



**T.C. YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE
HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**ATATÜRK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ
POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN 20 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERİN KANSER
TARAMA TESTLERİ HAKKINDA BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK TEZİ
Dr. Melike ESEN ÖZDEMİR**

Ankara, 2016



**T.C. YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE
HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**ATATÜRK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ
POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN 20 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERİN KANSER
TARAMA TESTLERİ HAKKINDA BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK TEZİ

Dr. Melike ESEN ÖZDEMİR

TEZ DANIŞMANI

Yrd. Doç. Dr. Ahmet KESKİN

Ankara 2016

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimleri ile eğitimime katkıda bulunan, tez çalışmamda bana yol gösteren ve destek olan değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Ahmet KESKİN', eğitimimde desteklerini her zaman yanımda hissettiğim değerli hocalarım, Prof. Dr. Mehmet UĞURLU, Doç. Dr. Yusuf ÜSTÜ, Başasistan Dr. İrep KARATAŞ ERAY ve Başasistan Dr. Aylin BAYDAR ARTANTAŞ, Yrd. Doç. Dr. Furkan Basri DAĞCIOĞLU' ya, diğer rotasyon hocalarıma, asistan arkadaşlarıma, hayatımın her döneminde ve her konuda bana her türlü desteği sağlayan ANNEM ve BABAM' a, bana büyük emekleri geçen sevgilerini hep yanımda hissettiğim abim Ömer ESEN ve ablam Emel KORKMAZ' a, her konuda anlayış ve desteğinden ötürü sevgili eşim Serhat ÖZDEMİR' e, tez aşamasında her türlü desteği veren sevgili arkadaşım Celal KANAT' a teşekkür ve sevgilerimle...

Dr. Melike ESEN ÖZDEMİR

Ankara 2016

İÇİNDEKİLER

Sayfa No	
ÖNSÖZ	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	viii
TABLolar(ÇİZELGELER) DİZİNİ.....	ix
2.GENEL BİLGİLER.....	2
2.1.DÜNYADA VE ÜLKEMİZDE KANSER EPİDEMİYOLOJİSİ.....	2
2.2.TÜRKİYE ULUSAL KANSER KONTROL PROGRAMI (UKKP)	5
2.2.1. Türkiye Ulusal Kanser Kontrol Programı'nın gelişimi	5
2.2.2. Ulusal Kanser Kontrol Programının İlkeleri.....	7
2.2.3. Türkiye'de Kanser Kayıtlılığı	7
2.2.4. Kanseri önleme çalışmaları.....	8
2.2.5. Kanser Taramaları	9
2.2.6. Türkiye'de uygulanan Ulusal Kanser Tarama Programı	11
2.2.7. Meme Kanseri ve Meme Kanseri Taramaları.....	12
2.2.8. Serviks kanseri ve Servikal kanser Taramaları.....	15
2.2.9. Kolorektal kanserler ve Kolon kanseri Taramaları	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
4.BULGULAR.....	23
5.TARTIŞMA.....	56
6.SONUÇ ve ÖNERİLER	68
7. KAYNAKLAR.....	69
8. EKLER	75
9. ÖZGEÇMİŞ.....	81

ÖZET

Giriş ve Amaç: Günümüzde bazı kanser türleri tarama programlarıyla önlenilmekte, erken tanı alıp tedavi olasılığı artırılabilir. Tarama programları sayesinde kanserden ölüm oranları azalmakta, erken teşhis prognozu da önemli ölçüde etkilemektedir. Bazı kanser türlerinin önlenebilir hastalıklar arasında olması, kanser taramalarını önemli ve gerekli kılmaktadır. Yaptığımız çalışmada 20 yaş üzeri bireylerin bilgi tutum ve davranışları araştırılarak, önlenebilir kanserler ve kanser tarama programları ile ilgili farkındalık yaratmak amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot Çalışmamıza Ağustos 2016-Eylül 2016 tarihleri arasında Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran 20 yaş üzeri 360 kişi kabul edildi. Katılımcılara yüz yüze görüşme yöntemiyle 40 sorudan oluşan anket uygulandı. Çalışmamız tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteydi. Verilerin analizinde SPSS 15.0 paket programı kullanıldı.

Bulgular: Çalışmamızda 273 kadın, 87 erkek katılımcı bulunuyordu. Eğitim düzeylerine göre dağılımda ise; okur-yazar olmayan 5 kişi, okur-yazar olan 1 kişi, ilköğretim mezunu 37 kişi, ortaokul mezunu 17 kişi, lise mezunu 66 kişi, üniversite mezunu 234 kişi çalışmamıza katıldı.

Ulusal kanser tarama programımızda yer alan kanserleri tam olarak doğru bilenlerin sayısı 20-29 yaş arası grupta 6 (%1,6) kişi idi. Geriye kalan 52 (%14,4) kişi, yanlış, eksik veya fazladan bir kanser türü cevaplamıştı. 30-70 yaş grubunda ise tam olarak doğru bilenlerin sayısı 31(%8,6) kişi, geriye kalan 271(%75,2) kişi yanlış, eksik veya fazladan bir kanser türü cevaplamıştı. Tarama yaş gruplarında kanser tarama testleri yaptırıp yaptırmadıkları sorgulandığında; mamografi yaptıran 98 (%64,9) kişi, smear yaptıran 144 (%72,3) kişi, HPV-DNA testi yaptıran 19 (%9,5) kişi, GGK yaptıran 53 (%33,3) kişi, kolonoskopi yaptıran 32 (%20,1) kişiydi. Kanser taramalarını düzenli yaptırmayanlar neden olarak, zaman bulamama ve sağlıklı olduklarını düşünmelerini belirttiler. Çalışmamızda kanser tarama testlerinin bilinme oranı yüksek iken yaptırama oranları düşük bulundu.

Sonuç: Çalışmamızın sonucu, bireylerin ulusal kanser tarama programları hakkındaki bilgi düzeylerinin yeterli düzeyde olduğunu düşündürmektedir. Bu sonucun çalışmaya katılan bireylerin eğitim seviyesinin yüksek olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Amacımız kanser tarama programlarının farkındalığını artırarak kanser tarama testlerinin etkin olmasında hedeflenen popülasyonun %70' inin taramalara katılımını sağlayarak önlenabilir kanser türlerini önlemek, kanser bağılı oluşan mortalite ve morbidite oranlarını azaltmaktır. Bu bağlamda eğitim düzeyi düşük insanlara eğitim ve tanıtım faaliyetlerinin yapılarak farkındalık sağlanması gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: Kanser taramaları, Aile hekimliği, tarama yaş grubu



ABSTRACT

Introduction and Objectives: Today, some types of cancer can be prevented by screening programs and the possibility of early diagnosis and treatment can be increased. Cancer mortality is reduced by screening programs, and early diagnosis prognosis is also important. Cancer screening is important and necessary because some types of cancer are among the preventable diseases. The aim of our study was to investigate the attitudes and behaviors of individuals over 20 years of age and to raise awareness about preventable cancers and cancer screening programs.

Materials and Methods: From August 2016 to September 2016, 360 people were admitted to the outpatient clinics of Atatürk Education and Research Hospital Family Physicians over 20 years of age. Participants used a face-to-face interview method with 40 questionnaires. Our study was descriptive and cross-sectional. SPSS 15.0 package program was used in the analysis of the data.

Findings: Our study had 273 female and 87 male participants. In the distribution according to education levels; 5 non-literate, 1 literate, 37 primary school graduates, 17 secondary school graduates, 66 high school graduates and 234 university graduates participated in the study. The number of cancers in our national cancer screening program was 6 (1.6%) in the 20-29 age group. The remaining 52 (14.4%) responded to an incorrect, incomplete or extra cancer type. In the age group of 30-70 years, 31 (8.6%) people answered correctly and 271 (75.2%) people answered wrong, missing or extra cancer. When they were asked whether they had cancer screening tests at screening age groups; 98 (64.9%) who had mammograms, 144 (72.3%) who had smear, 19 (9.5%) who had HPV-DNA test, 53 (33.3) who had the FOB test and 32 (20.1%) persons. Those who do not have regular cancer screenings stated lack of time and accepting themselves healthy as the cause. In our study, cancer screening tests had a high awareness rate and low concentration rates. Conclusion: The result of our study suggests that individuals' knowledge of national cancer screening programs is adequate. We think that this result comes from the fact that the level of education of the individuals participating in the study is high. Our goal is to increase the awareness of cancer screening programs and to prevent cancer types by providing screening participation of 70% of the targeted population for

cancer screening tests to be effective, to reduce cancer-related mortality and morbidity rates. In this context, education and promotion activities should be carried out to educate people with low educational level.

Key words: Cancer screenings, Family medicine, age group of screening



KISALTMALAR DİZİNİ

T.C:	Türkiye Cumhuriyeti
ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
ACOG:	Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Koleji (American College of Obstetrics and Gynecology)
DNA:	Deoksiribonükleik Asit
HPV:	Human Papilloma Virus
KETEM:	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri
IUAC:	Kanser Karşıtı Uluslararası Birlik (The International Union Against Cancer)
WHO:	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organisation)
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
IARC:	Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (The International Agency for Research on Cancer)
IACR:	Uluslararası Kanser Kayıtçılığı Derneği
UICC:	Uluslararası Kanserle Mücadele Birliği
NCI:	Ulusal Kanser Enstitüsü
APOCP:	Asya Pasifik Bölgesi Kanser Önleme Kurumu
MECC:	Orta Doğu Kanser Konsorsiyumu
NHS:	Ulusal Sağlık Hizmetleri
UKKP:	Ulusal Kanser Kontrol Programı-
GGK:	Gaytada gizli kan
KKMM:	Kendi kendine meme muayenesi
KMM:	Klinik meme muayenesi
AAFP:	American Academy of Family Physicians
USPSTF:	United States Preventive Services Task Force
KRK:	Kolorektal kanser
THSK:	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

ŞEKİLLER

Şekil 1. Türkiye de Erkek ve Kadınlarda görülen ilk 10 kanser türü.....	2
Şekil 2. Dünyada Erkek ve Kadınlarda görülen ilk 10 kanser türü.....	3
Şekil 3. Ulusal Kanser Kontrol Programı.....	7



TABLÖLAR

Tablo 1. Sağlık alışanlarının tanımlayıcı özellikleri 1.....	23
Tablo2. Ülkemizde Ulusal Kanser Tarama Programı olduğunu bilme durumu.....	25
Tablo 3. Hangi kanserlerin tarandığını bilme beyanları.....	26
Tablo 4. Hangi kanserlerin tarandığını doğru bilme durumları.....	26
Tablo 5. Tarama programındaki kanserlerin bilinme oranları.....	27
Tablo 6. Tarama programındaki kanserlerin yaş gruplarına göre bilinme oranları.....	27
Tablo 7. Tarama programındaki kanserlerin tarama yaş gruplarında yaptırılma oranları.....	28
Tablo 8. Ailede kanser öyküsü.....	29
Tablo 9. KKMM bilme durumları.....	30
Tablo 10. KKMM ile ilgili eğitim alma durumları.....	30
Tablo 11. KKMM ile ilgili eğitimin nereden aldığını beyanı.....	30
Tablo 12. KMM yapma ve KMM yaptırma durumları.....	31
Tablo 13. KKMM ile önerilen tarama sıklığı verilen cevap dağılımı.....	31
Tablo 14. KKMM ile önerilen tarama sıklığı verilen cevap dağılımı.....	32
Tablo 15. Mamografi ile önerilen tarama sıklığı verilen cevap dağılımı.....	33
Tablo 16. HPV-DNA ile önerilen tarama sıklığı verilen cevap dağılımı.....	33
Tablo 17. Smear ile önerilen tarama sıklığı verilen cevap dağılımı.....	34
Tablo 18. GGK ile önerilen tarama sıklığı verilen cevap dağılımı.....	34
Tablo 19. Kolonoskopi ile önerilen tarama sıklığı verilen cevap dağılımı.....	35
Tablo 20. Kanser taramasını düzensiz yaptıran 199 kişinin buna neden olarak verdiği en sık cevaplar.....	36
Tablo 21. Kanser taramasını hiç yaptırmayan 106 kişinin buna neden olarak verdiği en sık cevaplar.....	36
Tablo 22: Yaş grubu, Eğitim, meslek, gelir durumu, kronik hastalık öyküsü, özgeçmişinde ve soy-geçmişinde kanser öyküsüne göre bireylerin mamografi tarama testini bilme durumu.....	37

Tablo 23: Eğitim, meslek, gelir durumu, kronik hastalık öyküsü, özgeçmişinde ve soy-geçmişinde kanser öyküsüne göre bireylerin mamografi tarama testini yaptırma durumu.....	39
Tablo 24: Yaş grubu, Eğitim, meslek, gelir durumu, kronik hastalık öyküsü, özgeçmişinde ve soy-geçmişinde kanser öyküsüne göre bireylerin smear tarama testini bilme durumu.....	40
Tablo 25: Eğitim, meslek, gelir durumu, kronik hastalık öyküsü, özgeçmişinde ve soy-geçmişinde kanser öyküsüne göre bireylerin smear tarama testini yaptırma durumu.....	42
Tablo 26: Yaş grubu, Eğitim, meslek, gelir durumu, kronik hastalık öyküsü, özgeçmişinde ve soy-geçmişinde kanser öyküsüne göre bireylerin HPV-DNA tarama testini bilme durumu.....	43
Tablo 27: Eğitim, meslek, gelir durumu, kronik hastalık öyküsü, özgeçmişinde ve soy-geçmişinde kanser öyküsüne göre bireylerin HPV-DNA tarama testini yaptırma durumu.....	45
Tablo 28: Yaş grubu, Eğitim, meslek, gelir durumu, kronik hastalık öyküsü, özgeçmişinde ve soy-geçmişinde kanser öyküsüne göre bireylerin GGK tarama testini bilme durumu.....	46
Tablo 29: Eğitim, meslek, gelir durumu, kronik hastalık öyküsü, özgeçmişinde ve soy-geçmişinde kanser öyküsüne göre bireylerin GGK tarama testini yaptırma durumu.....	48
Tablo 30: Yaş grubu, Eğitim, meslek, gelir durumu, kronik hastalık öyküsü, özgeçmişinde ve soy-geçmişinde kanser öyküsüne göre bireylerin kolonoskopi tarama testini bilme durumu.....	50
Tablo 31: Eğitim, meslek, gelir durumu, kronik hastalık öyküsü, özgeçmişinde ve soy-geçmişinde kanser öyküsüne göre bireylerin kolonoskopi tarama yaptırma durumu.....	52
Tablo 32: Eğitim, meslek, gelir durumu, kronik hastalık öyküsü, özgeçmişinde ve soy-geçmişinde kanser öyküsüne göre bireylerin KKMM tarama testini bilme durumu.....	53

Tablo 33: Eğitim, meslek, gelir durumu, kronik hastalık öyküsü, özgeçmişinde ve soygeçmişinde kanser öyküsüne göre bireylerin KKMM tarama testini yapma durumu.....54



1.GİRİŞ ve AMAÇ

Kanser hem dünyada hem de ülkemizde sebebi bilinen ölümler sıralamasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci ölüm sebebidir ve önemli bir toplum sağlığı problemidir (1). Bazı kanser türlerinin tarama yöntemleriyle erken tanısı mümkündür. Erken tanı; mortalite oranları azaltmakta, erken evrede tedavi olanağı sağlamaktadır. Ayrıca bazı kanser türlerinin çıkışı alınan önlemlerle yok edilebilmektedir. Bu tablolar göz önüne alınırsa birincil ve ikincil korunmanın önemi anlaşılacaktır (2).

Dünya da kanser sıklığında 2030 yılına kadar iki misline yakın bir artışın olacağı öngörülmektedir (2). Bu artışın %75'inin ülkemizin de içinde bulunduğu gelişmekte olan veya gelişmemiş ülkelerde ortaya çıkacağı düşünülmektedir. Gelişmekte ve gelişmemiş olan ülkeler; kansere dünyada harcanan bütçenin ancak %5'ine sahiptir. Bu durumun gelişmekte ve gelişmemiş ülkelerin bütçesine büyük bir yük getireceği aşikardır. Bu nedenle kanser kontrol programları ile önlenebilen kanser türlerinin önlenmesi ve erken tanıya ağırlık verilmesi zaruridir (2).

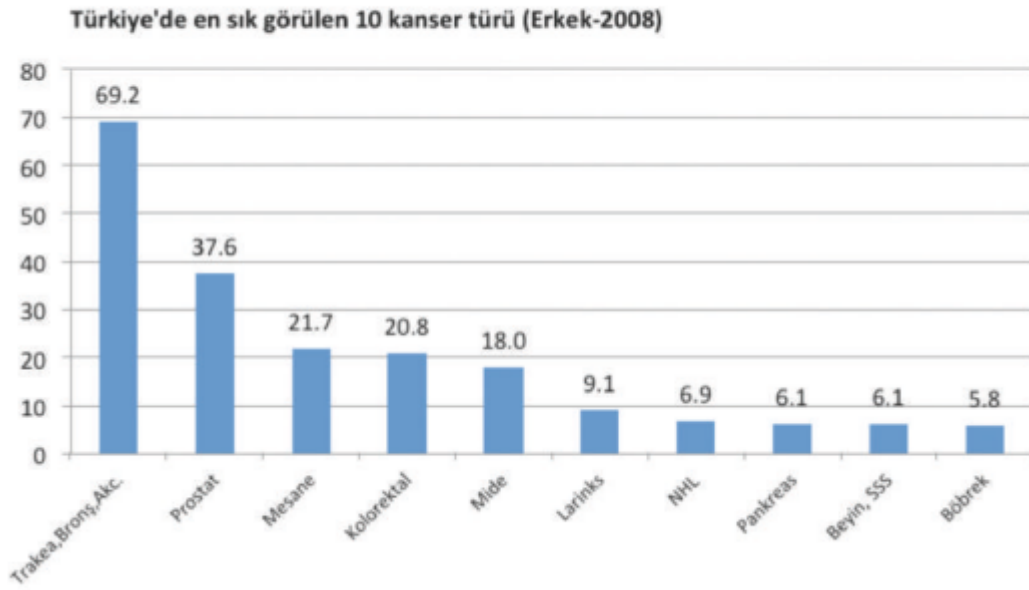
Kanseri başlatan olaydan, klinik hastalık belirti ve bulguları ortaya çıkmasına kadar geçen süre, yıllar ile ifade edilmektedir. Tarama, asemptomatik popülasyonda hastalığın erken tanınması anlamını taşır ve kanser kontrol programlarının önemli bir parçasıdır. Amaç, erken tanı ile hastalığa bağlı morbidite ve mortalitenin azaltılabilmesidir (3). Kanserin erken tanısı da kanser tarama testleriyle mümkündür. Çalışmamız da kanser tarama testleri hakkında halkın bilgi düzeyini ölçmek, tutumlarını değerlendirmek ve farkındalık oluşturmak amaçlanmıştır. Birinci basamak hekimleri olarak bizlere bu konuda büyük görev düşmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

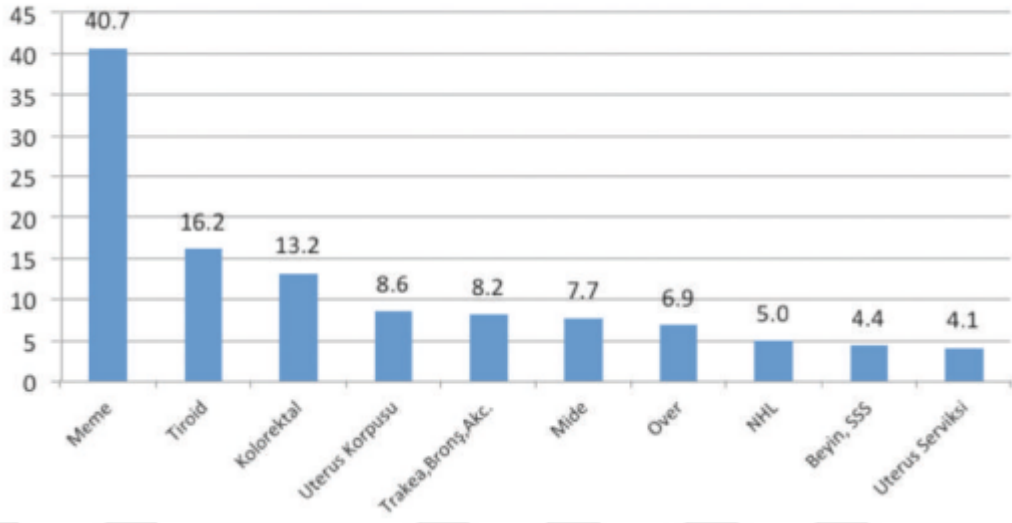
2.1. DÜNYADA ve ÜLKEMİZDE KANSER EPİDEMİYOLOJİSİ

Dünya’ da 2000’li yılların başında yılda 6 milyon insan kansere yakalanmıştır ve bu sayının önümüzdeki yirmi yıl içinde 12 milyona ulaşacağı düşünülmektedir (4). 2005 yılı içinde ise 12 milyon insan kansere yakalanmış, 7 milyon insan kanser nedeni ile yaşamını yitirmiş, 25 milyon insan ise kanserle yaşamaktadır (4). 2030 yılında ise 24 milyon insanın kansere yakalanacağı ve her yıl 17 milyon insanın yaşamını kanser nedeniyle yitireceği öngörülmektedir (4). Dünyada 2030 yılında 75 milyon insanın kanserle yaşıyor olacağı tahmin edilmektedir (4).

