri Pearson Chi Square'e göre anlamsız saptandı (0,952)

Tablo 21. Ailesinde kanser öyküsü olan ve olmayan erkeklerin gaitada gizli kan ve rektosigmoidoskopi duyma ve yaptırma oranları

	Ailede kanser öyküsü olan (yüzde %)	Ailede kanser öyküsü olmayan (yüzde %)	P değeri
GGK Testini Duyan	60,2	47,2	
GGK Testini Duymayan	39,8	52,8	0,000
GGK Testini Yaptıran	36,3	27,8	
GGK Testini Yaptırmayan	63,7	72,2	0,015
Rektosigmoidoskopi Duyan	62,9	47,6	
Rektosigmoidoskopi Duymayan	37,1	52,4	0,000
Rektosigmoidoskopi Yaptıran	10,8	10,9	
Rektosigmoidoskopi Yaptırmayan	89,2	89,1	0,952

4.4.2. Erkekler-prostat kanseri

Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü (KPMS ve ya diğeleri) olan 252 erkeğin % 75,3'ü PSA testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor) , % 24,7'si duymamıştı. Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü olmayan 670 erkeğin % 63,9'u PSA testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor) , % 36,1'i duymamıştı. Toplamda 922 erkeğin % 67'si PSA testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor) , % 33'ü duymamıştı.

P değeri Fisher's Exact Test 2-Sided'e göre anlamlı saptandı (0,001)

Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü (KPMS ve ya diğeleri) olan 252 erkeğin %35,1'i PSA testini yaptırmış, % 64,9'u yaptırmamıştı. Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü olmayan 670 erkeğin %35,8'i PSA testini yaptırmış , % 64,2'si yaptırmamıştı. Toplamda 922 erkeğin %35,6'sı PSA testini yaptırmış , % 64,4'ü yaptırmamıştı.

P değeri Fisher's Exact Test 2-Sided'e göre anlamsız saptandı (0,877)

Tablo 22. Ailesinde kanser öyküsü olan ve olmayan erkeklerin PSA duyma ve yaptırma oranları

	Ailede kanser öyküsü olan (yüzde %)	Ailede kanser öyküsü olmayan (yüzde %)	P değeri
PSA Testini Duyan	75,3	63,9	
PSA Testini Duymayan	24,7	36,1	0,001
PSA Testini Yaptıran	35,1	35,8	
PSA Testini Yaptırmayan	64,9	64,2	0,877

4.4.3. Kadımlar-kolon

Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü (KPMS ve ya diğeleri) olan 50 yaş üstü 321 kadının % 52,3'ü Gaitada Gizli Kan testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 47,7'si duymamıştı. Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü olmayan 50 yaş üstü 702 kadının % 50,9'u Gaitada Gizli Kan testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 49,1'i duymamıştı. Toplamda 50 yaş üstü 1023 kadının % 51,3'ü Gaitada Gizli Kan testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 48,7'si duymamıştı.

P değeri Fisher's Exact Test 2-Sided'e göre anlamsız saptandı (0,686)

Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü (KPMS ve ya diğeleri) olan 50 yaş üstü 321 kadının % 27,4'ü Gaitada Gizli Kan testini yaptırmış, % 72,6'sı yaptırmamıştı. Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü olmayan 50 yaş üstü 702 kadının % 28,3'ü Gaitada Gizli Kan testini yaptırmış, % 71,7'si yaptırmamıştı. Toplamda 50 yaş üstü 1023 kadının % 28,1'i Gaitada Gizli Kan testini yaptırmış, % 71,9'u yaptırmamıştı.

P değeri Fisher's Exact Test 2-Sided'e göre anlamsız saptandı (0,822)

Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü (KPMS ve ya diğeleri) olan 50 yaş üstü 321 kadının % 55,8'i Rektosigmoidoskopi tetkikini duymuş (ne demek olduğunu biliyor) , % 44,2'si duymamıştı. Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü olmayan 50 yaş üstü 702 kadının % 51,7'si Rektosigmoidoskopi tetkikini duymuş (ne demek olduğunu biliyor) , % 48,3'ü duymamıştı. Toplamda 50 yaş üstü 1023 kadının % 53'ü Rektosigmoidoskopi tetkikini duymuş (ne demek olduğunu biliyor) , % 47'si duymamıştı.

P değeri Fisher's Exact Test 2-Sided'e göre anlamsız saptandı (0,251)

Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü (KPMS ve ya diğeleri) olan 50 yaş üstü 321 kadının % 21,5'i Rektosigmoidoskopi tetkikini yaptırmış, % 78,5'i yaptırmamıştı. Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü olmayan 50 yaş üstü 702 kadının % 13,2'si Rektosigmoidoskopi tetkikini yaptırmış, % 86,8'i yaptırmamıştı. Toplamda 50 yaş üstü 1023 kadının %15,8'i Rektosigmoidoskopi tetkikini yaptırmış, % 84,2'si yaptırmamıştı.

P değeri Pearson Chi Square'e göre anlamlı saptandı (0,001)

Tablo 23.Ailesinde kanser öyküsü olan ve olmayan kadınların gaitada gizli kan, rektosigmoidoskopi duyma ve yaptırma oranları

	Ailede kanser öyküsü olan (yüzde %)	Ailede kanser öyküsü olmayan (yüzde %)	P değeri
GGK Testini Duyan	52,3	50,9	
GGK Testini Duymayan	47,7	49,1	0,686
GGK Testini Yaptıran	27,4	28,3	
GGK Testini Yaptırmayan	72,6	71,7	0,822
Rektosigmoidoskopi Duyan	55,8	51,7	
Rektosigmoidoskopi Duymayan	44,2	48,3	0,251
Rektosigmoidoskopi Yaptıran	21,5	78,5	
Rektosigmoidoskopi Yaptırmayan	13,2	86,8	0,001

4.4.4. Kadınlar-meme kanseri

Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü (KPMS ve ya diğeleri) olan 1535 kadının % 57,8'i Kendi Kendine Meme Muayenesini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 42,2'si duymamıştı. Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü olmayan 2747 kadının % 42,7'si Kendi Kendine Meme Muayenesini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 57,3'ü duymamıştı. Toplamda 4282 kadının % 48,1'i Kendi Kendine Meme Muayenesini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 51,9'u duymamıştı.

P değeri Fisher's Exact Test 2-Sided'e göre anlamlı saptandı (0,000)

Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü (KPMS ve ya diğeleri) olan 1535 kadının % 31,1'i Kendi Kendine Meme Muayenesi yapıyor, % 68,9'u yapmıyordu. Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü olmayan 2747 kadının % 19,5'i Kendi Kendine Meme Muayenesi yapıyor, % 80,5'i yapmıyordu. Toplamda 4282 kadının % 23,7'si Kendi Kendine Meme Muayenesi yapıyor, % 76,3'ü yapmıyordu.

P değeri Pearson Chi Square'e göre anlamlı saptandı (0,000)

Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü (KPMS ve ya diğeleri) olan 1535 kadının % 15,2'si Doktor tarafından Meme Muayenesi yaptırıyor, % 84,8'i yaptırmıyordu. Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü olmayan 2747 kadının % 7,8'i Doktor tarafından Meme Muayenesi yaptırıyor, %92,2'si yaptırmıyordu. Toplamda 4282 kadının % 10,4'ü Doktor tarafından Meme Muayenesi yaptırıyor, % 89,6'sı yaptırmıyordu.

P değeri Pearson Chi Square'e göre anlamlı saptandı (0,000)

Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü (KPMS ve ya diğeleri) olan 40 yaş üstü 1007 kadının % 20,8'i Mamografi/Meme usg çektirmiş, % 79,2'si çektirmemişti. Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü olmayan 40 yaş üstü 1778 kadının % 8,2'si Mamografi/Meme usg çektirmiş, % 91,8'i çektirmemişti. Toplamda 40 yaş üstü 2785 kadının % 12,7'si Mamografi/Meme usg çektirmiş, % 87,3'ü çektirmemişti.

P değeri Pearson Chi Square'e göre anlamlı saptandı (0,000)

Tablo 24. Ailesinde kanser öyküsü olan ve olmayan kadınların kendi kendine meme muayenesi duyma ve yaptırma, doktor tarafından meme muayenesi ve mamografi/meme ultrasonu yaptırma oranları

	Ailede kanser öyküsü olan (yüzde %)	Ailede kanser öyküsü olmayan (yüzde %)	P değeri
KKMM Duyan	57,8	42,7	
KKMM Duymayan	42,2	57,3	0,000
KKMM Yapan	31,1	19,5	
KKMM Yapmayan	68,9	80,5	0,000
DTMM Yaptıran	15,2	7,8	
DTMM Yaptırmayan	84,8	92,2	0,000
40 Yaşüstü Mamografi /meme USG Çektiren	20,8	8,2	
40 Yaşüstü Mamografi /meme USG Çektirmeyen	79,2	91,8	0,000

4.4.5. Kadımlar-serviks kanseri

Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü (KPMS ve ya diğeleri) olan 1370 evli bayanın % 58,3'ü Smear testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 41,7'si duymamıştı. Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü olmayan 2415 evli bayanın % 46,4'ü Smear testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 53,6'sı duymamıştı. Toplamda 3785 evli kadının % 50,7'si Smear testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 49,3'ü duymamıştı.

P değeri Fisher's Exact Test 2-Sided'e göre anlamlı saptandı (0,000)

Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü (KPMS ve ya diğeleri) olan 1370 evli bayanın % 12,6'sı Smear testini yaptırmış, % 87,4'ü yaptırmamıştı. Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü olmayan 2415 evli bayanın % 7,5'i Smear testini yaptırmış, %92,5'i yaptırmamıştı. Toplamda 3785 evli kadının % 9,3'ü Smear Testini yaptırmış, % 90,7'si yaptırmamıştı.

P değeri Pearson Chi Square'e göre anlamlı saptandı (0,000)

Tablo 25. Ailesinde kanser öyküsü olan ve olmayan kadınların smear testini duyma ve yaptırma oranları

	Ailede kanser öyküsü olan (yüzde %)	Ailede kanser öyküsü olmayan (yüzde %)	P değeri
PAP Smear Testini Duyan	58,3	46,4	
PAP Smear Testini Duymayan	41,7	53,6	0,000
PAP Smear Testini Yaptıran	12,6	7,5	
PAP Smear Testini Yaptırmayan	87,4	92,5	0,000

4.5. Ailede Kolon Prostat Meme Serviks kanseri öyküsü olanlar/kanser öyküsü olmayanlar

4.5.1. Erkekler-kolon kanseri

Ailesinde KPMS kanseri öyküsü olan 108 erkeğin % 59,3'ü Gaitada Gizli Kan testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor) , % 40,7'si duymamıştı. Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü olmayan 670 erkeğin % 47,2'si Gaitada Gizli Kan testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor) , % 52,8'i duymamıştı. Toplamda 778 erkeğin % 48,8'i Gaitada Gizli Kan testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor) , % 51,2'si duymamıştı.

P değeri Fisher's Exact Test 2-Sided'e göre anlamlı saptandı (0,022)

Ailesinde KPMS kanseri öyküsü olan 108 erkeğin % 31,5'i Gaitada Gizli Kan testini yaptırmış, % 68,5'i yaptırmamıştı. Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü olmayan 670 erkeğin % 27,8'i Gaitada Gizli Kan testini yaptırmış, % 72,2'si yaptırmamıştı. Toplamda 778 erkeğin % 28,3'ü Gaitada Gizli Kan testini yaptırmış, % 71,7'si yaptırmamıştı.