Şekil 1: Türkiye de görülen ilk 10 kanser türü (Erkek ve Kadın)

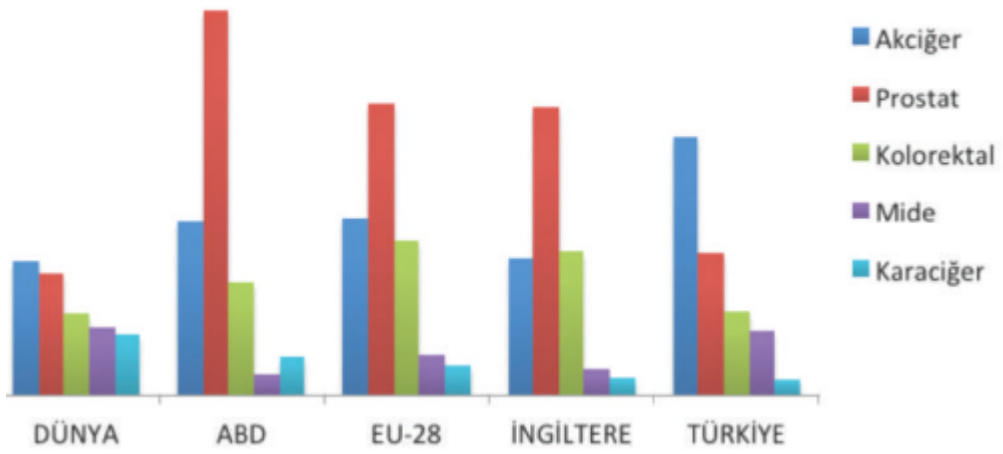


Türkiye'de en sık görülen 10 kanser türü (Kadın-2008)

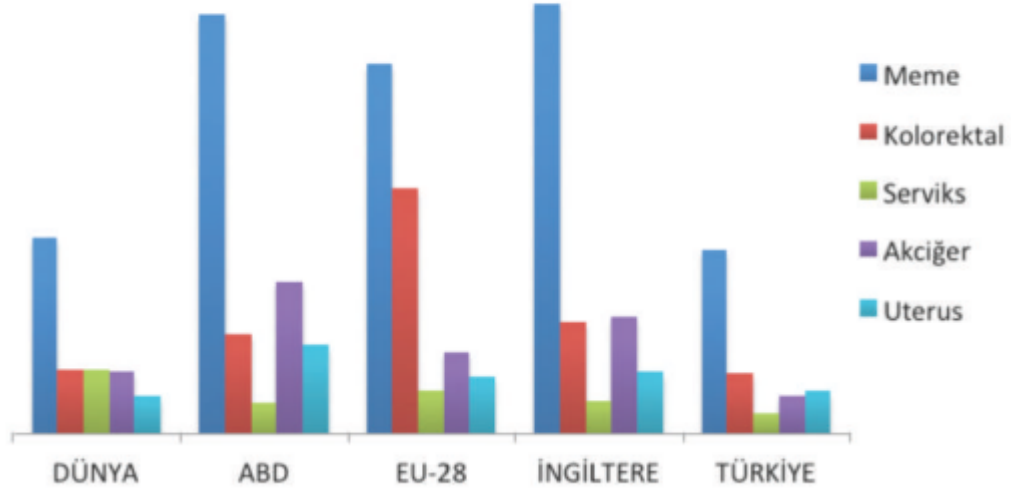


Şekil 2: Dünyada görülen ilk 10 kanser türü (Erkek ve Kadın)

DÜNYADA GÖRÜLEN İLK 5 KANSER (ERKEK İnsidansı)



DÜNYADA GÖRÜLEN İLK 5 KANSER (KADIN İnsidansı)



Yüksek morbidite ve mortalitesi nedeniyle kanserden korunma ve erken teşhis büyük önem arz etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından Kanser Kontrol Programı çerçevesinde, kanserden korunma ve erken teşhis amacıyla “Birincil Koruma” ve “İkincil Koruma” programları kabul edilmiştir (5). Birincil koruma, değiştirilmesi mümkün olan faktörlerin ortadan kaldırılması veya bu risk faktörlerinin onarılması ile kanser olgularının önlenmesi esasına dayanan yöntemleri içerir (5). Birincil korumada, kansere ilişkin belirti ve hücre değişimi yoktur. Bu dönemde alınan önlemlerle kanserin oluşumu engellenebilmektedir. Akciğer kanserinin oluşumunu önlemek için tütün ile mücadele programı birincil korumaya örnek olarak verilebilir (6). İkincil korumada ise hücre düzeyinde kanser oluşmuştur, klinik bulgu yoktur ve erken evrede tanı koymayı kapsar. Meme kanseri tarama programları ikincil korumaya örnek olarak verilebilir. Üçüncül korumada ise kanser oluşmuştur fakat uygun tedavi yöntemleri ile mortalite azaltılabilir, hastalığın komorbiditesi azaltılabilir. Birincil koruma yöntemleri daha geniş kitleleri korur ve maliyet açısından daha ucuzdur (6). İkincil korumada yine maliyet etkinlik söz konusudur. Üçüncül koruma ise sadece tedaviyi içerir ve güçlü ekonomiye sahip ülkelerin karşılayabileceği, ekonomik olarak ciddi yük getiren bir yaklaşımdır (6).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin; birincil ve ikincil korumada etkin rol oynayacağı aşikardır. Toplum sağlığı sorunu haline dönüşen kanserlerin önlenmesinde,

bireylerin kanser tarama programları konusunda bilgilendirilmesinde ve farkındalık oluşturulmasında aile hekimlerine büyük görev düşmektedir.

2.2.TÜRKİYE ULUSAL KANSER KONTROL PROGRAMI (UKKP)

2.2.1. Türkiye Ulusal Kanser Kontrol Programı'nın Gelişimi

Meme, serviks ve kolon kanseri gibi bazı kanser türleri, erken teşhis edildiğinde tedavileri mümkün olabilmektedir. Erken teşhis edilebilmeleri uygun kanser kontrol programları ile mümkündür. Verilere göre meme ve serviks kanserleri, ülkemizde büyük ölçüde evre III-IV düzeyinde tanı almaktadır (7). Kanser türlerinin erken teşhis edilebilmesi için mevcut imkanlar ölçüsünde, bölgesel farklılıklar göz önünde bulundurularak kanser tarama programlarının oluşturulması ve ülke genelinde uygulanması gerekmektedir (7).

Etkin bir kanser kontrolünde, erken veya geç teşhis edilen tüm hastaların kaliteli ve uzun yaşam sürmesi sağlanmalıdır. Ayrıca hastalığın en iyi şekilde tedavi edilmesi ve en iyi şekilde palyasyonun da sağlanması gerekmektedir. Tüm bu önlemlerin, belirli bir plan çerçevesinde yürütebilmesi için ulusal kaynakları ve ihtiyaçları gözetilen ulusal bir kanser kontrol programı gereklidir (7).

Bakanlığımız, kanser kontrolü konusunda bilimsel gelişmeleri ve dünyadaki uygulamaları yakından takip edebilmek için çok sayıda ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşlarla iş birliği içindedir (7);

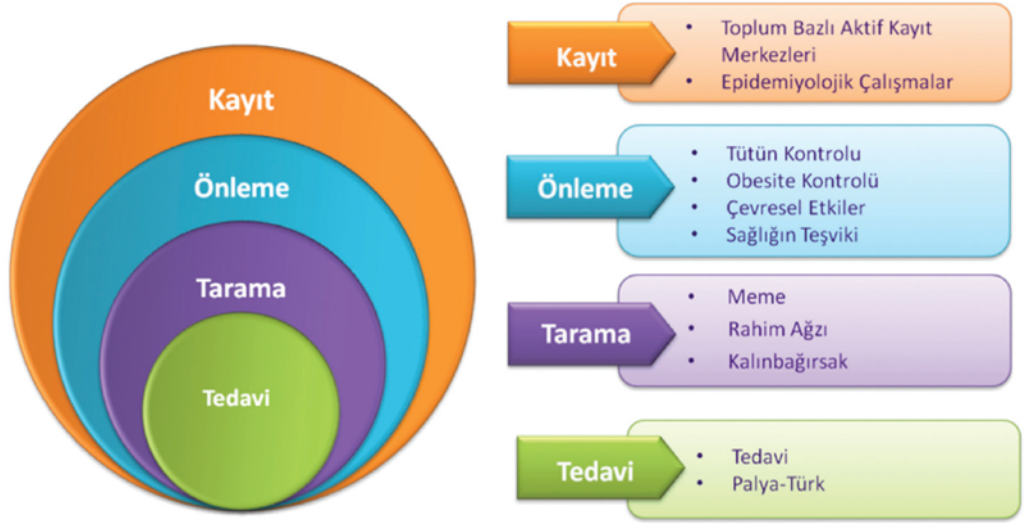
1. WHO (Dünya Sağlık Örgütü),
2. IARC (Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı),
3. IACR (Uluslararası Kanser Kayıtcılığı Derneği),
4. UICC Uluslararası Kanserle Mücadele Birliği),
5. NCI (Ulusal Kanser Enstitüsü),
6. APOCP (Asya Pasifik Bölgesi Kanser Önleme Kurumu),
7. MECC (Orta Doğu Kanser Konsorsiyumu)

8. NHS (Ulusal Sağlık Hizmetleri)

Dünya Sağlık Örgütü/Avrupa ve Sağlık Bakanlığı arasındaki iş birliğine yönelik öncelikler, Türkiye ile DSÖ'nün Avrupa Ofisi arasında imzalanan iki yıllık iş birliği anlaşmasınca düzenlenmiştir. 2008-2009 yılında yapılan İş Birliği Anlaşması "Sağlık Bakanlığının bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik politikalar geliştirmesi ve uygulamaya yönelik kapasitesini güçlendirmek" amacını içermektedir ve bu bağlamda beş konu öncelikli olarak belirlenmiştir: Bu konular içinde kanser kontrolü, koruma, palyatif bakım, obezitenin önlenmesi ve tütün kontrolü yer almaktadır. DSÖ, Sağlık Bakanlığı ile birlikte; koruma, erken tespit, teşhis, tedavi ve palyasyona yönelik kanıta dayalı stratejilerin uygulanması sağlayarak kanser vakalarını ve kanserden ölümleri azaltmakta ve kanser hastalarının yaşam kalitesini artırmaktadır. Ayrıca bunları sağlayabilmek için Ulusal Kanser Kontrol Programı-UKKP (Şekil 3) oluşturmak amacıyla, bu konuda uzman kurum ve kuruluşların ahil olduğu çalıştaylar düzenlemekte ve finanse etmektedir (7).

Ulusal Kanser Kontrol programımızın ilk fazı 2008-2013 yılları arasında yürütülmüştür. Bu süreçteki Sağlık Bakanlarımızın tecrübeleri ve uluslararası yeni bilimsel veriler ışığında ulusal kanser danışma kurullarımızın da görüşleri alınıp, kanser alanında oldukça etkin uluslararası çok sayıda kurum ve kuruluşun da yardımları alınarak programın 2. Fazı oluşturulmuştur (2013-2018) (7).

Şekil 3: Ulusal Kanser Kontrol Programı



2.2.2. Ulusal Kanser Kontrol Programının İlkeleri

Geniş kapsamlı Ulusal Kanser Kontrol Programı; hastalığı kontrol etmek için nüfusun büyük çoğunluğunu kapsayacak maliyet etkin çalışmalar yapar. Ulusal kanser kontrol programları; vakaların erken tespit edilerek tedavilerinin yapılmasını, tedavi kılavuzlarının geliştirilmesini ve ileri evredeki hastaların yaşam kalitesinin artırılabilmesini sağlar (7). Kanser kontrol programı; kanseri önleme, tarama ve tedaviden oluşur.

2.2.3. Türkiye’de Kanser Kayıtlılığı

Türkiye’de kanser kayıt faaliyetlerinin tarihi çok uzun bir sürece dayanmamaktadır. Türkiye’de kanser kontrol faaliyetlerinin kurumsallaşması 1940’larda başladığı halde, 1982 yılında kanser hastalıklarının bildirilmesi zorunlu hastalıklar grubuna dahil edilmesiyle başlamıştır (7). Ülkemizde, kanser bildirimlerinin zorunlu hale getirilmesiyle, kanser kayıt faaliyetlerini yürütmesi için 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile 1983 yılında “Kanserle Savaş Dairesi” kurulmuştur (7). Kanserle Savaş Dairesi’nin temel görevlerinden birisi kanser kayıtlarını güvenilir ve doğru bir biçimde toplamaktır. Ülkemiz 1989 yılında IACR’ ye üye oldu. 1992 yılında Kanser Kayıt ve İnsidans Projesi kapsamında, ilk olarak İzmir ve Diyarbakır’ a kanser kayıt merkezleri

açıldı. Kurulan iki merkez sayesinde uluslararası standartlarda veri toplamının da önü açılmış oldu (7).

2010 yılında Kanser Kayıtçılığı dünyada olduğu gibi ülkemizde de profesyonel anlamda kanser kayıtçılığı yapılabilmesi için ülkenin en az %20 nüfusunu yansıtacak coğrafi bölgeler (iller) seçilmiş ve bu sistemle veri toplayan 10 Aktif Kanser Kayıt Merkezi kurulmuştur. (Ankara, Antalya, Edirne, Eskişehir, Erzurum, İzmir, Kocaeli, Samsun, Trabzon, Bursa) (7). 2013 yılında ise kademeli olarak kanser kayıt merkezlerinin sayısı 81' e çıkarılmış ve temsil gücü %100' e ulaşmıştır (7).

2.2.4. Kanseri Önleme Çalışmaları

Kanser; %90 çevresel, %10 oranında ise genetik faktörlere bağlı oluşmaktadır (7). Çevresel faktörler arasında da ise tütün, alkol, obezite ve enfeksiyonlar ilk sıralarda yer almaktadır. Kansere mücadelenin en önemli basamağı, kanseri önleme çalışmalarıdır. Kanseri önleme çalışmaları da çevresel etkenlerle mücadeleyi ve bu mücadele konusunda geliştirilen ülke politikalarını kapsamaktadır (7).

Birincil korunma ile önlenemeyen en önemli kanser olan akciğer kanserleri ülkemizde ve dünyada en sık görülen kanserlerdir. Tütün ile mücadele başarıyla yürütülürse akciğer kanseri başta olmak üzere larinks, mesane, pankreas, serviks, farinks ve ağız boşluğu kanserleri büyük ölçüde yok edilebilecektir (7).

Dünyada 15 yaş üzeri nüfusta her üç erişkinden biri yaklaşık 1,2 milyar kişi (kimi kaynaklarda 1,3-1,5 milyara yakın kişi) tütün kullanmaktadır. Türkiye'de 15 yaş üzeri nüfusta yaklaşık 15 milyon kişi tütün kullanmaktadır (7). Ülkemizde bu konuda yapılan ilk yasal düzenleme 4207 sayılı kanun ile 1996 yılında yürürlüğe girmiştir. 28 Nisan 2004 tarihinde DSÖ tarafından kabul edilen Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS) imzalanmış ve bunu takiben Ulusal Tütün Kontrolü Programı hazırlanmıştır. 2008-2012 yılları arasında yürütülen Ulusal Tütün Kontrol Programı dahilindeki en önemli uygulama "%100 Dumansız Hava Sahası" olup 19 Mayıs 2008 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Ekim 2010 tarihinde de "Alo 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı" kurulmuş ve vatandaşlarımıza sigara bırakma konusunda telefon ile eğitimli personel ve uzmanlarca, bu konuda destekte bulunulmaya başlanılmıştır (7). Sonuçta Türkiye, 12 Temmuz 2012

tarihindeki yasal düzenlemede yapılan değişikliklerin uygulamaya girmesi ile DSÖ'nün MPOWER kriterlerinin tamamını karşılayan ilk ülke konumuna gelmiştir (7).

Dünya Sağlık Örgütü; tarafından sağlığa çok farklı yönlerle zararlı olduğu belirtilen alkolün, en önemli sağlık etkilerinden biri kanserdir ve çok çeşitli kanserlere yol açtığı bilinmektedir. Bu durum Uluslararası Alkol Eylem Planlarını gündeme getirmiştir (7). “Ulusal Alkol Kontrol Eylem Planı” çerçevesinde 24 Mayıs 2013 tarihinde yürürlüğe giren 6487 sayılı kanunda, 10 Haziran 2014 tarihinde yeni düzenlemeler yapılmıştır. Bu yasal düzenlemeyle birlikte Ulusal Alkol Kontrolü Eylem Planı çalışmaları da devam etmektedir (7).

Obezite, küresel boyutta önemli bir halk sağlığı sorunudur. Obezite ve kanser ilişkisine dair günümüze dek yapılmış epidemiyolojik çalışmalarda obezitenin; kolon, endometrium, postmenapozal meme kanseri, böbrek, özefagus, pankreas, safra kesesi, karaciğer ve hematolojik kanserler ile ilişkisi gösterilmiştir (8). Obezite; kansere neden olmasının haricinde kanser tedavisine yanıtın azalmasına, kötü prognoz ve mortalite artışına da yol açmaktadır (9). Bu bağlamda 2010 yılında Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı oluşturulmuştur (10).

2.2.5. Kanser Taramaları

Hastalıkların erken tanısında iki ayrı yöntem vardır. İlki hastalığın erken belirtilerini yakalamak, ikincisi ise hastalığın daha belirti vermediği kişileri yakalamaktır. Tarama programları hastalığı belirti vermeyen kişileri yakalamak için uygulanmaktadır. Kuşkusuz ki erken evrede tanı alan bireylerin tedavisi ileri evrede olan bireylere göre hem daha kolay olmakta hem de maliyeti düşürmektedir (10).

Tarama; görünüşte sağlam olan kişilere bazı testler, muayeneler veya diğer yöntemler uygulanarak henüz tanısı konulmamış, bilinmeyen hastalık veya bozuklukların yaklaşık olarak belirlenmesidir (10). Tarama testlerinin kesin tanı koydurmasını beklememek gerekir.

Tarama testleri sonucunda pozitif ya da şüpheli olan vakalar daha detaylı tetkiklerin yapılması için üst basamağa yönlendirilmelidir. Tarama testleri ile taranan toplum “kesin sağlamlar” ile “olası hastalar” şeklinde ikiye ayrılmış olur, ancak toplumda hastalıkların

taranması için Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenmiş birtakım ölçütlerin karşılanması gerekmektedir (10). Bunlar;

- Taranan hastalık, toplum için önemli bir sağlık sorunu olmalıdır.
- Taranacak hastalığın tanınması için tamamen asemptomatik veya erken semptomatik bir dönemi bulunmalıdır.
- Hastalığın tüm klinik seyrine dair yeterli bilgi olmalıdır.
- Tarama sonucunda bulunan hastaların tedavisi mümkün olmalıdır.
- Hastalıkların teşhisi ve tedavisi için gerekli personel, ekipman gibi olanaklar yeterli olmalıdır.
- Tarama için kullanılan testler toplum tarafından kabul görmeli ve ayrıca kolay uygulanabilir olmalıdır.
- Testlerin seçiciliği ve hassasiyeti yüksek olmalıdır.
- Tarama testleri süreklilik arzetmelidir (10).

Tarama programlarının yararlı olması için toplum tarafından kabul görmeli ve toplum katılımı yüksek olmalıdır. Bir tarama programında toplum katılımını etkileyen en önemli faktörler;

- Taranan hastalığın ne olduğunun bilinmesi,
- Taranan hastalığın sağlığa zararının kişi tarafından kabul edilmesi,
- Taranan hastalığa kişinin de yakalanabileceğini kabul etmesi,
- Tarama sonucunda eğer hastalık tespit edilirse hastalığa karşı önlemler alınacağına, erken tespitin hastalık sürecini etkileyeceğine dair inancının olması,
- Tarama programlarının hedef popülasyona uygun olması,
- Sağlık personelinin tarama programına karşı tutumu,
- Tarama programlarının maliyeti' dir (10).

Tarama programlarının amacına ulaşılabilmesi için başarı oranı %100' e yakın olmalıdır. Tarama programları koruyucu sağlık hizmetleri içinde önemli bir yere sahiptir.

Kanser genel bir tabirdir. Değişik klinik seyirleri ve farklı tedavi cevapları olan yüzlerce hastayı barındırmaktadır. Kanser hastalıklarının her bir tipinin etiyolojisi, risk faktörleri, tanı ve tedavi yöntemleri farklı olabilmektedir. Bu yüzden erken tanı ve tarama stratejileri de her kanser tipine göre farklılık göstermektedir. Bazı kanser tipleri için (örneğin meme, kalın bağırsak, serviks, prostat gibi) erken tanı ve tarama önerilirken bazı kanser tipleri için önerilmemektedir (örneğin pankreas, tiroid, mesane gibi) (10). Kanser tarama programları, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından belirlenen kriterleri karşılamalıdır. DSÖ tarafından belirlenen kriterler ise şunlardır;

- Uygulanan tarama yöntemi ülkedeki kanser yükünü azaltmalıdır.
- Uygulanan tarama programı bütüncül bir kanser kontrol programının parçası olmalıdır (10).