P değeri Fisher's Exact Test 2-Sided'e göre anlamsız saptandı (0,422)

Ailesinde KPMS kanseri öyküsü olan 108 erkeğin % 63,9'u Rektosigmoidoskopi tetkikini duymuş (ne demek olduğunu biliyor) , % 36,1'i duymamıştı. Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü olmayan 670 erkeğin % 47,6'sı Rektosigmoidoskopi tetkikini duymuş (ne

demek olduğunu biliyor), % 52,4'ü duymamıştı. Toplamda 778 erkeğin % 49,9'u Rektosigmoidoskopi tetkikini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 50,1'i duymamıştı.

P değeri Fisher's Exact Test 2-Sided'e göre anlamlı saptandı (0,002)

Ailesinde KPMS kanseri öyküsü olan 108 erkeğin % 11,1'i Rektosigmoidoskopi tetkikini yaptırmış, % 88,9'u yaptırmamıştı. Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü olmayan 670 erkeğin % 10,9'u Rektosigmoidoskopi tetkikini yaptırmış, % 89,1'i yaptırmamıştı. Toplamda 778 erkeğin % 10,9'u Rektosigmoidoskopi tetkikini yaptırmış, % 89,1'i yaptırmamıştı.

P değeri Pearson Chi Square'e göre anlamsız saptandı (0,947)

Tablo 26. Ailesinde kolon,prostat,meme,serviks kanseri öyküsü olan ve olmayan erkeklerin gaitada gizli kan,rektosigmoidoskopi duyma ve yaptırma oranları

	Ailede KPMS kanser öyküsü olan (yüzde %)	Ailede kanser öyküsü olmayan (yüzde %)	P değeri
GGK Testini Duyan	59,3	47,2	
GGK Testini Duymayan	40,7	52,8	0,022
GGK Testini Yaptıran	31,5	27,8	
GGK Testini Yaptırmayan	68,5	72,2	0,422
Rektosigmoidoskopi Duyan	63,9	47,6	
Rektosigmoidoskopi Duymayan	36,1	52,4	0,002
Rektosigmoidoskopi Yaptıran	11,1	10,9	
Rektosigmoidoskopi Yaptırmayan	88,9	89,1	0,947

4.5.2. Erkekler-prostat kanseri

Ailesinde KPMS kanseri öyküsü olan 108 erkeğin % 81,5'i PSA testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 18,5'i duymamıştı. Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü olmayan 670 erkeğin % 63,9'u PSA testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 36,1'i

duymamıştı. Toplamda 778 erkeğin % 66,3'ü PSA testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 33,7'si duymamıştı.

P değeri Continuity Correction'a göre anlamlı saptandı (0,000)

Ailesinde KPMS kanseri öyküsü olan 108 erkeğin % 33,3'ü PSA testini yaptırmış, % 66,7'si yaptırmamıştı. Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü olmayan 670 erkeğin % 35,8'i PSA testini yaptırmış, % 64,2'si yaptırmamıştı. Toplamda 778 erkeğin % 35,5'i PSA testini yaptırmış, % 64,5'i yaptırmamıştı.

P değeri Fisher's Exact Test 2-Sided'e göre anlamsız saptandı (0,665)

Tablo 27. Ailesinde kolon,prostat,meme,serviks kanseri olan ve olmayan erkeklerin PSA testini duyma ve yaptırma oranları

	Ailede KPMS kanseri öyküsü olan (yüzde %)	Ailede kanser öyküsü olmayan (yüzde %)	P değeri
PSA Testini Duyan	81,5	63,9	
PSA Testini Duymayan	18,5	36,1	0,000
PSA Testini Yaptıran	33,3	35,8	
PSA Testini Yaptırmayan	66,7	64,2	0,665

4.5.3. Kadınlar-kolon kanseri

Ailesinde KPMS kanseri öyküsü olan 50 yaş üstü 156 kadının % 58,3'ü Gaitada Gizli Kan testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 41,7'si duymamıştı. Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü olmayan 50 yaş üstü 702 kadının % 50,9'u Gaitada Gizli Kan testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 49,1'i duymamıştı. Toplamda 50 yaş üstü 858 kadının % 52,2'si Gaitada Gizli Kan testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 47,8'i duymamıştı.

P değeri Fisher's Exact Test 2-Sided'e göre anlamsız saptandı (0,093)

Ailesinde KPMS kanseri öyküsü olan 50 yaş üstü 156 kadının % 30,8'i Gaitada Gizli Kan testini yaptırmış, % 69, 2'si yaptırmamıştı. Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü

olmayan 50 yaş üstü 702 kadının % 28,3'ü Gaitada Gizli Kan testini yaptırmış, % 71,7'si yaptırmamıştı. Toplamda 50 yaş üstü 858 kadının % 28,8'i Gaitada Gizli Kan testini yaptırmış, % 71,2'si yaptırmamıştı.

P değeri Fisher's Exact Test 2-Sided'e göre anlamsız saptandı (0,558)

Ailesinde KPMS kanseri öyküsü olan 50 yaş üstü 156 kadının % 64,1'i Rektosigmoidoskopi tetkikini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 35,9'u duymamıştı. Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü olmayan 50 yaş üstü 702 kadının % 51,7'si Rektosigmoidoskopi tetkikini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 48,3'ü duymamıştı. Toplamda 50 yaş üstü 858 kadının % 54'ü Rektosigmoidoskopi tetkikini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 46'sı duymamıştı.

P değeri Fisher's Exact Test 2-Sided'e göre anlamlı saptandı (0,006)

Ailesinde KPMS kanseri öyküsü olan 50 yaş üstü 156 kadının % 25'i Rektosigmoidoskopi tetkikini yaptırmış, % 75'i yaptırmamıştı. Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü olmayan 50 yaş üstü 702 kadının % 13,2'si Rektosigmoidoskopi tetkikini yaptırmış, % 86,8'i yaptırmamıştı. Toplamda 50 yaş üstü 858 kadının % 15,3'ü Rektosigmoidoskopi tetkikini yaptırmış, % 84,7'si yaptırmamıştı.

P değeri Pearson Chi Square'e göre anlamlı saptandı (0,000)

Tablo 28. Ailesinde kolon,prostat,meme,serviks kanseri öyküsü olan ve olmayan kadınların gaitada gizli kan,rektosigmoidoskopi duyma ve yaptırma oranları

	Ailede KPMS kanser öyküsü olan (yüzde %)	Ailede kanser öyküsü olmayan (yüzde %)	P değeri
GGK Testini Duyan	58,3	50,9	
GGK Testini Duymayan	41,7	49,1	0,093
GGK Testini Yaptıran	30,8	28,3	
GGK Testini Yaptırmayan	69,2	71,7	0,558
Rektosigmoidoskopi Duyan	64,1	51,7	
Rektosigmoidoskopi Duymayan	35,9	48,3	0,006
Rektosigmoidoskopi Yaptıran	25	13,2	
Rektosigmoidoskopi Yaptırmayan	75	86,8	0,000

4.5.4. Kadınlara-meme kanseri

Ailesinde KPMS kanseri öyküsü olan 799 kadının % 63,6'sı Kendi Kendine Meme Muayenesini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 36,4'ü duymamıştı. Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü olmayan 2747 kadının % 42,7'si Kendi Kendine Meme Muayenesini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 57,3'ü duymamıştı. Toplamda 3546 kadının % 47,4'ü Kendi Kendine Meme Muayenesini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 52,6'sı duymamıştı.

P değeri Fisher's Exact Test 2-Sided'e göre anlamlı saptandı (0,000)

Ailesinde KPMS kanseri öyküsü olan 799 kadının % 34'ü Kendi Kendine Meme Muayenesi yapıyor, % 66'sı yapmıyordu. Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü olmayan 2747 kadının % 19,5'i Kendi Kendine Meme Muayenesi yapıyor, % 80,5'i yapmıyordu. Toplamda 3546 kadının % 22,8'i Kendi Kendine Meme Muayenesi yapıyor, % 77,2'si yapmıyordu.

P değeri Pearson Chi Square'e göre anlamlı saptandı (0,000)

Ailesinde KPMS kanseri öyküsü olan 799 kadının % 16,6'sı Doktor tarafından meme muayenesi yaptırmış, % 83,4'ü yaptırmamıştı. Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü olmayan 2747 kadının % 7,8'i Doktor tarafından meme muayenesi yaptırmış, % 92,2'si yaptırmamıştı. Toplamda 3546 kadının % 9,8'i Doktor tarafından meme muayenesi yaptırmış, % 90,2'si yaptırmamıştı.

P değeri Pearson Chi Square'e göre anlamlı saptandı (0,000)

Ailesinde KPMS kanseri öyküsü olan 40 yaş üstü 532 kadının % 22,7'si Mamografi/Meme usg çekirmiş, % 77,3'ü çekirmemişti. Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü olmayan 40 yaş üstü 1778 kadının % 8,2'si Mamografi/Meme usg çekirmiş, % 91,8'i çekirmemişti. Toplamda 40 yaş üstü 2310 kadının % 11,6'sı Mamografi/Meme usg çekirmiş, % 88,4'ü çekirmemişti.

P değeri Pearson Chi Square'e göre anlamlı saptandı (0,000)

Tablo 29. Ailesinde kolon,prostat,meme,serviks kanseri öyküsü olan ve olmayan kadınların kendi kendine meme muayenesi duyma ve yaptırma,doktor tarafından meme muayenesi, mamografi/meme ultrasonu yaptırma oranları

	Ailede KPMS kanser öyküsü olan (yüzde %)	Ailede kanser öyküsü olmayan (yüzde %)	P değeri
KKMM Duyan	63,6	42,7	
KKMM Duymayan	36,4	57,3	0,000
KKMM Yapan	34	19,5	
KKMM Yapmayan	66	80,5	0,000
DTMM Yaptıran	16,6	7,8	
DTMM Yaptırmayan	83,4	92,2	0,000
40 Yaşüstü Mamografi /meme USG Çektiren	22,7	8,2	
40 Yaşüstü Mamografi /meme USG Çektirmeyen	77,3	91,8	0,000

4.5.5. Kadınlar-serviks kanseri

Ailesinde KPMS kanseri öyküsü olan 723 evli kadının % 63,5'i Smear testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 36,5'i duymamıştı. Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü olmayan 2415 evli kadının % 46,4'ü Smear testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 53,6'sı duymamıştı. Toplamda 3138 evli kadının % 50,3'ü Smear testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 49,7'si duymamıştı.

P değeri Fisher's Exact Test 2-Sided'e göre anlamlı saptandı (0,000)

Ailesinde KPMS kanseri öyküsü olan 723 evli kadının % 15,2'si Smear testini yaptırmış, % 84,8'i yaptırmamıştı. Ailesinde herhangi bir kanser öyküsü olmayan 2415 evli kadının % 7,5'i Smear testini yaptırmış, % 92,5'i yaptırmamıştı. Toplamda 3138 evli kadının % 9,3'ü Smear testini yaptırmış, % 90,7'si yaptırmamıştı.

P değeri Pearson Chi Square'e göre anlamlı saptandı (0,000)

Tablo 30. Ailesinde kolon,prostat,meme,serviks kanseri öyküsü olan ve olmayan kadınların smear testini duyma ve yaptıрма oranları

	Ailede KPMS kanser öyküsü olan (yüzde %)	Ailede kanser öyküsü olmayan (yüzde %)	P değeri
PAP Smear Testini Duyan	63,5	46,4	
PAP Smear Testini Duymayan	41,7	53,6	0,000
PAP Smear Testini Yaptıran	15,2	7,5	
PAP Smear Testini Yaptırmayan	84,8	92,5	0,000

4.6. Çarpaz Bulgular

4.6.1. Kadınlar/meme kanseri

Trabzon ili ve ilçesi genelinde Kendi Kendine Meme Muayenesini duyan 2061 kadının

% 15,4'ü Doktor tarafından meme muayenesi yaptırıyor , % 84,6'sı yaptırmıyordu. Trabzon ili ve ilçesi genelinde Kendi Kendine Meme Muayenesini duymayan 2221 kadının % 5,8'i Doktor tarafından meme muayenesi yaptırıyor , % 94,2'si yaptırmıyordu. Toplamda Trabzon ili ve ilçesi genelinde yaşayan 4282 kadının % 10,4'ü Doktor tarafından meme muayenesi yaptırıyor , % 89,6'sı yaptırmıyordu.