Dünya Sağlık Örgütü meme, serviks ve kolorektal kanserlerde, kanser vakalarının erken evrelerde yakalanmasına yönelik toplum tabanlı tarama programları önermektedir ve bu çalışmaların bütüncül bir kanser kontrol programının parçası olması gerektiğini belirtmektedir (10).

2.2.6. Türkiye’de Uygulanan Ulusal Kanser Tarama Programı

Ülkemizde kanser taramaları Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) tarafından yürütülmektedir. “Erken teşhis hayat kurtarır!” sloganıyla yola çıkan KETEM’ ler meme, serviks ve kolorektal kanserler ile ilgili tarama programlarını yürütmektedir. Ülkemizde toplam 134 KETEM mevcut olup, her ilimizde en az bir tane bulunmaktadır (10).

KETEM’ lerde kanserden korunma ve tarama yöntemleri hakkında eğitim almış olan doktor, hemşire, ebe, röntgen teknisyeni ve tıbbi teknologlar bulunmaktadır. Çalışanlar ayrıca kişilerarası iletişim ve sağlık eğitmenliği konularında da eğitim almışlardır (10). Serviks ve meme kanserleri için yürütülen taramalar uygun yaş grubundaki kadınların

davet edilerek gerekli muayene ve testlerin yapılması şeklinde devam etmektedir. 2013 yılında da kolorektal kanser taramaları başlamıştır (10).

Akciğer, mide, deri ve prostat kanseri gibi diğer kanserlerle ilgili ulusal tarama programları dünya çapında bulunmamakta ve taranması günümüzde önerilmemektedir (10). Fakat bu konularda ulusal ve uluslararası kuruluşlarla görüşülmekte, bilimsel güncel veriler ve ülkemizdeki kanser istatistikleri takip edilerek yeni politikaların geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapmaktadır (10).

Ülkemizde aile hekimi, aile bireylerinin ikametlerine yakın bir konumda hizmet vermektedir. Hizmet verdiği toplumu her yönüyle tanır ve aynı zamanda ailenin bütün bireylerinin sağlık durumlarını, yaşam koşullarını en ayrıntılı şekilde bilir. Bu bağlamda koruyucu sağlık hizmetlerini bireylere nasıl uygulayacağını en iyi bilen sağlık personelidir. Ayrıca aile hekimi kendi sorumluluğu altındaki bireyleri bir hastalık çerçevesinde değil, bütüncül bir yaklaşımla biyopsikososyal yönden değerlendirir. Aile hekimliğinin hedefi bölgedeki bireylere koruyucu, tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmeti sunmaktır. Aile hekimi toplumda vatandaşa en yakın kişidir ve güvene dayalı iletişim kurar; sorunları fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleriyle ele alır. Kanser taramalarının toplumsal tabanlı olması için en önemli kriter, hedef nüfusun %70'ine ulaşabilmesidir. Hedeflenen nüfusa ulaşabilmek için Aile Hekimleri kanser tarama programlarına dahil edilmelidir. Aile Hekimleri kanser tarama programında; programın topluma anlatılmasında, aktarılmasında ve katılımın arttırılmasında, programa katılacak olan hedef nüfusun davet edilmesinde, tarama sonuçlarının hedef nüfusa iletilmesinde kilit noktaya sahiptir. Bu bağlamda Aile Hekimleri desteklenmeli ve kanser tarama programlarının bir parçası olmalıdır (10).

2.2.7. Meme Kanseri ve Meme Kanseri Taramaları

Meme kanseri, kadınlarda en sık görülen kanser türüdür (11). Meme kanser insidansı yaşla birlikte artmaktadır. Otuz yaşından sonra meme kanseri insidansı hızla artarken 45-50 yaş aralığında plato çizmektedir (12). Risk faktörleri arasında; yaş, ailede meme kanseri öyküsü, genetik ve çevresel faktörler, obezite, diyet, alkol, radyasyon, emzirme ve menopoz yaşı, fertilité, önceden meme kanseri ve benign meme hastalıkları öyküsünün olması yer almaktadır (13). Meme kanseri Türkiye'de de dünyada olduğu gibi kadınlarda

en sık görülen ve aynı zamanda da en sık ölüme neden olan kanser türüdür. Ülkemizde meme kanseri insidansı 100 binde 40,7 olup her yıl yaklaşık 15.000 kadın meme kanserine yakalanmaktadır (14). Tanı anındaki meme kanseri evresi; sağ kalım ve uygulanacak tedaviyi belirlemede en önemli faktördür (14).

Birçok batı ülkesinde ise insidans artmakta iken mortalite oranları stabil ya da azalma eğilimindedir. Amerika'da 2008 yılı itibari ile 2,6 milyon meme kanserli kadın bulunmaktadır. Amerika'da 2012 yılı itibari ile yaklaşık 226,870 kadın invaziv meme kanseri tanısı almış ve aynı yıl içinde 39.510 kadın meme kanserinden ölmüştür (15). Türkiye de tüm ölüm nedenlerine baktığımızda; kanserlerin hem erkeklerde hem de kadınlarda sırasıyla %15,04 ve 10,74 oranlarıyla ikinci sırada yer aldığını görmekteyiz. Türkiye de 2000 yılı itibariyle 21,174 kadının ölüm nedeni kanser olarak görülmektedir (16). Ülkemizde meme kanseri kadınlarda en sık ölüme neden olan 20 hastalık içinde %2,1'lik oranla 8. sırada yer almaktadır (16). Bu oranla Türkiye' de meme kanserinden ölüm hızı ABD ye göre daha yüksek görülmektedir (17).

Meme kanserinin erken evrede teşhisi ile tam kür sağlanabilmekte, hayatta kalanların oranları artırılabilir. Tümörün palpabl olmadan önce tanısının konulması hayati öneme sahiptir. Erken tanı ve tedavi yöntemleri ile gelişmiş ülkelerde meme kanseri tanısı alan hastalarda 5 yıllık sağ kalım yaklaşık %90-95 oranlarındadır (18). Meme kanseri tarama yöntemleri ile meme kanserinin %63,7 si erken lokalize dönemde tanı alabilmektedir (18). Bu dönemde yakalanan hastaların 5 yıllık yaşam beklentileri %97,9 dur (18).

Meme kanseri tüm kanserler içinde akciğer kanserinden sonra ikinci en sık görülen kanser olmasına rağmen diğer kanserlerle karşılaştırıldığında daha genç popülasyonda görülmektedir ve bu bağlamda daha fazla yaşam süresi kaybına neden olmaktadır (19). Ortalama riske sahip bir kadın için yaşam boyunca meme kanserine yakalanma riski %7,8 ve mortalitesi de %2,3' dür (20). Mamografi taramasını standart olarak yapan gelişmiş ülkelerde, meme kanseri mortalitesinin azaldığı görülmektedir (21). Bu durumun primer olarak tedavideki gelişmelerden kaynaklandığı düşünülürken aynı zamanda da erken teşhisin tedavi opsiyonlarını iyileştirdiğine inanılmaktadır (21). Türkiye' de yürütülen mamografi tarama çalışmalarına rağmen meme kanserlerinin önemli bir kısmı ileri evrede

yakalanmaktadır. Bir taramanın etkin olabilmesi için hedef nüfusun %70' ini kapsamalıdır. Bu nedenle tarama çalışmaları toplum tabanlı olarak yürütülmelidir (22).

Meme kanseri taramasında fizik muayene olarak tarama testleri mevcuttur ancak dünyada bu konuda fikir ayrılıkları vardır. Kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ve klinik meme muayenesi (KMM) bazı ülkelerde arama programı olarak kabul edilirken bazı ülkelerde önerilmemektedir (23). ABD Ulusal Kanser Enstitüsü KKMM için 20 yaşından itibaren ayda bir kez yapılmasını önerirken, AAFP ve USPSTF yapılmamasını önermektedir (24). KMM için ise ABD Ulusal Kanser Enstitüsü ve Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Birliği 20-39 yaş arasında 3 yılda bir, 40 yaşından sonra yılda bir yapılmasını önermekteyken; AAFP ve USPSTF önermemektedir (24). Mamografi ise ilk olarak 1960' larda Kuzey Amerika' da kullanılmaya başlanmış ve günümüze kadar görüntü kalitesi artırılarak devam edilmiştir (25).

Ülkemizde ise asıl tarama yöntemi mamografi olmakla birlikte; mamografinin etkinliğini artırmak için tarama sırasında KMM' de yapılmalıdır ve ayrıca toplumda farklılık yaratmak için her kadına 20 yaşından itibaren her ay KKMM yapması önerilmektedir (26). Ülkemizdeki uygulamaya bakıldığında; Ulusal Kanser Tarama Kılavuzu, meme kanserinin erken teşhis edilebilmesi için 40 yaşında taramaya başlanmasını ve 69 yaşına kadar her iki yılda bir tarama yapılmasını önermektedir.

Ülkemizde taranması planlanan nüfus yaklaşık 12 milyon kişidir. Ülkemizde halihazırda fırsatçı ve toplum tabanlı meme kanseri taramalarının kapsayıcılık oranı %20-30' lar arasındadır. Toplum tabanlı taramalar Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) tarafından yürütülmektedir. Fırsatçı taramalar ise hastanelere başvuran kadınlara yapılmaktadır (22).

Sürdürülen farkındalık ve eğitim faaliyetlerine rağmen tarama oranlarımızın istenilen seviyelerde değildir. Bu durum araştırılmış ve nedenleri arasında; uzman sayısının yetersiz olması, hizmete erişim ile ilgili sorunlar ve farkındalık eksikliği olduğu bulunmuştur. Bu sorunların çözümüne yönelik olarak ilk etapta Aile hekimliğinin tarama programına entegrasyonu gerçekleştirilmiştir. Aile hekimliğinin entegrasyonu ile Aile Sağlığı birim elemanları tarafından hedef nüfusun taramaya davet edilmesi Çankırı, İzmir ve Erzurum' da pilot projeler ile gerçekleştirilmiştir (22).

Gerek mamografi çekiminde çalışan röntgen teknisyeni/teknikerlerinin gerekse çekilen grafilere raporlayacak olan radyoloji uzmanı sayısının yetersiz olması, 663 sayılı yasa sonrası yeniden yapılanma nedeniyle hastanede çalışan personellerin KETEM'lerde görevlendirilememesi, tarama ve teşhis süreçlerinin birbirinden ayrılamaması nedeniyle sorunlar yaşanılmaktadır. Ayrıca kırsal bölgelerde tarama sürecinin daha uzun olduğu, iklim koşullarının, nüfusun coğrafi dağılımının tarama hizmetlerine katılımı olumsuz etkilediği bilinmektedir (22).

Hizmete erişim, yetersiz sayıda uzman kaynağı ve farkındalık ile ilgili sorunların çözümüne yönelik olarak "Gezici Mamografi Projesi" planlanmıştır. Böylece tarama çalışmaları Mobil KETEM'ler üzerinden yürütülecek olup bu projede de anahtar rolü Aile Hekimleri üstlenecektir. Tüm illerimizde, Aile Sağlığı Merkezlerinin bahçesinde Gezici Mamografi aracı ile tarama yapılacak ve taramaya katılması planlanan hedef nüfus Aile Hekimleri tarafından çağrılacaktır. Bu projede 5 yıllık hizmet alımı yapılması planlanmış olup personel istihdamı sorunu da özel sektör yoluyla çözülecektir. Ayrıca kurulacak olan merkezi raporlama birimleri ile yetersiz sayıda olan radyoloji uzmanlarının daha verimli olarak çalışması sağlanacak ve merkezi raporlama birimlerinde yazılmış olan mamografi sonuçları, hastaların Aile Hekimlerinin kullandığı otomasyon sistemine gönderilecektir. Böylece hastaların sonuçlarını almak için en yakın sağlık birimine başvurması yetecek böylece taramaya katılımı azaltan bir neden olarak düşünülen hastaneye/KETEM'e gitme zorunluluğu ortadan kalkacaktır (22).

2.2.8. Serviks Kanseri ve Servikal Kanser Taramaları

Serviks kanseri, kadınlarda meme kanseri ve kolorektal kanserden sonra üçüncü sıklıkta görülür (27). Uzun zamandan beri başarılı bir şekilde uygulanmakta olan servikal smear taramaları ile çok sayıda ülkede serviks kanseri morbidite ve mortalitesinde %70'ten fazla azalma sağlanmıştır (28). Tarama çalışmalarının yaygın olarak uygulandığı gelişmiş ülkelerde başarı daha belirgindir. Gelişmekte olan ülkelerde ise tarama çalışmalarının sistematik ve yaygın şekilde yapılmıyor olması bu ülkelerde serviks kanserinin çok sayıda ölüme yol açmasına neden olmaktadır. Günümüzde serviks kanseri nedeni ile olan ölümlerin %90'ı gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir (29).

Serviks kanseri etiyopatogenezi tamamen aydınlatılmıştır ve önlenilebilen kanserler arasındadır. Tarama söz konusu olduğunda koruyucu hekimliğin en büyük başarılarından biri serviks kanserinin kontrolüdür (29).

Tarama ve erken teşhis ile tam tedavisi mümkün olabilen serviks kanseri, günümüzde kanserden ölüm nedenleri arasında çok geride yer almaktadır. Servikal kanser taramasını düzenli yaptıran bir kadının, serviks kanserinden ölmeyeceğini söylemek mümkün olabilmektedir. Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) serviks kanserinin bütün ülkelerde ülke çapında taranmasını önermektedir (30). Tarama yöntemi ve tarama aralığı ülke şartlarına göre farklılıklar gösterebilir (31). Ancak kesin öneri; bir kadının, en azından hayatında bir kere, 30-65 yaş aralığındayken uygun bir yöntemle serviks kanseri açısından taranmasıdır. Tarama yöntemi ülke şartlarına göre;

- Sitoloji (servikal smear)
- HPV Testi
- Sitoloji/HPV cotesting (5 yılda bir her iki test beraber)
- VIA/VILI (asetik asit ya da Lugol ile gözlemsel muayene)
- See and Treat (Leep gibi bir metodla şüpheli görülen serviksten eksizyonel biyopsi) olabilir (32).

Tarama aralıkları ise yine ülke şartlarına göre 2, 5, 10 yıl ya da kadının hayatında bir kez olabilir. Ancak; hiçbir durumda 2 yıldan sık tarama önerilmemektedir (32).

Günümüzde her ülkeye adapte edilebilecek net bir servikal tarama stratejisi bulunmamakla beraber 3 yılda bir smear ve HPV testi ile co-testing pek çok ülke için önerilen modeldir (33,34).

Serviks Kanser Taraması, önem verilmesi gereken bir taramadır. Çünkü serviks kanseri önlenilebilen, erken teşhis edildiğinde tam kür sağlanabilen bir kanserdir. Ayrıca etiyopatogenezi tamamen aydınlatılmıştır ve karsinogenez süreci uzun (10-20 yıl) sürdüğü için bu süreçte olguların tanı alma olasılığı yüksektir (29).

Smear Testi

Servikal smear testi serviksten toplanan hücrelerin lam üzerinde yayılarak boyanmasını ve mikroskop altında incelenmesini kapsamaktadır. Birçok ülke smear testini, cinsel yönden aktif, her kadının 20 yaşından itibaren 65 yaşına kadar, her iki yılda bir yaptırmasını önermektedir (29).

Bununla beraber servikal smear testi genel toplum taramasıyla serviks kanseri riskini sıfıra indiremez (34). Servikal smear ile toplum tabanlı tarama, ancak çok yüksek kalite sağlandığında başarılı olabilir. Servikal taramada kalite kriterleri hem smear testinin standardizasyonunu hem de toplumun katılım oranını içermektedir. Smear testi standartları ne kadar yüksek ve toplum katılımı ne kadar fazlaysa tarama o kadar kalitelidir. Tarama kalitesi için olmazsa olmaz kriter, hedef nüfusun en az %70'inin katılımıdır (29).

Servikal smear testinin serviks kanseri öncü lezyonlarının tespitinde başarısı yüksektir fakat tarama sıklığı 2 yılın üzerinde olursa testin duyarlılığı %50' e kadar düşer (35). Yine 30-65 yaş aralığında her kadının, en azından hayatında bir kere bile olsa yaptırdığı smear testinin, serviks kanserinden ölme olasılığını 3 kat azaltacağını söylemek yanlış olmaz. Servikal smear testinin bu ve benzeri kısıtlamaları bir takım alternatif test arayışlarına yol açmıştır. Geçtiğimiz 20 yılda bilimsel dünyada çığ gibi büyüyen bilgiler, servikal kanser gelişiminin aşamalarına ışık tutmuştur. Bugün serviks kanserinin %99,9'una HPV (Human Papilloma Virus) enfeksiyonunun yol açtığı bilinmektedir (36). HPV'nin tespiti erken dönemde servikal prekanseröz değişiklikleri göstermekte ve kanserin teşhisini kolaylaştırmaktadır. Artık HPV testleri servikal taramada daha çok yer almaya başlamıştır.

HPV Testi

Serviksin squamöz hücreli kanserlerinin %95' inde, adenokarsinomlarının %90'ın da HPV-DNA tespit edilmiştir (37). HPV testi, servikal hücrelerdeki HPV genetik materyalinin tespiti esasına dayanan bir testtir. HPV enfeksiyonu, epidermiste sınırlı olduğundan humoral immün yanıt oluşturmaz. Dolayısıyla kan dolaşımında tespit edilebilen bir antikoru yoktur. HPV tanısı ancak enfekte dokuda HPV DNA'sının veya DNA ürünlerinin moleküler metotlarla tespiti ile mümkündür. HPV testlerinin 1990'larda

piyasaya sürülmesinden sonra, servikal kanseri daha kesin ve erken tespit edildiğine dair bulgular ile oldukça yaygın klinik kullanım bulmuştur (29).

Yapılan meta-analizlerde HPV testinin, sitolojiye göre pre-invaziv servikal lezyonları tespit etmede daha sensitif olduğu belirtilmiştir. Sitolojiye oranla HPV testinin, 30 yaş üstü kadınlarda sensitivitesinin daha yüksek olduğu, spesivitesinin ise benzer oranlarda olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak HPV testinin 30 yaş üstünde primer taramaya eklenmesinin maliyet etkin olduğu bildirilmiştir (29). Ayrıca HPV testinin negatif prediktif değeri de oldukça yüksektir (29).

Ülkemizde Servikal Kanser Taramaları

Servikal kanserler; ülkemizde kadınlarda en sık görülen kanserler arasında meme, tiroid, kolorektal, uterus korpusu, akciğer, mide, over, nonHodgkin lenfoma ve beyin kanserlerinden sonra 10. sırada yer almaktadır (29).

Türkiye’de servikal kanser ciddi bir hastalık yükü oluşturmamakla birlikte Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) önerileri uyarınca 1992’den beri servikal smear ile taranmaktadır. DSÖ önerilerini ülkemiz koşullarına adapte eden Kanser Daire Başkanlığı; ülke çapında kurulan Kanser Erken Tanı, Tarama ve Eğitim Merkezleri’nde (KETEM) 30-65 yaş grubu, asemptomatik kadınların her 5 yılda bir servikal smear ile taramalarını planlamıştır. Ülkemizde 20 yıldan uzun zamandır smear tabanlı yapılan bu tarama; uzmana bağımlı olması, uzmanların konuya ilgisiz davranması, halkın ilgisinin eksik olması gibi birçok nedene bağlı olarak arzu edilen %70 kapsayıcılıktan çok uzak kalmıştır. Ancak hedef kadın nüfusun %20’si tarama programı kapsamında taranabilmiştir (29). Dünyadaki bilimsel gelişmeleri yakından takip eden Kanser Daire Başkanlığı, servikal kanser taramasında yaşadığımız sıkıntıyı aşmak için strateji değişikliğine gidilmesine karar vermiştir. Bu amaç doğrultusunda yurt içi ve yurt dışı uzman, kurum ve kuruluşlardan görüş istenmiştir. Mevcut görüşler ışığında bilimsel komisyon toplantısı ile servikal taramanın primer olarak HPV testleri ile yapılması, 2012 yılı Aralık ayında karara bağlanmıştır. Yenilenen ulusal kanser tarama standartlarına göre 30-65 yaş grubundaki her kadının 5 yılda bir HPV testi ile taranması, pozitif çıkan olguların smear ile tekrar değerlendirilmesi planlanmıştır (29).