P değeri McNemar test'e göre anlamlı saptandı (0,000)

Trabzon ili ve ilçesi genelinde Kendi Kendine Meme Muayenesi yapan 1013 kadının % 23,7'si Doktor tarafından meme muayenesi yaptırıyor , % 76,3'ü yaptırmıyordu. Trabzon ili ve ilçesi genelinde Kendi Kendine Meme Muayenesi yapmayan 3269 kadının % 6,3'ü Doktor tarafından meme muayenesi yaptırıyor , 93,7'si yaptırmıyordu. Toplamda Trabzon ili ve ilçesi genelinde yaşayan 4282 kadının % 10,4'ü Doktor tarafından meme muayenesi yaptırıyor , % 89,6'sı yaptırmıyordu.

P değeri McNemar test'e göre anlamlı saptandı (0,000)

Ailesinde meme kanseri öyküsü olmayıp Kendi Kendine Meme Muayenesini duyan 1902 kadının % 14,3'ü Doktor tarafından meme muayenesi yaptırmış, % 85,7'si yaptırmamıştı. Ailesinde meme kanseri öyküsü olmayıp Kendi Kendine Meme Muayenesini duymayan 2171 kadının % 5,3'ü Doktor tarafından meme muayenesi yaptırmış, % 94,7'si yaptırmamıştı. Toplamda Trabzon ili ve ilçesi genelinde yaşayan ve ailesinde meme kanseri öyküsü olmayan 4073 kadının % 9,5'i Doktor tarafından meme muayenesi yaptırmış, % 90,5'i yaptırmamıştı.

P değeri McNemar test'e göre anlamlı saptandı (0,000)

Ailesinde meme kanseri öyküsü olmayıp Kendi Kendine Meme Muayenesi yapan 915 kadının % 22,1'i Doktor tarafından meme muayenesi yaptırmış, % 77,9'u yaptırmamıştı. Ailesinde meme kanseri öyküsü olmayıp Kendi Kendine Meme Muayenesi yapmayan 3158 kadının % 5,9'u Doktor tarafından meme muayenesi yaptırmış, % 94,1'i yaptırmamıştı. Toplamda Trabzon ili ve ilçesi genelinde yaşayan ve ailesinde meme kanseri öyküsü olmayan 4073 kadının % 9,5'i Doktor tarafından meme muayenesi yaptırmış, % 90,5'i yaptırmamıştı.

P değeri McNemar test'e göre anlamlı saptandı (0,000)

Ailesinde meme kanseri öyküsü olan 209 kadının % 27,8'i Doktor tarafından meme muayenesi yaptırmış, % 72,2'si yaptırmamıştı. Ailesinde meme kanseri öyküsü olup Kendi Kendine Meme Muayenesini duyan 159 kadının % 28,3'ü Doktor tarafından meme muayenesi yaptırmış, % 71,7'si yaptırmamıştı. Ailesinde meme kanseri öyküsü olup Kendi Kendine Meme Muayenesini duymayan 50 kadının % 26'sı Doktor tarafından meme muayenesi yaptırmış, % 74'ü yaptırmamıştı.

P değeri McNemar test'e göre anlamlı saptandı (0,000)

Ailesinde meme kanseri öyküsü olan 209 kadının % 27,8'i Doktor tarafından meme muayenesi yaptırmış, % 72,2'si yaptırmamıştı. Ailesinde meme kanseri öyküsü olup Kendi Kendine Meme Muayenesi yapan 98 kadının % 38,7'si Doktor tarafından meme muayenesi yaptırmış, % 61,2'si yaptırmamıştı. Ailesinde meme kanseri öyküsü olup Kendi Kendine Meme Muayenesi yapmayan 111 kadının % 18'i Doktor tarafından meme muayenesi yaptırmış, % 82'si yaptırmamıştı.

P değeri McNemar test'e göre anlamlı saptandı (0,000)

Ailesinde meme kanseri öyküsü olmayan 40 yaş üstü 2646 kadının % 11,8'i Mamografi/Meme Usg çektirmiş, % 88,2'si çektirmemişti. Ailesinde meme kanseri öyküsü olan 40 yaş üstü 139 kadının % 31,7'si Mamografi/Meme Usg çektirmiş, % 68,3'ü çektirmemişti. Toplamda 40 yaş üstü 2785 kadının % 12,7'si Mamografi/Meme Usg çektirmiş, % 87,3'ü çektirmemişti.

P değeri McNemar test'e göre anlamlı saptandı (0,000)

4.6.2. Kolon kanseri/kadın+erkekler

Gaitada Gizli Kan testini yaptıran 50 yaş üstü 564 kadın ve erkeğin % 36,7'si Rektosigmoidoskopi tetkikini yaptırmış, % 63,3'ü yaptırmamıştı. Gaitada Gizli Kan testini yaptırmayan 50 yaş üstü 1376 kadın ve erkeğin %3,9'u Rektosigmoidoskopi tetkikini yaptırmış, % 96,1'i yaptırmamıştı. Toplamda 50 yaş üstü 1940 kadın ve erkeğin % 13,5'i Rektosigmoidoskopi tetkikini yaptırmış, % 86,5'i yaptırmamıştı.

P değeri McNemar test'e göre anlamlı saptandı (0,000)

Ailesinde kolon kanseri öyküsü olmayıp Gaitada Gizli Kan testini yaptıran 50 yaş üstü 526 kadın ve erkeğin % 35,7'si Rektosigmoidoskopi tetkikini yaptırmış, % 64,3'ü yaptırmamıştı. Ailesinde kolon kanseri öyküsü olmayıp Gaitada Gizli Kan testini yaptırmayan 50 yaş üstü 1326 kadın ve erkeğin % 3,9'u Rektosigmoidoskopi tetkikini yaptırmış, % 96,1'i yaptırmamıştı. Toplamda ailesinde kolon kanseri öyküsü olmayan 50 yaş üstü 1852 kadın ve erkeğin % 13'ü Rektosigmoidoskopi tetkikini yaptırmış, % 87'si yaptırmamıştı.

P değeri McNemar test'e göre anlamlı saptandı (0,000)

Ailesinde kolon kanseri öyküsü olup Gaitada Gizli Kan testini yaptıran 50 yaş üstü 38 kadın ve erkeğin % 50'si Rektosigmoidoskopi tetkikini yaptırmış, % 50'si yaptırmamıştı. Ailesinde kolon kanseri öyküsü olup Gaitada Gizli Kan testini yaptırmayan 50 yaş üstü 50 kadın ve erkeğin % 4'ü Rektosigmoidoskopi tetkikini yaptırmış, % 96'sı yaptırmamıştı. Toplamda ailesinde kolon kanseri öyküsü olan 50 yaş üstü 88 kadın ve erkeğin % 23,9'u Rektosigmoidoskopi tetkikini yaptırmış, % 76,1'i yaptırmamıştı.

P değeri McNemar test'e göre anlamlı saptandı (0,000)

5. TARTIŞMA

Serviks kanseri tüm dünyadaki kadın kanserlerinin meme ve rektum kanserinden sonra 3. sıklıkta görülenidir. Gelişmekte olan ülkelerde 2. sıklıkta görülür iken, gelişmiş ülkelerde tarama programlarının başarılı uygulamaları nedeniyle 6. hatta bazı ülkelerde 10. sıraya inmiştir. Dünyada her yıl yaklaşık 400.000-500.000 yeni serviks kanseri saptanır iken, bunların 190.000 tanesi ölmekte, ölümlerin de %78'i gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Bu sayılar serviks kanserinde tarama programlarının bu kanserin görülme sıklığını ve bu kanserden ölüm oranlarını azaltmakta ne kadar önemli olduğunu göstermektedir (29,30).

Literatürde Ertem G. ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada Türkiye'de İzmir'in kırsal bölgesinde hemşireler arasında serviks kanseri taraması ve risk faktörleri bilinci ile ilgili bir çalışma yapılmıştır(135). Bu çalışmaya halk sağlığı ve aile sağlığı merkezinde çalışan hemşireler dahil edilmiştir. İzmir'in bu kırsal alanında çalışmaya katılan hemşirelerin 67 (%69,1)' si aileleri ve arkadaşları ile kanser ve kanserden korunma yolları hakkında konuştuklarını belirtmişler. Hemşirelerin 59 (%60,8)'u kanserin önlenabilir olduğuna inanıyor. Hemşirelerin %11,3'ünde ailesinde kanser öyküsü vardı. 62 (%63,9) hemşire serviks kanseri hakkında yeterli bilgisi olduğuna inanıyordu. Serviks kanseri risk faktörleri, belirtileri, tarama yöntemleri, yaş, medeni durum, yıllık tecrübeleri arasında anlamlı fark yoktu. Çalışma sonucunda hemşirelerin serviks kanseri tarama yöntemi hakkında bilgili olduğunu göstermiştir (135). Bizim çalışmamızda evli kadınların %50,7'si Pap smear testini duymuş, %49,3'ü de testi duymamıştı.

Mehmet Karaca ve ekibi tarafından toplumun Pap smear konusunda bilgi düzeyini ölçmek amacıyla bir çalışma yapılmış(136). 15 Ocak- 15 Eylül 2007 tarihleri arasında Kafkas Üniversitesi'ne herhangi bir sağlık problemi nedeniyle başvuran 834 kadına 22 soruluk bir anket çalışması yapılmış. Araştırmaya katılan kadınların %29,9'u Pap smearı duyduğunu, %16,2'si de kendisine Pap smear yapıldığını belirtmiş. Pap smear %59,3 jinekolojik şikayet sonucu, %40,7'si ise tarama amacıyla yapılmış. Bu çalışma sonucunda toplumun Pap smear konusundaki bilgi düzeyi ve yaptırma oranı çok düşük bulunmuştur (136). Bizim çalışmamızda da evli kadınların sadece %9,3'ü Pap smear testini yaptırmış, %90,7'si ise testi yaptırmamıştır. Çalışmamız sonucunda da tarama testini yaptıırma oranı çok düşüktü.

Literatürde Perma Ünalın ve ark. tarafından yapılan çalışmada Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi kadın doğum bölümüne başvuran kadınların Pap smear testi sonuçlarının değerlendirilmesi ile bu testin uygulandığı kadınların test konusundaki bilgi ve tutumu araştırılmıştır (137). 571 kadının Pap smear sonucu değerlendirildi ve Pap smear alınan 100 kadına test ile ilgili bilgi ve davranışlarını sorgulayan anket yapılmıştır. Çalışma sonucunda 571 kadının sadece 1 tanesinde prekanseröz lezyon bulunmuştur. 100 kişiye yapılan ankette ise testin adını bilenler %62,6, testin amacını bilenler ise %68,7 olarak tespit edilmiştir. Çalışma kadınların çoğunun testin adını ve amacını bildiğini ortaya koymuştur (137). Bizim çalışmamızda da kadınların %50,3'ü testin amacının ne olduğunu biliyordu. %49,7'si de testin amacını bilmiyordu.

Awodele O. ve ark. tarafından Lagos Üniversitesi'nde çalışan hemşirelerle serviks kanseri taraması ile ilgili bir çalışma yapılmış(138). Çalışmada 200 hemşireye serviks kanseri bilinirliği ile ilgili sorular sorulmuş. Ankete katılan hemşirelerin %99'u serviks kanserinin bilincinde ve hemşirelerin %92'si de serviks kanserine human papilloma virüsün neden olduğunu bilmekteymiş. Hemşirelerin %43,9'u medyadan ve %37,4 sağlık personelinde serviks kanseri ile ilgili bilgi almışlar. Ayrıca %91'i serviks kanseri tarama testi olan Pap smearin farkında olduğunu belirtmiştir. %89'u Pap smeara olumlu bakıyordu. Ancak bu hemşirelerin büyük çoğunluğu Pap smear tarama testini yaptırmamıştır. Bu çalışmada sağlık personeli olan hemşirelerin serviks kanseri taraması ile ilgili çok iyi bilgiye sahip oldukları tespit edilmiştir (138). Bizim çalışmamıza katılan ve ailesinde serviks kanseri öyküsü olan evli kadınların %62,3'ü Pap smear testini duymuştu. %37,7'si ise testi duymamıştı. Ailesinde serviks kanseri öyküsü olmayan evli kadınların ise %50,3'ü Pap smear testini duymuş, %49,7'si ise testi duymamıştı. Toplamda tüm evli kadınların %50,7'si testi duymuş, %49,3'ü de testi duymamıştı.

Güneş ve ark tarafından Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne yatan hastaların refakatçilerinden oluşan 181 kadına serviks kanseri ile ilgili anket soruları sorulmuştur. Çalışmaya katılan kadınların 127 (%70,2) tanesi daha önceden Pap smear testini yaptırmadıklarını belirtmiştir(139).

Wellensiek ve ark. Güney Afrika'da 2002 yılında yaptıkları çalışmada sosyoekonomik ve eğitim düzeyi düşük kadınların %87'sinin Pap smear testini bilmedikleri için yaptırmadıklarını saptamıştır(140). Maaita ve ark. Ürdün'de 600 kadınla yaptıkları çalışmada kadınların %75'inin daha önce hiç Pap smear testini yaptırmadıkları, %77'sinin de serviks

kanserinin risk faktörleri ile ilgili bilgilerinin olmadığını tespit etmişlerdir(141). Waller ve ark tarafından yapılan bir çalışmada kadınların %38'inin serviks kanseri riskleri ile ilgili bilgilerinin olmadığını tespit etmiştir. Kadınların eğitim düzeyi arttıkça serviks kanseri ile ilgili bilgi düzeyi de orantılı olarak arttığı tespit edilmiştir(142). Tairwireyi ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ise sağlık çalışanlarının serviks kanseri riskleri ile ilgili bilgi düzeyi tespit edilmeye çalışılmıştır. Sonuçta ise sağlık çalışanlarının bilgilerinin yetersiz olduğu ve %86,6'sının HPV'nin serviks kanserine neden olduğunu bilememiştir. Aynı çalışmada kadınların %81,7'sinin Pap smear testi yaptırmadıkları tespit edilmiştir(143).

Literatürde Shand L. ve ark. tarafından 2007 yılında genç Avustralyalı kadınlarla serviks kanseri tarama yöntemi ve Pap smear testi bilinirliği ile ilgili bir çalışma yapılmış (144). Çalışmaya 274 kadın katılmış ve katılımcıların yaş ortalaması 21.75 olarak tespit edilmiş. Katılımcıların %84'ünün serviks kanseri taraması ile ilgili bilgisi varmış(144). Bizim çalışma sonucunda ise tüm evli kadınların %50,7'si serviks kanseri tarama yöntemi Pap smearı duymuştu.

Meme kanseri, kadınlar arasında en sık görülen kanser olup yeni tanı alan kanserlerin yaklaşık %32'sini oluşturmaktadır. Avrupa'da yılda yaklaşık 180000, Amerika'da ise yılda 212000 yeni olgu tespit edilmektedir. 2005 yılında kadınlarda görülen kansere bağlı ölüm sıralamasında meme kanseri, akciğer kanserinden sonra ikinci sırada yer almıştır. (1) Meme kanseri etyolojisinde çevresel faktörler, hormonal faktörler ve genetik yatkınlık gibi çok sayıda faktör rol oynar. (2)

Literatürde Kum ve arkadaşları tarafından Orta Karadeniz bölgesinde kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bir çalışma yapılmıştır(145). Bu çalışmada yaş ortalamaları $37,8 \pm 14,8$ yıl olan 675 denek üzerinde anket yapılmıştır. Deneklerin 135' i sağlık personeli, 540'ı genel toplumdandır. Ankete katılanların % 63,8' i kendi kendine meme muayenesi yaparken % 36,2' si yapmıyordu. Yaş ile meme muayenesi yapma sıklığı arasında fark bulunmamıştır. Doktorların sadece % 31,2' sinin hastalarına kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi verdiği saptanmıştır(145).

Dişçigil ve ark tarafından yapılan bir çalışmada 18-78 yaş arasındaki toplam 363 kadına meme sağlığı ile ilgili bilgi, tutum ve davranış özelliklerini belirlemeye yönelik bir anket formu uygulanmıştır(146). Katılımcıların kendi kendine meme muayenesi % 61,7, klinik meme muayenesi %42,7 ve mamografi yapılma oranları % 40,6 olarak tespit edilmiştir. Tüm kadınlar incelendiğinde ana bilgi kaynağı olarak televizyonun belirtildiği görülmüş.

Ailede meme kanseri öyküsü ile mamografi uygulaması arasında doğrudan bir ilişki saptanmış(146).

Literatürde Dünder ve ark tarafından kırsal kesimlerde yaşayanlarla yapılan bir çalışmada kendi kendine meme muayenesi oranı %3,3 olarak bildirilmiştir(147).

Bizim çalışmamızda ailesinde meme kanseri öyküsü olan 209 kadının %76,1'i kendi kendine meme muayenesini duymuş, %23,9'u duymamıştı. Ailesinde meme kanseri öyküsü olmayan 4073 kadının % 46,7'si kendi kendine meme muayenesini duymuş, % 53,3'ü duymamıştı. Toplamda 4282 kadının % 48,1'i kendi kendine meme muayenesini duymuş, % 51,9'u duymamıştı.

Literatürde Göçgeldi ve ark. tarafından Ankara'da yapılan bir çalışmada katılımcıların %87,7'si kendi kendine meme muayenesi yapılması gerektiğini ifade ederken, %66,5'i en az bir kez kendi kendine meme muayenesi yaptığını, %28,9'u ayda bir kez düzenli olarak yaptığını, %35,6'sı adet bitince yaptığını belirtmiştir(148). Doğru zamanda ve sıklıkta (ayda bir kez ve adet bitiminde) kendi kendine meme muayenesi yapma sıklığı %23,3 bulunmuştur. Kendi kendine meme muayenesi hakkındaki bilgilerini sağlık personelinin (%37,3) ve televizyon/gazetelerden (%34,3) aldığını bildirenler ilk sıralarda yer almıştır. Lise ve üzeri öğrenim düzeyindekilerde, kendi kendine meme muayenesinin gerekli olduğuna inananlarda ayda bir kez ve adet bitiminde kendi kendine meme muayenesi yapma sıklığı daha yüksek bulunmuştur(148).

Fındık ve arkadaşları tarafından bir çalışma yapılmış (149). Çalışmaya 77 meme kanseri tanısı konan hasta dahil edilmiş. Çalışmaya alınan kadınların %48,1'i tanı konmadan önce düzenli olarak kendi kendine meme muayenesi yaptıklarını, %13'ü mamografi çektirdiklerini ve %5,22'si klinik meme muayenesi olduklarını belirtmişlerdir. Memede kitle oluşumu, kadınların % 94,8'inde kendi kendine fark edilmiş, %5,2'sinde hekim muayenesi sırasında bulunmuştur. Kadınların %74'ünün memede kitle ile karşılaştıklarında hemen hastaneye başvurdukları,%26'sının geciktikleri belirlenmiştir(149).

Parlar ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ise ankete katılan 101 kadının %56,6'sının kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgisi yoktu (150). Şirin ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada ise 195 kişiye anket yapılmış ve %46,1'inin kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgisi olmadığı tespit edilmiş (151). Bizim çalışmamıza katılan tüm kadınların %51,9'unun kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgisi yoktu.

Alam ve ark tarafından yapılan bir çalışmada Riyad'lı kadınların kendi kendine meme muayenesinin bilinirliği ve mamografi yapılma oranı araştırılmıştır(152). Araştırmaya 864 kişi katılmış ve katılımcıların %84'ü Suudi, %45'i evli ve %67,8'i de üniversite mezunu olarak tespit edilmiş. Kadınların %82'si kendi kendine meme muayenesini biliyordu. %61'i mamografiyi biliyordu ancak sadece %41,2'si mamografi yaptırmıştı(152).

Bizim çalışmamızda ailesinde meme kanseri öyküsü olan 209 kadının %76,1'i kendi kendine meme muayenesini duymuş ve % 46,9'u da kendi kendine meme muayenesini yapıyordu. Ailesinde meme kanseri öyküsü olmayan 4073 kadının % 46,7'si kendi kendine meme muayenesini duymuş ve % 22,5'i kendi kendine meme muayenesini yapıyordu. Toplamda 4282 kadının % 48,1'i kendi kendine meme muayenesini duymuş ve % 23,7'si kendi kendine meme muayenesini yapıyordu. Toplamda 40 yaş üstü 2785 kadının % 12,7'si Mamografi/Meme Usg çekti, % 87,3'ü çekti, % 12,7'si çekti, % 87,3'ü çekti, % 12,7'si çekti.

Kolorektal kanserler; günümüzde, ileri batı toplumlarındaki ölümlerin yaklaşık %2–4'nün sebebidir. Kadınlarda meme ve uterus kanserinden, erkeklerde ise akciğer kanserinden sonra en sık görülen kanserdir (18) . Kolorektal kanserlerden ölüm bütün kanserlerdeki ölümlerin %10'unu oluşturmaktadır (19). Kolorektal kanser en sık 60–69 yaşlarında görülür ve ilerleyen yaşla birlikte insidansı artar. Sindirim sistemi kanserleri içinde, kolon tümörleri, mide kanserlerinden sonra ikinci sırayı almaktadır.

Literatürde Vaizoğlu ve ark tarafından yapılan bir çalışmada 50 yaş üzeri 103 kişiye 31 soruluk anket yapılmıştır(153). Katılımcıların yaş ortalaması %25,2'si erkek, %79,6'sı evli, %49,5'i ilköğretim mezunu olarak tespit edilmiştir. %82,5'inin akrabalarında tanı konulmuş bağırsak hastalığı yoktur. Erkeklerin %23'ünde, kadınların %16,8'inde anemi saptanmıştır. Ankete katılanların çoğunluğu gaitada gizli kan tetkikini duymuş(153).

Altuğ ve ark. tarafından doktorlara yönelik bir anket çalışması yapılmış. 278 uzman doktor anket çalışmasına katılmış. Ankete katılan doktorların 252 (%92)'si kolorektal kanserlerin tarama yapılmasının gerekli olduğu görüşünde iken 9 (%3)'u bu testlerin gereksiz olduğunu bildirmiş ve 6 (%2) doktor ise bu soruyu cevaplandırmamıştır. Bu çalışmanın sonucunda, kolorektal kanserler açısından risk taşıyan hasta grubu ile en sık karşılaşan branşlardaki uzman doktorların bile, kendilerine veya risk taşıyan ebeveynlerine tarama testi yaptırmada çeşitli nedenlerle ihmalkar davrandıkları sonucu ortaya çıkmıştır(154).

Yakut ve ark tarafından yapılan bir çalışmada kolonoskopi işlemi için başvuran 104 hastanın sadece 8 tanesi kanser taraması amacıyla başvurduğunu belirtmiştir(155).