Alınan görüşlerde, primer HPV testi ile taramanın ülkemiz özelinde servikal tarama için kapsayıcılığı artırma ve kalite göz önünde bulundurulduğunda maliyet etkin iyi bir çözüm olacağı belirtildi (29). Konu ile ilgili pilot çalışmalar yapıldı. Türkiye’de asemptomatik kadınlarda HPV pozitifliği %3 bulundu. Buna göre pozitif olguların yönetimi için planlama yapıldı. HPV testinin aile sağlığı merkezlerinde alınması kararlaştırıldı. HPV testi bilgisi aile hekimliği bilgi sistemine T.C kimlik numaralı endeksli olarak entegre edildi ve raporlama şartları düzenlendi. Bilgi sistemleri ile yapılan çalışmalarla pozitif ve negatif olguların izlemi planlandı, böylece en önemli kalite kriterlerinden biri sağlanmış oldu. Taramaya 2013 yılı sonunda başlanması planlandı (29). Serviks kanseri taraması, koruyucu hekimliğinin dolayısıyla aile hekimliğinin önemli bir bileşenidir. Ülkemizde 20 yıldan uzun süredir yapılan servikal tarama, daha çok kadının katılımıyla daha etkin bir şekilde yapılacağı planlanmaktadır (29).

2.2.9. Kolorektal Kanseler ve Kolon Kanseri Taramaları

Dünya çapında her yıl yaklaşık bir milyon kolorektal kanser (KRK) tanısı konulurken, 500.000 hasta KRK nedeniyle kaybedilmektedir (38). Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın 2007-2008 yıllarında on iki ildeki kanser kayıt merkezi verilerine göre, KRK görülme sıklığı açısından tüm kanserler içinde %7,8 ile kadınlarda üçüncü ve %7,5 ile erkeklerde dördüncü sırada yer almaktadır (39). Kolon tümörleri yavaş büyür ve semptomatik hale geldiklerinde genellikle hastalık ileri evreye varmış durumdadır (40,41). KRK tanısı hastaların sadece %40’ında erken evrede tanı almaktadır. KRK’ da prognozu etkileyen en önemli etken tanın anındaki evredir ve tarama programlarıyla prekanseröz lezyonları ve erken evre tümörü saptama olasılığı fazladır. Yapılan çalışmalar, tarama ve izlemin KRK mortalitesini azalttığını göstermiştir (40,41,42). Bunun için de toplumu bilgilendirmek ve tarama programları uygulamak gereklidir.

Ülkemizde şu anda kolorektal taramalarının kapsama oranı %20-30 arasındadır ve ülkemizde teşhis edilen olguların yarısından çoğu ileri evrededir. Kolorektal taramaların olumlu sonuçlarına ulaşmak için en az %70 oranında bir kapsama oranı sağlanmalıdır (29).

Kolorektal kanserler, erken evrede teşhis edildiğinde büyük ölçüde tedavi edilebilir bir hastalıktır. Kolorektal kanser’ de erken teşhis; mortalite, morbidite azaltacak ve tedavi

maliyetlerini de düşürecektir. Kolorektal kanseri erken evrede teşhis etmenin yolu ise hastalığı, asemptomatik evrede tarama programları ile mümkündür. Birçok ülkede tarama programı olarak gaitada gizli kan testi, sigmoidoskopi, kolonoskopi ve görüntüleme yöntemleri kullanılmaktadır. Ülkemizde ise tarama programı olarak gaitada gizli kan testi ve kolonoskopi kullanılmaktadır (29). Bu bilgiler ışığında kolorektal kanserinden ölümlerin önlenmesinde, tedavilerin uygulanabilmesi için erken teşhis önemlidir. Erken teşhis ise kaliteli ve etkili tarama programlarının uygulanması ile sağlanabilecektir (29).

Kolorektal Kanser Taramasındaki Kullanılan Testler

Gaitada Gizli Kan Testleri

Tarama da kullanılacak uygun GGK testi; poliklonal veya monoklonal antikorlar kullanarak gaitada hemoglobin varlığını gösterebilmeli ve testlerde kullanılan antijenler sadece insan hemoglobinine hassas olmalı, gıdalarla alınabilecek hayvan kaynaklı hemoglobinlerle reaksiyona girmemeli ve bu şekilde yalancı pozitif sonuçlara yol açmamalıdır (29).

GGK Testi (-) Olan Kişilerde Uygulanacak Yönetim: Normal sonuç, test örneğinde kan bulunmadığı anlamına gelir. Çoğu kez her 100 kişiden yaklaşık 98'inde sonuç normal çıkmaktadır. Normal sonuç kolorektal kanser olmadığını veya ileride asla olmayacağını garantilemez. Bu nedenle kolorektal kanser belirtileri ile ilgili bilgiler tekrarlanarak, kişiye yeniden kolorektal kanser bilgilendirme broşürü verilir ve 2 yıl sonra tekrar davet edileceği ve kolorektal kanser taraması yaptırma imkanının tanınacağı söylenir (29).

GGK Testi (+) Olan Kişilerde Uygulanacak Yönetim: Anormal sonuç, dışkıda kan bulunmuş olduğunu gösterir. Kanser tanısı değildir fakat kolonoskopi yaptırılması gerektiği anlamına gelir. Anormal sonucun nedeni kolorektal kanserden çok, poliplerdeki kanama olabilir. Hemoroid gibi başka hastalıklardan kaynaklanmış olması da mümkündür. Sonuç anormal çıkarsa, tedavi gerektiren bir sorun olup olmadığını belirlemek için kolonun daha ayrıntılı incelenmesi için kolonoskopi yapılmak üzere; bireylerin üst basamağa yönlendirilmesi gerekir. Test yapılan her 100 kişiden yaklaşık ikisinde sonuç anormal çıkmaktadır (29).

GGK Testi Belirsiz Olan Kişilerde Uygulanacak Yönetim: Belirsiz sonuç, gaitada gizli kan (GGK) testi için aldığınız örnekte, kan olabileceğine dair belirti görülmemesidir. Belirsiz sonuç kanser olmadığı anlamına gelmez, sadece tekrar test yaptırılması gerektiğini gösterir. Sonuç belirsiz çıkarsa, en fazla iki kere daha gaitada gizli kan (GGK) testi yapmanız istenir. Bu gereklidir, çünkü polipler ve kanserler sürekli kanama yapmazlar ve dışkıda kan olup olmadığının saptanması önemlidir. Her 100 kişiden yaklaşık dördünde sonuç belirsiz çıkmaktadır. Testi tekrarlayanların çoğunda normal sonuç alınmaktadır. Sonuç pozitif gelirse ileri tetkik için üst basamağa yönlendirilmelidir (29).

Kolorektal Kanser Ulusal Tarama Standartları

Ülkemiz koşulları dikkate alındığında gerçekleştirilebilir hedef, tüm erkek ve kadınlarda 50 yaşında başlayacak ve 70 yaşında bitecek bir toplum tabanlı taramadır. 50-70 yaş arası iki yılda bir GGK testi, her 10 yılda bir kolonoskopi yapılması önerilmektedir. Taranacak popülasyon, davet yöntemleriyle bir yıllık aralıklarla tekrarlanmalı ve son iki testi negatif olan 70 yaşındaki kadın ve erkeklerde tarama kesilmelidir (29).

Özel Durumlar

Yüksek Riskli ve Çok Yüksek Riskli Olgu Gruplarında Tarama

Birinci derece akrabalarında kolorektal kanser veya adenomatöz polip öyküsü olan bireylerde normal popülasyonla aynı prosedürler 40 yaşından itibaren başlamak şartıyla yapılmalıdır. Birinci derece akrabalarında erken yaşta kolorektal kanser ortaya çıkan bireylerde ise akrabalarında kanserin çıkış yaşından 5 yıl önce tarama prosedürü başlamalıdır. Yukarıda ifade edilen genel durumlar dışında tarama ve izlem şartları olguyu takip eden kliniklerce belirlenmelidir (29).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmamız tanımlayıcı kesitsel bir anket çalışması olarak planlandı. Gerekli izinler alındıktan sonra, Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Aile hekimliği polikliniklerine 1

Ağustos 2016-1 Eylül 2016 tarihleri arasında başvuran 360 hastaya ulaşılmış, yüz yüze görüşülerek yazılı onamlarının alınmasının ardından, 20 yaş ve üzeri bireylerin kanser taramaları hakkında bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla 40 soruluk anket uygulanmıştır.

Araştırma Verisinin Düzenlenmesi (İstatistiksel Analiz)

Araştırma verisi SPSS 15.0 istatistik paket programı aracılığıyla bilgisayar ortamına yüklenmiş ve değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler ortalama (\pm) standart sapma, ortanca (minimum-maksimum), frekans dağılımı ve yüzde olarak sunulmuştur. Grup içindeki farklılıkları tespit için Kruskal Wallis testi, ikili karşılaştırmalarda Mann-Whitney-U testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık değeri $p<0.05$ kabul edildi.

4. BULGULAR

Tanımlayıcı Bilgiler

Çalışmaya 360 kişi katıldı. Çalışmaya katılan bireylerin 24,1 (n=87) i erkek, 75,8 (n=273) ü kadındı. Yaş ortalaması 44,9' idi. Çalışmamıza katılan bireylerin demografik özellikleri aşağıdaki tabloda ayrıntılı olarak belirtilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Tanımlayıcı Özellikler

	Sayı	%
<u>Yaş grupları</u>		
20-29 yaş	58	16,1
30-39 yaş	64	17,7
40-49 yaş	79	21,9
50-70 yaş	159	44,1
<u>Cinsiyet</u>		
Erkek	87	24,2
Kadın	273	75,8
<u>Medeni durum</u>		
Evli	256	71
Bekar	81	21,5
Dul/boşanmış	23	6,3

	Sayı	%
<u>Eğitim durumu</u>		
Okur yazar değil	5	1,3

Okur yazar	1	0,2
İlköğretim	37	10,2
Ortaokul	17	4,7
Lise	66	18,3
Üniversite	234	65
<u>Meslek</u>		
Sağlık çalışanı	60	16,6
Sağlık çalışanı olmayan	300	83,3
<u>Gelir durumu</u>		
Geliri giderinden az	67	18,6
Geliri giderimden fazla	52	14,4
Geliri giderine eşit	241	66,9
<u>Yaşadıkları yer</u>		
Kasaba –köy	3	1,3
İlçe	34	9,4
İl	321	89,1
<u>Sigara kullanım durumu</u>		
Hiç kullanmadım	185	51,4
Bıraktım	82	22,8
Kullanıyorum	93	25,8
<u>Alkol</u>		
Hiç kullanmadım	236	65,6

Bıraktım	44	12,2
Kullanıyorum	80	22,2
<u>Ek hastalık</u>		
Evet	168	46,8
Hayır	191	53,6
<u>Kanser tanısı</u>		
Evet	20	5,5
Hayır	340	94,4

Bilgi düzeyleri

Çalışmamıza katılan 360 kişiden 247 'si ülkemizde uygulanan bir kanser tarama programı olduğunu bildiğini beyan ederken, 113 kişi böyle bir programın uygulandığını bilmediklerini söyledi. Yüzde olarak %68,2' si biliyorken, yüzde %31,9' u bilmiyordu (Tablo 2).

Tablo 2. Ülkemizde Ulusal Kanser Tarama Programı Olduğunu Bilme Durumu

	Sayı	%
Biliyor	247	68,2
Bilmiyor	113	31,9

Tablo 3. Hangi Kanserlerin Tarandığını Bilme Beyanları

	Sayı	%
Fikrim yok	81	23,1

Hiçbirini bilmiyorum	38	10,6
Kısmen biliyorum	219	60,8
Hepsini biliyorum	22	6,2

Ulusal tarama programımıza dahil kanserleri bilme durumları sorgulandığında, katılımcıların %10,6' sı hiçbirini bilmediğini, %60,8' i kısmen bildiğini, %23,1 fikrinin olmadığını, %6,2' si hepsini bildiğinin beyan etti (Tablo 3). Taranan kanserleri tam olarak doğru bilenlerin sayısı 20-29 yaş grubunda 6' idi. 30-70 yaş grubunda ise tam olarak doğru bilenlerin sayısı 31' idi. Geriye kalan 333 kişi, yanlış, eksik veya fazladan bir kanser türü cevaplamıştı. Yüzde olarak doğru bilenlerin oranı 20-29 yaş grubu arasında %1,6 iken, 30-70 yaş grubunda %8,6 idi (Tablo 4).

Tablo 4. Hangi Kanserlerin Tarandığını Doğru Bilme Durumları

	20-29 yaş		30-70 yaş	
	Biliyor	Bilmiyor	Biliyor	Bilmiyor
Sayı	6	52	31	271
%	1,6	14,4	8,6	75,2

Katılımcıların %21,7' si meme kanserinin tarama programı dahilinde tarandığını bilirken, kolon kanseri sorgulandığında katılımcıların %14,2' si tarama programı dahilinde tarandığını söylemişlerdir. Serviks kanseri içinse katılımcıların %20,1' i serviks kanserinin tarama programı dahilinde tarandığını söylemişlerdir (Tablo 5).

Tablo 5. Tarama Programındaki Kanserlerin Bilinme Oranları

	Sayı	%*
Akciğer	85	9,1

Serviks	188	20,1
Kolon	133	14,2
Prostat	84	9
Cilt	52	5,6
Meme	203	21,7
Mide	47	5
Kemik	33	9,2
Fikrim yok	109	30,3

*Sütun yüzdesi: Birden fazla yanıt verilmiştir, yüzde cevap veren kişi sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Ulusal kanser tarama programlarını yaş gruplarına göre bilme durumları değerlendirildiğinde; mamografinin bilinme durumu 20-29 yaş arasında %67,2; 30-39 yaş arasında %76,5; 40-70 yaş arasında %93,3 bulundu. Smear bilme durumu yaş aralıklarına göre sorgulandığında 20-29 arası yaş grubunda %32,7' sinin bildiği; 30-65 yaş grubu arasında %88,9' unun bildiği bulundu. HPV-DNA testi bilme durumu sorgulandığında 20-29 arası yaş grubunda %43,1' inin bildiği; 30-65 yaş grubu arasında %31,1' inin bildiği saptandı. GGK testi bilme durumu değerlendirildiğinde 20-49 yaş grubu arası %44,2' sinin bildiği; 50-70 yaş grubu arasında %61' inin bildiği görüldü. Çalışmamızda kolonoskopi bilme durumlarına bakıldığında ise 20-49 yaş grubu arası %73,6' sının bildiği; 50-70 yaş grubu arasında ise %74,8' inin bildiği saptandı (Tablo 6).

Tablo 6. Tarama Programındaki Kanserlerin Yaş Gruplarına Göre Bilinme Oranları

	Biliyor	%	Bilmiyor	%
<u>Mamografi</u>				
20-29 yaş	39	67,2	19	32,7
30-39 yaş	49	76,5	15	23,4

40-70 yaş	141	93,3	10	6,6
<u>Smear</u>				
20-29 yaş	19	32,7	39	67,2
30-65 yaş	177	88,9	22	11
<u>HPV-DNA</u>				
20-29 yaş	25	43,1	33	56,8
30-65 yaş	62	31,1	137	68,8
<u>GGK</u>				
20-49 yaş	89	44,2	112	55,7
50-70 yaş	97	61,0	62	38,9
<u>Kolonoskopi</u>				
20-49 yaş	148	73,6	53	26,3
50-70 yaş	119	74,8	40	25,1

Çalışmamızda ki bireylerin kanser tarama testlerini yaptırma durumları sorgulandığında tarama yaş gurubunda mamografi yaptırma oranı %64,9; smear testi yaptırma oranı %72,3; HPV-DNA testi yaptırma oranı %9,5; GGK testi yaptırma oranı %33,3; kolonoskopi yaptırma oranı %20,1 bulundu (Tablo 7).

Tablo 7. Tarama Programındaki Kanserlerin Tarama Yaş Gruplarında Yapıtırılma Oranları

	Yaptırıyor	%	Yaptırmıyor	%
<u>Mamografi</u>				
40-70 yaş	98	64,9	43	28,4
<u>Smear</u>				

30-65 yaş	144	72,3	55	27,6
<u>HPV-DNA</u>				
30-65 yaş	19	9,5	180	90,4
<u>GGK</u>				
50-70 yaş	53	33,3	106	66,6
<u>Kolonoskopi</u>				
50-70 yaş	32	20,1	127	79,8

Çalışmamıza katılan bireylerin ailesinde kanser öyküsü sorgulandığında %44,7' si birinci ve/veya ikinci derece akrabalarında kanser öyküsü olduğunu söylemişlerdir. %47,8' i ise birinci ve/veya ikinci derece akrabalarında kanser görülmediğini belirtmişlerdir (Tablo 8).

Tablo 8. Ailede Kanser Öyküsü

	Sayı	%
Evet	161	44,7
Hayır	172	47,8
Bilmiyorum	27	8,2

Kadın katılımcıların kendi kendine meme muayenesini (KKMM) bilme durumları sorgulandığında %76,5' i bildiğini söylerken; %37,7' si bilmediğini belirtmişlerdir (Tablo 9).

Tablo 9. KKMM bilme durumları

	Sayı	%
Biliyor	209	76,5
Bilmiyor	64	23,4

Kadın katılımcıların KKMM eğitimi alma durumları sorgulandığında %54,5' i eğitim aldığını; %37,7' si ise eğitim almadığını belirtti (Tablo 13). Eğitimi nereden aldığı aldıkları sorgulandığında %28,8' i diğer branş hekimlerinden aldığını belirtirken %17,4' ü aile hekimlerinden aldıklarını belirtti. %20,1' ü televizyondan, %12,7' si internetten, %8,7' si yazılı basından, %8' i hemşirelerden, %4' si ise komşu ve akrabalarından eğitim aldıklarını belirtti (Tablo 10).

Tablo 10. KKMM eğitim durumları

	Sayı	%
Evet	149	54,5
Hayır	103	37,7

Tablo 11. KKMM eğitimi nereden aldığı bilgisi

	Sayı	%*
Hemşire	12	8
İnternet	19	12,7
Televizyon	30	20,1
Aile hekimi	26	17,4
Diğer branş hekimleri	43	28,8
Komşu-akraba	6	4,02
Yazılı basın	13	8,7

***Sütun yüzdesi:** Birden fazla yanıt verilmiştir, yüzde cevap veren kişi sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Kadın katılımcıların KKMM yapma ve klinik meme muayenesi (KMM) yaptırma durumları sorgulandığında KKMM yapan kişilerin sayısı 150' idi. Yüzde olarak %54,9 'u KKMM yapmaktaydı. KMM yaptıran kişi sayısı ise 133 idi. Yüzde olarak %48,7' si KMM yaptırmaktaydı (Tablo 12). KKMM' i her ay düzenli yapanların oranı %51,2 saptandı.

Tablo 12. KKMM yapma ve KMM yaptırma durumları

	Sayı	%
<u>KKMM</u>		
Yapan	150	54,9
Yapmayan	62	22,9
<u>KMM</u>		
Yaptıran	133	48,7
Yaptırmayan	139	50,9

Tarama için önerilen KKMM sıklığı sorgulandığında her gün olarak belirten kişi yüzdesi %1,8; haftada bir kez olarak belirten kişi yüzdesi %10,8; ayda bir kez olarak belirten kişi yüzdesi %37,7; yılda bir kez olarak belirten kişi yüzdesi %14,6; fikri olmayan kişi yüzdesi %34,6 idi (Tablo 13).

Tablo 13. KKMM ile önerilen tarama sıklığı verilen cevap dağılımı

	Sayı	%
Her gün	4	1,8
Haftada bir kez	23	10,8
Ayda bir kez	80	37,7

Yılda bir kez	31	14,6
Fikrim yok	74	34,9

Tarama için önerilen KMM sıklığı sorgulandığında ayda bir kez olarak belirten kişi yüzdesi %13,9; yılda bir kez olarak belirten kişi yüzdesi %46,1; iki yılda bir kez olarak belirten kişi yüzdesi %3,6; beş yılda bir kez olarak belirten kişi yüzdesi %2,5; fikri olmayan kişi yüzdesi %33,6 idi (Tablo 14).

Tablo 14. KMM ile önerilen tarama sıklığı verilen cevap dağılımı

	Sayı	%
Ayda bir kez	38	13,9
Yılda bir kez	126	46,1
İki yılda bir kez	10	3,6
Beş yılda bir kez	7	2,5
Fikrim yok	92	33,6

Tarama için önerilen mamografi sıklığı sorgulandığında; yaş gruplarına göre 20-29 yaş grubu arasında yılda bir kez olarak söylen 14 kişi (%24,1), iki yılda bir kez olarak söyleyen 6 kişi (%10,3), beş yılda bir olarak söyleyen 6 kişi (%10,3), on yılda bir olarak söyleyen 5 kişi (%3,1), fikrim yok diyen 27 kişi (%46,1) idi. 30-39 yaş gurubunda arasında yılda bir kez olarak söylen 20 kişi (%31,5), iki yılda bir kez olarak söyleyen 10 kişi (%15,6), beş yılda bir olarak söyleyen 2 kişi (%3,1), on yılda bir olarak söyleyen 11 kişi (%17,1), fikrim yok diyen 21 kişi (%32,8) idi. 40-70 yaş arası grupta ise yılda bir kez olarak söylen 68 kişi (%45), iki yılda bir kez olarak söyleyen 20 kişi (%13,2), beş yılda bir olarak söyleyen 3 kişi (%3,3), on yılda bir olarak söyleyen 40 kişi (%26,4), fikrim yok diyen 18 kişi (%11,9) idi (Tablo 15).