Frederiksen ve ark tarafından yapılan anket çalışmasında 50-74 yaş arasında 117.114 kişiye gaitada gizli kan taraması yapılması için davet gönderilmiş. 85.374 kişi gaitada gizli kan taraması yapılması için olumlu yanıt vermiş. Erkeklerin kadınlara oranla daha yüksek katılımı bulunduğuna belirtilmiştir. Ayrıca eğitim düzeyi ve gelir düzeyi arttıkça katılımın oranının da arttığı tespit edilmiştir(156).

Walsh ve ark tarafından 1013 kişiyle gaitada gizli kan taraması ve kolorektal kanser taraması yaptırma oranlarıyla ilgili bir çalışma yapılmış. Çalışmaya katılanlar 50-74 yaş aralığındaymış. Katılımcıların %38'i gaitada gizli kan testi yaptırmış, %66'sı ise herhangi bir kolorektal taraması (rektoskopi, kolonoskopi...) yaptırmış(157).

Yip ve ark tarafından yapılan bir çalışmada kolorektal kanser olduğu tespit edilen 383 hastanın geriye dönük incelemesi yapılmış. Sadece 72 (%19) hastanın son 12 ayda gaitada gizli kan tetkiki vardı. 81 (%21) hastada ise sigmoidoskopi veya kolonoskopi tetkiki yapılmıştı (158).

Güneş ve ark tarafından Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne yatan hastaların refakatçilerinden oluşan 356 kişiye anket ile kanser hakkında bilgi çalışması yapılmıştır. Çalışmaya katılanların 337 (%94,6)'si son 10 yılda kolorektal kanser ile ilgili herhangi bir tarama yaptırmamıştır (139).

Bizim çalışmamızda ailesinde kolon kanseri öyküsü olan 34 erkeğin % 85,3'ü, ailesinde kolon kanseri öyküsü olmayan 888 erkeğin % 49,4'ü gaitada gizli kan testini duymuştu. Ailesinde kolon kanseri öyküsü olan 34 erkeğin % 41,2'si, ailesinde kolon kanseri öyküsü olmayan 888 erkeğin % 29,7'si gaitada gizli kan testini yaptırmıştı. Ailesinde kolon kanseri öyküsü olan 34 erkeğin % 91,2'si, ailesinde kolon kanseri öyküsü olmayan 888 erkeğin % 50,3'ü rektosigmoidoskopi tetkikini duymuştu. Ailesinde kolon kanseri öyküsü olan 34 erkeğin % 14,7'si, ailesinde kolon kanseri öyküsü olmayan 888 erkeğin % 10,7'si rektosigmoidoskopi tetkikini yaptırmıştı. Ailesinde kolon kanseri öyküsü olan 50 yaş üstü 54 kadının % 68,5'i, ailesinde kolon kanseri öyküsü olmayan 50 yaş üstü 969 kadının % 50,4'ü gaitada gizli kan testini duymuştu. Ailesinde kolon kanseri öyküsü olan 50 yaş üstü 54 kadının % 44,4'ü, ailesinde kolon kanseri öyküsü olmayan 50 yaş üstü 969 kadının % 27,1'i gaitada gizli kan testini yaptırmıştı. Ailesinde kolon kanseri öyküsü olan 50 yaş üstü 54 kadının % 74,1'i, ailesinde kolon kanseri öyküsü olmayan 50 yaş üstü 969 kadının % 51,8'i rektosigmoidoskopi tetkikini duymuştu. Ailesinde kolon kanseri öyküsü olan 50 yaş üstü 54

kadının % 29,6'sı, ailesinde kolon kanseri öyküsü olmayan 50 yaş üstü 969 kadının % 15'i rektosigmoidoskopi tetkikini yaptırmıştı.

Prostat kanseri Dünya'da 4. en sık görülen erkek malignitesidir (47). İnsidans ve mortalite oranları ırk, diyet alışkanlığı, yaşam tarzı, coğrafya, tarama çalışmaları ve önleyici tedavi gibi nedenlerden dolayı farklı etnik popülasyonlarda ve ülkelerde değişkenlik gösterir. 1990'ların başından itibaren yeni tanısal yöntemler ve gelişen tedaviler sayesinde hastalığın insidansında, tanı anındaki evresinde ve mortalite oranlarında anlamlı düzelmeler olmuştur. Prostat kanseri 50 yaş altı erkeklerde nadiren görülürken (% 0,1), pik insidansı 70-74 yaş arasında yapar ve tanı konulan hastaların % 85'i 65 yaş üzerindedir (51). Prostat spesifik antijen ölçümünün tanımlanmasıyla birlikte 50-59 yaş arası erkeklerde prostat kanser insidansı belirgin şekilde artmıştır.

Schröder ve ark tarafından yapılan veri inceleme çalışmasında 1993-2002 arasında prostat kanseri tarama programlarına giren 8 Avrupa ülkesindeki veriler incelenmiş, tarama yapılan olguların sonuçları (83645 taranan olguda / 3038 prostat kanseri) kontrol gruplarıyla (99393 olguda 891 prostat kanseri) karşılaştırılınca taramanın, prostat kanseri tanı sıklığını artırdığı belirlenmiştir (159).

Literatürde Hoffman ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada 40 yaş üzerindeki 3010 kişiye PSA ve prostat kanseri ile ilgili anket soruları sorulmuş. Çalışmaya katılanların büyük çoğunluğunun prostat tarama testi PSA hakkında bilgisi varmış. Ancak katılımcıların çok az kısmı tarama testi olan PSA'yı yaptırmıştır(160).

Denberg ve ark. tarafından 50-74 yaş arası ve daha önceden PSA testi yaptırmamış erkeklerle bir çalışma yapılmış. Bu çalışma telefonla davet şeklinde yürütülmüş. Çalışmaya 80 kişi dahil edilmiş. Bunların sadece 28 (%35)'i prostat taraması PSA yapılmasını kabul etmiştir(161).

O'Dell ve ark. tarafından 45-70 yaş arası 160 erkeğe PSA bilinirliği ile ilgili anket soruları sorulmuş. Üniversite mezunu olanlar da dahil olmak üzere katılanların büyük çoğunluğu PSA testinin avantajını ve ne işe yaradığını bilmiyordu(162).

Weinrich tarafından bir çalışma yapılmış. Çalışmaya 40-69 yaş arasında erkekler dahil edilmiş. Bu çalışmada ailesinde prostat kanseri öyküsü olanlar da dahil olmak üzere katılımcıların sadece üçte birinin PSA hakkında bilgisi vardı(163).

Bizim yaptığımız çalışmada ise ailesinde prostat kanseri öyküsü olan 33 erkeğin % 90,9'u, ailesinde prostat kanseri öyküsü olmayan 889 erkeğin % 66,1'i PSA testini duymuştu.

Toplamda 922 erkeğin % 67'si PSA testini duymuş, % 33'ü duymamıştı. Ailesinde prostat kanseri öyküsü olan 33 erkeğin % 24,2'si, ailesinde prostat kanseri öyküsü olmayan 889 erkeğin % 36'sı PSA testini yaptırmış , %64'ü yaptırmamıştı. Toplamda 922 erkeğin % 35,6'sı PSA testini yaptırmış , %64,4'ü yaptırmamıştı.

Günümüzde kanser hastalıkları önemli bir sağlık sorunudur. Kanserde erken tanı ve tedavi çoğu zaman hayat kurtarıcıdır. Yaptığımız çalışmada halkın çoğunluğunun kanser erken tanısıyla ilgili bilgilerinin eksik olduğunu tespit ettik. Ailesinde kanser öyküsü olan kişilerin kanser tarama testleri hakkında daha çok bilgiye sahip olduklarını ve bu testleri daha sık yaptırdıklarını tespit ettik. Halkın kanser erken tarama konusunda daha çok bilgilendirilmesi ve erken tarama yapmaları konusunda teşvik edilmeleri gerekmektedir. Bu bilgilendirmeler sağlık çalışanları, televizyon, internet, yazılı basın ve broşürler aracılığıyla yapılabilir kanısındayız.

6. ÖZET

Trabzon Bölgesinde Risk Gruplarının Kanser Erken Tanısına Yönelik Tarama Testlerini Yaptırma Oranları

Giriş: Bu çalışmanın amacı Trabzon ili ve ilçelerinde yaşayan 20 yaş üstü sağlıklı kadın ve 50 yaş üstü sağlıklı erkek popülasyonunun kanser tarama yöntemleri hakkındaki bilgilerini ölçmek, ne kadarının bu yöntemleri uyguladığını tespit etmek ve elde ettiğimiz verileri Türkiye ve Dünya verileri ile karşılaştırmaktır.

Materyal ve Metod: Bu çalışma Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi (KTÜ) Farabi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Onkoloji Bilim Dalı tarafından yürütülmüştür. Çalışma protokolü Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokal Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır. Katılımcılar anket formuna göre değerlendirildi. Katılımcılara gruplarına göre serviks kanseri, meme kanseri, kolorektal kanser ve prostat kanseri ile ilgili sorular soruldu. Yapılan ankette gruplarına göre yaş, cinsiyet, meslek, adres, eğitim düzeyi, sosyal güvenliği, ailede kanser öyküsü, kendi kendine meme muayenesi, doktor tarafından meme muayenesi, meme USG/mamografi yaptırma sıklığı, Pap smear testi bilinirliği ve yaptırma sıklığı, gaitada gizli kan testi bilinirliği ve yaptırma sıklığı, rektosigmoidoskopi bilinirliği ve yaptırma sıklığı, PSA testi bilinirliği ve yaptırma sıklığı soruları sorularak yanıtları alınmıştır. Sonuç olarak 20-40 yaş arası 1496, 40 yaş üstü 1716, 50 yaş üstü 1070 kadına ve 50 yaş üstü 922 erkeğe, toplamda 5204 kişiye anket yapılmıştır.

Bulgular: Toplamda 4282 kadının % 48,1'i kendi kendine meme muayenesini duymuş, % 51,9'u duymamıştı. Toplamda 4282 kadının % 23,7'si kendi kendine meme muayenesi yapıyor, % 76,3'ü yapmıyordu. 4282 kadının % 10,4'ü doktor tarafından meme muayenesi yaptırıyor, % 89,6'sı yaptırmıyordu. 40 yaş üstü 2785 kadının % 12,7'si Mamografi/Meme Usg çekirmiş, % 87,3'ü çekirmemişti. 3785 evli kadının % 50,7'si Pap smear testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 49,3'ü duymamıştı. 3785 evli kadının % 9,3'ü Pap smear testini yaptırmış, % 90,7'si yaptırmamıştı.

Toplamda 922 erkeğin % 50,7'si gaitada gizli kan testini duymuş (ne demek olduğunu biliyor), % 49,3'ü duymamıştı. 922 erkeğin % 30,1'i gaitada gizli kan testini yaptırmış, % 69,9'u yaptırmamıştı. 922 erkeğin % 51,8'i rektosigmoidoskopi tetkikini duymuş ve % 10,9'u rektosigmoidoskopi tetkikini yaptırmıştı.

50 yaş üstü 1023 kadının % 51,3'ü gaitada gizli kan testini duymuş ve % 28,1'i gaitada gizli kan testini yaptırmıştı. 50 yaş üstü 1023 kadının % 53'ü rektosigmoidoskopi tetkikini duymuş ve %15,8'i rektosigmoidoskopi tetkikini yaptırmıştı. 922 erkeğin % 67'si PSA testini duymuş ve % 35,6'sı PSA testini yaptırmıştı.

Sonuç: Günümüzde kanser hastalıkları önemli bir sağlık sorunudur. Kanserde erken tanı ve tedavi çoğu zaman hayat kurtarıcıdır. Yaptığımız çalışmada halkın çoğunluğunun kanser erken tanısıyla ilgili bilgilerinin eksik olduğunu tespit ettik. Ailesinde kanser öyküsü olan kişilerin kanser tarama testleri hakkında daha çok bilgiye sahip olduklarını ve bu testleri daha sık yaptırdıklarını tespit ettik. Halkın kanser erken tarama konusunda daha çok bilgilendirilmesi ve erken tarama yapmaları konusunda teşvik edilmeleri gerekmektedir. Bu bilgilendirmeler sağlık çalışanları, televizyon, internet, yazılı basın ve broşürler aracılığıyla yapılabilir kanısındayız.

7.SUMMARY

The Ratio Of Early Cancer Screening Testing According To Risk Groups In Trabzon Region

Introduction: The aim of this study is to measure the knowledge about cancer screening testings of healthy women over the age of 20 and healthy men over the age of 50 living in Trabzon city and districts, to learn how much of them apply these tests and to compare our data within Turkey's and world's data.

Material and Methods: This study was carried out by the Oncology Department of Internal Medicine of Karadeniz Technical University Medical Faculty. The study protocol was approved by the Karadeniz Technical University Medical Faculty Local Ethics Committee. Participants were evaluated according to the survey form. Participants were questioned about cervical cancer, breast cancer, colorectal cancer and prostate cancer according to their groups. In our survey form we asked the age, sex, occupation, address, education, social security, family history of cancer, breast self examination, breast examination by a physician, breast ultrasound and mammography motivations frequency, the frequency of Pap smear awareness and motivations, the frequency of fecal occult blood test awareness and motivations, the frequency of rectosigmoidoscopy awareness and motivations, the frequency of PSA awareness and motivations of participants. As a result we interviewed 1496 women between 20-40 years old, 1716 women over the age of 40, 1070 women over the age of 50 and 922 men over the age of 50, totally 5204 person.

Findings: In total, % 48,1 of 4282 women have heard breast self examination, % 51,9 haven't heard. % 23,7 of 4282 women have been doing breast self examination, % 76,3 have not been doing. % 10,4 of 4282 women have undergone clinical breast examination, % 89,6 haven't. % 12,7 of 2785 women over the age of 40 had gone breast ultrasound/mammography screening, % 87,3 hadn't. % 50,7 of 3785 married women have heard Pap smear test (know what does it mean) % 49,3 have not. % 9,3 of 3785 married women have received Pap smear test % 90,7 have not.

In total, % 50,7 of 922 men have heard fecal occult blood test (know what does it mean) % 49,3 haven't heard. % 30,1 of 922 men have undergone the fecal occult blood test, % 69,9 have not. % 51,8 of 922 men have heard rectosigmoidoscopy scan and % 10,9 of them have been made rectosigmoidoscopy.

% 51,3 of 1023 women over the age of 50 have heard fecal occult blood test (know what does it mean) and %28,1 of them have undergone the test. % 53 of 1023 women over the age of 50 have heard rectosigmoidoscopy scan and % 15,8 of them have been made the scan .% 67 of 922 men have heard the PSA test and % 35,6 of them have been made the test.

Conclusion: As a result, cancer disease is an important health problem in our today. Early diagnosis and treatment of cancer is often life saving. In our study we found out that the knowlegde of most people about cancer early diagnose is missing. We also found out that people with a family history of cancer have much more knowledge about cancer screening testings and are being made these tests more often. People should be informed about early cancer screening tests and should be encouraged to undergo them. We think that these informations can be given by health care professionals, television , internet, print media and brochures.

8. KAYNAKLAR

1. Jemal A, Murray T, Ward E: Cancer Statistics. CA Cancer J Clin. ; 2005.55(1): 10-30.
2. Bove BA, Dunbrack RL, Godwin AK: BRCA-1, BRCA-2 and hereditary breast cancer. Breast Cancer: Prognosis, Treatment and Prevention, 2002: 555-603.
3. Smith RA, Cokkinides V, Eyre JH: American Cancer Society Guidelines for the early detection of cancer. CA J Clin Cancer, 2004;54: 41-52.
- 4- Zur Hausen H. Papillomaviruses and cancer: from basic studies to clinical application. Nat Rev Cancer. Review 2002;5: 342-50.
- 5- Jemal A, Thomas A, Murray T, et. Al. Cancer statistics, 2002. CA Cancer J Clin 2002; 52: 23-47.
- 6- Waxman AG. Guidelines for cervical cancer screening, history and scientific rationale. Clin Obste Gyneco2005; 48:77-97.
- 7- Dozier KJ, Lawrence D. Socio-demographic predictors of adherence to annual cervical cancer screening in minority women. Cancer Nurs 2000;23.350-356.
- 8- Saraiya UB. Preventable but not prevented: the reality of cervical cancer. J Obstetr Gynecol Res 2003; 29: 351-59.
- 9- Parkin DM, Pisani N, Ferlay J. Estimates of the worldwide incidence of eighteen major cancer in 1985. Int J Cancer 1993; 54: 594-606.
- 10- Jonathan SB. Novak's Gynecology. Lippincott, 2006;14: 477-78.
- 11- Lee CO. Gynecologic cancers: Part 1- Risk factors. Clin J Oncol Nurs 2000; 4: 67-71.
- 12- Ideström M, Milsom I, Ellström AA. Knowledge and attitudes about the Pap smear screening program: a population based study of women aged 20-59 years. Acta Obstetr Gynecol Scand 2002; 81: 962-67.
- 13- Dozier KJ, Lawrence D. Socio-demographic predictors of adherence to annual cervical cancer screening in minority women. Cancer Nurs 2000; 23: 350-56.
- 14- Talukder MS, Huq MH, Haque A..Evaluation of 500 cases of Pap's test in Mymensingh.. Mymensingh Med J. 2002; 11(1): 26-28.
- 15- Klinkhamer PJ,Meerding WJ, Rosier PF, Hanselaar AG. Liquidbased cervical cytology Cancer 2003; 99: 259-62.
- 16- Limaye A, Connor AJ, Huang X, Luff R. Comparative analysis of conventional

Papanicolaou tests and a fluid-based thin- layer method Arch Pathol Lab Med 2003; 127:20004.

17-Eroğlu C. Ünlü Y. Eryılmaz M.A. Gönenç O, Cervicovaginal Smear Screening Experience Early Cancer Diagnosis-Screening And Education Center Konya Education And Research Hospital Jinekoloji, Obstetrik ve Neonatoloji Tıp dergisi Mart 2008.

18.Akan M: Dimetilhidrazinle indüklenmiş deneysel kolon kanserinde, disulfiram'ın kemoprevantif etkisi. Uzmanlık tezi. Taksim Hastanesi 1.Cerrahi Kliniği, 1997, İstanbul

19.Grenle RT, Hill Harmon B, Murray T, et al: Cancer statistics 2001, CA Cancer J Clin, 2001;51:15.

20.Trowbridge B, Burt RW. Colorectal cancer screening. Surg Clin N Am 2002; 82: 943-57

21. Haney MJ, McGarity WC: Uretero sigmoidectomy and neoplasm of the colon: report of a case review of the literature. Arch. Surg. 1971; 103: 69.

22.Özdal A, Karahasanoğlu T. Kolon kanserinde klinik, in: Alemdaroğlu K, ed. Kolon, rektum ve anal bölge hastalıkları. İstanbul 2003: 413-25.

23. Sakr WA, Grignon DJ, Crissman JD, et al. High grade prostatic intraepithelial neoplasia (HGPIN) and prostatic adenocarcinoma between the ages of 20-69: an autopsy study of 249 cases. In Vivo 1994; 8: 439-443.

24. Chan JM, Jou RM and Carroll PR. The relative impact and future burden of prostate cancer in United States. J Urol.2004; 172: 13-17.

25. Wingo PA, Tong T, Bolden S. Cancer statistics. Cancer J Clin.1995; 830.

26. Presti JC. Neoplasms of the prostate gland. In Tanagho EA, McAninch JW (Eds): Smith's General Urology, Chapt. 22, Lange Medical Books, New York. 2004; 367-85.

27. Von Eschenbach A, Ho R, Murphy GP, et al. American cancer society guideline for the early detection of prostate cancer: update 1997. CA Cancer J Clin.1997; 47: 261-64.

28. Kliche S, Waltenberger J. VEGF receptor signaling and endothelial function. IUBMB Life 2001; 52: 61-66.

29. Parkin DM, et al. Int J Cancer Worldwide CA mortality 1999;80:827-41.

30. Pisani P, et al. Int J Cancer Worldwide CA mortality, 1999;83:18-29.

31. Wright TC Jr, Schiffman M. adding a test for human papillomavirus DNA to cervicalcancer screening. N Engl J Med. 2003;348:489-90.

32. Kiviat N. Natural history of cervical neoplasia: overview and update. Am J Obstet Gynecol 1996;175:1099-04.

33. Sitas F, Madhoo J, Wessie j. Incidence of histologically diagnosed cancer in South Africa, 1993-1995. National Cancer Registry. Johannesburg: South African Institute of Medical Research, 1998; 33.
34. Van Oortmarssen GJ, Habbema JD. Epidemiological evidence for agedependent regression of pre-invasive cervical cancer. *Br J Cancer* 1991;64:559-65.
35. Cronje HS. Screening for cervical cancer in developing countries. *Int J Gynecol and Obstet* 2004;84:101-8.
36. Sankaranarayanan R, Ramani S, Wesley R. Servikal Neoplazilerde Gözle Tarama Pratik El Kitabı. Ankara 2005;1:36-7.
37. Boyce J, Frochter R, Nicastrı A. Prognostic factors in stage I carcinoma of uterine cervix. *Gynecol Oncol.* 1981 ;12:154-65.
38. Morely GW, Seksi JC, Radical pelvic surgery versus radiation therapy for stage I carcinoma of the cervix *Am J Obstet. Gynecology* 1976;126:785-98.
39. Castle PE, Wacholder S, Lorincz AT, et al. A prospective study of highgrade cervical neoplasia risk among human papillomavirus infected women. *J Natl Cancer inst* 2002;94:1406-14.
40. Hatch KD. Handbook of colposcopy. Diagnosis and treatment of Lower Genital Tract Neoplasia and HPV Infections. Boston: Litle, Brown and Co 1989;7-19.
41. Atasü T, Aydınlı K. *Jinekolojik Onkoloji*; 1999;2:178-259.
42. Nasiell K, Nasiell M, Vaclavinkova V. Behavior of moderate cervical dysplasia during long-term follow-up. *Obstet Gynecol* 1983; 61:609.
43. ACOG Committee Opinion: Cervical cancer screening in adolescents. *Obstet Gynecol* 2004; 104:885.
44. ACOG practice bulletin: clinical management guidelines for obstetriciangynecologists. Number 45, August 2003. Cervical cytology screening (replaces committee opinion 152, March 1995). *Obstet Gynecol* 2003; 102:417.
45. Incidence of Pap test abnormalities within 3 years of a normal Pap test-- United States, 1991-1998. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2000; 49:1001.
46. Saslow D, Runowicz CD, Solomon D, et al. American Cancer Society guideline for the early detection of cervical neoplasia and cancer. *CA Cancer J Clin* 2002; 52:342.
47. Tanagho EA. Embryology of the genitourinary system. In: TanaghoEA, Mc Aninch JW, Eds. *Smith's General Urology*. New York: Lange Medical Books, 2004; 16:18-30.