Tablo 15. Mamografi ile önerilen tarama sıklığı verilen cevap dağılımı

	20-29 yaş		30-39 yaş		40-70 yaş	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yılda bir kez	14	24,1	20	31,5	68	45
2 yılda bir kez	6	10,3	10	15,6	20	13,2
5 yılda bir kez	6	10,3	2	3,1	5	3,3
10 yılda bir kez	5	3,1	11	17,1	40	26,4
Fikrim yok	27	46,5	21	32,8	18	11,9

HPV-DNA önerilen tarama sıklığı sorgulandığında; yaş gruplarına göre 20-29 yaş grubu arasında yılda bir kez olarak söylen 4 kişi (%6,8), iki yılda bir kez olarak söyleyen 6 kişi (%10,3), beş yılda bir olarak söyleyen 7 kişi (%12), on yılda bir olarak söyleyen 1 kişi (%1,7), fikrim yok diyen 40 kişi (%68,9) idi. 30-65 yaş gurubunda arasında ise yılda bir kez olarak söyleyen 27 kişi (%13,5), iki yılda bir kez olarak söyleyen 8 kişi (%4), beş yılda bir olarak söyleyen 4 kişi (%2), on yılda bir olarak söyleyen 0 kişi (%0), fikrim yok diyen 160 kişi (%80,4) idi (Tablo 16).

Tablo 16. HPV-DNA ile önerilen tarama sıklığı verilen cevap dağılımı

	20-29 yaş		30-65 yaş	
	Sayı	%	Sayı	%
Yılda bir kez	4	6,8	27	13,5
2 yılda bir kez	6	10,3	8	4
5 yılda bir kez	7	12	4	2
10 yılda bir kez	1	1,7	0	0
Fikrim yok	40	68,9	160	80,4

Smear ile önerilen tarama sıklığı sorgulandığında; yaş gruplarına göre 20-29 yaş grubu arasında yılda bir kez olarak söylen 15 kişi (%25,8), iki yılda bir kez olarak söyleyen 6 kişi (%10,3), beş yılda bir olarak söyleyen 5 kişi (%8,6), on yılda bir olarak söyleyen 4 kişi (%6,8), fikrim yok diyen 28 kişi (%48,2) idi. 30-65 yaş gurubunda arasında ise yılda bir kez olarak söyleyen 102 kişi (%51,2), iki yılda bir kez olarak söyleyen 15 kişi (%7,5), beş yılda bir olarak söyleyen 6 kişi (%3), on yılda bir olarak söyleyen 30 kişi (%15), fikrim yok diyen 46 kişi (%21,3) idi (Tablo 17).

Tablo 17. Smear ile önerilen tarama sıklığı verilen cevap dağılımı

	20-29 yaş		30-65 yaş	
	Sayı	%	Sayı	%
Yılda bir kez	15	25,8	102	51,2
2 yılda bir kez	6	10,3	15	7,5
5 yılda bir kez	5	8,6	6	3
10 yılda bir kez	4	6,8	30	15
Fikrim yok	28	48,2	46	23,1

GGK testi ile önerilen tarama sıklığı sorgulandığında; yaş gruplarına göre 20-49 yaş grubu arasında yılda bir kez olarak söylen 46 kişi (%22,8), iki yılda bir kez olarak söyleyen 13 kişi (%6,4), beş yılda bir olarak söyleyen 4 kişi (%1,9), on yılda bir olarak söyleyen 1 kişi (%0,4), fikrim yok diyen 137 kişi (%68,1) idi. 50-70 yaş gurubunda arasında ise yılda bir kez olarak söyleyen 36 kişi (%22,6), iki yılda bir kez olarak söyleyen 5 kişi (%3,1), beş yılda bir olarak söyleyen 7 kişi (%4,4), on yılda bir olarak söyleyen 1 kişi (%0,6), fikrim yok diyen 110 kişi (%69,1) idi (Tablo 18).

Tablo 18. GGK ile önerilen tarama sıklığı verilen cevap dağılımı

	20-49 yaş		50-70 yaş	
	Sayı	%	Sayı	%

Yılda bir kez	46	22,8	36	22,6
2 yılda bir kez	13	6,4	5	3,1
5 yılda bir kez	4	1,9	7	4,4
10 yılda bir kez	1	0,4	1	0,6
Fikrim yok	137	68,1	110	69,1

Kolonoskopi testi ile önerilen tarama sıklığı sorgulandığında; yaş gruplarına göre 20-49 yaş grubu arasında yılda bir kez olarak söylen 22 kişi (%14,4), iki yılda bir kez olarak söyleyen 10 kişi (%6,5), beş yılda bir olarak söyleyen 14 kişi (%9,2), on yılda bir olarak söyleyen 16 kişi (%10,5), fikrim yok diyen 139 kişi (%91,4) idi. 50-70 yaş gurubunda arasında ise yılda bir kez olarak söyleyen 32 kişi (%20,1), iki yılda bir kez olarak söyleyen 9 kişi (%5,6), beş yılda bir olarak söyleyen 25 kişi (%15,7), on yılda bir olarak söyleyen 6 kişi (%3,7), fikrim yok diyen 87 kişi (%54,7) idi (Tablo 19).

Tablo 19. Kolonoskopi ile önerilen tarama sıklığı verilen cevap dağılımı

	20-49 yaş		50-70 yaş	
	Sayı	%	Sayı	%
Yılda bir kez	22	14,4	32	20,1
2 yılda bir kez	10	6,5	9	5,6
5 yılda bir kez	14	9,2	25	15,7
10 yılda bir kez	16	10,5	6	3,7
Fikrim yok	139	91,4	87	54,7

Tablo 20. Kanser Taramasını Düzensiz Yaptıran 199 Kişinin Buna Neden Olarak Verdiği En Sık Cevaplar

Düzensiz yaptırma nedeni	Sayı*
Zaman bulamadığım için	54
Utandığım için	11
İnanmadığım için	5
Yeterliliğine inanmıyorum	4
Kolay ve ulaşılabilir değil	32
Bilmediğim için	45
Korktuğum için	29
Sağlıklı olduğum için	29
Ailemde kanser yok	17

*Birden fazla cevap verilmiştir

Tablo 21. Kanser Taramasını Hiç Yaptırmayan 106 Kişinin Buna Neden Olarak Verdiği En Sık Cevaplar

Hiç yaptırmama nedeni	Sayı*
Zaman bulamadığım için	30
Utandığım için	4
İnanmıyorum	3
Yeterliliğine inanmıyorum	4
Kolay ve ulaşılabilir değil	21
Bilmiyorum	38
Korktuğum için	14
Sağlıklı olduğum için	22

Ailemde kanser yok	7
--------------------	---

*Birden fazla cevap verilmiştir

Tablo 22: Yaş Grubu, Eğitim, Meslek, Gelir Durumu, Kronik Hastalık Öyküsü, Öz ve Soy-geçmişinde Kanser Öyküsüne Göre Bireylerin Mamografi Tarama Testini Bilme Durumu

	Evet	%	Hayır	%	P
<u>Yaş</u>					<0,001
20-29 yaş	39	67,2	19	32,7	
30-39 yaş	49	76,5	15	23,4	
40-70 yaş	141	93,3	10	6,6	
<u>Meslek</u>					0,002
Sağlık çalışanı	54	98,2	1	1,8	
Sağlık çalışanı değil	178	81,3	41	18,7	
<u>Gelir</u>					0,558
Gelir=gider	156	86,2	25	13,8	
Gelir>gider	32	84,2	6	15,8	
Gelir<gider	44	80	11	20	
<u>Eğitim</u>					0,780
Okur yazar değil	3	60	2	40	

Okur yazar	1	100	0	0	
İlköğretim	27	90	3	10	
Ortaokul	7	77,8	2	22,2	
Lise	38	86,4	6	13,6	
Üniversite	156	86,6	24	13,4	
<u>Kronik hastalık</u>					0,279
Var	97	87,4	14	12,6	
Yok	134	82,7	28	17,3	
<u>ÖG CA öyküsü</u>					0,103
Var	14	100	0	0	
Yok	218	83,8	42	16,2	
<u>SG CA öyküsü</u>					0,004
Var	116	89,2	14	10,8	
Yok	106	83,5	21	16,5	
Bilmiyor	10	58,8	7	41,2	

Çalışmamızda yaş gruplarına göre mamografi bilme durumu değerlendirildiğinde tarama yaş grubuna giren bireylerde mamografi bilme oranı beklenen şekilde daha yüksek oranlarda bulundu ve istatistiksel açıdan bu tablo anlamlıydı ($P < 0,001$). Meslek grupları açısından çalışmamıza katılan bireylerden sağlık çalışanı olanların bilme yüzdesi beklenen şekilde daha yüksek bulundu ve meslek grupları arasında anlamlı istatistiksel bir fark saptandı ($p = 0,002$). Soy-geçmişinde kanser öyküsü olan bireylerde ise mamografi bilme oranı daha yüksekti ve aralarındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı saptandı ($p = 0,004$) (Tablo 25).

Tablo 23: Eğitim, meslek, gelir durumu, kronik hastalık öyküsü, öz ve soy-geçmişinde kanser öyküsüne göre bireylerin mamografi tarama testini yaptırma durumu

	Evet	%	Hayır	%	P
<u>Meslek</u>					0,279
Sağlık çalışanı	12	54,5	10	45,5	
Sağlık çalışanı değil	93	66,4	47	33,6	
<u>Gelir</u>					0,644
Gelir=gider	75	67,6	36	32,4	
Gelir>gider	11	61,1	7	38,9	
Gelir<gider	19	59,4	13	40,6	
<u>Eğitim</u>					0,428
Okur yazar değil	2	40	3	60	
Okur yazar	0	0	1	100	
İlköğretim	17	65,4	9	34,6	
Ortaokul	3	42,9	4	57,1	
Lise	18	62,1	11	37,9	
Üniversite	65	69,1	29	30,9	
<u>Kronik hastalık</u>					0,085
Var	60	71,4	24	28,6	
Yok	45	58,4	32	41,6	
<u>ÖG CA öyküsü</u>					0,570

Var	8	72,7	3	27,3	
Yok	97	64,2	54	35,9	
<u>SG CA öyküsü</u>					0,109
Var	53	64,6	29	35,4	
Yok	49	69	22	31	
Bilmiyor	3	33,3	6	66,7	

Çalışmamıza katılan bireylerin mamografi yaptırma oranları araştırılan bağımsız değişkenlerle kıyaslandığında aralarında anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 23).

Tablo 24: Yaş grubu, Eğitim, meslek, gelir durumu, kronik hastalık öyküsü, özgeçmişinde ve soy-geçmişinde kanser öyküsüne göre bireylerin smear tarama testini bilme durumu

	Evet	%	Hayır	%	P
<u>Yaş</u>					<0,001
20-29	19	32,7	39	67,2	
30-65	177	88,9	22	11,05	
<u>Meslek</u>					0,007
Sağlık çalışanı	51	92,7	4	7,3	
Sağlık çalışanı değil	166	76,1	52	23,9	
<u>Gelir</u>					0,796
Gelir=gider	142	78,5	39	21,5	
Gelir>gider	31	83,8	6	16,2	

Gelir<gider	44	80	11	20	
<u>Eğitim</u>					0,026
Okur-yazar değil	2	40	3	60	
Okur-yazar	1	100	0	0	
İlköğretim	23	76,7	10	23,3	
Ortaokul	7	77,8	2	22,2	
Lise	33	75	11	25	
Üniversite	151	82,06	33	17,9	
<u>Kronik hastalık</u>					0,795
Var	89	80,2	22	19,8	
Yok	127	79,4	34	20,6	
<u>ÖG CA öyküsü</u>					0,204
Var	13	92,9	1	7,1	
Yok	204	78,8	55	21,2	
<u>SG CA öyküsü</u>					0,048
Var	110	85,3	19	14,7	
Yok	96	75,6	31	24,4	
Bilmiyor	11	64,7	6	35,3	

Çalışmamızda yaş gruplarına göre smear bilme durumlarını değerlendirdiğimizde tarama yaş grubuna giren bireylerde bilinme oranı %88,9 tarama yaş grubuna girmeyen bireylerde %32,7 idi. Beklenen doğrultuda tarama yaş grubunda bilinme oranı yüksek saptandı ve aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$). Meslek gruplarına göre değerlendirildiğinde, bilinme oranları sağlık çalışanı grubunda %92,7 sağlık

çalışanı olmayan grupta %76,1 idi. Sağlık çalışanı olan grupta bilinme oranı beklenen şekilde daha yüksek saptandı ve aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,007$). Eğitim seviyesinin smear bilmeye etkisi var mı diye incelendiğinde üniversite mezunu olan grupta bilinme oranı yüksekti ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptandı ($p=0,026$). Çalışmamızda soy-geçmişinde kanser öyküsü olanlarda smear bilinme oranı %85,3 soy-geçmişinde öykü olmayanlarda %75,6 idi. Soy-geçmişinde öykü olanlarda oran daha yüksek saptandı ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulundu ($p=0,048$) (Tablo 24).

Tablo 25: Eğitim, meslek, gelir durumu, kronik hastalık öyküsü, öz ve soy-geçmişinde kanser öyküsüne göre bireylerin smear tarama testini yaptırma durumu

	Evet	%	Hayır	%	P
<u>Meslek</u>					0,533
Sağlık çalışanı	27	64,3	15	35,7	
Sağlık çalışanı değil	124	69,3	55	30,7	
<u>Gelir</u>					0,749
Gelir=gider	97	67,4	47	32,6	
Gelir>gider	21	67,7	10	32,3	
Gelir<gider	33	73,3	12	26,7	
<u>Eğitim</u>					0,082
Okur-yazar değil	1	20	4	80	
Okur-yazar	1	100	0	0	
İlköğretim	20	66,6	3	33,4	
Ortaokul	6	66,6	3	33,4	
Lise	25	62,5	15	37,5	

Üniversite	98	72	38	27,9	
<u>Kronik hastalık</u>					0,099
Var	75	74,3	26	25,7	
Yok	76	63,9	43	36,1	
<u>ÖG CA öyküsü</u>					0,369
Var	11	78,6	3	67,6	
Yok	140	67,6	67	32,4	
<u>SG CA öyküsü</u>					0,170
Var	84	73	31	27	
Yok	61	64,9	33	39,1	
Bilmiyor	6	50	6	50	

Çalışmamıza katılan bireylerin smear yaptırma oranları araştırılan bağımsız değişkenlerle kıyaslandığında aralarında anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 25).

Tablo 26: Yaş grubu, Eğitim, meslek, gelir durumu, kronik hastalık öyküsü, öz ve soy-geçmişinde kanser öyküsüne göre bireylerin HPV-DNA tarama testini bilme durumu

	Evet	%	Hayır	%	P
<u>Yaş</u>					0,493
20-29	25	43,1	33	56,8	
30-65	62	31,1	137	68,8	
<u>Meslek</u>					<0,001
Sağlık çalışanı	36	65,5	19	34,5	

Sağlık çalışanı değil	53	24,2	166	75,8	
<u>Gelir</u>					0,098
Gelir=gider	56	31,1	124	68,9	
Gelir>gider	18	47,4	20	52,6	
Gelir<gider	15	27,3	40	72,7	
<u>Eğitim</u>					<0,001
Okur-yazar değil	0	0	5	100	
Okur-yazar	1	100	0	0	
İlköğretim	2	6,7	28	93,3	
Ortaöğretim	1	11,1	8	88,9	
Lise	8	18,2	36	81,8	
Üniversite	77	41,6	108	58,4	
<u>Kronik hastalık</u>					0,021
Var	27	24,3	84	75,7	
Yok	61	37,7	101	62,3	
<u>ÖG CA öyküsü</u>					0,749
Var	4	28,6	10	71,4	
Yok	85	32,7	175	67,3	
<u>SG CA öyküsü</u>					0,523
Var	46	35,4	84	64,6	
Yok	39	30,7	88	69,3	
Bilmiyor	4	23,5	13	76,5	

Çalışmamızda HPV-DNA testini bilme oranı üniversite mezunu olan grupta yüksek bulundu ve aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıydı ($p<0,001$). Meslek gruplarına göre HPV-DNA testi bilme oranları değerlendirildiğinde ise sağlık çalışanı olan grupta bilme oranı %65,5 iken sağlık çalışanı olmayan grupta %24,2 idi ve meslek grupları ile aralarındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı saptandı ($p<0,001$) (Tablo 26).

Tablo 27: Eğitim, meslek, gelir durumu, kronik hastalık öyküsü, öz ve soy-geçmişinde kanser öyküsüne göre bireylerin HPV-DNA tarama testini yaptırma durumu

	Evet	%	Hayır	%	P
<u>Meslek</u>					0,007
Sağlık çalışanı	8	18,6	35	81,4	
Sağlık çalışanı değil	11	6,1	169	93,4	
<u>Gelir</u>					0,953
Gelir=gider	13	8,8	28	90,5	
Gelir>gider	2	6,7	28	93,3	
Gelir<gider	4	8,7	42	91,3	
<u>Eğitim</u>					0,067
Okur-yazar değil	0	0	5	100	
Okur-yazar	0	0	1	100	
İlköğretim	0	0	30	100	
Ortaöğretim	0	0	9	100	
Lise	0	0	44	100	
Üniversite	19	13,8	118	86,2	
<u>Kronik hastalık</u>					0,570
Var	10	9,7	92	89,3	

Yok	8	6,7	112	93,3	
<u>ÖG CA öyküsü</u>					0,901
Var	1	7,1	13	92,9	
Yok	18	8,6	191	91	
<u>SG CA öyküsü</u>					0,490
Var	12	10,5	101	88,6	
Yok	7	7,1	91	92,9	
Bilmiyor	0	0	12	100	

Çalışmamızda HPV-DNA testi yaptırma durumu meslek grupları açısından incelendiğinde sağlık çalışanı olan grupta HPV-DNA testi yaptırma oranı %18,6 sağlık çalışanı olmayan grupta ise %6,1 idi. Meslek grupları arasında HPV-DNA yaptırma açısından anlamlı bir fark vardı ($p=0,007$) (Tablo 27).

Tablo 28: Yaş grubu, Eğitim, meslek, gelir durumu, kronik hastalık öyküsü, özgeçmişinde ve soy-geçmişinde kanser öyküsüne göre bireylerin GGK tarama testini bilme durumu

	Evet	%	Hayır	%	P
<u>Yaş</u>					0,014
<u>Kadın</u>					
20-49 yaş	89	44,2	112	55,7	
50-70 yaş	47	64,4	26	35,6	
<u>Erkek</u>					
50-70 yaş	50	58,1	36	41,9	

<u>Meslek</u>					<0,001
Sağlık çalışanı	50	83,3	10	16,7	
Sağlık çalışmayan	134	44,7	166	55,3	
<u>Gelir</u>					0,629
Gelir=Gider	124	51,5	117	48,5	
Gelir>Gider	24	46,2	28	53,8	
Gelir<Gider	36	53,7	31	46,3	
<u>Eğitim</u>					0,125
Okur- yazar değil	1	20	4	80	
Okur –yazar	1	100	0	0	
İlköğretim	14	37,6	23	62,2	
Ortaokul	9	52,9	8	47,1	
Lise	30	45,5	36	54,5	
Üniversite	129	55,3	104	44,6	
<u>Kronik hastalık</u>					0,026
Var	96	57,1	72	42,9	
Yok	87	45,5	104	54,5	
<u>ÖG CA öyküsü</u>					0,712
Var	11	55	9	45	
Yok	173	50,9	167	49,1	

<u>SG CA öyküsü</u>					0,176
Var	90	55,9	71	44,1	
Yok	83	48,3	89	51,7	
Bilmiyor	10	38,5	16	61,5	

Çalışmamızda GGK bilinme oranları yaş grupları arasında karşılaştırıldığında 50-70 yaş arası kadın katılımcılarda %64,4; 50-70 yaş arası erkek katılımcılarda %58,1; 20-49 yaş arası kadın katılımcılarda %44,2 oranında saptandı. Yaş grupları ile aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulundu ($p=0,014$). Meslek grupları açısından incelendiğinde sağlık çalışanı olan grupta bilinme oranı %88,3; sağlık çalışanı olmayan grupta %44,7 oranındaydı ve meslek grupları açısından GGK bilme durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptandı ($p<0,001$). Kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin GGK bilme oranlarına baktığımızda kronik hastalığı olanlarda bilme oranı %57,1 iken kronik hastalığı olmayanlarda bilme oranı %45,5 idi ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptandı ($p=0,026$) (Tablo 28).