48. Quinn M, Babb P. Patterns and trends in prostate cancer incidence, survival, prevalence and mortality. Part I: International comparisons. *Br J Urol Intl* 2002; 90:162-73.
49. Zorlu F, Eser SY, Fidaner C. İzmir ilinde ürogenital kanserlerin insidans hızları. *Üroonkoloji Bülteni* 2004; 1:2-9.
50. Chan JM, Jou RM, Carroll PR. The relative impact and future burden of prostate cancer in the United States. *J Urol* 2004; 172:13-17.
51. Ries LAG, Eisner MP, Kosary CL. *SEER Cancer Statistics Review, 1975-2001*, Bethesda, Md: National Cancer Institute; 2004.
52. Hankey BF, Feuer EJ, Clegg LX, Hayes RB, Legler JM, Prorok PC, Ries LA, Merrill RM, Kaplan RS. Cancer surveillance series: Interpreting trends in prostate cancer—part I: Evidence of the effects of screening in recent prostate cancer incidence, mortality, and survival rates. *J Natl Cancer Inst* 1999; 91:1017-1024.
53. Derweesh IH, Kupelian PA, Zippe C, Levin HS, Brainard J, Magi-Galluzzi C, Myles J, Reuther AM, Klein EA. Continuing trends in pathological stage migration in radical prostatectomy specimens. *Urol Oncol* 2004; 22:300-06.
54. Etzioni R, Legler JM, Feuer EJ, Merrill RM, Cronin KA, Hankey BF. Cancer surveillance series: Interpreting trends in prostate cancer—part III: Quantifying the link between population prostate-specific antigen testing and recent declines in prostate cancer mortality. *J Natl Cancer Inst* 1999; 91:1033-39.
55. Newcomer LM, Stanford JL, Blumenstein BA, Brawer MK. Temporal trends in rates of prostate cancer: Declining incidence of advanced stage disease, 1974 to 1994. *J Urol* 1997; 58:1427-30.
56. Zeegers MP, Jellama A, Ostrer H. Empiric risk of prostate carcinoma for relatives of patients with prostate carcinoma: a meta-analysis. *Cancer* 2003; 97:1894-03.
57. Jacobsen PB, Lamonde LA, Honour M, Kash K, Hudson PB, Pow-Sang J. Relation of family history of prostate cancer to perceived vulnerability and screening behavior. *Psychooncology* 2004; 13:80-85.
58. De Marzo AM, DeWeese TL, Platz EA, Meeker AK, Nakayama M, Epstein JI, Isaacs WB, Nelson WG. Pathological and molecular mechanisms of prostate carcinogenesis: Implications for diagnosis, detection, prevention, and treatment. *J Cell Biochem* 2004; 91:459-477.

59. De Marzo AM, Marchi VL, Epstein JI, Nelson WG. Proliferative inflammatory atrophy of the prostate: Implications for prostatic carcinogenesis. *Am J Pathol* 1999; 155:1985-92.
60. Putzi MJ, De Marzo AM. Morphologic transitions between proliferative inflammatory atrophy and high-grade prostatic intraepithelial neoplasia. *Urology* 2000; 56:828-32.
61. Endogenous Hormones, Prostate Cancer Collaborative Group, Roddam AW, Allen NE, Appleby P, Key TJ. Endogenous sex hormones and prostate cancer: a collaborative analysis of 18 prospective studies. *J Natl Cancer Inst.* 2008;6:170-83.
62. Chan JM, Stampfer MJ, Giovannuci E, Ma J, Pollak M. Plasma insulin like growth factor I and prostate cancer risk. A prospective study. *Science* 1998; 279:563.
63. Catalona WJ, Smith DS, Ratliff TL, Basler JW. Detection of organ-confined prostate cancer is increased through prostate specific antigen-based screening. *JAMA* 1993; 270:948-54.
64. Van Der Crujisen, Koeter IW, Wildhagen MF, De Koning HJ, Schröder FH. The value of current diagnostic tests in prostate cancer screening. *BJU Int.* 2001; 88:458-66.
65. Hodge KK, McNeal JE, Stamey TA. Ultrasound guided transrectal core biopsies of the palpably abnormal prostate. *J Urol* 1989; 142:66-70.
66. Semjonow A, Albrecht W, Bialk P, et al. Tumors markers in prostate cancer: EGTM recommendations. *Anticancer Res* 1999; 19: 2799-01.
67. Morgan TO, Jacobsen SJ, McCharthy WF, et al. Age-specific reference ranges for prostate-specific antigen in black men. *N Engl J Med* 1996; 335: 304-10.
68. Catalona WJ, Partin AW, Slawin KM, et al. Use of the percentage of free prostate-specific antigen to enhance differentiation of prostate cancer from benign prostatic disease: A prospective multi-center clinical trial. *JAMA* 1998; 279: 1542-47.
69. Letran JL, Blase AB, Loberiza FR, et al. Repeat ultrasound guided prostate needle biopsy: use of free-to-total prostatespecific antigen ratio in predicting prostatic carcinoma. *J Urol* 1998; 160: 426-29.
70. El-Bolkainy TN, Sakr MA, Nouh AA, El-Din NH. A comparative study of rectal and colonic carcinoma: demographic, pathologic and TNM staging analysis. *J Egypt Natl Canc Inst;* 2006;18:258-63.
71. J Ferlay, P Autier, M Boniol, M Heanue, M Colombet and P Boyle. Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Annals of Oncology*, 2007;18:581-92.

72. DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA: Cancer: Principles and practice of oncology. Lippincott Williams and Wilkins Publishers, 2005;7: 1061-09.
73. Benson AB 3rd. Epidemiology, disease progression, and economic burden of colorectal cancer. *J Manag Care Pharm*;2007;13:5-18.
74. Singh PN, Fraser GE. Dietary risk factors for colon cancer in a low-risk population. *Am J Epidemiol*; 1998;148:761-74.
75. Slattery ML, Potter J, Caan B, Edwards S, Coates A, Ma KN, Berry TD. Energy balance and colon cancer--beyond physical activity. *Cancer Res*; 1997;57: 75-80.
76. Kenji Wakai, Chigusa Date, Mitsuru Fukui, Koji Tamakoshi, Yoshiyuki Watanabe, Norihiko Hayakawa, Masayo Kojima, Miyuki Kawado, Koji Suzuki, Shuji Hashimoto, Shinkan Tokudome, Kotaro Ozasa, Sadao Suzuki, Hideaki Toyoshima, Yoshinori Ito, Akiko Tamakoshi for the JACC Study Group. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention* 16, 668-675, 2007.
77. Howe GR, Benito E, Castelleto R, et al. Dietary intake of fiber and decreased risk of cancer of the colon and rectum: evidence from the combined analysis of 13 case-control studies. *J Natl Cancer Inst*; 1992;84: 1887-96.
78. Sellers TA, Bazyk AE, Bostick RM, et al. Diet and risk of colon cancer in a large prospective study of older women: an analysis stratified on family history (Iowa, United States). *Cancer Causes Control*; 1998;9: 357-67.
79. Mai V, Flood A, Peters U, Lacey JV Jr, Schairer C, Schatzkin A. Dietary fibre and risk of colorectal cancer in the Breast Cancer Detection Demonstration Project (BCDDP) follow-up cohort. *Int J Epidemiol*; 2003;32: 234-39.
80. Terry P, Giovannucci E, Michels KB, et al. Fruit, vegetables, dietary fiber, and risk of colorectal cancer. *J Natl Cancer Inst*; 2001;93: 525-33.
81. McCullough ML, Robertson AS, Chao A, et al. A prospective study of whole grains, fruits, vegetables and colon cancer risk. *Cancer Causes Control*; 2003;14: 959-70.
82. Pietinen P, Malila N, Virtanen M, et al. Diet and risk of colorectal cancer in a cohort of Finnish men. *Cancer Causes and Control*; 1999;10: 387-96.
83. Lin J, Zhang SM, Cook NR, et al. Dietary intakes of fruit, vegetables, and fiber, and risk of colorectal cancer in a prospective cohort of women (United States). *Cancer Causes Control* 2005;16: 225-33.

84. Michels KB, Fuchs CS, Giovannucci E, et al. Fiber intake and incidence of colorectal cancer among 76,947 women and 47,279 men. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*;2005;14:842-49.
85. Milly Ryan-Harshman PhD RD Walid Aldoori MB BCh MPA ScD. Diet and colorectal cancer. Review of the evidence. *Canadian Family Physician* 2007;53:140-43.
86. Vainio H, Biachini F, eds. IARC handbooks of cancer prevention. Weight control and physical activity. Cancer-preventive effects. Lyon, France: IARC Pres, 2002;6:5-8.
87. Slattery ML, Edwards S, Curtin K, Ma K, Edwards R, Holubkov R, Schaffer D. Physical activity and colorectal cancer. *Am J Epidemiol*; 2003; 158:214-24.
88. Cho E, Smith-Warner SA, Ritz J, van den Brandt PA, Colditz GA, Folsom AR, Freudenheim JL, Giovannucci E, Goldbohm RA, Graham S, Holmberg L, Kim DH, Malila N, Miller AB, Pietinen P, Rohan TE, Sellers TA, Speizer FE, Willett WC, Wolk A, Hunter DJ. Alcohol intake and colorectal cancer: a pooled analysis of 8 cohort studies. *Ann Intern Med*. 2004;140:603-13.
89. Verla-Tebit E, Lilla C, Hoffmeister M, Brenner H, Chang-Claude. Cigarette smoking and colorectal cancer risk in Germany: a population-based case-control study. *Int J Cancer* . 2006;119:630-5.
90. Lynch HT, de la Chapelle A Hereditary colorectal cancer. *N Engl J Med* 2003; 348:919-32.
91. Burt RW. Familial risk and colorectal cancer. *Gastroenterol Clin North Am*; 1996;25:793-03
92. Judith M. E. Walsh; Jonathan P. Terdiman. Colorectal Cancer Screening: Scientific Review. *Jama*; 2003;289:1288-96.
93. Judith M. E. Walsh; Jonathan P. Terdiman. Colorectal Cancer Screening: Clinical Applications. *Jama* 2003;289:1297-1302.
94. Lieberman DA, Weiss DG. One-time screening for colorectal cancer with combined fecal occult-blood testing and examination of the distal colon. *N Engl J Med*; 2001;345:555-60.
95. Hardcastle JD, Chamberlain JO, Robinson MH, et al. Randomised controlled trial of fecal occult blood screening for colorectal cancer. *Lancet* 1996; 348: 1472-77.
96. Kronborg O, Fenger C, Olsen J, Jorgensen OD, Sondergaard O. Randomised study of screening for colorectal cancer with faecal-occult-blood test. *Lancet*; 1996;348:1467-71.

97. Winawer SJ, Stewart ET, Zauber AG, et al. A comparison of colonoscopy and double-contrast barium enema for surveillance after polypectomy: National Polyp Study Work Group. *N Engl J Med*; 2000;342:1766-72.
98. Johns LE, Houlston RS. A systematic review and meta-analysis of familial colorectal cancer risk. *Am J Gastroenterol*; 2001;96: 2992-3003.
99. Winawer SJ, Fletcher RH, Miller L, et al. Colorectal cancer screening: clinical guidelines and rationale. *Gastroenterology*; 1997;112:594-42.
100. Rex DK, Johnson DA, Lieberman DA, Burt RW, Sonnenberg A. Colorectal cancer prevention 2000: screening recommendations of the American College of Gastroenterology. *Am J Gastroenterol*; 2000;95: 868-77.
101. Parkin DM, Bray F, Ferlay J: Global cancer statistics 2002. *CA Cancer J Clin* 55:74-108, 2005.
102. Berry DA, Cronin KA, Plevritis SK: Effect of screening and adjuvant therapy on mortality from breast cancer. *N Engl J Med*, 353: 1784, 2005.
103. Yankaskas BC: Epidemiology of breast cancer in young women. *Breast Dis*, 2006;23: 3-8.
104. Silva OE, Zurrada S: Meme kanseri uygulama kılavuzu (Çev. V. Çelik) İstanbul, Üçüncü baskı, 2007, s 26-27/ s 102-105.
105. Smigal C, Jemal A, Ward E: Trends in breast cancer by race and ethnicity: update 2006. *CA Cancer J Clin*, 2006;56: 168.
106. Hove HL, Wu X, Ries LA: Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2003 featuring cancer among U.S. Hispanic / Latino populations. *Cancer*, 2008;107: 1711.
107. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer: Familial breast cancer, collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58,209 women with breast cancer and 101,986 women without the disease. *Lancet*, 2001;358: 1389-99.
108. Palma M, Ristori E, Ricevuto E: BRCA-1 and BRCA-2; The genetic testing and current management options for mutation carriers. *Critical Reviews in Oncology / Hematology* 2006;57: 1-23.
109. De Vita VT, Hellman Jr S, Rosenberg SA: *Cancer Principles and Practice of Oncology*, Malign tumors of the breast. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, 2005;7: 1415-77.

110. Bove BA, Dunbrack RL, Godwin AK: BRCA-1, BRCA-2 and hereditary breast cancer. *Breast Cancer: Prognosis, Treatment and Prevention*, 2002;3:555-603.
111. Clemons M, Gross P: Estrogen and the risk of breast cancer. *N. Engl J. Med*, 2001;344:276.
112. Hsieh CC, Trichopoulos D, Katsouyanni K: Age at menarche, age at menopause, height and obesity as risk factors for breast cancer: associations and interactions in an international case control study. *Int J Cancer*, 1990;46: 796.
113. Kotsopoulos J, Librach LC, Lubinski J: Infertility, treatment of infertility, and the risk of breast cancer among with BRCA1 and BRCA2 mutations: a case control study. *Cancer Causes Control*, 2008.
114. Clarke CA, Purdie DM, Glaser SL: Population attributable risk of breast cancer in white women associated with immediately modifiable risk factors. *BMC Cancer*, 2006;6:170.
115. Eliassen AH, Hankinson SE: Endogenous hormone levels and risk of breast, endometrial and ovarian cancers: prospective studies. *Adv Exp Med Biol*, 2008;630: 148-65.
116. Key TJ, Appleby PN, Reeves GK: Body mass index, serum sex hormones, and breast cancer risk in postmenopausal women. *J Natl Cancer Inst*, 2003;95: 1218.
117. Collaborative Group on Hormonal factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53297 women with breast cancer and 100239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *Lancet*, 1996; 347:1713.
118. Baret GC, Shah M, Redman K: Risk factors for the incidence of breast cancer: Do they affect survival from the disease? *J Clin Oncol*, 2008;26: 3310-16.
119. Cuzick J: Hormone replacement therapy and risk of breast cancer. *Eur J Cancer*, 2008;10: 1016.
120. Dengim AC, Visscher DW, Berman HK: Stratification of breast cancer risk in women with atypia. *J Clin Oncol*, 2007;25: 2671.
121. Victor G, Vogel MD: Epidemiology, genetics and risk evaluation of postmenopausal women at risk of breast cancer. *Menopause*, 2008;15: 782-789.
122. Clapp RW, Jacobs MM, Loechler EL: Environmental and occupational causes of cancer: new evidence 2005-2007. *Rev Environ Health*, 2008;23:1-37.
123. Calle EE, Frumkin H, Henley SJ: Organochlorines and breast cancer risk, *CA Cancer J Clin*, 2002;52: 301-07.

124. Lonning PE: Breast cancer prognostication and prediction: are we making progress! *Annals of oncology* 2007;18:8.
125. Hayes DF, Isaacs C, Stearns V: Prognostic factors in breast cancer: Current and new predictors of metastasis. *Journal of mammary gland biology and neoplasia*, 2002;6: 375-92,
126. Subramaniam DS and Isaacs C: Utilizing prognostic and predictive factors in breast cancer. *Curr Treat Options Oncol*, 2005;6:147-59.
127. Fitzgibbons PL, Page DL, Weaver D: Prognostic factors in breast cancer. *College of American Pathologists Consensus Statement 1999. Arch Pathol Lab Med*, 2000;124: 966-78.
128. Cianfrocca M and Goldstein LJ: Prognostic and predictive factors in early-stage breast cancer. *Oncologist*, 2004;9: 606-16.
129. Goldman L and Ausiello D: *Cecil Textbook of Medicine* (Çev. S. Ünal), Güneş kitabevi, Ankara, 2006;22:1232.
130. Silva E, Gatalica Z, Synder C: Management of hereditary breast cancer: Implications of molecular genetics and pathology. *The Breast Journal*, 2008;14:14-24.
131. Smith RA, Cokkinides V, Brooks D, Saslow D, Brawley O: Cancer Screening in the United States, 2010: A Review of Current American Cancer Society Guidelines and Issues in Cancer Screening. *CA Cancer J Clin* 2010; 60:99-119.
132. Breast Cancer, *NCCN Practise Guidelines in Oncology-2008*;2:112.
133. Başaran G. ve Çabuk D: Meme kanserinde adjuvan sistemik tedavi ilkeleri. *Türkiye Klinikleri Tıbbi Onkoloji*, 2008;1: 23-46.
134. Gökmen E: Meme kanserinde kemoterapi. *Türkiye Klinikleri Tıbbi Onkoloji*. 2008;1: 60-67.
135. Gül E. Türkiye'nin bir kırsal bölgesinde hemşireler arasında rahim ağzı kanseri risk faktörleri ve tarama davranış bilinci. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2009; 5:735-8.
136. Karaca M. Pap Smear Ne Kadar Biliniyor, Ne Kadar Uygulanıyor? *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2008;18:22-28.
137. Ünal P, Baş G, Atalay A, Kasapbaş T, Uzuner A. Marmara Üniversitesi Kadın Doğum Polikliniğine Başvuranların Pap Smear Konusundaki Bilgileri Ve Test Sonuçları *Zeynep Kamil Tıp Bül* 2005; 36:147-151.
138. Awodele O, Adeyomoye AA, Awodele DF, Kwashi V, Awodele IO, Dolapo DC. A Study on Cervical Cancer Screening Amongst Nurses in Lagos University Teaching Hospital, Lagos, Nigeria *J Cancer Educ*. 2011;10: 186-87.

139. Yapucu GÜ, Zaybak A, Eşer İ, Khorsid L. Sağlıklı Bireylerde Kanser Risk Faktörleri Ege Üniversitesi Hemsirelik Yüksek Okulu Dergisi 2007;2 :13-22.
140. Wellensiek N, Moodley M, Moodley J, Nkwanyana N. Knowledge of Cervical Cancer Screening and Use of Cervical Screening Facilities among Women from Various Socioeconomic Backgrounds in Durban, Kwazulu Natal, South Africa, Int J Gynecol Cancer, 2002;12:376-82.
141. Maaita M, Barakat M. Jordanian Women.s Attitudes Towards Cervical Screening and Cervical Cancer, Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2002;4:421-22.
142. Waller J. Beliefs About The Risk Factors for Cervical Cancer in a British Population Sample, Preventive Medicine, 2004;38:745-53.
143. Tarwireyi F, Chirenje Z.M, Rusakaniko R. Cancer of the Cervix: Knowledge, Beliefs and Screening Behaviours of Health Workers in Mudzi District in Mashonaland East Province, Zimbabwe, Cent Afr J Med, 2003;49:83-86.
144. Shand L, Burney S, Fletcher J. Knowledge of cervical cancer, pap testing and the human papillomavirus among young Australian women Health Promot J Austr. 2010;3:202-27.
145. Kum S. Göksu AU, Kelkitli E, Yücel İ. Orta Karadeniz Bölgesinde Kendi Kendine Meme Muayene Sıklığı ve Etki Eden Faktörler Türk Onkoloji Dergisi 2004;19: 24-27.
146. Dişçigil G, Şensoy N, Tekin N, Söylemez A. Ege Bölgesinde Yaşayan Bir Grup Kadının Bilgi, Davranış ve Uygulamaları Marmara Medical Journal 2007;20:29-36.
147. DüNDAR PE, Özmen D, Öztürk B, Haspolat G, Akyıldız F, Çoban S, Çakıroğlu G. The knowledge and attitudes of breast self examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. BMC Cancer 2006;6:43.
148. Göçgeldi E, Açıkel CH, Hadse M, Aygüt G, Çelik S, Gündüz İ, Karadeniz Y, Ayas R, Şahin E, Deniz C. Ankara-Gölbaşı İlçesinde Bir Grup Kadının Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Konusundaki Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi Fırat Tıp Dergisi 2008;13:261-65
149. Fındık ÜY, Turan N. Kadınların Meme Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Davranışlarının Belirlenmesi. Hemşirelik Forumu 2004; 8: 54-59.

150. Parlar S, Bozkurt Aİ, Ovayolu N. Bir Ana Çocuk Sağlığı Merkezine Başvuran Kadınlara Verilen Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi İle İlgili Eğitimin Değerlendirilmesi. C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004; 8: 9-15.
151. Sirin A, Atan SU, Tasci E. Protection From Cancer and Early Diagnosis Applications in İzmir, Turkey. Cancer Nurs 2006; 29: 207-13.
152. Alam AA. Knowledge Of Breast Cancer And its Risk and Protective Factors Among Women in Riyadh. Ann Saudi Med 2006; 26: 272-77.
153. Vaizoğlu S, Turhan T, Temel F, Bolat Ö, Baydar O, Bacanlı A, Asarcıklı F, Güler Ç. Birinci Basamakta 50 Yaş ve Üzeri Bireylerde Kolorektal Kanseri ile İlişkili Olabilecek Bazı Faktörlerin ve Gaitada Gizli Kan Tetkikine Uyumun Değerlendirilmesi Türk Geriatri dergisi 2010;13:79-86.
154. Altuğ E, Burhanoglu S, Erkek AB, Kuzu MA: Kolorektal kanserlerin erken teşhisinde kullanılan tarama testlerine doktorların yaklaşımı Güncel gastroenteroloji 2002;3:25-28
155. Yakut M, Uysal E, Beşik G, Özkan Y, Kırbaş G, Özden A. Türk insanı kolonoskopi işlemine nasıl bakıyor? Kolonoskopi hazırlık rejimine uyumu etkileyen faktörlerin irdelenmesi Endoskopi dergisi 2010;3:1302
156. Frederiksen BL , Jørgensen T , Brasso K , Holten ben , Osler M . Socioeconomic position and participation in colorectal cancer screening. Br J Cancer. 2010;10:1496-01.
157. Walsh JM , Salazar R , Kaplan C , Nguyen L , Hwang J , RJ Pasick . Healthy colon, healthy life (colon sano, vida sana): colorectal cancer screening among Latinos in Santa Clara, California J Cancer Educ. 2010;25:36-42.
158. Yip MP , Tu SP , A Chun , Yasui Y , Taylor VM . Participation in colorectal cancer screening among Chinese Americans. Asian Pac J Cancer Prev. 2006 ;4:645-50.
159. Schroder FH, Bagma CH: The European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSCP). Br J Urol. 1997;79:68-71
160. Hoffman RM , Couper MP , Zikmund-Fisher BJ , Levin CA , McNaughton-Collins M , Helitzer DL , VanHoewyk J , Barry MJ . Prostate cancer screening decisions: results from the National Survey of Medical Decisions Arch Intern Med. 2009;17:1611-18.
161. Denberg TD, Bhide M, Soenksen A, Mizrahi T, Shields L, Lin CT. A patient recall program to enhance decisions about prostate cancer screening BMC Fam Pract. 2009;10:75.
162. O'Dell KJ , Volk RJ , Cass AR , Spann SJ . Screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test J Fam Pract. 1999;48:682-88
163. Weinrich SP . Prostate cancer screening in high-risk men Cancer. 2006;15:796-803