Tablo 29: Eğitim, meslek, gelir durumu, kronik hastalık öyküsü, öz ve soy-geçmişinde kanser öyküsüne göre bireylerin GGK tarama testini yaptırma durumu

	Evet	%	Hayır	%	P
<u>Meslek</u>					0,887
Sağlık çalışanı	7	33,3	14	66,7	
Sağlık çalışanı olmayan	48	32,2	100	67,1	
<u>Gelir</u>					0,482
Gelir=Gider	35	30,4	80	69,6	
Gelir>Gider	11	47,8	12	52,2	

Gelir<Gider	9	30	21	70	
<u>Eğitim</u>					0,501
Okur- yazar değil	0	0	4	100	
Okur –yazar	0	0	11	100	
İlköğretim	6	26,1	17	73,9	
Ortaokul	3	25	9	75	
Lise	11	34,4	21	65,6	
Üniversite	35	35,7	63	64,3	
<u>Kronik hastalık</u>					0,065
Var	40	37	68	63	
Yok	15	24,2	46	74,2	
<u>ÖG CA öyküsü</u>					0,599
Var	3	25	9	75	
Yok	52	32,9	105	66,5	
<u>SG CA öyküsü</u>					0,762
Var	26	34,7	48	64	
Yok	24	29,6	57	70,4	
Bilmiyor	5	38,8	8	61,5	

Çalışmamıza katılan bireylerin GGK yaptırma durumları araştırılan bağımsız değişkenlerle ayrı ayrı kıyaslandığında aralarında anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 29).

Tablo 30: Yaş grubu, Eğitim, meslek, gelir durumu, kronik hastalık öyküsü, öz ve soy-geçmişinde kanser öyküsüne göre bireylerin kolonoskopi tarama testini bilme durumu

	Evet	%	Hayır	%	P
<u>Yaş</u>					0,671
<u>Kadın</u>					
20-49 yaş	148	73,6	53	26,3	
50-70 yaş	64	87,7	9	12,3	
<u>Erkek</u>					
50-70 yaş	55	64	31	36	
<u>Meslek</u>					<0,001
Sağlık çalışanı	56	93,3	4	6,7	
Sağlık çalışanı değil	212	71,4	85	23,8	
<u>Gelir</u>					0,181
Gelir=gider	184	77,3	54	22,7	
Gelir>gider	34	65,4	18	34,6	
Gelir<gider	50	74,6	17	25,4	
<u>Eğitim</u>					0,009
Okur-yazar değil	56	40	3	60	
Okur-yazar	1	100	0	0	
İlk öğretim	22	59,5	15	40,5	
Ortaokul	13	76,5	4	23,5	
Lise	41	63,1	24	36,9	

Üniversite	189	81,8	42	18,1	
<u>Kronik hastalık</u>					0,974
Var	125	74,9	42	25,1	
Yok	142	75,1	47	24,9	
<u>ÖG CA öyküsü</u>					0,290
Var	17	85	3	15	
Yok	251	74,5	86	25,5	
<u>SG CA öyküsü</u>					0,014
Var	129	80,1	32	19,9	
Yok	124	73,4	45	26,6	
Bilmiyor	14	53,8	12	46,2	

Çalışmamızda yaş gruplarına göre kolonoskopi bilinme durumları meslek gruplarına göre değerlendirildiğinde sağlık çalışanı olanlarda bilinme oranı %93,3; sağlık çalışanı olmayan grupta ise %71,4 oranındaydı. Meslek gruplarına göre aralarında anlamlı bir fark saptandı ($p<0,001$). Eğitim düzeylerine göre değerlendirildiğinde üniversite mezunu olan grupta bilinme oranı yüksekti ve eğitim düzeylerine göre aralarındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı saptandı ($p=0,009$). Soy-geçmişinde kanser öyküsü olanlarla olmayanlar karşılaştırıldığında soy-geçmişinde kanser olanlarda bilinme oranı %80,1; olmayanlarda bilinme oranı %73,4 idi ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptandı ($p=0,014$) (Tablo 30).

Tablo 31: Eğitim, meslek, gelir durumu, kronik hastalık öyküsü, öz ve soy-geçmişinde kanser öyküsüne göre bireylerin kolonoskopi tarama testini yaptırma durumu

	Evet	%	Hayır	%	P
<u>Meslek</u>					0,250

Sağlık çalışanı	2	9,5	19	90,5	
Sağlık çalışanı değil	30	20	120	80	
<u>Gelir</u>					0,366
Gelir=gider	25	21,2	93	78,8	
Gelir>gider	2	8,7	21	92,3	
Gelir<gider	5	17,2	24	82,8	
<u>Eğitim</u>					0,254
Okur-yazar değil	2	50	2	50	
Okur-yazar	0	0	1	100	
İlk öğretim	2	8,7	21	91,3	
Ortaokul	0	0	12	100	
Lise	7	21,9	25	78,1	
Üniversite	21	21	79	79	
<u>Kronik hastalık</u>					0,072
Var	25	22,7	85	77,3	
Yok	7	11,5	54	88,5	
<u>ÖG CA öyküsü</u>					0,004
Var	6	50	6	50	
Yok	26	16,4	133	83,6	
<u>SG CA öyküsü</u>					0,468
Var	11	14,7	64	83,6	
Yok	18	22	64	85,3	
Bilmiyor	3	23,1	10	76,9	

Çalışmamıza katılan bireylerin özgeçmişinde kanser olanların kolonoskopi yaptırma oranı %50 iken özgeçmişinde öykü olmayanların kolonoskopi yaptırma oranı %16,4 saptandı. Özgeçmişinde kanser öyküsü olanlar ile olmayanların kolonoskopi yaptırma durumları kıyaslandığında aralarında anlamlı bir ilişki saptandı (p=0,004) (Tablo:31).

Tablo 32: Eğitim, meslek, gelir durumu, kronik hastalık öyküsü, öz ve soy-geçmişinde kanser öyküsüne göre bireylerin KKMM bilme durumu

	Evet	%	Hayır	%	P
<u>Meslek</u>					<0,001
Sağlık çalışanı	53	96,4	2	3,6	
Sağlık çalışanı değil	156	73,6	56	26,6	
<u>Gelir</u>					0,125
Gelir=gider	136	77,7	39	22,3	
Gelir>gider	34	89,5	4	10,5	
Gelir<gider	38	71,7	15	28,3	
<u>Eğitim</u>					0,456
Okur yazar değil	4	80	1	20	
Okur yazar	1	100	0	0	
İlköğretim	22	75,9	7	24,1	
Ortaokul	7	77,8	2	22,2	
Lise	29	69	13	31	
Üniversite	146	80,6	35	19,3	

<u>Kronik hastalık</u>					0,640
Var	86	41,3	22	20,4	
Yok	122	77,2	36	22,8	
<u>ÖG CA öyküsü</u>					0,489
Var	12	85,7	2	14,3	
Yok	197	77,9	56	22,1	
<u>SG CA öyküsü</u>					0,001
Var	110	85,9	18	14,1	
Yok	91	74	32	26	
Bilmiyor	8	50	8	50	

Çalışmamızda meslek gruplarına göre KKMM bilme oranı değerlendirildiğinde sağlık çalışanı olan grupta bilme oranı %96,4; sağlık çalışanı olmayan grupta %73,6 idi ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0,001$). Soy-geçmişinde kanser öyküsü olan grup incelendiğinde bilme oranı %85,9; soy-geçmişinde kanser öyküsü olmayanlarda bilme oranı %74 saptandı ve aralarındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlıydı ($p=0,001$) (Tablo 32).

Tablo 33: Eğitim, meslek, gelir durumu, kronik hastalık öyküsü, özgeçmişinde ve soy-geçmişinde kanser öyküsüne göre bireylerin KKMM yapma durumu

	Evet	%	Hayır	%	P
<u>Meslek</u>					0,289
Sağlık çalışanı	42	76,4	13	23,6	
Sağlık çalışanı değil	108	31,2	49	31,2	

<u>Gelir</u>					0,762
Gelir=gider	101	72,7	38	27,3	
Gelir>gider	22	66,7	11	33,3	
Gelir<gider	27	69,2	12	20,8	
<u>Eğitim</u>					0,448
Okur yazar değil	4	100	0	0	
Okur yazar	1	100	0	0	
İlköğretim	17	77,3	5	22,7	
Ortaokul	7	100	0	0	
Lise	19	66,5	10	34,5	
Üniversite	102	68,4	47	31,5	
<u>Kronik hastalık</u>					0,106
Var	66	76,7	20	23,3	
Yok	83	66,4	42	33,6	
<u>ÖG CA öyküsü</u>					0,102
Var	11	91,7	1	8,3	
Yok	139	69,5	61	30,5	
<u>SG CA öyküsü</u>					0,015
Var	82	73,2	30	26,8	
Yok	66	71,7	26	28,3	
Bilmiyor	2	25	6	75	

Çalışmamızda soy-geçmişinde kanser öyküsü olanların KKMM yapma durumu değerlendirildiğinde soy-geçmişinde kanser öyküsü olanlarda KKMM yapma oranı %73,2; olmayanlarda KKMM yapma oranı %71,7 idi ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulundu ($p=0,015$) (Tablo 33).



5.TARTIŞMA

Kanser hem dünyada hem de ülkemizde %22'lik oran ile kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci ölüm nedenidir (43). Aslında son yılların verilerine bakınca kanseri bir toplum sağlığı problemi olarak görmek hiç de yanlış olmayacaktır. Bazı kanser türleri birincil ve ikincil koruma yöntemleri ile önlenilmekte, mortalite ve morbidite oranları azaltılabilmektedir (43). Birincil ve ikincil korumada birinci basamak hekimlerine dolayısıyla aile hekimlerine büyük görev düşmektedir. Birincil ve ikincil korumada aile hekimleri üzerine düşen görevi yapmalıdır. Kanser tarama programları hakkında eğitim ve bilgilendirme çalışmaları yapılmalıdır. Kanserle mücadele konusunda kanser tarama programları farkındalığı artırılırsa başarı oranlarının artacağını düşünmekteyiz. Bizim çalışmamızdaki amacımızda bireylerin kanser tarama programı hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirerek farkındalık oluşturmaktır.

Çalışmamıza 87'si (%24,1) erkek, 273'ü (%75,8) kadın olmak üzere 20 yaş ve üzeri 360 kişi alındı. Çalışmamızın büyük çoğunluğunu tarama yaş grubuna giren bireyler oluşturmaktaydı. Ülkemizdeki ulusal kanser tarama programlarını bilip bilmedikleri sorulduğunda 247 kişi (%68,2) bildiğini, geriye kalan 113 kişi (%31,9) bilmediğini beyan etti. Bilen kişi sayısı çalışmamızda yüksek saptandı. Çalışmamıza katılan bireylerin eğitim seviyesinin yüksek olması, büyük çoğunluğun tarama yaş grubuna giren bireylerden oluşması bu sonucun nedeni olabilir. Kanser tarama programlarının tam olarak doğru bilinme oranları karşılaştırıldığında tarama yaş grubuna giren bireylerin tam olarak doğru cevaplama oranı daha yüksek saptandı. Çalışmamızda tarama yaş grubunda ise bilinme oranının yüksek saptandı. Tarama yaş grubunda oranın yüksek olması beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamıza katılan bireylerin kendisinde kanser öyküsü olan kişi sayısı 20 (%5,5) kişi; birinci ve/veya ikinci derece yakınlarında kanser öyküsü olan kişi sayısı ise 161 (%44,7) kişi idi. Kendisinde ve birinci ve/veya ikinci derece yakınlarında kanser öyküsü olan kişilerin kanser tarama programlarını bilme ve yaptırma oranı yüksek saptandı. Farkındalık düzeyinin artması bunun bir sonucu olabilir.

Çalışmamızda bireylerin KKMM bilinme oranı yüksek olmasına rağmen KKMM yapma oranları düşük bulundu. Çıkan sonuçlar bireylerin KKMM'nin önemini farkında olmadıklarını ve/veya KKMM yapmayı bilmediklerini düşündürmekte. Şirin ve arkadaşlarının (44) İzmir'de yapmış olduğu çalışmada da benzer sonuç saptanmıştır.

KKMM yapma eğitimi her 20 yaş üstü kadına verilmeli, meme kanserinde ki önemi anlatılmalıdır.

Coates ve arkadaşlarının (45) yapmış olduğu çalışmada düzenli KKMM yapma oranı %42,6; Jelinski ve arkadaşlarının (46) yaptığı çalışmada %61, Sadler ve arkadaşlarının (47) çalışmasında %38 olarak bulunmuştur. Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise; Gençtürk ve arkadaşlarının (48) çalışmasında düzenli KKMM yapma oranı %19,7; maral ve arkadaşlarının (49) çalışmasında ise %9,3 bulunmuştur. Ülkemizde düzenli KKMM yapma oranı düşük gözlenmektedir ve bunun nedeninin eğitim seviyesinin düşüklüğü, yetersiz bilgilendirme, KKMM eğitim ve danışma hizmetine ulaşamama olduğunu düşünmekteyiz. Çalışmamız da ise KKMM düzenli yapma oranı %51,2 idi. Çalışmamız ülkemizde bu konuda yapılan çalışmalarla kıyaslandığında düzenli KKMM yapma oranı çalışmamızda yüksek bulundu. Bu sonucun nedeni; katılımcıların eğitim seviyesinin yüksek olması, Ankara' nın merkezinde yapılan bir çalışma olduğu için bireylerin hizmete kolay ulaşması olabilir.

ABD koruyucu hizmetler gücü (USPSTF), KKMM' nin meme kanseri taramasında yeterliliği konusunda kanıtların yetersiz olduğunu bildirilmektedir. Ancak ülkemizdeki gibi sağlık hizmeti kaynakları kısıtlı olması, ayrıca kültürel ve dini inançlar sebebiyle meme muayenesinin mahrem olduğunu düşünen bireylerin olması KKMM eğitimi verilmesini ve farkındalığın artırılmasını gerekli kılmaktadır.

Çalışmamızda KKMM bilme ve yaptırma durumları değerlendirildiğinde sağlık çalışanlarında bilme ve yapma oranları daha yüksek düzeydeydi. Aynı zamanda eğitim seviyesine göre bilme ve yapma oranları değerlendirildiğinde her grupta yüksek olduğu saptandı ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı. KKMM bilme ve yapma oranlarının yüksek olmasının nedenleri arasında kanser tarama programlarının tanıtım faaliyetlerinin etkin yapıyor olması olabilir. Kronik hastalığı olan ve özgeçmişinde kanser öyküsü olan bireylerde de KKMM bilme ve yapma oranı diğer gruplara göre daha yüksekti, fakat aralarındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı. Kronik hastalığı ve özgeçmişinde kanser öyküsü olan bireylerin farkındalığının artmış olması bunun bir sonucu olabilir. Soy-geçmişinde kanser öyküsü olanlarda da KKMM bilme ve yapma oranı yüksek saptandı ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptandı. Çalışmamıza katılan bireylerin büyük çoğunluğunun üniversite mezunu olması,

sağlık hizmetlerine kolay ulaşılabilen bir konumda yaşıyor olmaları, kanser tarama programları hakkında bilgilendirme faaliyetlerinin artırılmasının bakanlıkça üzerinde durulması bu sonuçların nedeni olabilir. Balaman ve arkadaşlarının (50) Malatya’ da yapmış olduğu çalışmada, Güner ve arkadaşlarının (51) çalışmasında, Petro-Nustus ve arkadaşlarının (52) çalışmasında da benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Lagerland ve arkadaşlarının (53) çalışmasında, Jirojwong ve arkadaşlarının (54) çalışmasında ise yaş, eğitim durumu, öz ve soy-geçmişte KKMM bilme ve yaptırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Kanser ve taramalar konusunda bilgilendirmelerin yeterli düzeyde olmaması, kişilerin sağlık hizmetlerine ulaşımının kolay olmaması bu sonuçların bir nedeni olabilir.

Çalışmamıza katılan bireylerin KKMM öğrenme yerleri incelendiğinde büyük çoğunluğunun hekimlerden öğrendiği gözlenirken; aile hekimlerine düşen pay diğer branş hekimlerine oranla daha düşüktü.

Çevik ve arkadaşlarının (55) çalışmasında KKMM öğrenme yeri %64 televizyon, %8 sağlık personeli, %3 dergi-broşür; Atlı ve arkadaşlarının (56) çalışmasında KKMM öğrenme yeri %64 televizyon olduğu saptanmış. Çalışmamızda sağlık personellerinden öğrenenlerin yüzdesi yüksek bulunmuştur. Fakat aile hekimlerinden öğrenme düzeyi düşüktür. Aile hekimliği kolay ulaşılabilen ve ilk temas noktası olduğundan bu konuda üzerine düşen görevi yapmalıdır. Bizim çalışmamızda sağlık personellerinden öğrenme oranı diğer çalışmalarla kıyaslandığında daha yüksek saptanmıştır. Sağlık personellerine kanser tarama programları hakkında verilen eğitim ve tanıtım faaliyetlerinin etkili olması ve sağlık çalışanlarında farkındalığı artırması bunun bir sonucu olabilir.

Çalışmamıza katılan bireylerin %48,7 ‘sinin KMM yaptırdığı, %50,9 ‘unun ise KMM yaptırmadığı görüldü. KMM yaptırma durumları birkaç çalışmada incelendiğinde Sadler ve arkadaşlarının (47) çalışmasında %54,8, Moskowitz (57) ve arkadaşlarının çalışmasında %47,6 saptanmıştır; çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Razaei’ nin (58) çalışmasında ise %15,4 bulunmuş. Razei’ nin çalışmasının İran’ da yapılmış olması mahremiyet düşüncesini akla getirmekte ve bu sonucun bir göstergesi olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmaya katılan bireylerden 20-29 yaş arasında mamografi bilenlerin oranı %67,2, bilmeyenlerin oranı %32,7; 30-39 yaş arasında bilenler %76,5, bilmeyenler %23,4; 40-70 yaş arasında bilenler %93,3, bilmeyenler %6,6 olarak saptandı. Çalışmamıza katılan bireylerde bilme oranının tarama yaş grubunda daha yüksekti ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptandı. Tarama yaş grubuna giren bireylerde bilinme oranının yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Çalışmamızda tarama yaş grubuna girmeyen grupta da bilme oranı oldukça yüksekti. Bunun nedeni çalışmaya katılan bireylerin büyük çoğunluğunun üniversite mezunu olması ve eğitim seviyesinin yüksek olması olabilir. Tarama yaş grubunda mamografi yaptıranların oranı %72,3 saptandı. Mamografi yaptıranların oranı bilinme oranına göre daha düşük saptandı. Bu sonucun nedeni çalışmamızda da belirttikleri gibi zaman bulamama ve sağlıklı olduklarını düşünmeleri olabilir. Moskowitz ve arkadaşlarının (57) çalışmasında mamografi yaptıranların oranı %67,8; Coates ve arkadaşlarının (45) çalışmasında %53; Soskolne ve arkadaşlarının (59) çalışmasında %52 olarak saptanmıştır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde çalışmamızda mamografi yaptıranların oranı daha yüksek saptandı ve bunun nedeni çalışmaya katılan bireylerin eğitim seviyesinin yüksek olması, her türlü sağlık hizmetine yaşadıkları yer itibari ile kolay ulaşabiliyor olmaları olabilir.

Çalışmamızda mamografi bilme yaş gruplarına göre incelendiğinde tarama yaş grubunda daha yüksek orandaydı ve istatistiksel açıdan aralarında anlamlı bir fark saptandı ($p<0,001$). Çalışmamızda mamografi yaptıran ve bilme oranları meslek gruplarına göre değerlendirildiğinde sağlık çalışanı olan grupta bilme oranı %98,2 yaptıranların oranı %54,5; sağlık çalışanı olmayan grupta bilme oranı %81,3 yaptıranların oranı %66,4 idi. Mamografi bilme durumu meslek grupları ile kıyaslandığında aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanırken ($p<0,001$); yaptıran durumları ile meslek grupları kıyaslandığında aralarında anlamlı fark saptanmadı ($p=0,279$). Bilinme oranları her iki grupta da yaptıran oranlarına göre yüksekti. Bu sonuç kanser tarama testlerinin önemini anlaşılamamış olduğunu düşündürmekte. Çalışmamızda eğitim gruplarına göre mamografi bilme oranları değerlendirildiğinde bilinme oranları birbirine yakın düzeydeydi ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,780$). Eğitim düzeylerine göre yaptıran durumları incelendiğinde; bilme oranlarından daha düşük düzeyde ve her grupta birbirine yakın oranlarda saptandı. Aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p=0,428$). Çalışmamız birçok çalışmayla kıyaslandığında bilme oranı daha yüksek

bulunmuştur ve bunun nedeni çalışmamızın Ankara'nın merkezinde yapılıyor olması olabilir. Bilinme oranları yüksek olmasına rağmen yaptırma oranlarının düşük olması; kanser tarama programlarının önemini bilinmediğini, sağlık için vakit ayrılmadığını, mahremiyet düşüncesi ve utanma duygusunun ön planda tutulduğunu düşündürdü. Gelir düzeylerine göre bireylerin mamografi bilme ve yaptırma oranları değerlendirildiğinde gruplar arası oranlar birbirlerine yakın düzeyde ve yaptırma oranları bilme oranlarına göre daha düşük düzeydeydi ve gruplar arasında bilme ($p=0,558$) ve yaptırma ($p=0,644$) düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı. Bunun sonucu KETEM' ler tarafından kanser tarama programlarının ücretsiz yürütülüyor olması olabilir. Kronik hastalık öyküsü olanlarda mamografi bilme oranı %87,4 yaptırma oranı %71,4; kronik hastalığı olmayanlarda bilme oranı %82,7 yaptırma oranı %58,4 idi ve aralarında bilme ($p=0,279$) ve yaptırma ($p=0,085$) durumları açısından istatistiksel anlamlı bir fark yoktu. Özgeçmişinde kanser olanlarda mamografi bilme ve yaptırma durumuna bakıldığında; özgeçmişinde kanser öyküsü olanlarda bilme oranı %100 yaptırma oranı %72,7; özgeçmişinde kanser öyküsü olmayanlarda bilme oranı %83,8 yaptırma oranı %64,2 idi. Bilinme oranları yüksek iken yaptırma oranları bilme oranlarına göre düşük seviyedeydi ve gruplar arasında bilme ($p=0,103$) ve yaptırma ($p=0,570$) anlamlı fark saptanmadı. Özgeçmişinde kanser olanlarda bilme ve yaptırma oranının yüksek olmasının nedeni; bireylerin kronik hastalıkları nedeniyle hastane başvurularında sağlık personelleri ve tanıtıcı broşürler vasıtasıyla farkındalık düzeylerinin artırılması olabilir. Soy-geçmişinde kanser olanların mamografi bilme ve yaptırma oranları değerlendirildiğinde soy-geçmişinde kanser öyküsü olanlarda mamografi bilme oranı %89,2 yaptırma oranı %64,6; soy-geçmişinde kanser olmayanlarda bilme oranı %83,5 yaptırma oranı ise %69 idi. Gruplar arasında bilme düzeyleri açısından anlamlı fark saptanırken ($p=0,004$) yaptırma düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmadı ($p=0,109$). Bu sonuç kişilerin farkındalık düzeyleri arttıkça kanser tarama testlerini bilme oranlarını artırmakta olduğunu düşündürmektedir. Özaydın ve arkadaşlarının çalışmasında ise soy-geçmişinde kanser öyküsünün çalışmamızda olduğu gibi mamografi çekirtme üzerine etkisinin olmadığını göstermiştir.

Çalışmamıza katılan bireylerden smear bilme oranı 20-29 yaş grubunda %49,2; 30-65 yaş grubunda %88,9 olarak bulundu. Tarama yaş grubunda beklenen ölçüde bilme oranı daha yüksek bulundu ve gruplar arasında bilme durumu açısından istatistiksel

anlamli bir farklılık saptandı ($p<0,001$) Çalışmamızda tarama yaş grubuna giren bireylerde smear yaptırma oranı %64,9 saptanmıştır. Türkol ve arkadaşlarının (60) çalışmasında smear yaptırma oranı %23,5; Özdemir ve arkadaşlarının (61) çalışmasında %23,7 saptanmıştır. Çalışmamızda yüksek saptanmasının nedeni çalışmaya katılan bireylerin eğitim seviyesinin yüksek olması, sağlık bakanlığının bilgilendirme çalışmalarının faydalı olması, konum itibari ile sağlık hizmetlerine kolay ulaşabiliyor olmaları olabilir. Çalışmamızda bilme oranı yüksek olmasına rağmen yaptırma bilinme oranına göre düşüktür. Eğitim ve kültür seviyesi yüksek olduğu düşünülen bireylerin katılım oranı yüksek olmasına rağmen smear yaptırma oranlarının düşük olmasının nedeni çalışmamızda da belirttikleri gibi zaman bulamama, utanma duygusunu ve kişilerin dini inançlarını ön plana tutmaları olabilir.

Çalışmamızda smear testini bilme ve yaptırma oranları meslek gruplarına göre incelendiğinde sağlık çalışanı olan grupta bilinme oranı %92,7 yaptırma oranı %64,3; sağlık çalışanı olmayan grupta bilinme oranı %76,1 yaptırma oranı %69,3 idi ve aralarında bilme düzeyleri açısından istatistiksel anlamlı bir fark saptanırken ($p=0,007$) yaptırma düzeyleri açısından anlamlı fark saptandı ($p=0,530$). Gelir düzeylerine göre smear bilme ve yaptırma durumları incelendiğinde her grupta bilme ve yaptırma oranları birbirine yakın düzeyde fakat yaptırma oranları bilme oranlarına göre daha düşük düzeydeydi ve gruplar arasında bilme ($p=0,796$) ve yaptırma ($p=0,749$) durumları açısından istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmadı. Kronik hastalık öyküsüne göre smear bilme ve yaptırma durumlarına bakıldığında ise her grupta bilme ve yaptırma oranları birbirine yakın düzeyde fakat yaptırma oranları bilme oranlarına göre daha düşük düzeydeydi ve gruplar arasında bilme ($p=0,795$) ve yaptırma ($p=0,099$) durumları açısından istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmadı. Özgeçmişinde kanser öyküsüne göre smear bilme ve yaptırma durumları incelendiğinde her grupta bilme ve yaptırma oranları birbirine yakın düzeyde fakat yaptırma oranları bilme oranlarına göre daha düşük düzeydeydi ve gruplar arasında bilme ($p=0,204$) ve yaptırma ($p=0,369$) oranları açısından anlamlı fark saptanmadı. Soy-geçmişinde kanser öyküsüne göre smear bilme ve yaptırma durumları incelendiğinde soy-geçmişinde kanser olanlarda bilme oranı %85,3 yaptırma oranı %73; soy-geçmişinde kanser olmayanlarda bilme oranı %75,6 yaptırma oranı %64,9 olarak saptandı ve bilme oranları açısından anlamlı fark varken ($p= 0,048$) yaptırma durumları açısından anlamlı fark saptanmadı ($p=0,170$). Eğitim düzeylerine

göre smear bilme ve yaptırma durumları incelendiğinde ise üniversite mezunu olan grupta bilinme oranı diğer gruplara göre bilme oranı daha yüksek iken yaptırma oranları eğitim düzeyleri grupları arasında benzer oranlarda saptandı ve bilme oranları açısından anlamlı fark varken ($p=0,026$) yaptırma durumları açısından anlamlı fark saptanmadı ($p=0,082$). Çalışmamızda smear yaptırma oranları bilinme oranlarına göre düşük saptandı. Nedenleri arasında bireylerin zaman bulamaması, sağlıklı olduklarını düşünmeleri, mahremiyet duygularını ön planda tutmaları, sonucun kötü geleceği endişesi olabilir. Şenol ve arkadaşlarının (62) çalışmasında; Couture ve arkadaşlarının (63) çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuştur. Akyüz ve arkadaşlarının (64) çalışmasında; Pınar ve arkadaşlarının (65) çalışması ise eğitim oranı arttıkça smear yaptırma oranlarının arttığını göstermiştir.

Çalışmamızda HPV-DNA bilinme oranları; 20-29 yaş arasında %28,6; 30-65 yaş arasında %33,5 saptanmıştır ve aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p=0,493$). Tarama grubuna girenlerde HPV-DNA testi yaptırma oranı incelendiğinde %9,5 saptanmıştır. Düşük olmasının nedeni HPV-DNA tarama testinin tarama programı içerisine yeni dahil edildiğinden henüz bilinmiyor olması olabilir.

Çalışmamızda HPV-DNA tarama testi meslek grupları arasında değerlendirildiğinde sağlık çalışanı olan grupta bilinme oranı %18,6 yaptırma oranı %64,3; sağlık çalışanı olmayan grupta bilinme oranı %24,2 yaptırma oranı %6,1 idi ve aralarında bilme ($p<0,001$) ve yaptırma ($p=0,007$) durumları açısından anlamlı istatistiksel bir fark saptandı. Tarama testleri arasına yeni eklenmesi, bireylerin bilme ve yaptırmasındaki düşük oranın nedeni olabilir. Gelir düzeylerine göre HPV-DNA tarama testi bilme ve yaptırma durumları incelendiğinde her grupta bilme ve yaptırma oranları birbirine yakın düzeyde fakat yaptırma oranları bilme oranlarına göre daha düşük düzeydeydi ve gruplar arasında bilme ($p=0,098$) ve yaptırma ($p=0,953$) durumları açısından anlamlı istatistiksel bir ilişki saptanmadı. Eğitim düzeylerine göre HPV-DNA tarama testi bilme ve yaptırma durumlarına bakıldığında ise üniversite mezunu olan grupta bilinme oranı diğer gruplara göre bilme oranı daha yüksek iken yaptırma oranları eğitim düzeyleri grupları arasında benzer oranlarda saptandı ve bilme oranları açısından anlamlı fark varken ($p<0,001$) yaptırma durumları açısından anlamlı fark saptanmadı ($p=0,067$). Bilinme oranı diğer kanser tarama testlerine göre düşük saptanmasına rağmen üniversite mezunu olan grupta

bilinme oranı yüksek saptanmıştır. Bu tablo üniversite mezunu bireylerin sağlık hizmetleri konusundaki gelişmeleri yakından takip ettiklerini düşündürmekte. Kronik hastalık öyküsüne göre HPV-DNA tarama testi bilme ve yaptırma durumları incelendiğinde ise kronik hastalığı olan grupta bilinme oranı %24,3 yaptırma oranı %9,7; kronik hastalığı olmayan grupta bilme oranı %37,7 yaptırma oranı %6,7 idi ve bilme oranları açısından anlamlı fark varken ($p=0,021$) yaptırma durumları açısından anlamlı fark saptanmadı ($p=0,570$). Özgeçmişinde kanser öyküsüne göre HPV-DNA tarama testi bilme ve yaptırma durumları incelendiğinde her grupta bilme ve yaptırma oranları birbirine yakın düzeyde fakat yaptırma oranları bilme oranlarına göre daha düşük düzeydeydi ve gruplar arasında bilme ($p=0,749$) ve yaptırma ($p=0,901$) oranları açısından anlamlı fark saptanmadı. Soy-geçmişinde kanser öyküsüne göre HPV-DNA tarama testi bilme ve yaptırma durumları incelendiğinde her grupta bilme ve yaptırma oranları birbirine yakın düzeyde fakat yaptırma oranları bilme oranlarına göre daha düşük düzeydeydi ve gruplar arasında bilme ($p=0,523$) ve yaptırma ($p=0,490$) durumları açısından anlamlı istatistiksel bir fark saptanmadı. Bilme ve yaptırma oranları diğer kanser tarama testlerine göre daha düşüktü. Nedenleri arasında tarama testleri içerisine yeni dahil edilmesi, bilgilendirme çalışmalarının henüz yeterli düzeyde yapılmamış olması olabilir.

Çalışmamızda GGK bilme oranları değerlendirildiğinde; 20-49 yaş arasında %44,2, 50-70 yaş arasında %61 olarak bulundu ve yaş grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptandı ($p=0,014$). Tarama yaş grubunda bilinme oranı artmaktadır ki bu beklenen bir sonuçtur. Meslek gruplarına göre sağlık çalışanlarında bilinme oranı %83,3 yaptırma oranı %33,3; sağlık çalışanı olmayan grupta bilme oranı %44,7 yaptırma oranı %32,3 idi ve bilme ($P<0,001$) durumları açısından aralarında anlamlı fark varken yaptırma ($p=0,887$) durumları açısından aralarında anlamlı fark saptanmadı. Yalancı negatif ve pozitif sonuçların kafa karıştırıcı olması bu tablonun nedeni olabilir. Gelir düzeylerine göre değerlendirildiğinde bilme ve yaptırma oranları gruplar arasında birbirine yakın düzeydeydi ve aralarında bilme ($p=0,629$) ve yaptırma ($p=0,482$) durumları açısından anlamlı istatistiksel fark saptanmadı. Taramalar KETEM' ler tarafından ücretsiz olarak yapılmaktadır. Bu nedenle gelir düzeyi tarama testlerine katılma oranlarını etkilemiyor olabilir. Eğitim düzeylerine göre değerlendirildiğinde ise bilme ve yaptırma oranları gruplar arasında birbirine yakın düzeydeydi ve aralarında

bilme ($p=0,125$) ve yaptırma ($p=0,501$) durumları açısından anlamlı istatistiksel fark saptanmadı. Kronik hastalık öyküsüne göre GGK tarama testi bilme ve yaptırma durumları incelendiğinde ise kronik hastalığı olan grupta bilinme oranı %57,1 yaptırma oranı %37; kronik hastalığı olmayan grupta bilme oranı %45,1 yaptırma oranı %24,2 idi ve bilme oranları açısından anlamlı fark varken ($p=0,026$) yaptırma durumları açısından anlamlı fark saptanmadı ($p=0,065$). Özgeçmişinde kanser öyküsüne göre GGK tarama testi bilme ve yaptırma durumları incelendiğinde her grupta bilme ve yaptırma oranları birbirine yakın düzeyde fakat yaptırma oranları bilme oranlarına göre daha düşük düzeydeydi ve gruplar arasında bilme ($p=0,712$) ve yaptırma ($p=0,599$) oranları açısından anlamlı fark saptanmadı. Soy-geçmişinde kanser öyküsüne göre GGK tarama testi bilme ve yaptırma durumları incelendiğinde her grupta bilme ve yaptırma oranları birbirine yakın düzeyde fakat yaptırma oranları bilme oranlarına göre daha düşük düzeydeydi ve gruplar arasında bilme ($p=0,176$) ve yaptırma ($p=0,762$) oranları açısından anlamlı fark saptanmadı. Tarama yaş grubunda GGK yaptırma oranı %33 saptanmıştır. Bayçelesi ve arkadaşlarının (66) çalışmasında GGK yaptırma oranı %18, Çin de yapılan bir çalışmada ise %17,5 bulunmuştur. Çalışmamızda yüksek olmasının nedeni bireylerin eğitim düzeyinin yüksek olması, konum itibari ile sağlık hizmetlerine kolay ulaşabiliyor olmaları olabilir. Çalışmamızda bilinme oranı yüksek olmasına rağmen yaptırma oranları düşüktür. Nedeninin yanlış pozitif sonuçlarının kişileri korkutması, vakit bulamama, işlemin uygulama zorluğu, tarama testine güvenmeme olabilir.

Çalışmamızda kolonoskopi bilme oranları; 20-49 yaş arası kadınlarda %75,3; 50-70 yaş arasında kadınlarda %87,7; 50-70 erkeklerde %64 oranında saptandı ve yaş grupları açısından aralarında anlamlı istatistiksel bir fark saptanmadı ($p=0,671$). Meslek gruplarına göre kolonoskopi bilme ve yaptırma durumları incelendiğinde sağlık çalışanı olan grupta bilme oranı %93,3 yaptırma oranı %9,5; sağlık çalışanı olmayan grupta bilme oranı %71,4 yaptırma oranı %20 oranında idi ve bilme ($p<0,001$) durumları kıyaslandığında aralarında anlamlı fark saptanırken yaptırma ($p=0,250$) durumları arasında anlamlı fark saptanmadı. Yaptırma oranları bilme oranlarına göre oldukça düşüktür. Nedenleri arasında işlemin uygulama zorluğu, komplikasyonlarının bireyleri korkutması olabilir. Gelir düzeylerine göre değerlendirildiğinde ise bilme ve yaptırma oranları gruplar arasında birbirine yakın düzeydeydi fakat yaptırma oranları bilme oranlarına göre oldukça düşük saptandı ve aralarında bilme ($p=0,181$) ve yaptırma

($p=0,036$) durumları açısından anlamlı istatistiksel fark saptanmadı. Eğitim düzeylerine göre kolonoskopi tarama testi bilme ve yaptırma durumlarına bakıldığında ise üniversite mezunu olan grupta bilme oranı diğer gruplara göre bilme oranı daha yüksek iken yaptırma oranları eğitim düzeyleri grupları arasında benzer oranlarda saptandı ve bilme oranları açısından anlamlı fark varken ($p=0,009$) yaptırma durumları açısından anlamlı fark saptanmadı ($p=0,254$). Kronik hastalık öyküsüne göre kolonoskopi bilme ve yaptırma durumlarına bakıldığında ise her grupta bilme ve yaptırma oranları gruplar arasında birbirine yakın düzeyde fakat yaptırma oranları bilme oranlarına göre oldukça düşük düzeydeydi ve gruplar arasında bilme ($p=0,974$) ve yaptırma ($p=0,072$) durumları açısından istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmadı. Özgeçmişinde kanser olanlarda kolonoskopi bilme ve yaptırma durumuna bakıldığında; özgeçmişinde kanser öyküsü olanlarda bilme oranı %85 yaptırma oranı %50; özgeçmişinde kanser öyküsü olmayanlarda bilme oranı %74,5 yaptırma oranı %16,4 idi. Bilinme oranları yüksek iken yaptırma oranları bilme oranlarına göre düşük seviyede idi ve gruplar arasında bilme durumları açısından anlamlı istatistiksel fark saptanmazken ($p=0,290$) ve yaptırma durumları açısından istatistiksel anlamlı fark saptandı ($p=0,004$). Soy-geçmişinde kanser olanlarda kolonoskopi bilme ve yaptırma durumuna bakıldığında; soy-geçmişinde kanser öyküsü olanlarda bilme oranı %80,1 yaptırma oranı %14,7; soy-geçmişinde kanser öyküsü olmayanlarda bilme oranı %73,4 yaptırma oranı %22 idi. Bilinme oranları yüksek iken yaptırma oranları bilme oranlarına göre düşük seviyede idi ve gruplar arasında bilme durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark varken ($p=0,014$) ve yaptırma durumlarının arasında anlamlı istatistiksel anlamlı fark saptanmadı ($p=0,468$). Tarama yaş grubunda yaptırma oranı %20,1'dir. Bilinme oranı yüksek olmasına rağmen yaptırma oranı düşüktür. Nedenleri arasında korku, barsak hazırlığının zor ve uzun sürmesi ve utanma duygusu olabilir. Ayrıca öz ve soy-geçmişinde kanser öyküsünün olması ve bilme ve yaptırma durumlarını etkilemekte. Nedeni bireylerin farkındalığının artmış olması olabilir. Santos ve arkadaşlarının (67) çalışmasında da çalışmamıza benzer sonuçlar saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan erkek sayısı düşüktü. Çalışmamız cinsiyet açısından değerlendirmelerde sınırlı sonuç vermiş olabilir. Erkek katılımcı sayısı artırılarak kanser tarama programları hakkında yeni çalışmalar yapılabilir. Çalışmamıza katılan bireylerin eğitim seviyesi yüksekti. Bu nedenle çalışmamız topluma genellenemeyebilir. Çalışmaya

katılan bireylerin çoğunluğunun yaşadıkları yerleşim yeri il idi. Çalışmamız ilçe ve/veya köyde yaşayan bireylerin bilgi düzeylerini değerlendirme konusunda sınırlı bilgi verebilir. Fakat çalışmamız tüm kanser tarama programlarını ayrı ayrı ele almakta ve birçok değişkenle kanser tarama programlarının bilgi düzeyi ve yaptırma oranlarıyla kıyaslama olanağını sağlamaktadır. Bu bağlamda şüphesiz bizi önemli ölçüde aydınlatacak ve yol gösterecektir.



6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Koruyucu hekimliğin önemli bir parçasını kanser taramaları oluşturmaktadır. Koruyucu hekimlikle ilgilenen aile hekimlerine bu bağlamda büyük görev düşmektedir. Aile hekimleri bu konuda üzerine görevi yapmalıdır. Bizim çalışmamız ulusal programa dahil bütün kanser taramalarını beraber sorgulaması açısından son derece değerlidir.

Çalışmamız bireylerin farkındalığını artıracak ve ulusal kanser tarama programımıza şüphesiz katkı sağlayacaktır. Bireylerin kanser taramaları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını olumlu yönde geliştirecek eğitimler düzenlenmelidir. Yapılacak eğitim ve tanıtım faaliyetleri ile olumlu tutum ve davranışların elde edilebileceği ve ülkemiz sağlık politikasının çok önemli bir bileşeni olan kanser tarama programının istenilen başarıya ulaşacağı düşüncesindeyiz.

Çalışmamızın sonucunda eğitim seviyesinin yüksek olması kanser tarama testlerini bilmeyi olumlu yönde etkilediği dikkati çekmiştir. Eğitim seviyesi düşük toplumlarda bilgilendirme eğitimlerinin yapılması, kanser tarama testlerinin farkındalığının artırılması gerekmektedir. Fakat çalışmamızda kanser tarama programlarına katılım oranları istenilen seviyede değildi. Ülkemizde de üç kanser türünde tarama yapılmasına rağmen; meme kanseri, serviks kanseri ve kolorektal kanser için tarama yaptırma oranları istenilen düzeyde olmadığı düşüncesindeyiz. Birinci basamak sağlık hizmetleri, tüm periyodik sağlık bakımı uygulamalarında olduğu gibi, kanser tarama programlarında da istenilen hedeflere ulaşılabilmesi için kritik öneme sahiptir. Kanser tarama programları farkındalığı artırılarak kanserle mücadele de başarı sağlanacağı öngörmekteyiz.

7. KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Ulusal Kanser Kontrol Programı 2013-2018
2. Murat Tuncer, Kanserın Ülkemiz ve Dünyada Önemi, Hastalık Yüğü ve Kanser Kontrol Politikaları Türkiye'de Kanser Kontrolü T.C Sağlık Bakanlığı2007.

3. Çelil İ, Kanserde tarama testleri kime ve ne zaman. Türkiye tıp dergisi 2003; 10(2): 71-78
4. Murat Tuncer, Kanserın Ülkemiz ve Dünyada Önemi, Hastalık Yükü ve Kanser Kontrol Politikaları Türkiye'de Kanser Kontrolu T.C Sağlık Bakanlığı 2007.
5. Kılıçkap S, Aksoy S, Çelik İ, Kanserde Birincil Koruma, Dahili Tıp Bilimleri Dergisi 2006; 13(2):57-71
6. Murat Tuncer, Kanserın Ülkemiz ve Dünyada Önemi, Hastalık Yükü ve Kanser Kontrol Politikaları Türkiye'de Kanser Kontrolu T.C Sağlık Bakanlığı 2007.
7. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Ulusal Kanser Kontrol Programı 2013-2018
8. Dünya Kanser Araştırma Fonu ve Amerika Kanser Araştırma Enstitüsü Raporu 2007
9. Parekh N, Chandran U, Bandera EV, Obesity in cancer survival. 2012 Aug 21; 32: 311-42. Doi: 101146
10. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Ulusal Kanser Kontrol Programı 2013-2018
11. Berek JS. Novak's Gynecology. In: Adams Hillard P, Adashi E, editors. Meme Kanseri. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins Publishing, 2002: 1375-1398.
12. Brian DD, Melton LJ 3rd, Goellner JR, Williams RL, O' Fallon WM. Breast cancer incidence, prevalence, mortality, and survivorship in Rochester, Minnesota, 1935 to 1974. Mayo Clin Proc 1980; 55(6):355-359.
13. Güner H. Jinekolojik Onkoloji. In: Güner H editor. Meme Hastalıkları. Ankara: Çağdaş Medikal Kitapevi ve Yayıncılık Hizmetleri, 3. Basım, 2002: 297-313.
14. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Ulusal Kanser Kontrol Programı 2013-2018

15. Cancer Facts and Figürs, American Cancer Society, 2012
16. Ulusal Hastalık Yüku ve Maliyet-Etkililik Projesi 2004
17. Yazıhan N, Yılmaz H, Türkiye’ de Meme Kanseri Maliyet Etkinlik ve Maliyet Etkililik Türkiye’ de Kanser Kontrolü T.C Sağlık Bakanlığı 2007
18. Cancer Facts and Figürs, American Cancer Society, 2006
19. National Center for Health Statistics Staff. Health, U.S.with urban and rural health chartbook, 2001. Hyattsville, Md: National Center forHealth Statistics,2001
20. Familial breastcancer:collaborativere analysis of individual data from 52 epidemiologica l studies including 58,209 women with breast cancer and 101,987 women without the disease.Lancet 2001; 358:1389–99
21. Reynolds T, Declining breast cancer mortality: what’s behind it? J Natl Cancer Inst 1999;91:750 –3
22. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Ulusal Kanser Kontrol Programı 2013-2018
23. Füsün Yarış, Mustafa Kürşat Şahin, Mustafa Fevzi Dikici, Aile hekimliğinde meme kanserlerine yaklaşım, Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics 2014;5(2)p46-54.
24. Dilek Evcik Toprak, Kanserde Tarama, Tanı ve Takip, Türkiye Klinikleri Journal of familiy medicine special topics 2014;5(2)p14-22.
25. Schwartz’s principles of surgery F. Charles Brunicardi eight edition 2005 chapter 16 the breast page 476.
26. Meme kanseri tarama programı ulusal standartları Türkiye Halk Sağlığı Kurumu www.thsk.gov.tr.
27. Ferlay J, et al., Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. Int J Cancer. 127(12): p. 2893-917.
28. Kitchener, H.C., P.E. Castle, and J.T. Cox, Chapter 7: Achievements and limitations of cervical cytology screening. Vaccine, 2006. 24 Suppl 3: p. S3/63-70.

29. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Ulusal Kanser Kontrol Programı 2013-2018
30. IARC, Cervix Cancer Screening. IARC Handbook of Cancer Prevention. Vol. 10. 2005, Lyon: IARC Press. 311.
31. Saslow, D., et al., American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. *CA Cancer J Clin.* 62(3): p. 147-72.
32. Sawaya, G.F., et al., Risk of cervical cancer associated with extending the interval between cervical- cancer screenings. *N Engl J Med*, 2003. 349(16): p. 1501-9.
33. Huh WK, Ault KA, Chelmow D, Davey DD, Goulart RA, Garcia FA, et al. Use of primary high- risk human papillomavirus testing for cervical cancer screening: interim clinical guidance. *Gynecol Oncol.* Feb;136(2):178-82.
34. *Comprehensive Cervical Cancer Control: A Guide to Essential Practice.* 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2014
35. Kyrgiou, M., et al., Obstetric outcomes after conservative treatment for intraepithelial or early invasive cervical lesions: systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 2006. 367(9509): p. 489- 98.
36. Andrae, B., et al., Screening-preventable cervical cancer risks: evidence from a nationwide audit in Sweden. *J Natl Cancer Inst*, 2008. 100(9): p. 622-9.
37. Nejat Özgül, Türkiye'de serviks Kanserinin Durumu ve Servikal Kanser Tarama Çalışmaları, Türkiye de kanser kontrolü 2007 p349-57.
38. Winawer SJ, Sherlock P. Colorectal Cancer Screening,, Best Practice And Research Clinical Gastroenterology. 2007; vol. 21, 6: 1031.
39. T.C. Sağlık Bakanlığı, Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Türkiye 2010 Kanser İstatistikleri
40. Tözün N, Şimşek H, Özkan H, Şimşek İ, Gören A, editörler. Kolorektal Polipler ve Polipozis Sendromları. Klinik Gastoenteroloji ve Hepatoloji. Medikal ve Nobel Yayıncılık, 2007: 963-970.

41. Dolar E, editör. Kolorektal Tümörler. Nobel ve Güneş Yayınları. 2005: 400-408.
42. Eddy DM. Screening for colorectal cancer. *Ann Intern Med.* 1990; 113:373
43. Murat Tuncer, Kanserin Ülkemiz ve Dünyada Önemi, Hastalık Yükü ve Kanser Kontrol Politikaları Türkiye'de Kanser Kontrolü T.C Sağlık Bakanlığı2007. .
44. Sirin A, Atan SU, Tasci E. Protection from cancer and early diagnosis applications in İzmir, Turkey: a pilot study. *Cancer Nurs* 2006; 29: 207-213.
45. Coates RJ, Uhler RJ, Brogan DJ, Gammon MD, Malone KE, Swanson CA, Flagg EW, Brinton LA. Pattern and Predictors of The Breast Cancer Detection Methods in Women Under 45 Years of Age (United States). *Cancer Causes and Control* 2001; 12: 431-442
46. Jelinski SE, Maxwell CJ, Onysko J, Bancej CM. The Influence of Breast Self Examination on Subsequent Mammography Participation. *American Journal of Public Health* 2005; 95(3): 506-511.
47. Sadler GR, Escobar RP, Ko CM. et al. African-American woman's perceptions of their most serious health problems. *Journal of The National Medical Association* 2005;97(1):31-40.
48. Gençtürk N, Kadın Sağlık Profesyonellerinin Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemlerini Bilme ve Uygulama Durumları. *The Journal of Breast Health* 2013; 9(1): 5-9.
49. Maral I, Budakoglu II, Ozdemir A, Bumin MA. Behaviors toward methods of breast cancer early detection in women over 40 years in a rural region of Ankara, Turkey. *Journal of Cancer Education.* 2009;24 (2):127-8
50. Balaman P, Pehlivan E, Güneş G, Malatya il merkezinde 18 yaş üzeri kadınların kanserle ilgili bazı tutumları ve kendi kendine meme muayenesi uygulamaları. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 2010; 17(2):107-112
51. Güner H, Taşkiran Ç. Serviks kanseri epidemiyolojisi ve human papilloma virus. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* 2007;4(1):11-19.

52. Petro-Nustus, W. ve Mikhail, B.1. (2002). Factors associated with breast self examination among Jordanian women. *Public Health Nursing*, 19 (4): 263-271.
53. Lagerlund M, Hedin A, Sparen P, Thurfjell E, Lambe M. Attitudes, beliefs, and knowledge as predictors of nonattendance in a Swedish population-based mammography screening program. *Prev Med* 2000; 31: 417-428.
54. Jirojwong S, MacLennan R. Health beliefs, perceived self-efficacy and breast self examination among Thai migrants in Brisbane. *J Adv Nurs* 2003; 41: 241-249.
55. Çevik C, Akbulut G, Erkal S. Memede kitle şüphesiyle hastaneye başvuran kadınların kendi kendine meme muayenesi hakkındaki bilgi düzeylerinin kitle fark edilmesine etkisi. *Hemşirelik Forumu Dergisi* 2005; 6: 4-8.
56. Atlı Ö, Yeşerenöğlü H. Kadınlara meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi hakkında verilen eğitimin bilgi düzeylerine etkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu. 5. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Kitabı* 2005; 54.
57. Moskowitz J.M., Kazinets G., Wong J.M. et al. (2007). "Health is strength": A Community Health Education Program to Improve Breast and Cervical Cancer Screening Among Korean American Women in Alameda County, California, *Cancer Detection and Prevention* 31;173-183.
58. Rezaei MB. Breast Cancer Detection Among Tabrizian Women. *Res. J. Biol. Sci.*, 2008; 3(2): 236-237
59. Soskolne V, Marie S, Manor O. Beliefs, Recommendations and Intentions Are Important Explanatory Factors of Mammography Screening Behavior Among Muslim Arab Women in Israel. *Health Education Research* 2007; 22(5): 665-676
60. Türkol E, Güneş G, Özen G, Omaç M. Kadınların serviks kanseri, pap smear ve HPV a şısı hakkında bilgi tutum ve davranışları. *Journal of New World Sciences Academy* 2009;4(3):67-74.

61. Özdemir L, Tekba% ÖF, Erdal M ve ark. GATA meme hastalıklar\$ poliklini(ine ba%vuran hastalarda meme kanseri risk faktörlerinin araştır\$ılması. Türk Hek Derg 2007;11: 163-7
62. Şenol V, Balcı E, Çetinkaya F, Elmalı F. Woman's knowledge and behavior on cervical cancer in Kayseri, Turkey. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2012;32(3):694-701.
63. Couture MC, Nguyen CT, Alvarado BE ve ark. Inequalities in breast and cervical cancer screening among urban Mexican women. Prev Med 2008;47: 471-6.
64. Akyüz A, Güvenç G, Yavan T, Çetin- türk A, Kök G. Kadınların Pap smear yaptırma durumları ile bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Gülhane Tıp Dergisi 2006;48(1):25-29.
65. Pınar G, Topuz Ş, An Ş, Doğan N, Kaya N, Algier L. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran kadınların HPV aşısı ve serviks kanseri ile ilgili bilgi düzeyleri. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi 2010; 1: 11-8
66. Bayçelebi G, Aydın Fazıl, Gökosmanoğlu F, Tat S, Varım C. Trabzon' da kanser tarama testleri farkındalığı. J hum rhythm-September 2015;1(3):90-94
67. Santos EM, Lourenço MT, Rossi BM. Risk perception among Brazilian individuals with high risk for colorectal cancer and colonoscopy. Hered Cancer Clin Pract. 2011, 28 (9). 4doi: 10.1186/1897-4287-9-4.



8. EKLER

Anket

Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 20 Yaş Üstü Bireylerin Kanser Tarama Programları Hakkında Bilgi, Tutum Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi

Sayın Katılımcı;

Bu anket çalışması Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran 20 yaş üzeri bireylerin “Kanser Tarama Programları” konusunda bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmaktadır. Veriler tez çalışması için kullanılacak olup, anket 40 sorudan oluşmakta ve yaklaşık 5 dakika sürmektedir. Doğru sonuçlara ulaşılabilmesi açısından tüm soruların eksiksiz olarak cevaplanması büyük önem taşımaktadır. Herhangi bir konuda soru sormak isterseniz Dr. Melike Esen Özdemir

e 05426051112 numaralı telefonda ve ol_e_ander@hotmail.com mail adresinden ulaşabilirsiniz. Size ait bilgilerin gizli kalacağını belirtir, katılımınız için teşekkür ederiz.

Bu anketin amacı ile ilgili olarak bilgilendirildiğimi, anketi uygulayan kişinin sorularına cevap verdiğini, araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi veya kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi, araştırma sonuçları hakkında araştırmacıdan telefon ve/veya e-posta ile bilgi alabileceğimi biliyorum.

Araştırmaya katılmayı, Onaylıyorum (.....) Onaylamıyorum (.....)

1) Kaç yaşındasınız?.....

2) Cinsiyetiniz nedir?

a) Kadın b) Erkek

3) Medeni durumunuz nedir?

a) evli b) bekar c) dul-boşanmış

4) Eğitim durumunuz nedir?

a) Okur-yazar değil

b) Okur-yazar

c) İlkokul

d) Ortaokul

e) Lise

f) Üniversite

5) Mesleğiniz nedir?

a) Sağlık çalışanı (doktor, hemşire, diş hekimi, eczacı, tıbbi teknisyen, hasta bakıcı)

b) Sağlık çalışanı değil

6) Gelir durumunuz nedir?

a) Gelirim giderimden az b) Gelirim giderime eşit c) Gelirim giderimden fazla

7) Uzun süre yaşadığınız yerleşim yeri nedir?

a) İl b) İlçe c) Kasaba/ Köy d) Farklı Ülke

8) Sigara içiyor musunuz?

a) Hiç kullanmadım b) Kullanıyordum, bıraktım c) İiyorum

9) Alkol kullanır mısınız?

a) Hiç kullanmadım b) Kullanıyordum, bıraktım c) İiyorum

10) Sürekli ilaç kullanmanızı gerektiren bir hastalığınız var mı? Varsa belirtiniz.

a) Evet..... b) Hayır

11)Tanı aldığınız bir kanser türü var mı? Varsa belirtiniz.

a) Evet..... b) Hayır

12) lkemizde kanser tarama programları olduğunu biliyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

13) Ulusal kanser tarama programlarına göre hangi kanserler taranmaktadır, biliyor musunuz? a) Fikrim yok b) Hiçbirini bilmiyorum c) Kısmen biliyorum d) Hepsini biliyorum

14)Ulusal kanser tarama programına göre kanser tarama testleri nelerdir? Birden fazla Őık Őaretleyebilirsiniz.

a) Akciğer b) Rahim-ağzı kanseri c) Kalınbarsak d) Prostat e) Cilt f) Meme
g) Mide h) Kemik i) Fikrim yok j) Diğer, yazınız.....

15) Yakınlarınızda kanser öyküsü olan var mı? Varsa hangi kanser trleri görülmektedir?

a) Evet..... b) Hayır c) Bilmiyorum

Erkek katılımcılar 33. sorudan devam edebilirsiniz.

16) (Kadın katılımcılar için) Kendi kendine meme muayenesi (KKMM) hakkında bilginiz var mı?

(Cevabınız ‘evet’ ise 17. Soruya geçiniz, ‘hayır’ ise 22.sorudan devam ediniz.)

a) Evet b) Hayır

17) (Kadın katılımcılar için) KKMM ile ilgili eğitim aldınız mı?

(Cevabınız ‘evet’ ise 18. Soruya geçiniz, ‘hayır’ ise 19.sorudan devam ediniz.)

a) Evet b) Hayır

18) (Kadın katılımcılar için) KKMM eğitimini kimden aldınız? Birden fazla seçeneği Őaretleyebilirsiniz.

a) Hemşire b) İnternet c) Televizyon d) Aile hekimi e) Diğer branş hekimleri
f) Komşu ve akrabalar g) Yazılı basın h) Diğer, yazınız.....

19) (Kadın katılımcılar için) KKMM yapıyor musunuz?

(Cevabınız 'evet' ise 20. Soruya geçiniz, 'hayır' ise 21.sorudan devam ediniz.)

a) Evet b) Hayır

20) (Kadın katılımcılar için) Hangi aralıklarla KKMM yapıyorsunuz?

a) Hergün b) Haftada bir kez c) Ayda bir kez d) Yılda bir kez e) Fikrim yok

21) (Kadın katılımcılar için) KKMM ne sıklıkta yapılması önerilmektedir?

a) Hergün b) Haftada bir kez c) Ayda bir kez d) Yılda bir kez e) Fikrim yok

22) (Kadın katılımcılar için) Bir doktora hiç klinik meme muayenesi (KMM) yaptırdınız mı?

a) Evet b) Hayır

23) (Kadın katılımcılar için) KMM ne sıklıkta yapılması önerilmektedir?

a) Ayda bir kez b) Yılda bir kez c) İki yılda bir kez d) Beş yılda bir kez e) Fikrim yok

24) (Kadın katılımcılar için) Mamografi hakkında bilginiz var mı?

a) Evet b) Hayır

25) (40-69 yaş arası kadın katılımcılar) Hiç mamografi çektirdiniz mi?

a) Evet b) Hayır

26) (Kadın katılımcılar için) Önerilen mamografi ile tarama sıklığı nedir?

a) Yılda bir kez b) İki yılda bir kez c) Beş yılda bir kez d) On yılda bir kez e) Fikrim yok

27) (Kadın katılımcılar için) HPV/DNA testi hakkında bilginiz var mı?

a) Evet b) Hayır

28) (30-65 yaş arası kadın katılımcılar) Hiç HPV/DNA testi yaptırdınız mı?

a) Evet b) Hayır

29) (Kadın katılımcılar için) HPV \DNA testinin hangi sıklıkta yapılması önerilmektedir?

a) Yılda bir kez b) İki yılda bir kez c) Beş yılda bir kez d) On yılda bir kez e) Fikrim yok

30) (Kadın katılımcılar için) Smear testi (rahim ağzından sürüntü alınması) hakkında bilginiz var mı?

a) Evet b) Hayır

31) (30-65 yaş arası kadın katılımcılar) Hiç smear testi yaptırdınız mı?

a) Evet b) Hayır

32) (Kadın katılımcılar için) Smear testinin hangi sıklıkta yapılması önerilmektedir?

a) Yılda bir kez b) İki yılda bir kez c) Beş yılda bir kez d) On yılda bir kez e) Fikrim yok

33) (Tüm katılımcılar) Gaytada gizli kan (GGK) testi hakkında bilginiz var mı?

a) Evet b) Hayır

34) (50-70 yaş arası tüm katılımcılar) GGK testi yaptırdınız mı?

a) Evet b) Hayır

35) (Tüm katılımcılar) GGK testinin hangi sıklıkta yapılması önerilmektedir?

a) Yılda bir kez b) İki yılda bir kez c) Beş yılda bir kez d) On yılda bir kez e) Fikrim yok

36) (Tüm katılımcılar) Kolonoskopi (Makattan girilerek yapılan kalınbarsak görüntüleme yöntemi) hakkında bilginiz var mı?

a) Evet b) Hayır

37) (50-70 yaş arası tüm katılımcılar) Hiç kolonoskopi yaptırdınız mı?

a) Evet b) Hayır

38) (Tüm katılımcılar) Kolonoskopinin hangi sıklıkta yapılması önerilmektedir?

a) Yılda bir kez b) İki yılda bir kez c) Beş yılda bir kez d) On yılda bir kez e) Fikrim yok

39) (Tüm katılımcılar) Kanseri tarama testlerini düzensiz yaptırdıysanız nedeni nedir? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- a) Zaman bulamadığım için
- b) Utandığım için
- c) Kanseri tarama testlerine inanmıyorum
- d) Kanseri tarama testlerinin yeterliliğine inanmıyorum
- e) Kolay ve ulaşılabilir olmadığı için
- f) Kanseri tarama testlerini bilmediğim için
- g) Korktuğum için
- h) Sağlıklı olduğumu düşündüğüm için
- i) Ailemde kanser olmadığı için
- j) Diğer, Lütfen açıklayınız.....

40) (Tüm katılımcılar) Kanseri tarama testlerinin hiç yaptırmadıysanız nedenleri nelerdir? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- a) Zaman bulamadığım için
- b) Utandığım için
- c) Kanseri tarama testlerine inanmıyorum
- d) Kanseri tarama testlerinin yeterliliğine inanmıyorum

- e) Kolay ve ulaşılabilir olmadığı için
- f) Kanser tarama testlerini bilmediğim için
- g) Korktuğum için
- h) Sağlıklı olduğumu düşündüğüm için
- i) Ailemde kanser olmadığı için
- j) Diğer, Lütfen açıklayınız.....

ANKETİ DOLDURDUĞUNUZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.



9. ÖZGEÇMİŞ

Melike Esen Özdemir, 1989 yılında Ankara'da doğdu. Lise öğrenimini Ankara'da tamamladı. 2013 yılında Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. 2013 Eylül-2013 Aralık yılları arasında Kırşehir'de pratisyen hekim olarak çalıştı. 2013 yılından itibaren Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniğinde araştırma görevlisi doktor olarak görev yapmaktadır.